

~~Inv. 1405~~

Inv. 30560.

CURS CLINIC

DE

PATOLOGIE CHIRURGICALA

DE

Dr. I. KIRIAC



VOLUMUL IV

*Donațiunea Maiorescu*

TRATAT SPECIAL

DE

GYNECOLOGIE

CU 183 FIGURI IN TEXT

113868

BUCURESCI

STABILIMENTUL GRAFIC I. V. SOCECŪ, STRADA BERZEI No. 59

1899 (Septembre).



R.P.R.

**BIBLIOTECA CENTRALA**  
A  
**UNIVERSITAȚII**  
DIN  
**BUCUREȘTI**

No. Curent 30560 Format.....

No. Inventar..... Anul.....

Secția..... Raftul.....



STECAGE...  
BUCURESTI  
COTA... 30560

CONTROL 1957

Biblioteca Centrala Universitatii  
BUCURESTI  
30560  
113868 *inlet*

**B.C.U. Bucuresti**



**C113868**

D-ale Domnului

Titu Maiorescu

Omagiū de înaltă stimă și  
profundă recunoștință din  
partea autorului

G. Kiriac

## PREFAȚA

În volumul I, am tratat toate chestiunile de patologie chirurgicală generală, precum: abcesele, ulcerele, fistulele, gangrena, contuziunile, plăgile, arsurile, cicatricile, complicațiunile septicemice ale plăgilor, precum și marele capitol al traumatismelor în raport cu diatezele și bólele constituționale.

În volumul II, după ce am descris chestiunile generale ca tuberculoza, pustula malignă și tumorile, am trecut la afecțiunile luate după sistemele organice. Aci am studiat bólele chirurgicale ale pielei, țesutului celular sub cutanat, aponevrozelor, muschilor, tendónelor, arterelor, venelor, vaselor limfatice, ganglionilor, nervilor etc. În ambele aceste volume, am căutat se tratez cât se poate de complect toate chestiunile, punându-le în curent cu ultimele cercetări. Nu am pierdut însă din vedere folosul practic și clinic. De aceea, la fie-care capitol am adăogat figuri demonstrative, mai toate originale și luate din serviciul meu. Acolo unde mi-a fost cu putință, am întreprins experiențe, pentru ca lucrul să fie și mai clar și mai doveditor. Ast-fel aū fost experiențele cu arma Mannlicher și Martini, experiențe asupra rezistenței muschilor, ten-

dónelor, nervilor, precum și asupra mecanismului reu-  
nirii acestor organe după rupere.

Am avut mângâerea morală, ca aceste două volume să fie bine apreciate de Academia Română, în urma unui raport făcut de D-nul dr. prof. Babeș <sup>1)</sup>:

Anul trecut, am complectat întréga chirurgie curentă prin al III-a volum. Aci, tot pentru folosul practic și clinic, am căutat ca luând un organ, să descriu absolut toate bólele de cari dînsule e capabil a fi atins. In tratatele clasice nu se găsește o asemenea dispoziție a materiei. Consecința este, că un medic sau student e silit, pentru a'și forma o idee justă de bóla ce are în față, să caute în diferite volume și să resfoiască mereu la pagini, perdându-și un timp foarte prețios. In volumul nostru acest inconvenient nu există. Aci, avênd de exemplu a face cu un organ, se găsesc descrise toate bólele împreună cu caracterele și punctele esențiale, prin cari să se pôte deosebi unele de altele. Ast-fel fiind lucrul, diagnosticul diferențial se va stabili cu cea mai mare ușurință. Studentul face în același timp cunoscință cu tot ce se pótă întâlni pe un organ sau regiune, fără a fi silit a merge la alte volume sau la alte pagini. Așa am urmat cu descrierea tuturilor bólelor membrelor superióre și inferióre.

Dar cu acest al III-a volum, care coprinde totă chirurgia ce dîlnic întâlnim în practică, am cređut necesar să expun metoda după care bolnavul trebuie să fie examinat. Acésta forméază în adevăr cheea chirurgiei: fără dînsa nu se pôte ajunge a recunósce bóla. Am pus multă pasiune în acéstă chestiune. Sunt pe deplin convins că, pe lângă absoluta originalitate a lucrului, am reușit să fac o semiologie chirurgicală clasică și așa precum nu există în nici un tratat străin, fie el cât de bun.

Trecênd la partea principală a volumului, am căutat să

<sup>1)</sup> Veđi prefața din vol. III.



însoțesc aprópe fie-care bólă cu figurǐ originale și diferite scheme, iarășǐ cu scopul ca descrierea sǎ fie folositóre ca practicǎ și clinicǎ. Ast-fel fracturile, luxațiile și tumorile sunt reprezentate în mod clar și demonstrativ.

În acest volum, ca și în primele douē, profitând de observațiunile și experiența mea spitalicésǎ, am cutezat a'mǐ da opiniunǐ propriǐ asupra diferitelor chestiunǐ și maǐ la fie-care capitol; dînsele se vor aprecia de cititor.

Aș fi putut sǎ mē opresc aci.

Prezența mea însǎ în capul unui serviciũ special de gynecologie de o parte, iar pe de alta dorința de a înzestra literatura nóstrǎ medicalǎ și cu un tratat de bóle de femei, m'aũ hotărít a'mǐ impune nouǐ sacrificiǐ și o nouǎ muncǎ, pentru publicarea acestuǐ volum.

Sciut este avîntul cel mare ce a luat studiul gynecologiei în tóte țerile. Maǐ cu deosebire în Germania, nu existǎ oraș cǎt de mic, unde gynecologia sǎ nu fie obiectul a o mulțime de cercetǎri. Grație acestuǐ lucru, descoperirile cele maǐ valoróse, atát ca practicǎ cǎt și teorie, aũ plecat din acéstǎ țarǎ, respândindu-se apoi în celelalte centre de culturǎ.

În acest al IV-lea volum, am cǎutat sǎ daũ tótǎ extensiunea cuvenitǎ tuturilor chestiunilor, silindu-mē a le pune cǎt posibil în curent cu ultimele cercetǎri.

Avēnd la dispoziție un material destul de bogat, am înzestrat volumul acesta cu o mulțime de figurǐ originale; prin ele am înlesnit maǐ cu eficacitate descrierea și înțelesul bólelor.

Avēnd ocasiunea a pune în practicǎ anume procedee și metóde de tratament, — ca în rǎzuirea uterului, metritele gâtului, fistulele vesico-vaginale, fibróme, prolaps și cancer uterin, etc. — le-am expus la diferitele capitole, împreună cu vederile mele.

În afarǎ de acestea, aplicarea apei oxigenate în tratamentul cancerului uterin, mē face a crede — prin re-

sultat ce am obținut — că acest nou agent e chemat a juca unul din cele mai importante roluri, nu numai în procesele inflamatorii ci și neoplasice.

Am început volumul acesta cu considerațiuni generale asupra celor mai arătate cestiuni de actualitate, cuprindând pe de o parte studiul inflamației organelor genitale interne ale femeii, iar pe de alta o paralelă între-asepsie și antisepsie.

Am preferat această inaugurare, pentru a convinge și mai mult pe cititori de rolul ce gynecologia trebuie să jöce în învățămînt, precum și de asiduitatea ce în special studenții trebuie să depună în studiul acestei ramuri.

**Dr. I. Kiriac.**

## TABLA DE MATERIE

---

Gynecologia . . . . .	pag.	1 — 3
Considerațiuni generale asupra inflamațiunilor organelor genitale femeesci . . . . .	„	3 — 28
Scurte considerațiuni asupra antisepsiei și asepsiei. Rolul sublimatului corosiv în Laparatomii ..	„	29 — 62

### PARTEA I

#### Bólele vulvei

Leziunile traumatice ale vulvei . . . . .	pag.	65 — 66
Bólele muntelui Venus . . . . .	„	66 — 69
Bólele buzelor mari . . . . .	„	69 — 85
Bólele perineului . . . . .	„	85—101
Bólele prepuțului, clitorisului, buzelor mici și furculiței . . . . .	„	101—110
Bólele vestibulului, meatului urinar cu tuberculul și imenul . . . . .	„	110—132
Despre vulvite . . . . .	„	132—148
Bólele neoplasmice maligne ale vulvei . . . . .	„	148—154
Despre vaginism . . . . .	„	154—166

### PARTEA II

#### Afecțiunile canalului vaginal

Considerațiuni generale și leziunile traumatice ale vaginului . . . . .	pag.	167—178
<i>Leziunile inflamatorii ale vaginului:</i>		
Vaginite. . . . .	„	178—188
Tumorile vaginului . . . . .	„	180—202
Fistulele vesico-vaginale. . . . .	„	203—239



**PARTEA III****Bólele uterului**

Considerațiuni generale asupra dezvoltării și viciurilor de conformație a organelor genitale femeesci . . . . .	pag.	239—249
Considerațiuni generale anatomo-patologice asupra uterului . . . . .	”	249—256
Leziunile traumatice ale uterului . . . . .	”	256—262
<i>Leziunile inflamatorii ale uterului:</i>		
Despre metrite în general . . . . .	”	263—321
Tumorile uterului . . . . .	”	321—362
Fibrómele uterului . . . . .	”	332—408
Cancerul gâtului uterin . . . . .	”	408—460
Cancerul corpului uterin . . . . .	”	460—470
Deviațiunile uterului . . . . .	”	470—510
Prolapsul uterin . . . . .	”	510—551
Inversiunea uterului . . . . .	”	551—575

**PARTEA IV****Bólele ligamentelor largi**

Considerațiuni generale . . . . .	pag.	575—578
Flegmonul ligamentelor largi . . . . .	”	578—600
Pelvi peritonita . . . . .	”	600—610
Hematocelul retro-uterin . . . . .	”	610—628

**PARTEA V****Bólele anexelor**

Considerațiuni generale asupra trompei și ovarului . . . . .	pag.	628—634
Considerațiuni generale asupra inflamațiunei anexelor . . . . .	”	634—640
Despre salpingite . . . . .	”	640—664
Bólele ovarelor. Considerațiuni generale . . . . .	”	664—671
Despre ovarite . . . . .	”	671—678
Simptomatologia, diagnosticul și tratamentul Salpingo-ovaritelor . . . . .	”	678—720
Sarcina extra-uterină . . . . .	”	720—753
Kiști ovarului, paraovarici și dermoizi . . . . .	”	753—842

GYNECOLOGIE

---

## GYNECOLOGIE

(γυνή-γυναικός, femei și λόγος, cuvânt, discurs, descriere).

---

Prin ginecologie nu se înțelege studiul general asupra organismului femeii, precum nici descrierea tuturor bólelor ce se pot desvolta pe dînsa.

Adevărul este că femeea — prin educațiunea sa, prin modul de a trăi, prin profesiunea și starea particulară a sistemului sėu nervos — e capabilă nu numai a avea bóle speciale, dar și să imprime un caracter cu totul deosebit chiar bólelor generale, ce sunt comune cu ale sexului masculin. Sciut este că chlorosa și anemia sunt mai comune la femei; cancerul limbei și al buzei inferióre constituie apanagiul bărbaților. Pe de altă parte, o fractură de es. a gambei, se complică mai ușor la bărbat de un delir tremens iar la femei de un acces isteric.

Plecând dar din acest punct de vedere, ar trebui o patologie anume, coprinđend tóte bólele ce pot afecta pe femei. Lucrul însă esie inutil: acésta ar însemna să se repete aceleași fapte, ce se observă în bólele șexului masculin. În adevăr, în ceea-ce privesce bólele generale, evoluția lor este aceeași la ambele sexe, cu deosebire de unele mici incidente. Dar acésta nu constituie un cuvânt, pentru a crea o patologie chirurgicală a nume pentru bărbat și alta pentru femei. Cu drept cuvânt decî s'a stabilit, că în descrierea tuturilor bólelor comune, să se arate numai influențele venite din partea sexului și cari pot mo-



difica mersul său tratamentul aceleași bóle. Lucrurile acestea trezue să le cunoască orî-ce chirurg. În ceea-ce ne privesce, noi am căutat să le descriem cât se póte mai pe larg în cele trei volume ale nóstre, mai ales la marele capitol al traumatismelor în raport cu stările generale, ca sex, etate, etc.

Ast-fel restrâns subiectul, ginecologia își propune a trata numai acele bóle cu totul speciale și cari sub nici un cuvânt nu se pot întâlni la bărbat. Cu alte cuvinte: *ginecologia are de scop studiul bólelor, ce au ca origină organele genitale ale femeii.*

Este însă știut, că marea destinațiune a femeii constă în faptul de a procrea, de a da nascere unui alt semn al nostru : în alți termeni a asigura perpetuarea speciei.

Ar trebui dar ca ginecologia să se ocupe și de acest mare fenomen ce se petrece în ființa femeii, ca unul ce are punctul de plecare în organele sale genitale, în uter. Acésta însă constituie o știință cu totul a parte, numită *obstetrică*. Dînsa nu are absolut nici cea mai mică legătură cu noua știință numită *ginecologie*.

*Ginecologia deci este știința care se ocupă exclusiv cu toate bólele organelor genitale femeesci; în afară însă de gestațiune — ex vacuo.*

Prin urmare, toate fenomenele începînd din momentul concepțiunei până la expulsțiunea fétului, aparțin *obstetricii*. Tóte fenomenele ce se petrec în organele genitale femeesci de la nascere până în adînci bătrînețe, precum și acele ce urmăză după eșirea fétului din pîntecele mamei sale, sunt sub domeniul *ginecologiei*.

Dar ginecologia nu se ocupă numai cu bólele organelor genitale ei și cu cele circumvecine. Ast-fel, tot în domeniul său intră și tratamentul bólelor bășiceii udului, a perineului și rectului. Dînsa caută să vindece fistulele vesico-vaginale, rupturile perineului, fistulele recto-vaginale produse în timpul facerilor, etc. Putem la rigóre să dăm o extensiune și mai mare ginecologiei. întroducînd în domeniul său și bólele mamelei, a corpului tiroid, precum și ale gâtului, căci toate au legătură foarte strînsă cu organele genitale interne. Nunumai modificațiunile fiziologice produse în uter cu ocaziunea gravidității, au răsunit asupra mamelelor, dar și stările sale patologice: un fibron uterin și chiar un kist ovaric, se însoțesc foarte adesea de o creștere de volum a sînului și chiar secrețiune lăptosă în mamele, ca și o sarcină.

Tot ast-fel e și cu corpul tiroid: dezvoltarea sa e simțitor influențată de activitatea genitală a femeii, dînd o grosime mai mare gâtului. Nu e fără importanță cunoșcerea acestui lucru, ce

se datorește spiritului de observație a marelui chirurg Malgaigne. Eată propriile sale expresiuni luate din Tillaux: „Ceî vechi credeă că gâtul devenia mai gros la femeie imediat după primele raporturi sexuale, și acéstă idee s'a conservat în popor până în zilele nóstre. Ast-fel unele bătrâne (matróne) mėsóră încă circonferența gâtului unei fete în ajunul și a doua zi după nuntă; altele merg mai departe și pretind, că pot să recunoscă virginitatea prin procedeul următor: Se ia cu un fir circonferența gâtului la partea sa de mijloc; îndoim lungimea firului; punem cele două extremități să fie ținute cu dinții incisivi, iar cu ansa saŭ cercul firului căutăm a îmbrățișa capul. Dacă acéstă ansă trece liber pe d'asupra creștetului capului, este semn prost; dacă din contra ansa e strâmtă, se conchide în favórea virginităței. Fisiologiștii au disprețuit aceste tradițiuni poporane; eŭ însă susțin, că fără a le acorda o mare valóre, nu sunt lipsite de óre-care fundament. Așa, în afară de o gușă saŭ vre-o diformitate, tot-d'auna am găsit ansa firului fórte strâmtă la tinerele fete de 15—20 ani ale căror moravuri nu puteau fi bănuite; din contra, la femeile măritate de mai mulți ani, gâtul e de sigur mai larg; și mi s'a părut, că el se lărgesce mai ales prin faptul gravidităței și al facerei. Este un subiect de cercetări, care nu ar fi fără interes.“

Uzagiul însă a făcut că ginecologia să rămăe în limitele ce am arătat, dēnsa fiind destul de bogată în materie și fără acéstă adăogire.

## I.

### Considerațiuni generale asupra inflamațiunei organelor genitale femeesci.

Femeia, prin constituțiunea și destinațiunea sa, e capabilă să aibă ori-când o bółă a organelor genitale. Acestea, în adevăr, prin dispoziția și menirea lor, sunt expuse la fie-care moment a se inflama, la fie-care moment a contracta bóle unele mai diverse ca altele.

De la nascere și până în adīnci bătrănețe, femeia e amenințată a 'și vedea organele genitale bolnave, atât în urma cauzelor fiziologice cât și patologice.

Femeia, chiar din primii ani ai copilăriei sale, póte fi atinsă de inflamația organelor genitale, în urma unor circumstanțe ade-

sea obscure, Copile mici de 2—3 ani, de multe ori ne oferă inflamațiuni acute în părțile genitale, datorite necurăteniei, câte o dată oxyurilor, iar altă dată unei stări generale rău caracterisată, dar cunoscută sub numele de diateză. Guéneau de Mussy și Martineau, au insistat asupra acestor condițiuni constituționale, arătând puterea ce ele au de a favorisa transmisiunea agentului morbid, precum și întreținerea unei stări cronice inflamatorii în organele genitale.

Observațiunile clinice par a demonstra că la femeile scrofuloase, blenoragia are mare predilecțiune a produce vaginite și vulvite acute, caracterisate prin secrețiuni abundente și verzu; din contra, la cele artritice și erpetice, agentul morbid se stabilește mai voios într'un punct mai depărtat al canalului genital cum ar fi gâtul uterului, cavitatea uterină, și chiar trompele, producând d'a dreptul o stare inflamatorie cronică.

În afară de acesta, bólele generale febrile ca: rugeola, scarlatina, difteria și însuși influenza, pot fi urmate, de apariția inflamațiunei organelor genitale, ast-fel precum au arătat Lawson-Tait, Wölker, Gottschalk, Gallard, etc.

Mai mult, cercetările bacteriologice moderne ale lui Hallé, Veillon, Babeș, Weeks și alții, au găsit pe vulva micelor copile — de alt-fel sănătoase — bacilul pseudo-difteric, streptococul ne-patogen, stafilococul albus și chiar colibacilul.

Trecând etatea primei copilării, tînăra ființă atinge perióda funcționării fiziologice a organismului său, caracterisată prin aparițiunea menstruelor, începând une-ori chiar de la 10 ani. În timpul acesta, inflamațiunea organelor genitale se póte desvolta cu cea mai mare ușurință—menstruele formând adevăratul și cel mai bun așternut al procesului inflamator. Insuși saprofitii, cei mai banali microbi ce în mod normal se găsesc în vagin, pot în timpul menstruelor să capete calități diferite naturei lor, și să dea nascere la inflamații destul de violente. O femeie cu o scurgere cronică, care în condițiuni obicinuite nu are puterea de a contagiona, devine foarte periculósă în timpul menstruelor sau imediat după ele. Este adevărat, că nu tóte virginile sunt bolnave în perióda menstruală; dar multe din ele, călcând precauțiunile igienice, își pot începe cariera suferințelor, grație acestei predispozițiuni către inflamație, datorită fluxului menstrual.

Și dacă la acesta adăogăm diferitele imprudențe, precum și obiceiul nefast ca masturbațiunea, lesne vedem cât de ușor o asemenea inflamațiune să póte desvolta în această periódă a vieței.



Maî târziu, când cea maî ferventă și legitimă dorință a părinților ca și a tinerei ființe se îndeplinește, atunci dînsa e supusă la noue cauze de a se bolnăvi. De multe-orî primul raport sexual în séra nunței, este urmat de infiltrarea unei bóle de lungă durată și de próstă suveniră. Aci trebuie recunoscut, că bărbatul este maî tot-d'auna vinovat. El nu dă atențiune acelei mici picături de secrețiune, ce iese din uretra sa din când în când și maî ales diminéța, formând cunoscuta *gutta militară*; el se crede cu totul vindecat de vechile sale blenoragii, și ast-fel convins contractă căsătoria, ce adesea se transformă pentru femei într'o viață de martir.

Astădi s'a demonstrat până la evidență de Menge și Kroenig, că uterul este absolut steril, nepermițând locuința nici unui microb.

Cu începerea menstruațiilor însă, microbii banali se pot stabili, dar numai pe gâtul uterin saũ cel mult până la istm, dar fără să pótă trece dincolo de el, așa că interiorul cavităței sale în tot-d'auna rămâne curat. Faptul se datoresce prezenței mucusului, ce se secretă de glandele în grapă ale gâtului și care prin consistența și compozițiunea sa chimică, 'i dă o putere bactericidă specială. Dînsul fiind lipsit de albumină, servă ca un adevărat dop, ce nu se lasă a fi străbătut de vre-un microb, saũ cel puțin constituie un tărâm prost de cultură pentru microbii veniți din vagin. Dar chiar și în cazul unor condițiuni esecțiionale ce ar aduce anume modificări acestui dop, microbii obicinuiți reușind a străbate în cavitatea uterină, ei încă nu aũ puterea a trece dincolo de mucósă, pentru a intra în țesuturile profunde; ei rămân numai la suprafața sa, saũ plutesc în mijlocul lichidelor secretate. Numai gonococul blenoragic și al tuberculosei fac excepțiune de la acéstă regulă. Ast-fel fiind, lesne înțelegem la ce grave consecințe femeia este expusă, când bărbatul sėu, prin acea mică picătură uretrală, conținend agentul infecțios, se apropie de dînsa. Acest microb, trecend peste orice obstacol, nu numai că intră d'adrechtul în cavitatea uterului și străbate în grosimea mucósei și adîncimea glandelor, dar cu o repeđiciune extra-ordinară el pótă copleși trompele, ovarele și însuși peritoneul. De aci desfășurarea acelor triste scene patologice, cari adesea orî transformă femeia, înlocuindu-ı candórea și frumusețea, printr'o viață veștedă și plină de suferințe. Dar în afară de acéstă cauză patologică venită de la bărbat, sunt și altele ce pot îmbolnăvi pe femei. In prima linie intră emoțiunile nupțiale cari pe atât devin maî mari

și primejdióse, cu cât se petrec în detestabilul obiceiú, care ađi e la modă și cunoscut sub numele de *voyage de nocés*. Vin apoi escesele venerice, negligența în timpul menstruelor și necruțarea femeii în acéstă periodă. Tóte acestea la un loc, constituie un grup puternic pentru desvoltarea de inflamațiunii, ce adesea se însoțesc de complicațiunii grave și chiar compromițátore vieței.

Dacă prin miracol femeia ar fiscăpat d'a se bolnăvi în urma acestor diferite evoluțiunii ale vieții sale, dînsa are însă o altă oca-siune mult mai mare pentru a cădea bolnavă. Acésta începe din momentul concepțiunii până la expulsarea fétului. În timpul gravi-dităței, întréga sferă genitală a femeii întră într'o evoluțiune nouă. În special mucósa gătului uterin, aceea a vaginului și vulvei, se înmóe, se ramolesce, grație unei secrețiunii mai abundente. Dar în urma acestui lucru, celulele epiteliale își perd din coeziunea lor și devin mai puțin rezistente pentru a se opune invaziunii microbilor. Fenomenul acesta este de o importanță colosală în chestiunea infecțiunii blenoragice, formând punctul cel mai înalt de doctrină. Mai mult, secrețiunile vaginale, în starea obicinuită, se bucură în mare parte de proprietăți acide, ce nu sunt favo-rabile desvoltării microbilor; în timpul sarcinei, aceste secrețiunii iaú un caracter alcalin și deci mai propriú crescerei agenților patogeni. Cercetările lui Doederlein sunt demonstrative în acéstă privință. Acest autor n'a găsit absolut nici un microb în vaginul femeilor gravide avênd reacțiunea acidă; din contra, la acelea cu secrețiunii vaginale alcaline, a găsit streptococ și stafilococ în proporție de 10<sup>0</sup>/<sub>10</sub>.

Ast-fel stând lucrurile, lesne putem vedea, cât de expusă este o femeie însărcinată a căpăta inflamațiunii genitale, în urma celor mai neînsemnate cauze, grație stărei speciale a mucósei ca și a secrețiunilor sale vaginale.

Dar dacă tóte cercetările și observațiunile aú probat, că in-flamațiunile organelor genitale la femeie sunt fórte frecvente și destul de rebele în urma nenumăratelor cauze, sub influența cărora dînsa să găsească, puerperalitatea însă e mai presus ca ori-care din ele și de o gravitate fără margini. Inflamația la care acéstă stare dă naștere, nu se mărginesce numai într'o acțiune locală; ea se propagă la părțile și organele cele mai depărtate; ea merge a-desea până la infecțiunea generală a organismului, când póte provoca distrugerea individului, mórtea femeii. Autori de mare autoritate, ca: Martin, Zweifel, Witte, Bald, Buhl, Price, etc., re-cunosc, că mai tóte inflamațiunile trompei, ovarului saú a ambelor de-o-

dată, se datorese infecțiunei puerperale. Noi din 75 laparotomii ce am fost siliți a face pentru leziuni de anexe, mai tot-d'a-una am constatat că începutul bólei, s'a declarat după faceri saú avorturi. În adevăr, din acest număr, numai 11 n'aú avut copii; la tóte cele-alte am găsit mai multe faceri și avorturi. Dar și asupra celor nulipare, putem afirma că și ele aú avut avorturi; și lucrul s'ar fi descoperit, dacă s'ar fi insistat cu tot din adinsul asupra acestei chestiuni. Rămâne însă clar din observațiunile nóstre, că neregularitățile în menstrue și mai ales abondența lor, ne probéză la sigur existența de avorturi. Dar ori-cum ar fi, opiniunea nóstră e destul de sprijinită că, în imensa majoritate a casurilor, facerile și avorturile ocupă prima linie în favórea desvóltărei anexitelor. Detaliul acestor observații se va vedea în descrierea casurilor, la capitolul tratamentului anexitelor prin laparotomie.

Am văđut întru cât-va, modificațiunile la cari sunt supuse secrețiunile și mucósa organelor genitale în timpul gravidităței. Ele însă nu sunt singurele ce se produc în această pozițiune interesantă pentru femece. Uterul în special devine cu totul de necunoscut, atât priu aspectul său exterior cât și prin modificările tuturor părților sale constitutive: Plecând de la mucósa, glande, fibre musculare, conjunctive, vase limfatice și cele sanguine, totul e coprins de o creștere demésurată, de o ipertrofie generală, de o schimbare profundă în afară de ori-ce imaginațiune și pătrundere a minței nóstre, dar cari tóte îndeplinesc rolul cel mai misterios al naturei. Ei bine, imediat după nascere, întreg acest colos de metamorfosă, constituie pentru femece punctul cel mai culminant când ea póte fi atinsă de cel mai mare flagel, ce fórte rar iartă. Și dacă n'ar fi decât acea plagă enormă ce rămâne în uter după deslipirea placentei, din care rezultă o infinitate de guri deschise adânc situate; dacă n'ar fi de cât cantitatea colosală de vase limfatice peste măsură ipertrofiate și înmulțite, așa în cât întregul uter ar părea transformat într'o masă limfatică, încă ar fi de ajuns pentru a ne face o idee de porțile ne-numerate, prin cari ori-ce microb póte să străbată numai să voiască. Însă nu e numai atât. La femeile gravide însăși capilarele se desvóltă atât de mult, că forméză lacuri sanguine; sângele decí circulă cu mai multă repeziciune și în masă. Dar cercetările sciințifice aú arătat că, cantitatea sângelui în asemenea circumstanțe nu e în raport cu calitatea sa. Ast-fel s'a demonstrat, că femeile gravide, aú un sânge fórte sărac în globule roșii, căci el este mai bogat în cele albe. Femeia decí se găsece în stare



de leucocitosă. Inșă nimic nu favorisează mai mult pululațiunea microbilor intrați în organism, ca reunirea acestor doi factori de *iperemie* și *anoxemie*. Prin urmare femeia, nu numai în timpul, dar și după facere, e expusă la cele mai periculoase inflamațiuni; și acésta duréază atât, cât cere revenirea la starea normală a tuturilor elementelor ipertrofiate, formând ceia-ce se numesce involuțiunea uterină. Și când scim că acésta involuțiune une-orî nici chiar după 6 săptămâni nu e complectă; și când ne gândim că unele femei părăsesc patul chiar după opt zile, putem deduce consecințele acestei imprudențe, iar alte-orî ale mizeriei.

Nu este atât blenoragia sau alte infecțiuni cari dau nascere salpingitelor, ovaritelor și altor supurațiuni, cât próstetele condițiuni igienice în cari nasc femeile, sau desfiderea principiilor sciințifice de a nu sta în repaus atât, cât involuțiunea să se fi putut efectua.

Sciut e că agentul infecțiunei puerperale, nu este numai streptococul analog cu al erisipelului, descoperit de Pasteur în 1879, ci și stafilococul, care s'a găsit de Babeș și alții, fie singur orî asociat cu streptococul. Kroenig a găsit și gonococul ca producător al infecțiunei. Roger a arătat intervențiunea unor asociațiuni microbiene de streptococ, stafilococ, coli bacili, etc. Dar și însuși alți microbi cu totul inofensivi, ca simplii micrococi în lanț, sau coci în puncte isolate, încă sunt capabili după Doleris, să producă acésta infecțiune teribilă. In fine prof. Babeș, Landau, Rosenbach, etc., au găsit simplii saprofiti, cari de și n'au nici o acțiune patogenă, au fost în stare să aducă mórtea, prin intrarea lor în organismul unei femei după facere.

Iată dar la ce mari pericole femeia este expusă atât în timpul sarcinei, ca și după facere, Ea póte, să contracteze stări inflamatorii de o virulență și extensiune din cele mai inspăimântătoare.

Dar dacă ne-am închipui că o femeie a avut norocul, să se strecóre prin mijlocul atâtor cause nenumărate pentru a 'și salva organele genitale de procesul inflamator, încă mai are altă ocasiune de a se îmbolnăvi, în afară de orî-ce cauză patologică. Ast-fel în perióda de bătrânețe, atunci prin urmare când numai e vorba nici de raporturi sexuale, nici de consecința parturițiunei, femeia încă póte fi coprinsă de inflamațiunea organelor genitale, datorită unei involuțiuni senile. In acésta periódă a vieței, factori etiologici de natură particulară, aducând atrofia și metamorfosa regresivă a organelor sale genitale, dau nas-

cere unei inflamațiuni specifice, numită inflamațiune senilă. Acésta forméază *vaginitele femeilor bătrâne*.

## II.

Védurăm o mică parte din colosul și imensitatea cauzelor, ce predispune pe femei la inflamarea organelor genitale. De n'ar fi însă decât acésta dezvoltare frequentă a inflamațiunei, încă lucrul n'ar fi așa de grav, dacă acésta inflamațiune ar rămânea cel puțin localisată acolo unde s'a dezvoltat.

Din nenorocire lucrurile nu se petrec astfel. Mucósa care căptușese organele genitale ale femeiei, forméază un tot și un ce continuu, mergând de la părțile cele mai esterióre și superficiale, până la cele mai interióre și profunde. Mucósa care căptușese buzele mari și cele mici merge, cu ușóre modificări, dar fără nici o întrerupere de învălesce vaginul, gâtul uterului și cavitatea sa. Mai mult, trompele nefind considerate embriologicesce de cât ca o continuațiune a uterului, sunt și ele căptușite tot de aceeași mucósă, plecată iarăși de la părțile esterióre.

De aci lesne deducem că, cea mai ușóră inflamațiune dezvoltată de exemplu pe buzele mici, se póte propaga pe calea continuităței nu numai în părțile vecine, dar și în vagin, în colul uterului, în cavitatea uterului, iar de aci tocmăi în pavilionul trompei; și încă procesul morbid póte merge și mai departe, coplesind ovarul și serósa micului basin, grație conexiunei ce trompa are cu aceste organe.

Deci inflamațiunea cea mai ușóră și cea mai localisată la început, póte coplesi cu o repeđiciune extra-ordinară tótă sfera organelor genitale, atât interne cât și externe. De aci dificultatea de a descrie inflamațiile separate a diferitelor segmente, căci mai tot-d'a-una cine ăice vulvită, ăice vaginită, iar cine ăice acésta, ăice și metrită, salpingită, salpingo-ovarită și pelvipерitonită, etc.

Dar faptul devine și mai grav prin aceea că, inflamațiunea nu urméază cel puțin un drum regulat în mersul său; ea face salturi, putându-se propaga la distanțe mari, lăsând părțile intermediare prea puțin atinse sau chiar de loc.

Acésta se datoresce unor anumite dispozițiuni anatomice, și devine de o importanță colosală mai ales în inflamațiile specifice.

În adevăr, agentul morbid plecat de exemplu de la vulvă, póte trece prin vagin fără a se opri aci; densusul se stabilescé însă de a dreptul în uter. Causa este că vaginul fiind sărac în



glande, este în același timp dotat de un epiteliu pavimentos destul de resistant, pentru a-l face să lupte contra agentului morbid. Acesta astfel refuzat de vagin, cu plăcere se stabilește în gâtul uterului, unde găsește tot ce-i trebuie pentru creșterea și dezvoltarea sa. Aci există o mucosă subțire, glande numeroase, vase limfatice și o vascularizare destul de mare, cari împreună cu vilositățile arborelui vieței, nu numai că atrage microbul, dar îl introduce în părțile cele mai profunde, procurându-i cu profuziune toate elementele ce se cer pentru satisfacțiunea sa. Există însă în acest loc o barieră reprezentată prin istmul uterin, care e destinat a opri agentul morbid în mersul său. Dar acest obstacol adesea este insuficient, și în tot cazul iluzoriu cel puțin pentru toxine, căci după cum am arătat, bóla poate să copleșescă uterul, anexele, cavitatea micului basin, etc.

Vedem dar că la femei, pe lângă cauzele nenumărate favorabile la dezvoltarea inflamațiunii, dînsa oferă acest trist privilegiu de a avea toate condițiunile, pentru ca bóla să ia tendința irezistibilă către progresiune și un mers ascendent, fără ca aproape nimic să se opue în drumul său. Pentru acesta, unii autori reunesc într'un singur grup toate inflamațiunile organelor genitale sub numele de *inflamațiunii a mucósei genitale*.

Auvar d a avut o frumoasă inspirație dând numele acestei inflamații, de *genitalită*, în care intră vulvita, vaginita, metrita, etc. Noi propunem numele de *organogenită* sau *panorganogenită*, ce ar reprezenta și mai bine ideia de inflamație totală.

Cu toate acestea, păstrând usul clasic, vom descrie aparte inflamațiunea fie-cărui segment al organelor genitale interne și externe, avînd totuși în vedere aceste considerațiuni generale.

### III.

**Etiologia.** Problema cea mai mare de rezolvat și putem dice singura, este de a se sci, dacă aceste inflamațiuni sunt ele simple, adică fără nici o specificitate, sau 'și dătoresc existența unui anume agent infecțios și în particular de natură blenoragică.

După cercetările moderne, nu se mai admite o inflamație *sine materia*, căci în asemenea proces nu poate exista fără prezența unei ființe organice, a unui corp concret, numit microb. Dar de aci a conchide că toate inflamațiile sunt specifice, ar fi o eróre. Observațiunile ne arată în mod generic că, dacă toate inflamațiile pot fi contagióse, nu toate însă sunt specifice și în speță blenoragice. Bacteriologicesce vorbind, pentru ca o ase-

menea inflamație să fie specifică, adică virulentă, ar trebui nu numai să se găsească microbul special, dar să se reproducă în mod indefinit, pe calea inoculațiilor, aceeași boală cu aceleasi caractere clinice și leziuni anatomice. Dar tocmai acest lucru nu s'a putut obține, căci dacă majoritatea răspunde la această cerință, unele însă au dat rezultate negative pe calea inoculațiilor. Deci nu putem atribui toate inflamațiile la acțiunea specifică a unui anume microb patogen-blenoragic.

Nu începe îndoială, că în imensa majoritate a casurilor, adevărată patogenie a acestor inflamații se datorește gonococului fiind mai ales vorba de femeii adulte. Cum rămâne însă cu acele cazuri observate la micile copile, sau la fete tinere, unde nici nu ne este permis a ne gândi la un raport sexual, ce ne-ar fi putut explica inflamația prin contagiune. Cu drept cuvânt dice Lawson Tait: dacă în 99 de cazuri putem considera vulvitele ca inflamații specifice, există însă al 100-lea caz, pe care considerându-l ca atare, am comite o enormă greșelă.

Lucrul nu este imposibil ca și aceste inocente ființe să se pótă inocula cu microbul specific prin contact direct ca: rufe, degete, etc., etc., dar în multe circumstanțe nimic din toate acestea nu se pótă invoca, și totuși inflamația nu există mai puțin. S'a stabilit deci, că în afară de inflamațiile specifice datorite prezenței microbului lui Neiser, există încă și altele catarale, după cum le considerați vechii autori, datorite unor microbi patogeni, cu totul deosebiți de cei dintâi. În această din urmă categorie intră vulvitele simple nespecifice ale tinerelor fete, vulvitele provocate prin migrarea oxuriilor, prin lipsa de îngrijiri igienice, travaliul dentiției, limfatismul, masturbația, primele raporturi sexuale, violul, tentativele de coit, eczema, etc., etc.

Tóte aceste inflamații se datoresc unor microbi banali, în fruntea cărora se află saprofitii, stafilococul aureus sau albus, etc., cari puși în anume condiții, pot da naștere la inflamații câte odată destul de violente, dar fără nici o specificitate. Și mai cu deosebire s'a constatat, că în organele genitale există acei microbi numiți saprofiti, germenii cari nu sunt capabili a ataca țesuturile normale asupra cărora ei trăesc ca paraziți: dinșii însă așteptă momentul favorabil pentru a evolua, dând naștere unei inflamații, unei vulvite. Acest moment îl găsesc în modificațiile anume aduse mediului, fie prin apariția menstruelor, a unei iritații sexuale, a unei ușore escoriații, sau mâncărimi, etc.

Unele bóle infecțioase generale, ca: rușeola, scarlatina, etc.

aducând o debilitate în organele genitale externe, procură și ele după cum am arătat, ocaziunea unor asemenea microbi, până aci inofensivi, nu numai de a se desvolta și a provoca inflamațiuni supurative, dar chiar a căpăta proprietăți streine naturei lor. Ei pot ast-fel să dea naștere la inflamațiuni difuze și chiar gangrenose. Și cu toate acestea, inflamațiunile acestea n'au nici un caracter de specificitate ca acela de exemplu al gonococului lui Neiser, de și une-orî malignitatea lor e foarte mare.

În resumat admitem *inflamațiuni simple, catarale, specifice blenoragice și specifice de altă natură*, (difterică, scalatinosă). Dintre toate, inflamația specifică blenoragică e cea mai importantă.

Aci lucrul s'a demonstrat până la evidență, arătându-se nu numai bacilul specific, dar și reproducerea bólei prin inoculațiune. Faptul acesta care a adus o adevărată revoluție în știință, se datorește lui Neiser în 1879. Dînsul a arătat că unica cauză a blenoragiei stă în prezența unui microb special, care și ađi pórta numele său: Gonococul lui Neiser. Până la dînsul lumea era dominată de ideile deja vechi emise de marele sifiligraf Ricord, cum că blenoragia nu are nici un caracter de virulență, cum că ea póte lua naștere fără nici o contagiune, ci d'a dreptul în urma unor cauze obișnuite a orî cărei inflamațiuni banale. Trebuie însă recunoscut că Ricord nu combătea atât virulența blenoragiei în ea însăși. Marea sa luptă era pentru a distruge analogia ce se credea că există între blenoragie și sifilis. Se știe că Hunter stabilise lucrul acesta prin 1800, că blenoragia și sifilisul reprezintă una și aceeași bółă, dar presintată sub două forme, dintre cari blenoragia reprezintă sifilisul membranelor mucóse. Dar dacă această concepțiune a celui mai mare observator astăđi nu s'a adevărit, nu e mai puțin adevărat că dreptate mare s'a făcut lui Hunter, cel puțin în ceea ce dînsul susținea, că blenoragia este o bółă generală, bółă constituțională. În adevăr, 80 și mai bine de ani lupta a fost condusă contra ideilor lui Hunter. Și când Ricord își sacrificase tóată viața pentru a demonstra că blenoragia este o simplă inflamație locală a uretrei, și când victoria părea în splendoroarea ei, tocmai atunci descoperirea lui Neiser vine de arată triumful său efemer, și întórce lumea la convingerea, de astă-dată definitivă, asupra virulenței blenoragiei.

În 1882, Neiser prin neobositele sale cercetări, a arătat până la evidență patogenia și natura virulentă a acestei afecțiuni, grație experiențelor demonstrative ce nu mai lăsaū nici o îndoială. De atunci lumea a început să se ocupe de specificitatea scur-



gerilor organelor genitale. De aci a rezultat cele mai frumoase și mai instructive teorii de doctrină, împreună cu aplicațiunile lor practice. Astăzi blenoragia e pusă în rangul infecțiunilor virulente, în clasa bólelor microbice, și deci în marea familie a bólelor constituționale, așa precum prevăzuse marele geniū al lui Hunter.

Dar iată cum stă lucrul în această privință. Bumm prin 1889 a susținut cel dintâiu că gonococul lui Neiser nu e capabil a atinge de cât epiteliul cilindric; el rămâne steril în fața epiteliului pavimentos precum și a țesutului conjunctiv. In aceste țesuturi gonococul nu se poate multiplica și deci nu e în stare a produce vre-o leziune. Mai mult, de îndată ce epiteliul cilindric e atins de gonococ, repede devine pavimentos și prin urmare rămâne impropriu pentru desvoltarea microbului; inflamațiunea specifica deci se opresce neputând progresa mai mult. Conclusiunile lui Bumm erau: Nu putem avea vaginite blenoragice, din cauză că epiteliul vaginei fiind pavimentos se opune la străbaterea microbului. Și dacă în vagin constatăm prezența de secrețiuni, ele se datoresc secrețiunei uterului sau ale gâtului sēu, iar nu lui însuși, căci el, vagin, n'are trebuință să secreteze și nici că ar putea face acesta de óre-ce nu posedă glande. Cel mult Bumm admitea că gonococul se poate introduce în epiteliul fraged sau tandru al vaginului tinerelor fete, și să determine inflamațiuni. La femeile adulte însă, al căror epiteliu pavimentos, e destul de îngroșat, vaginul se refuză la străbaterea microbului; de aceea la dēnsele vaginitele sunt excepțional de rare.

Vom rămâne surprinși când vom vedea că acest punct de doctrină, cu totul modern și bazat pe cercetări microscopice fine, a fost deja de mult confirmat printr'o experiență celebră de Cullerier. Acest distins sifiligraf a făcut la spitalul Lourcine din Paris, următórea experiență, pe care o găsim în *lettres sur la syphilis de Ricord*. Dînsul a introdus puroiū virulent de blenoragie în vaginul unei femei și l'a lăsat să stea acolo un timp foarte îndelungat. L'a reluat după aceea cu o lancetă și inoculându'l a obținut cu el rezultate positive, pe când vaginul care a fost numai simplu supus la această infecțiune, n'a fost cătuși de puțin infectat.

Ricord de asemenea a stabilit sub formă de propozițiune, că muco-puroiul blenoragic depus pe o mucósă neulcerată, rezultatul inoculațiunei tot-d'a-una rămâne negativ. Dar să revenim:

Bumm mai stabilise că inflamația și supurația epiteliului pavimentos, în orî-ce cas nu se poate produce numai prin simplul

gonococ, ei cu ajutorul altor infecțiuni, cu alte cuvinte prin asociațiune de microbi.

Nu există prin urmare vaginită, peritonită, perimetrită sau abces ovaric de natură gonoreică în mod exclusiv, din cauză că nici unul din aceste organe nu posedă epiteliu cilindric cu un singur strat și așa de tipic precum se găsește în uter. Și toemai pentru acest cuvânt uterul este organul de predilecțiune al desvoltărei și pululațiunei gonococului. Dar ceea-ce dedea o convingere extraordinară aserțiunilor lui Bumm și făcea pe cel mai pesimist să se declare partisan al acestor idei, erau experiențele sale cu totul decisive. În adevăr Bumm face injecțiuni în peritoneu și anexe, cari sunt organe lipsite de celule cilindrice; ei bine, de și a reușit să determine inflamațiunii violente, totuși prin toate cercetările sale, microbul gonoreic nu s'a putut găsi.

Dar în același timp apare Wertheim în 1891. Acest autor arată că se poate reproduce gonococul, mai sigur și mai ușor de cât prin procedeele vechi, întrebuițând alte medii de cultură și anume serum amestecat cu agar; că acest gonococ e capabil să desvolte inflamațiunii atât în peritoneu cât și în țesutul conjunctiv. De atunci observațiunile s'au multiplicat din an în an, demonstrându-se acțiunea patogenă a microbului gonoreic mai în toate felurile de epiteliu, precum și în toate țesuturile.

Astăzi toți autorii admit posibilitatea inflamațiunei gonoreice a epiteliului pavimentos. Fritch, Menge, Zweifel și alții, au afirmat pe rând existența unei proctite gonoreice. Bokardt a găsit gonococul în abcesul rinichilor; Wellander în abcesele periuretrale; Slinger într'un abces al ovarului; Kammerer în exudatul purulent al unei artrite, iar Fritch în țesutul conjunctiv sub-mucos al unei proctite gonoreice, în care de la mucosă până la membrana musculară, totul era semănat de gonococi. La rândul lor Dohrn, Rosinski și Leyden au arătat gonoree bucală la noui născuți eșiți din mame gonoreice. Kroenig a observat la un copil de trei săptămâni, eșit iarăși dintr'o mamă gonoreică, o blenoree oftalmică urmată de coriză, iar apoi de otită medie gonoreică. În fine Wellander și Barlow au probat existența cistitei gonoreice, prin descoperirea gonococului lui Neiser în celulele epiteliale ale acestui organ. Apoi Wertheim practicând injecțiuni intra-peritoneale cu culturi pure de gonococi, a obținut o formă uscată de pelvi-peritonită; examenul istologic a arătat că microbii străbătură prin epiteliul turtit, în spațiurile limfa-



tice. Mai mult, acest autor a putut să provoce pe el însuși, un abces cutanat, cu gonococ.

De aci rezultă, că dacă gonococul nu s'a putut găsi în toate țesuturile, cauza era că mijloacele tehnice și modul cum se făceau culturile diferia de cele actuale, cari sunt mult mai perfecționate ca mai înainte. În special prepararea de agar cu serum uman luat din lichidele cavităților închise seróse, precum sunt: pleuritele, ascitele, hidrocelul, etc., constituie mediul cel mai bun pentru cultivarea gonococului. În adevăr, acolo unde microscopul nu arată existența nici unui gonococ, făcându-se însă culturi cu acest amestec, gonococit devin evidente.

Prin urmare nu este exact, că gonococul ar avea o acțiune specifică și exclusivă asupra glandelor și organelor cu epiteliu cilindric și format dintr'un singur strat, precum susținea Bumm: din contra, el intră în categoria microbilor comune, bucurându-se de toate proprietățile lor și putându-se desvolta în orî-ce țesut.

Un alt fapt de o importanță iarăși capitală datorit lui Wertheim, este și următorul: Dînsul prin experiențe de laborator și observațiuni clinice, protesteză și contestă existența supurațiilor mixte susținute de Bumm. Din 116 cazuri de piosalpinx, Wertheim a găsit de 72 ori bacterii; de 32 ori gonococi; de 6 ori streptococi și odată stafilococ; dar nici odată în același timp și gonococ și alți microbi piogeni.

Iată acum și experiențele de laborator:

Într'un bulion de cultură de gonococi bine sterilizat, a constat că streptococii nu se desvoltau de cât în mod miserabil sau chiar de loc, iar stafilococii prosperau mult mai încet de cât într'un bulion de cultură prospătă. De aci ar rezulta, că vechea credință cum că gonococii ar prepara terenul altor bacterii, n'ar fi de loc justificată; probă incompatibilitatea asociațiunei gonococului cu alți microbi. Cu toate acestea sunt autori, cari încă admit infecțiunile mixte. Între alții, Witte, — găsind la microscop în pyosalpinxe odată gonococi și streptococi, odată gonococi și bacili, iar altă dată gonococi și staphylococi, — sepronunță în favórea infecțiunei mixte.

Cu toate acestea, în urma experiențelor foarte demonstrative ale lui Wertheim, precum și a observațiunilor clinice, mulți autori, între cari mai ales Noegherath, căzând într'o altă extremitate cu totul opusă aceleea a lui Bumm, nu s'a sfiit a pune sub dependența blenoragiei toate afecțiunile ginecologice. Deși conclusiunile acestui autor, dice Martin din Berlin, au fost considerate

ca brutale, aducând o adevărată stupefacțiune, totuși ginecologii încep a se convinge ađi din ce în ce mai mult, că ele sunt perfect juste, afară de câte-va excepciuni de alt-fel rari, Deci infecțiunea gonoreică la femei trebuie judecată în mod mai sever, de cum s'a făcut până acum.

În ceea-ce ne privește, credem că ar fi un mare abuz a pune toate afecțiunile organelor genitale ale femeii pe socotela infecțiunei blenoragice. Avem convingerea, că multe din ele recunosc drept cauză fecondațiunile sterile, arătate deja de Lawson Tait în patogenia unora din metrite. În urma unor asemenea avorturi, putem dice microscopice, rămâne o pörtă deschisă pentru intrarea și stabilirea microbilor banali, dar cari numai puțin sunt capabili a da nascere unor inflamațiuni destul de serioase, fără cu toate acestea să fie de natură specifică virulentă. La capitolul Metrite, vom insista mai mult asupra acestui punct.

Din cele arătate, trebuie óre a se considera cu totul distrusă teoria lui Bumm? Nici de cum. Microbul gonoreic încă are să lupte contra inamicului său, reprezentat prin celulele epiteliale. Vaginul în special resistă și nu cedează de cât în anume condițiuni. Autori de cea mai înaltă autoritate, ca Sãnger, Fritsch și alții, au fost nevoiți să recunoască, că vaginul pentru a fi copleșit de agentul gonoreic, trebuie ca stratul său epitelial să se găsească într'o stare de descuamațiune, sau să fie provăduț de o tandrețe, de o subțime și finețã alta de cât cea normală. Deci desvoltarea gonococului, nu stã în strãnsã legãturã cu o anume specie determinatã de epitelii. Este destul ca acesta, ori-care ar fi natura sa, să se găsească într'o stare de frãgezime, moliciune și umiditate pentru ca să devie propriu creșterei și pululațiunei gonococului. Nisece asemenea condițiuni se gãsesc la fetele tinere, la femeile însãrcinate, sau la acelea cu o constituție debilã, altfel zis limfaticã.

Ricord pare a fi provăduț, prin marele său geniũ, acest lucru când dicea: o femeie limfaticã, blondã și palidã, póte fórtẽ ușor să capete blenoragia, mai ales în urma unei depãrtãri de regim, oboselei, exceselor de raporturi sexuale, usagiului órecãror bẽuturi, ca șampania, berea, sau a unor alimente escitante ca sparanghelul, etc.

Pentru blenoragie, ca și pentru ori-care altã inflamație, dice acest autor în scrierile sale asupra sifilisului, se cere o predispozițiune, se cere acest imens necunoscut care dominã tótã patologia. Ceea-ce probézã acest lucru este, că blenoragia nu se capãtã

tot-d'a-una în aceleași condițiuni, unde ea este cea mai evident comunicabilă. Fără această fericită imunitate, blenoragia deja foarte comună ar fi încă și mai mult.

Dar noi cunoștem acum în ce constă acest secret: într'o modificare anumită a celulelor epiteliale a vaginului, în diferitele stări fiziologice, constituționale, sau provocate. În afară de aceste condițiuni speciale, și ați a rămas lucrul stabilit, că vaginul încă este refractar agentului blenoragic. Deci locul său de predilecțiune și acolo unde el la început se stabilește, sunt glandele. Prin urmare, putem avea vulvite blenoragice, căci vulva posedă glande destul, numeroase; dar vaginite nu, căci vaginul nu posedă asemenea organe. De aceea, mai cu deosebire în trei anume organe, prezența gonococului este aproape constantă.

Eraud e cel dintâiu care a arătat infecțiunea meatului urinar, dând naștere unei scurgeri uretrale. În cazul cel mai ușor, avem manifestarea unei roșeli și umflături, dar care poate să meargă până la o adevărată îngroșare a canalului, datorită unei inflamațiuni intersticiale. Martineau a atras la rândul său atențiunea asupra stabilirei gonococului, în foliculii pre-uretrali și peri-uretrali terminându-se une-orî prin adevărate supurațiuni. Dar cu mult înaintea acestor autori, deja Graaf stabilise că la femei, sediul blenoragiei virulente se află în foliculii cari învecinesc uretra.

Vine apoi în ordine de frecvență mucósa gâtului uterin, dând naștere acelor rebele metrite numite ale colului și asupra cărora vom reveni.

113868  
 În fine glanda lui Bartholin este iarăși organul favorit al stabilirei gonococului, de unde adesea nu-l mai putem scóte prin nici un mijloc. Conductul excretor al acestei glande în special, este mai cu deosebire atins. Sănger a descris sub numele de *macula gonoreică*, o mică areolă inflamatoare, comparabilă cu o mușcătură de purice și care este semnul indubitabil al localisării și străbaterii gonococului în orificiul acestui canal.

Dar și aci ca și în cele alte chestiuni, faptul nu e nou. Iată ce găsim în scrierile lui Ricord asupra sifilisului. „Unul din frații noștri din Bordeaux, mort sunt câți-va ani, Moulinié, crezuse că vede în glandele vulvare așa bine descrise de Bartholin și cărora Boerhaave le-a făcut istoria patologică, reluată apoi și complectată de Huguier, Moulinié zice, vedea în aceste glande un fel de organ de virulență, din punctul de vedere blenoragic“. În mijlocul tuturor opiniunii, adaogă Ricord, ceia ce ob-



servațiunea rigurósă arată, este că părțile mucóselor cele mai expuse, sunt acelea cari pot fi mai cu înlesnire atacate de puroiul blenoragic.

#### IV.

Să vedem acum care este calea, saũ mai bine ȃis mecanismul, prin care organele genitale ale femeii atȃt interne cȃt și externe se infectȃzȃ. Modul cel mai comun și brutal, putem ȃice, este punerea în contact direct a gonococului, orȃi puroiului blenoragic cu aceste organe. Realizarea lucrului se pȃte obȃine prin mai multe cȃi, precum: contagiune familiarȃ, spitalicȃscȃ, scolarȃ, coit impur, tentativȃ de viol, etc., etc.

Un cas clasic de contagiune familiarȃ ce am observat și pe care 'l am arȃtat în Vol. III la Cap. artritele blenoragice este urmȃtorul: Am fost chemat într'o ȃi de un student în medicinȃ, pentru a îngriji o rudȃ a sa, ce suferia de blenoragie acutȃ, cu manifestȃri vagi articulare. Dupȃ cȃt-va timp mi se aratȃ de pȃrinȃi, cu multȃ surprindere, fetiȃa lor în etate de 4 anȃi, ce era coprinsȃ de o scurgere vaginalȃ fȃrte abundantȃ. În adevȃr prin examen constat o vulvitȃ destul de intensȃ. Fȃcȃnd ancheta descoper cȃ bolnavul nostru, avea obiceiul sȃ urineze în același vas, în care se punea și fetiȃa cu șezutul, pentru a'și face necesitȃțile corporeale. În aceste condiȃiuni s'a produs inocularea, dȃnd fetiȃei o vulvitȃ specificȃ. Dar n'a fost numai atȃt: ambȃi genunchi s'aũ prins mai tȃrziu de dureri violente, pentru cari copila a trebuit sȃ fie cȃutȃtȃ multȃ vreme.

Cele-lalte moduri de contagiune se înȃeleg de la sine. Intrebunȃnȃrea acelorași rufe, a bureȃilor, obiectelor de toaletȃ, de pansamente etc. sunt tot atȃtea mijlȃce ale virusului, de a trece de la o persȃnȃ contaminatȃ la alta sȃnȃtȃsȃ. Mai ales trebuie evitat obiceiul, dacȃ nu moda, de a îndeplini actul defecaȃiunii în poziȃiunea șeȃdȃndȃ pe același scaun comun, precum se vede la unele oteluri, școli, spitale, etc.

Din parte-ne, noi chirurgii trebuie sȃ fim cu multȃ atenȃiune ca sȃ avem degetele perfect aseptice, și sȃ ne ferim ca scoȃnd degetul din vagin, sȃ examinȃm rectul, saũ imediat sȃ trecem la altȃ bolnavȃ, cȃci ast-fel putem inocula nu numai și acest din urmȃ organ, dar sȃ propagȃm bȃla de la o femeie la alta, determinȃnd o adevȃratȃ epidemie. Acȃsta ar forma un nou mod de inoculaȃie, numit al chirurgului.

Dar nu numai prin deget se p<sup>o</sup>te efectua contagiunea, ci și prin ori-ce alt obiect. S'a<sup>u</sup> c<sup>u</sup>țat casuri de inoculație prin ajutorul termometrului, precum și printr'un pesar, după cum a arătat Fritsch.

În t<sup>o</sup>te aceste casuri, transmisiunea se face prin atacarea celulelor muc<sup>o</sup>sei, grație acțiunei iritante a virusului, pus în contact direct cu d<sup>e</sup>nsele.

De aci infecțiunea p<sup>o</sup>te, prin copleșire treptată și progresivă, să înainteze către părțile profunde ale organelor genitale, grație continuității muc<sup>o</sup>sei, și să ajungă până la gâtul uterului. Aci, dopul acela mucos, de o consistență clei<sup>o</sup>să și lipsit de albumină, pe cât e de refractar microbilor obicinuiți, pe atât e de slab în fața gonococului. Pentru el deci nu există obstacol, și p<sup>o</sup>te *ad libitum* să rămâe aci, sau ceea-ce e și mai grav să trecă chiar peste ultima barieră, ce e reprezentată prin istm, sau a se stabili d'adreeptul în cavitatea uterului, pe endometru. De acolo mereu pe calea continuității, el și urm<sup>eză</sup> drumul, trec<sup>u</sup>nd prin orificiul tubei, pentru a ataca trompa, pavilionul, iar apoi însuși peritoneul. Relativ la copleșirea acestor organe atât de profunde, s'a<sup>u</sup> emis și alte păreri. S'a susținut, că gonococul odată ajuns la gâtul uterului, este transportat în trompă printr'o adevărată aspirațiune. Rolul acestui fenomen e mare în actul fecundațiunei. Sunt în adev<sup>er</sup> animale, și faptul se observă la unele mamifere (vacă, cățele, epe, etc.) unde după actul copulației, de ejaculația e forțe abundentă, totuși vaginul femeiei rămâne perfect uscat: tot lichidul seminal a fost absorbit de uter, întocmai ca o pompă. Fenomenul acesta straniu îl oferă și unele femei, car<sup>i</sup> iarăși bucurându-se de ac<sup>estă</sup> putere aspirantă, vaginul lor rămâne uscat, cu t<sup>o</sup>tă ejaculațiunea cea mai abundentă. În asemenea cas, lesne se înțelege cum gonococul, p<sup>o</sup>te direct să străbată în părțile cele mai profunde ale organelor genitale, fără să mai aibă trebuință de acel pelerinagiū sistematic și succesiv, ce-am arătat. Alții fac să intervie mișcarea antiperistaltică a celulelor cu cili vibratili, de car<sup>i</sup> e prov<sup>edut</sup> uterul; în cazul acesta, gonococul ca și sperma este împins până la orificiul trompei. În fine unii cred că gonococul este condus de însuși spermatozoidul, ca și cum ar fi pus în spinarea sa, ori ar face parte înțegrantă din el. S'a mai invocat încă un mecanism în ac<sup>estă</sup> privință, arătat într'un memoriū a lui Klein. E probabil, că în caz de strîmptorare a istmului uterin, sforțurile și contracțiunile dureroase ale uterului, neput<sup>u</sup>nd învinge obstacolul spre a da afară mucositățile, acestea



refluéză sau măi bine ȃis se întore înapoi, avênd tendința să reintre în trompe; dar odată cu ele străbate și gonococul, al căruî rezultat este provocarea unei salpingite brusce și acute. Modul acesta de a vedea e considerat ca o pură ipoteză, neputându-se a fi confirmat prin vre-un fapt clinic, sau constatare anatomo-patologică. De alt-fel, experiențele lui Klemm au probat că lichidele injectate în uter, nu pot trece în trompă, chiar de ar fi supuse la o presiune foarte mare. Dar or-cum ar fi, stenosa gâtului uterin e un pericol pentru femei, și în consecință trebuie tratat. Tóte durerile în timpul menstruelor, une-orî destul de seriose, sunt efectul acestei stări morbide.

Altă dată, în loc ca invasiunea gonococului să se facă prin mijlocul acestuî lanț celular, care în definitiv e cel măi blând, se efectuéză prin căile limfatice. In cazul acesta, virusul ajuns în cavitatea uterului, este luat de aceste vase, și trecênd prin țesutul conjunctiv, prin cel mucos și cel muscular, atacă serósa (perimetriul) și ajunge tocmai în anexe.

Dar calea cea măi periculósă a transportului gonococului, este când dînsul intră direct în masa sanguină. In acest cas infecțiunea ia un caracter cu totul fulgerător și care, dacă nu aduce mórtea individului, de multe orî transformă femeia într'un adevêrat invalid. Aci nu va măi fi vorba de metrite, salpingite, ovariite, anexite sau pelviperitonite; ci de un resunet al bólei în organe mult măi depărtate, în organe splachnice, absolut esențiale vieței. Femeia în aceste condițiuni e lovită ca și de trăsnet, de un adevêrat cataclism, de o scenă dramatică din cele măi sfâșietóre. Nu voiú uita nici-o-dată chemarea mea urgentă la un otel, pentru a da îngrijirile unei nenorocite ființe, care după un act violent de coabităție, se găsia în ghiara morței. Dînsa, pentru o nenorocită sumă de bani relativ ridiculă, avusese contact cu un individ, care în credința lui barbară, îmi mărturisise că voia să scape de o blenoragie acută, făcênd escese venerice cu dînsa. Am găsit acéstă femeie disgrațiată de sórtă, în prada unei pelviperitonite supra acute, ce'i amenința viața. Abia a avut norocul să scape, rămâind însă în urmă, cu consecințele triste ale profesiunei sale. Dar alte dăți, în urma acestei inoculațiuni se produc, după cum am ȃis, resunete depărtate în organe cu totul străine de sfera genitală. Ele constituie ceia-ce în patologie numim *metastasa blenoragică*. Forma cea măi fericită — dacă și acésta póte fi ast-fel calificată — este artrita blenoragică. Dînsa une-orî monoarticulară iar altă dată poliarticulară, póte totuși se fie înlăturată. Nu insist asupra

pronoșticului acestor complicațiuni, lucrul fiind pe larg arătat în volumul III. Alte dăți infecțiunea se stabilește în téca tendónelor, a nervilor, saũ în mușchi, dând nascere la sinovite, perinevrite saũ miosite. Wilms a arătat un cas de endocardită blenoragică, datorită efectului gonococului. Mai mult, Seifert a arătat un cas foarte interesant cu privire la o femeie gonoreică, care având o inflamație a mamelei prin metastasă, a găsit în puroi diplococi, prezentând tóte caracterele gonococului.

Care e mecanismul acestei inoculațiuni sanguine? Fără nici o îndoială o plagă. Acesta se póte produce în urma unor intervențiuni chirurgicale, când vasele deschidându-se, gonococul póte intra direct în calea sanguină. Ast-fel ar fi un examen intempestiv al vaginului, saũ uretrei cu degetul, specul, saũ cateter. Neluând precauțiunile necesare, putem provoca o mică plagă a acestor organe cu unghia, saũ însuși instrumentul. De asemenea în urma unui coit violent, se póte obține acelaș efect, rupând imenul, saũ determinând o sgărietură în dreptul furculiței or aiurea. Resultatul e acelaș: inoculație bruscă iar apoi metastasă. Există în această privință o observație foarte demonstrativă a lui Resnikov care merită a fi citată. O femeie virgină în nóptea nunții cade bolnavă. Patru zile după aceea e coprinsă de artrită a umerului, a cótelor și genuchilor. Bărbatul se însurase având o blenoragie acută.

Pentru explicarea rapidității acestei metastase, s'a admis străbaterea gonococului printr'o plagă, iar în specie prin ruperea imenului (Luther).

## V.

Să nu credem însă că s'a isprăvit tóte cauzele ce pot determina inflamația organelor genitale interne ale femeiei. Dînsa se mai póte bolnăvi și în afară de diferiții agenți simpli saũ specifici, veniți de la exterior, și intrând întâi prin canalul vaginouterin. O femeie fără a fi în perióda menstruală, fără a fi culpabilă de nici o imprudență, fără a fi gravidă saũ parturientă, fără în fine să fi fost infectată de amantul saũ bărbatul său, dînsa este expusă la inflamația și chiar supurația organelor genitale interne, pe o cale cu totul diferită. De când laparotomiile se fac pe o scară întinsă contra acestor afecțiuni, mai toți chirurgii au constatat aderențe intime ale intestinelor cu anexele, transformate în tumori. Mai nici-o-dată n'a fost laparotomie pe care s'o fi făcut

contra anexitelor, fără să nu fi fost silit a lupta contra deslipirei anselor intestinale de aceste organe. Astăzi atențiunea autorilor este cu seriozitate atrasă asupra acestei chestiuni importante. Astăzi tendința este a se invoca o nouă cauză a inflamației și supurației anexelor; dînsa se atribue trecerei microbilor din intestine la aceste organe, în mod direct. În special raporturile trompei cu apendicele ilio cecal, explică în mod suficient inflamația și supurația anexelor din acea parte, precum și prezența coli-bacilului, în puroiul trompei sau ovarului. Vallin și Clado au arătat în ligamentul apendiculo ovarian prezența de limfatice, comune la ambele organe. Lesne deci înțelegem posibilitatea transmisiunii microbilor intestinali la anexele uterului. Și cu atât fenomenul se va îndeplini mai ușor, cu cât intestinele vor fi prealabil bolnave și se vor lipi de anexe.

De aceia enteritele, apendicitele, abcesele fosei iliace și orice alt proces inflamator al țesutului celulo-conjunctiv și al seroasei peritoneale a micului basin, pot or când să determine inflamațiuni și supurațiuni anexiale, în afară de orice altă cauză arătată până acum. De altfel cercetările bacteriologice a multor autori ca Hartman și Morax; Jayle, Witte, Menge și alții, au arătat că în anexitele supurate s'au găsit foarte multe cazuri, unde coli-bacilul nu numai că s'a aflat în colecțiile purulente asociat cu diferiți microbi ca gonococul, stafilococul și streptococul, dar uneori n'a existat de cât el singur. Acesta probază până la evidență rolul microbilor intestinali, asupra inflamației organelor genitale interne ale femeii. Îmi exprim regretele mele profunde că nu am avut la dispoziție un laborator cât de mic, pentru a fi demonstrat cu prisosință faptul acesta. Sunt convins că mare parte din anexite, se datoresc microbilor intestinelor cu trompele și ovarele. Mai sunt convins că la acesta contribuie în mare parte aplicarea corsetului care, exercitând o presiune pe întreaga masă intestinală, împinge aceste organe în micul basin și le înlesnește ocaziunea de a-și transmite direct flora microbică, fie trompei sau ovarului cu cari capătă relațiuni intime. Dar dacă nu m'a fost posibil a verifica acest lucru prin cercetări de laborator, afirm însă prin observațiunile clinice, că aproape în toate laparotomiile, am găsit aderențe între intestine și anexele inflamate. Când voiți relata în extenso toate aceste observațiuni la capitole respective, cititorul se va convinge de adevăr. Dar într'un cas mai cu sémă, faptul a fost atât de evident, în cât separațiunea apendicelui vermicular intim unit cu suprafața anexei din drépta, n'a fost cu pu-



tință fără rezecțiunea sa. Fig. 1 reprezintă o probă din cele mai demonstrative. Iată în scurt observația:

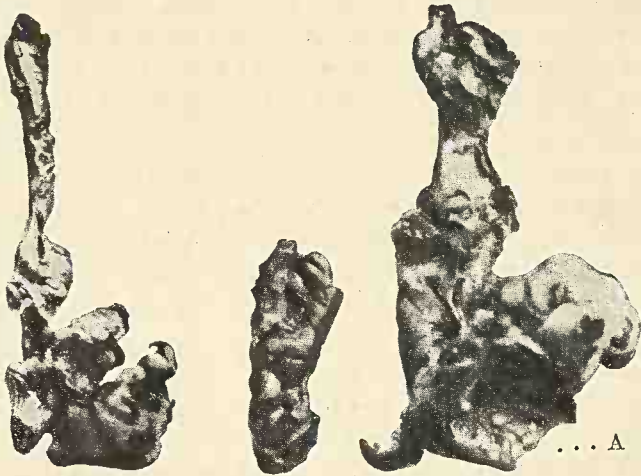


Fig. 1. Dublă anexită (personală).

Anexa stângă. Apendicele vermicular. Anexa dreaptă cu abces în trompa A.

*Ortanza Ștefănescu* 25 ani. Menstruată 14 ani. Primele raporturi sexuale le-a avut înaintea menstruelor. A avut o facere dificilă și asistată de o mōșă de la țară. Rămăne cu metroragiile ce a durat 5 luni, mai târziu a avut și un avort. Prin Martie (postul Pascalui) e cuprinsă de dureri abdominale. Intră în serviciul nostru la 15 Maiu 98. Dorește să-i treacă: durerile din regiunea sacrală și ipogastrică, dureri ce se manifestă prin nise arsuri violente, ce nu-i permite a munci. Mai dorește încă să-i treacă emoragia abundantă.

La 30 Iunie 98 facem laparatomia. Incizia 11 c. m. Peritoneul deschis, constatăm anexele din dreapta formând o tumoră enorm de mare, pe care stă solid aderent apendicele vermicular. Se deslipesce cu multă prudență. Conexiunile între tumoră, uter și basîn, erau așa de intime în cât eram pe punctul a refuza terminarea operației. Cu toate acestea se dă bolnavei un plan înclinat și se începe ruperea aderențelor, căutând a se separa mai întâiu tumora de fața posterioară a uterului. Aci în adevăr cavitatea lui Douglas era cu desăvârșire ocupată de o masă informă, formată din caderea ambelor anexe și sudarea lor inextricabilă. După ce înaintăm până la ore-care distanță, începem a ne dirija către latura uterului, atacând tot-d'a-una tumora de la bază la suprafață, deslipind bucăți largi de aderențe, cari sângerau destul de abundant. Dificultatea cea mare a fost în deslippingul rectului, atât în părțile sale laterale cât și a peretelui său anterior. O dată aderențele din fosa iliacă distruse, tumora este adusă în plagă. Se trage cu o pensă cu dinți de fundul uterului. Se aplică în dreptul cornului un fir dublu, dar care taie țesuturile. Se aplică un altul după care tumora se rezeacă. Se fac spălături largi cu sublimat, și se tamponéză plaga cu tifon iarăși

fiert tot în sublimat și se lasă câte-va minute în loc. Se procede la extirparea anexelor din stânga, ce erau foarte profunde și părând a fi vârâte în grosimea ligamentelor largi. În timpul manipulării se sparge o pungă plină cu puroiū ce se varsă în pânțece. După mai multe manipulări se extirpază și aceste anexe ca și cele precedente. Apendicele vermicular fiind foarte inflammat, deformat și de grosimea unui police se esciséză, aplicându-se un fir dublu la bază. Se reduce bontul prin două fire Lembert. Noi spălături cu sublimat. Făcându-se o nouă inspecție se complectéză operația, deslipindu-se rectul de uter mergând cu degetele până la coccix. Se fac noi spălături și o nouă tamponadă. Operația se termină fixându-se uterul de abdomen prin două fire. Se închide abdomenul prin 6 suturi musculo-peritoneale și opt cutanate. Se face o injecție cu 800<sup>o</sup>gr. serum și o injecție sub cutanată cu ergotină. Séra altă injecție cu ser de 1200 gr. Organele extrase sunt reprezentate în fig. 1.

În prima și a doua ți fenomene de idrargirism, diaree și salivație.

La 3 Iulie bolnava în stare foarte bună. La 26 Iulie dînsa iese din spital perfect vindecată.

## VI.

Tot ce am arătat până acum a fost relativ mai ales la efectul ce blenoragia acută saū sub acută a bărbatului, are asupra organelor genitale femești.

Să vedem acum ce se petrece când acest microb se găsește în stare cronică, saū așa numită latentă.

Ce se înțelege prin starea latentă a blenoragiei? Noeggerath o definește astfel: Este o stare care se caracterisă prin acest fapt că, de unde individul nu simția nici o deranjare în ființa sa de ani îndelungați, acéstă stare încetéză brusc, în urma unei iritațiuni a organelor sexuale, și că atunci să arată simptomele unei blenoragii sub acută saū acută.

După Luther, dacă am înlocui cuvântul de stare latentă a gonoreei, prin aceia de stare latentă a gonococului, chestiunea devine și mai clară. În practică lucrurile se petrec astfel: iată un om care vindecat de blenoragia ce a avut odinioră, se găsește de mai mulți ani în prefectă sănătate. El se însoră, face copii, trăește bine cu nevasta, amêndoî sunt sănătoși și nimic nu turbură căsnicia lor. Dar iată că într'o ți focul se aprinde. Femeia ca din senin se pomenește, din curată ce era, cu o seurgere displăcută și revoltătoare. Alte dați lucrul invers se produce: bărbatul este care se plânge de un asemenea mofafir necăutat și incomod. În alte circumstanțe, un curtizan se plânge medicului de o blenoragie foarte violentă; și cu tóte acestea dînsul afirmă că a avut relații cu o femeie măritată, cu



nevasta amicului său, care nu are absolut nimic; și ca probă este că atât dînsa cât și bărbatul sunt perfect sănătoși.

Dar se observă casuri și mai extra-ordinare ca acestea. Iată unul destul de important și nostim în același timp, pe care îl reproduc din scrierile lui Ricord „Un om de 30 de ani, *medic*, se afla în continență mai mult de șase săptămâni, și ultimele sale raporturi sexuale nu erau suspecte. O circumstanță forțată îi permise să petreacă o ȕi întrégă în dragoste platonice—*tête à tête*—cu o femeie tînără pe care o iubea. De la 10 ore dimineța pînă la 7 ore sêra, dînsul făcu sforturi zadarnice, să învingă rezistența acestei femei, a cărei virtute nu a cedat. Dar în tot timpul acesta, confratele nostru a stat într'o stare de excitațiune fără răgaz. Trei ȕile după aceia, doctorul se pomeni cu o blenoragie din cele mai violente, din cele mai dureroase și care a durat 40 de ȕile.

Iată cum se exprimă Ricord în scrisorile sale: Nimic mai comun de cât a găsi femei, cari au comunicat blenoragii din cele mai intense, din cele mai persistente, cu consecințele blenoragiei din cele mai variate și cele mai grave; și cu toate acestea dînsule nu erau afectate, de cât de cele mai ușore cataruri uterine fără nici o importanță. De aci rezultă această frecuentă credință a bolnavilor, credință foarte adesea legitimată, că au căpătat blenoragia de la o femeie perfect sănătósă“.

Dar care din medici n'a primit la consultațiile sale, bărbați foarte fideli și părinți modelii, dar cari cu blestemul pe buze insultă sôrta ingrată, ce pentru o singură escapadă, l'a pedepsit cu o teribilă blenoragie ?

Și adevêrul este că pare a fi un făcut, ca prima cursă, să serve drept lecție bărbatului infidel (?) Faptul de sigur e foarte curios că o femeie măritată, de și—cam ca toate—posedă scursori leucoreice, totuși pôte coabita cu bărbatul său, fără să-i comunice nimic; pe când aceiași femei trădând pe bărbatul său—fie chiar dintr'un capriciũ—dă ca suvenire, îndrăsnețului curtezan, o blenoragie de multe ori foarte violentă, care de sigur e cea mai mare rês bunare a celui înșelat.

Dar culmea este atunci când în urma unei trădări, cade victimă și inocentul bărbat. Se întâmplă în adevêr ca femeia trădătoare, să infecteze și pe amant și în același timp și pe bărbat, și totuși dînsa să rămăie sănătósă.

Următórea observațiune luată din Ricord este foarte demonstrativă. „O tînără pereche, invitate la masă pe un amic al bär-

fierț tot în sublimat și se lasă câte-va minute în loc. Se procedează la extirparea anexelor din stânga, ce erau foarte profunde și părând a fi vârâte în grosimea ligamentelor largi. În timpul manipulării se sparge o pungă plină cu puroi cu se varsă în pântece. După mai multe manipulări se extirpază și aceste anexe ca și cele precedente. Apendicele vermicular fiind foarte inflammat, deformat și de grosimea unui police se escisază, aplicându-se un fir dublu la bază. Se reduce bontul prin două fire Lambert. Noi spălături cu sublimat. Făcându-se o nouă inspecție se completează operația, deslipindu-se rectul de uter mergând cu degetele până la coccix. Se fac noi spălături și o nouă tamponadă. Operația se termină fixându-se uterul de abdomen prin două fire. Se închide abdomenul prin 6 suturi musculo-peritoneale și opt cutanate. Se face o injecție cu 800<sup>gr.</sup> serum și o injecție sub cutanată cu ergotină. Sêra altă injecție cu ser de 1200 gr. Organele extrase sunt reprezentate în fig. 1.

În prima și a doua zi fenomene de idrargirism, diaree și salivație.

La 3 Iulie bolnava în stare foarte bună. La 26 Iulie dînsa iese din spital perfect vindecată.

## VI.

Tot ce am arătat până acum a fost relativ mai ales la efectul ce blenoragia acută sau sub acută a bărbatului, are asupra organelor genitale femeiești.

Să vedem acum ce se petrece când acest microb se găsește în stare cronică, sau așa numită latentă.

Ce se înțelege prin starea latentă a blenoragiei? Noeggerath o definește astfel: Este o stare care se caracterisă prin acest fapt că, de unde individul nu simțea nici o deranjare în ființa sa de ani îndelungați, această stare încetază brusc, în urma unei iritațiuni a organelor sexuale, și că atunci să arată simptomele unei blenoragii sub acută sau acută.

După Luther, dacă am înlocui cuvîntul de stare latentă a gonoreei, prin aceia de stare latentă a gonococului, chestiunea devine și mai clară. În practică lucrurile se petrec astfel: iată un om care vindecat de blenoragia ce a avut odinioară, se găsește de mai mulți ani în perfectă sănătate. El se însoră, face copii, trăește bine cu nevasta, amîndoi sunt sănătoși și nimic nu turbură căsnicia lor. Dar iată că într-o zi focul se aprinde. Femeia ca din senin se pomenește, din curată ce era, cu o scurgere displăcută și revoltătoare. Alte dăți lucrul invers se produce: bărbatul este care se plînge de un asemenea mofasir necăutat și incomod. În alte circumstanțe, un curtizan se plînge medicului de o blenoragie foarte violentă; și cu toate acestea dînsul afirmă că a avut relații cu o femeie măritată, cu

nevasta amicului său, care nu are absolut nimic; și ca probă este că atât dînsa cât și bărbatul sunt perfect sănătoși.

Dar se observă casuri și mai extra-ordinare ca acestea. Iată unul destul de important și nostim în același timp, pe care îl reproduc din scrierile lui Ricord „Un om de 30 de ani, *medic*, se afla în continentă mai mult de șase săptămâni, și ultimele sale raporturi sexuale nu erau suspecte. O circumstanță forțată îi permise să petreacă o ȕi întrégă în dragoste platonice—*tête à tête*—cu o femeie tîneră pe care o iubea. De la 10 ore dimineța pîna la 7 ore sêra, dînsul făcu sforțuri zadarnice, să învingă rezistența acestei femei, a cărei virtute nu a cedat. Dar în tot timpul acesta, confratele nostru a stat într'o stare de excitațiune fără răgaz. Trei ȕile după aceea, doctorul se pomeni cu o blenoragie din cele mai violente, din cele mai dureroase și care a durat 40 de ȕile.

Iată cum se exprimă Ricord în scrisorile sale: Nimic mai comun de cât a găsi femei, cari au comunicat blenoragii din cele mai intense, din cele mai persistente, cu consecințele blenoragiei din cele mai variate și cele mai grave; și cu toate acestea dînsule nu erau afectate, de cât de cele mai ușore cataruri uterine fără nici o importanță. De aci rezultă această frecventă credință a bolnavilor, credință foarte adesea legitimată, că au căpătat blenoragia de la o femeie perfect sănătósă“.

Dar care din medici n'a primit la consultațiile sale, bărbați foarte fideli și părinți model, dar cari cu blestemul pe buze insultă sórta ingrată, ce pentru o singură escapadă, l'a pedepsit cu o teribilă blenoragie ?

Și adevêrul este că pare a fi un făcut, ca prima cursă, să serve drept lecție bărbatului infidel (?) Faptul de sigur e foarte curios că o femeie măritată, de și—cam ca toate—posedă scursori leucoreice. totuși pôte coabita cu bărbatul său, fără să-i comunice nimic; pe când aceeași femeie trădând pe bărbatul său—fie chiar dintr'un capriciu—dă ca suvenire, îndrăsnețului curtezan, o blenoragie de multe ori foarte violentă, care de sigur e cea mai mare rês bunare a celui înșelat.

Dar culmea este atunci când în urma unei trădări, cade victimă și inocentul bărbat. Se întâmplă în adevêr ca femeia trădătoare, să infecteze și pe amant și în același timp și pe bărbat, și totuși dînsa să rămâie sănătósă.

Următórea observațiune luată din Ricord este foarte demonstrativă. „O tîneră pereche, invitase la masă pe un amic al bär-



fiert tot în sublimat și se lasă câte-va minute în loc. Se procede la extirparea anexelor din stânga, ce erau foarte profunde și părând a fi vârâte în grosimea ligamentelor largi. În timpul manipulării se sparge o pungă plină cu puroiū ce se varsă în pânțece. După mai multe manipulări se extirpază și aceste anexe ca și cele precedente. Apendicele vermicular fiind foarte inflammat, deformat și de grosimea unui police se esciséză, aplicându-se un fir dublu la bază. Se reduce bontul prin două fire Lambert. Noi spălături cu sublimat. Făcându-se o nouă inspecție se complectéză operația, deslipindu-se rectul de uter mergând cu degetele până la coccix. Se fac noi spălături și o nouă tamponadă. Operația se termină fixându-se uterul de abdomen prin două fire. Se închide abdomenul prin 6 suturi musculo-peritoneale și opt cutanate. Se face o injecție cu 800<sup>r</sup> gr. serum și o injecție sub cutanată cu ergotină. Séra altă injecție cu ser de 1200 gr. Organele extrase sunt reprezentate în fig. 1.

În prima și a doua ȃi fenomene de idrargirism, diaree și salivație.

La 3 Iulie bolnava în stare foarte bună. La 26 Iulie dînsa iese din spital perfect vindecată.

## VI.

Tot ce am arătat până acum a fost relativ mai ales la efectul ce blenoragia acută saū sub acută a bărbatului, are asupra organelor genitale femeestî.

Să vedem acum ce se petrece când acest microb se găsește în stare cronică, saū așa numită latentă.

Ce se înțelege prin starea latentă a blenoragiei? Noeggerath o definește astfel: Este o stare care se caracterisă prin acest fapt că, de unde individul nu simția nici o deranjare în ființa sa de ani îndelungați, acéstă stare încetéză brusc, în urma unei iritațiunii a organelor sexuale, și că atunci să arată simptomele unei blenoragii sub acută saū acută.

După Luther, dacă am înlocui cuvântul de stare latentă a gonoreei, prin aceia de stare latentă a gonococului, chestiunea devine și mai clară. În practică lucrurile se petrec astfel: iată un om care vindecat de blenoragia ce a avut odinioară, se găsește de mai mulți ani în perfectă sănătate. El se însoră, face copii, trăesce bine cu nevasta, amêndoi sunt sănătoși și nimic nu turbură căsnicia lor. Dar iată că într'o ȃi focul se aprinde. Femeia ca din senin se pomenește, din curată ce era, cu o scurgere displăcută și revoltătoare. Alte dăți lucrul invers se produce: bărbatul este care se plînge de un asemenea mofafir necăutat și incomod. În alte circumstanțe, un curtizan se plînge medicului de o blenoragie foarte violentă; și cu tôte acestea dînsul afirmă că a avut relații cu o femeie măritată, cu



nevasta amicului său, care nu are absolut nimic; și ca probă este că atât dînsa cât și bărbatul sunt perfect sănătoși.

Dar se observă casuri și mai extra-ordinare ca acestea. Iată unul destul de important și nostim în același timp, pe care îl reproduc din scrierile lui Ricord „Un om de 30 de ani, *medic*, se afla în continentă mai mult de șase săptămâni, și ultimele sale raporturi sexuale nu erau suspecte. O circumstanță forțată îi permise să petreacă o zi întrégă în dragoste platonice—*tête à tête*—cu o femeie tînără pe care o iubea. De la 10 ore dimineța pînă la 7 ore séra, dînsul făcu sforțuri zadarnice, să învingă rezistența acestei femei, a cărei virtute nu a cedat. Dar în tot timpul acesta, confratele nostru a stat într'o stare de excitațiune fără răgaz. Trei zile după aceea, doctorul se pomeni cu o blenoragie din cele mai violente, din cele mai dureroase și care a durat 40 de zile.

Iată cum se exprimă Ricord în scrisorile sale: Nimic mai comun de cât a găsi femei, cari au comunicat blenoragii din cele mai intense, din cele mai persistente, cu consecințele blenoragiei din cele mai variate și cele mai grave; și cu toate acestea dînsule nu erau afectate, de cât de cele mai ușore cataruri uterine fără nici o importanță. De aci rezultă această frecventă credință a bolnavilor, credință foarte adesea legitimată, că au căpătat blenoragia de la o femeie perfect sănătoasă“.

Dar care din medicii n'a primit la consultațiile sale, bărbați foarte fideli și părinți model, dar cari cu blestemul pe buze insultă sórta ingrată, ce pentru o singură escapadă, l'a pedepsit cu o teribilă blenoragie ?

Și adevérul este că pare a fi un făcut, ca prima cursă, să serve drept lecție bărbatului infidel (?) Faptul de sigur e foarte curios că o femeie măritată, de și—cam ca toate—posedă scursori leucoreice, totuși poate coabita cu bărbatul său, fără să-i comunice nimic; pe când aceiași femei trădând pe bărbatul său—fie chiar dintr'un capriciu—dă ca suvenire, îndrăsnețului curtezan, o blenoragie de multe ori foarte violentă, care de sigur e cea mai mare răsbunare a celui înșelat.

Dar culmea este atunci când în urma unei trădări, cade victimă și inocentul bărbat. Se întâmplă în adevér ca femeia trădătoare, să infecteze și pe amant și în același timp și pe bărbat, și totuși dînsa să rămăie sănătoasă.

Următorea observațiune luată din Ricord este foarte demonstrativă. „O tînără pereche, invitate la masă pe un amic al băr-

batului. Prânzul fiind terminat, pofta de mâncare nu fusese satisfăcută. S'a hotărît să se mai adauge ceva. Bărbatul plécă de la masă; pogórá cele patru etage, și se duce la băcanul de alături, să completeze prânzul amical. Dar vai! el nu se întóree destul de repede. În timpul acestei scurte absențe, infidela sa jumătate, comitea adulterul cu perfidul sėu amic. Bărbatul intră, prânzul se sfirșește. După ce se consumă și adjuvantele, ca obicei-nuita cafea cu cogniac etc., amicul se retrage. La rândul sėu voinicul bărbat, intră în drepturile sale și consumă actul conjugal. Trei zile după aceia, bărbatul stupefiat, se presintă lui Ricord cu o blenoragie în flórea ei. Dînsul însoțit de femeia sa, jură că nu a avut nici o relație cu altă femeie de cât cu a sa. La examenul cel mai atent, Ricord nu găsește în organele genitale ale femeii absolut nimic de suspect. Prescripțiunea făcută — zice Ricord — ambiî indivizi plécă, lăsându-mė în nedomirire asupra acestei blenoragii virulente a bărbatului. A doua zi însă — zice Ricord — vėd femeia că revine pentru a mă întreba, dacă în adevěr sunt sigur că ea nu e bolnavă. O examinez din noũ, și din noũ îi afirm că e fórte sănátósă. Dînsa îmi povestește atunci istoria trădăreii de mai sus, și adaogă că delinquentul este aci și mă rógă a'l examina. El avea aceiași sórtă ca și bărbatul!"

Care este explicațiunea acestor lucruri atât de straniî și în definitiv paradoxe? Țtă ce se susține:

Secrețiunile organelor genitale ale bărbatului și femeii se acomodează, se aclimatizează, astfel că formeză pentru fie-care din ei un fel de imunitate reciprocă. Acéstă observațiune clinică de o mare importanță, a făcut pe marele Ricord, să dea sfatul, rămas clasic, tinerilor de a se căsători, dacă voesc să scape de nisce scurgeri neînsemnate ce tot-d'auna rămân în urma blenoragiei, dar cari mereu îl plictisia și pe el și pe dînșii. Și adevěrul este că și noi recomandăm acest lucru, — după ce bine înțeleș facem prealabil mai multe dilatațiuni și spălături vesico-uretrale antiseptice. Resultatul e surprinzător, căci totul dispore ca prin farmec. Farmecul însă constă, tocmai în acéstă acomodare sau aclimatare microbienă.

În acest fericit menagiũ însă, intervine un factor străin? lucrul se schimbă. Fie remușcarea, fie excitațiunea, sau mai probabil intervențiunea unui noũ mosafir microb, totul se răstórnă. Amantul se bolnăvește. Pentru ce? pentru că microbiî vaginali ai femeii, n'au avut nici o legătură de amiciție cu cei uretrali ai seducătorului. Și astfel fiind, unul din cei doui com-

pliei trebuie să cadă bolnav. Victima pe drept cuvînt, în imensa majoritate a casurilor, este amantul. De ce nu însă și femeia? Pentru că dînsa are privilegiul d'a se bucura de prezența în vaginul său, a unui strat de celule, cari resistă agentului morbid lăsat de amant. Acésta pôte e singura consolațiune a bărbatului înșelat de multe ori pe nedrept (?). Din cele arătate, s'a putut interverti vechiul adagiū: *că cea măi frumósă femce nu pôte da măi mult de cât are, în aceia că în chestie de blenoragie, ea pôte da chiar și ce nu are*. Și în adevěr, femeii perfect sănătóse, sunt în stare a gratifica cu o blenoragie pe prea iubitul lor amant, rămîind totuși pure pentru bărbatul lor. Nu cred să mă înșel, zice Ricord, dacá ași susține că femeile daū de 20 ori blenoragia, în schimbul uneia ce primește.

Dar să vedem acum în ce chip cercetările moderne esplică faptele acestea, în aparență atît de bizare? Neisser și Wertheim, cei măi acreditați autori, admit aceiași idee deja emisă de Ricord, care constă în presupunerea că, în casnicie, gonococii soților se înfrățesc în mod perfect. Soții, zice Wertheim, pot la urma urmelor să se obicinuiască în totul cu gonococii lor, așa că în definitiv, numaī pôte fi vorba de *cocii Domnului și Dómnerei X ci de cocii comuni ai soților X!* Dar dacá un al treilea individ se insinuéză în menagiū, la sigur va fi pedepsit ca un adevěrat tâlhar. Dar în definitiv de unde vin acești gonococi, și cum se face că o persónă vindecată, după măi mulți ani să capete o nouă blenoragie acută?

S'a presupus că în momentele supreme, mucósa genitală intră într'o reacțiune destul de vie. În urma escitațiunei și congestiunei, gonococii iritați, ar eși din locurile unde stătuseră ascunși. Astfel după unii, acești gonococi ar veni din gâtul uterului; după alții ei s'ar pogorî din trompe, saū ar eși din glanda lui Bartholin, saū în fine din meatul urinar. Tóte sunt simple ipoteze.

Faptul concret stă în următórea experiență datorită lui Wertheim. Acest neobosit autor, a făcut culturī pure dintr'o gonoree cronică a unui bărbat, datând de doī ani. Dînsul a inoculat aceste culturī în uretra unui alt bărbat. La acesta s'a determinat imediat o blenoragie fórte acută. Dar aceiași cultură inoculată la primul, n'a dat absolut nici un efect. Iată dar o probă din cele măi convingétóre, că o persónă obicinuită cu microbul sėu, rămâne refractară aceluiası produs, care asupra altuia a dat rezultatele cele măi positive. Dacá însă se introduce puroi



de la al al II-lea individ—unde se determinase inflamația blenoragică—la primul, atunci și acesta capătă aceeași afecțiune identică, cu tot cortegiul său. Este deci evident că, această cultură pură luată de la primul, făcând o călătorie și determinând pe al doilea o inflamație francă, lucrază acum și asupra sa, și 'l infectează, pe el, care a servit ca punct de plecare al culturilor, până aci negative asupra lui.

Concluziunea practică ce putem trage din aceste experiențe este: Un bărbat cu femeia sa, aș gonococii lor conjugală cără trăese în perfect menagiū. Dar iată că se introduce un seducător și femeia comite infidelitate. Gonococul aceștia până aci inofensiv pentru bărbat, devine în urma unor secrete ale naturii (?), un agent provocator al blenoragiei seducătorului. Femeia, grație constituțiunii vaginului său, rămâne scutită de infecție, chiar în cazul când amantul ar fi fost bolnav. Dacă acum bărbatul are raport cu femeia sa după un scurt timp de la adulter, el pōte căpăta o scurgere uretrală, chiar și atunci când înșelătorul n'ar fi făcut de cât să'și depună vechii săi gonococi latenți, dar revoluționari în raport cu ai lui. Și cu atât mai mult contaminățiunea se pōte efectua, cu cât raportul bărbatului cu femeia după comiterea crimei, se va fi făcut înainte de 24 sau 36 de ore. După cercetările bacteriologice moderne s'a stabilit că, gonococul își conservă tōte calitățile sale virulente, în tot acest interval de timp.

Ar mai fi încă o șansă (?) pentru bărbatul înșelat de nu se bolnăvi și anume: dacă femeia în momentul trădării ar fi fost coprinsă de o afecțiune inflamatorie generală (!) În adevăr, este demonstrat că gonococul e fōrte sensibil la condițiunile de temperatură; cea mai bună temperatură pentru dezvoltarea sa este 36°. El mōre la o temperatură de 39° ce ar dura 12 ore. La o temperatură de 40° el nu resistă de cât 6 ore. F'inger n'a reușit să inoculeze puroiul blenarogic la persoane, ce aveau o temperatură de 39 și 40 de grade. Resultatul a fost tot-d'a-una negativ.

Deci singura speranță a bărbaților ar fi, ca femeile înșelându'i, să fie coprinse în acel moment de vre-o bōlă generală febrilă, sau cel puțin de febră intermitentă !? Dar din nenorocire, amorul și mai ales trădarea aduce emoțiunii, ce scad mai mult temperatura de cât să o ridice !? Prin urmăre speranța bărbaților trădați rămâne o simplă iluziune; singura scăpare ar consta, într'o vecinică supraveghere și neobosit control (!?).



## SCURTE CONSIDERAȚIUNI ASUPRA ANTISEPSIEI ȘI ASEPSIEI

### Rolul sublimatului corosiv în laparatomii.

#### I.

Operațiunea cea mai gravă în ginecologie, este de sigur reprezentată prin laparatomie. Întréga revoluțiune științifică modernă, și-a concentrat tóte cercetările, pentru a înlesni chirurgilor mijlocul, de a deschide marea serósă peritoneală fără pericol, și numai în profitul bolnavei. Bacteriologia ne-a demonstrat pe de o parte că, cel mai puternic antiseptic este sublimatul corosiv  $\frac{1}{1000}$ , iar pe de alta, că străbaterea cea mai comună și lesnicioasă a microbilor în organism, este calea limfatică.

Microscopul la rîndul său a arătat, că origina acestor vase limfatice, se află în membranele seróse.

Dar peritoneul este cea mai mare serósă din organism; în el deci vor fi cele mai multe limfatice, și prin urmare el formează organul cel mai apt, pentru a absorbi cu profuziune orîce microb. Atunci nimic mai logic și mai natural de cât ca, în momentul deschiderii acesteia seróse, să se aplice pe dînsa antisepticul cel mai reputat, pentru a extermina cu siguranță microbii ce ar fi reușit, să ar căuta să reușescă a se introduce în organism, depunându-se pe suprafața peritoneului expusă aerului exterior.

Principiul acesta este exact, dacă și astăzi am fi conduși de aceleași idei, cari au domnit în știință acum 20, 30 ani, și cari

aŭ fost punctul de plecare al stabilirei celei mai mari doctrine, numită *antisepsie*.

Noi nu avem să insistăm asupra acestei chestiuni, căci se găsește pe larg descrisă în primul nostru volum<sup>1)</sup>. Vom reaminti însă că după credința generală, în aerul atmosferic se afla tot pericolul pentru organism; căci aci se credea că există toți germeni patogeni, toți microbii capabili a da naștere conrupțiunei plăgilor, iar de aci infecțiunei generale a organismului.

Bazați pe acest principiu, s'a instituit o mulțime de mijloce, cari nu aveau de cât un singur scop și anume: împedirea acestor microbi din aer de a se depune pe suprafața plăgilor. De aci pansamentul celebru al lui Lister, care constă într'o mulțime de piese cu o anume funcțiune, dar a căror totalitate era menită să protejeze plaga, de a se pune în contact cu germeni exteriori.

Guérin la rîndul său, condus de aceleași credințe, introduse un alt factor foarte simplu dar tot atât de logic, ce constă în a înveli, cu o cantitate cât de mare de vată, membrul purtător de plagă. Efectul era ca și în pansamentul lui Lister: un ce cu totul mecanic, împedind contactul microbilor cu plaga, dîșii fiind reținuți de stratul mai mult sau mai puțin gros de vată.

Nu a fost greu ca autorii timpului să recunoască, că rău n'ar fi, dacă s'ar găsi și mijlocul de a ucide acești microbi, în cazul când ar fi reușit să se fi depus deja în plagă, sau să fi străbătut prin pansamentele noastre. De aci noi cercetări și noi descoperiri de substanțe chimice, cu puteri microbicide. Astfel se răspîndi în practica chirurgicală acidul fenic, alcoolul, camforul, sublimatul, nitratul de argint, acidul boric etc., etc.

Cel mai important însă dintre antiseptice de care s'a servit Lister, și prin care a revoluționat întreaga știință, a fost acidul fenic—întrevădit după aserțiunile francesilor de către Lemaire, în emulsiunea de coaltar, cu care dîșul făcea experiențe în pansarea plăgilor.

Cu acest agent, ca și cu cei-alți, chirurgii formau soluțiuni mai mult concentrate de cât slabe, și le aplicaū direct pe suprafața plăgilor, căutând a omori microbii, ce credeau că există în mod fatal în aceste perderi de substanță.

În fine drept ultime precauțiuni, se inventază și se instituesc

1) Vol. I, pag. 167—181 și 479—492.

aparate numite pulverisătore, prin mijlocul cărora, răspândind în aer vapori antiseptici, se cauta a se omori toți microbii din aer.

Vedem prin acésta de ce mare conștiință era inarmată chirurgia antiseptică, și de câte precauțiuni minuțioase dînsa se înconjura, pentru a asigura pe bolnav contra acestor vrășmași numiți microbi. Antisepsia deci în tótă rigurositatea ei, era bazată pe aceste trei puncte : I. Curățirea aerului ; II. Distrugerea pe loc a microbilor presupuși a fi căduț pe plagă și al III. Protecțiunea plăgilor, pentru a le împedica contactul ulterior cu acești microbi. De aci trei arme indispensabile orîcărui chirurg : *pulverisatorul, lichide antiseptice, și vată cu obiecte de pansament în abundență.*

Acésta este antisepsia chirurgicală, ce a adus cele mai mari folóse suferinđilor ; dînsa este care a scăpat viața atâtor ființe condamnate la o mórte sigură ; dînsa este care a stârpit septicemiile din vechile spitale — unde chirurgii aveau desgust a mai face visita, iar bolnavii spaimă de a intra, cunoscute fiind de toți desastrese complicațiunei plăgilor ; dînsa a redat societăței atâtea mame, cari odată ce intrau în spitalele de maternitate pentru a nasce, mai tot-d'auna acolo rămîneau ; dînsa este în fine, care atunci ca și ađi, răspîndesc cu profuziune sănătate bolnavilor, și a făcut din chirurgie, partea cea mai pozitivă și póte chiar cea mai sigură a medicinei.

**Pasteur și Lister** sunt cele două figuri mărețe, pentru cari nici însăși nemurirea, nu e suficientă a-î recompensa, pentru cel mai mare bine, ce omul a putut face omenirei.

## II.

Dar lumea științifică n'a rămas mulțumită numai cu aceste prime descoperiri. Astăđi circulă alte principii noi, cari ar avea intențiunea să rěstórne antisepsia.

Mai întăi, bacteriologia a arătat chirurgilor, că nu trebuie să aibă așa mare frică de aer ; căci nu el conține microbii cei mai vătămători organismului. Stafilococii, streptococii, colibacilul, microbii tetanosului, ai febrei tifoide etc., se găsesc mai mult pe vestmintele, pe mâinele nóstre, pe tegumente, în apa cu care spălăm rănile, precum și în pămînt, mai mult de căt în aerul atmosferic și chiar de căt în acela din salónele de spital.

Deja deci unul din pedestalele antisepsiei—care consta în purificarea aerului prin pulverisătoare—este sdruncinat, dacă nu chiar distrus. În cazul cel mai favorabil, dînsul e considerat ca inutil, de ôre-ce infecțiunile chirurgicale nu se mai fac prin aer, ci prin contactul direct, sau după cum este obiceiul a se zice, prin germeii contagii.

Ca un corolar al acestei descoperiri, deducem o aceeași inutilitate pentru al II-lea stîlp al antisepsiei—acela al aplicării de substanțe antiseptice asupra plăgilor—ca ne avînd contra cui să lupte, și mai puțin pe cine să omóre.

Prin urmare, singura noastră datorie este ca, înainte de a atinge bolnavul, să avem tóte obiectele destinate a intra în joc în timpul operației, în starea cea mai perfectă de curățenie, reprezentată prin distrugerea tuturilor microbilor de cari în mod natural sunt împregnate. În prima linie mâinele operatorului vor trebui cu rigurozitate curățate, spălate, unghiile tăiate, și așa de bine îngrijite prin cele mai puternice lichide antiseptice, în cât introduse într'un bulion de cultură, să nu dea naștere absolut la cea mai mică urmă de desvoltare de colonii microbiene. La rîndul lor, instrumentele, obiectele de pansament, apa, bluzele, hainele operatorului și tegumentele operatorului etc. etc., vor fi puse în aceleași condițiuni de sterilitate perfectă, fără a ne preocupa mult de purificarea aerului. Acésta este baza fundamentală a metodei moderne în operațiunile chirurgicale, numită *asepsie*.

Nu este deci trebuință a fi armați când procedăm la operație de agenți antiseptici; este destul ca noi, împreună cu tóte instrumentele și cele-l'alte obiecte de pansament, să fim curății, sterili, aseptici.

Dar asepsia are în favórea sa alte date sciințifice mult mai importante și positive. Se constatase deja de Ranke și Demarquay în 1874, încă pe când antisepsia era în flórea sa, că o mare parte din plăgi, ce se vindecase prin cea mai perfectă reunire primitivă, conțineau un ôre-care număr de stafilococi și streptococi, și totuși acești microbi, nu împedicase reunirea per primam, și nici se însoțise de cea mai mică ascensiune termică, sau picătură de puroi.

Noi însine în 1889, am făcut următoarea experiență fôrte demonstrativă. În mai multe laparatomii, unde obținusem cea mai ideală reunire per primam și cu o temperatură de 37°, așa în cât bolnavele păreau ca și cum n'ar fi fost atinse, totuși scoțând firele de mătase ce treceau prin peritoneu—căci în acel timp în-



chideam abdomenul printr'un singur etaj de suturi — firele acestea zic, examinate bacteriologicesce de persóna cea mai reputată în materie — D-l D-r Puscariu azi profesor, iar atunci asistent al D-lui Prof. Babeş — ne-a aratat că tot-d'a-una aceste fire erau impregnate de stafilococi.

Lucrurile acestea, cari contrariau foarte mult pe Lister, produsese o perturbaţiune în spiritul chirurgilor, cari începuseră a se îndoi atât de acţiunea patogenă a microbilor, cât şi de eficacitatea antisepsiei. Cu toate acestea, fenomenul este în perfect acord cu ultimele cercetări sciinţifice; așa că departe de a aduce vre-o încurcătură, luminează şi mai mult raţiunea de a fi a asepsei, consolidând bazele sale fundamentale.

Azi este demonstrat că, microbii pot exista în organism până la o limită saă doză óre-care, fără a-şi manifesta prin nimic prezenţa lor la exterior, fără cu alte cuvinte bolnavul să aibă febră, şi fără ca reunirea plăgilor prin prima intenţie să fie împedicată. Nu vom numera multele experienţe ce s'au făcut în această privinţă: reamintim numai una a lui Watson-Cheyne elevul lui Lister, ce se găseşte deja reproducă în primul nostru volum<sup>1)</sup>. Acest autor a instituit experienţe foarte interesante, arătând că simptomele observate pe bolnav, variază după numărul microbilor injectaţi. În adevăr dînsul a ajuns la rezultatele următoare, cu proteus vulgaris şi stafilococ. Ast-fel, 225 milioane microbî omóra un iepure în 24 ore; 56 milioane determindă mórtea în 6 săptămâni, prin producerea unui abces întins; iar 8 milioane nu produce de cât un mic abces fără gravitate. Mai jos de acest număr, nu se mai obţine absolut nimic. Deci s'a stabilit că, organismul tolerază o anume doză de microbî în interiorul său, fără nici un prejudiciu, graţie intervenţiunii leucocitelor. S'a constatat în adevăr în interiorul acestor organe, prezenţa de microbî. Fenomenul acesta a fost punctul de plecare a celei mai fecunde teorii, numită *fagocitosă* şi datorită observaţiunilor geniale ale lui Metschnikoff. Dînsul a studiat asupra animalelor această mare luptă între elementele organismului şi bacterii, luptă în care leucocitele pot fi învingătoare săă învinse. Prin urmare, aceste leucocite cu nucleu multipli şi provédute cu mişcări amiboide, se grămădesc din primele ore, în locul invaziunii microbilor, încorporându-şi toţi stafilococii. În virtutea unei anume proprietăţi şi mecanism intim, microbii sunt înghiţiţi de leucocite; ei lipsiţi

1) Vol. I, pag. 18.

de hrana necesară, finesc în cele din urmă prin a muri, după un timp mai mult sau mai puțin îndelungat. Ast-fel se găsește scăpata integritatea țesutului, supus invasiunii microbice.

Atunci însă când victoria rămâne din partea microbilor, avem producerea bólei prin formațiune de abces, cu toate consecințele cunoscute, putând degenera până și în septicemie. S'a făcut pentru demonstrarea acestei teorii o mulțime de alte experiențe, până și în cavitatea peritoneală, și s'a ajuns la concluziunea că: păstrând doza anumită pentru fie-care animal, inoculațiunile microbiene rămân inofensive; numai atunci când virulența și cantitatea devin exagerate, consecințe vătămătoare se pot provoca.

Deduțiunea practică în operațiunii este: vom căuta prin toate mijlocele posibile să nu oferim bolnavului ocaziunea de a-și mări numărul microbilor, precum nici să introducem un mai mare număr, și mai ales alții de speță diferită. Și calea cea mai bună pentru realizarea acestei cerințe, este asepsia perfectă, ideală.

Este știut în adevăr că une-orî, nu atât puluatiunea acelorași microbi aflați în organism, se însoțesc de consecințe rele, cât mai cu sémă adăogirea altora de o speță diferită. Cu alte cuvinte lucrul de care trebuie să ne temem este, ca prin mâinele și obiectele noastre, să nu provocăm o *asociațiune microbienă*.

Eată ce țice Stassano în articolul său publicat în Archives des sciences medicales: „O altă cauză însemnată de slăbire a rezistenței locale a țesuturilor ca și a organismului întreg, este asociațiunea microbilor, câte o dată chiar de microbi ce prin ei însuși sunt cu totul inofensivi, precum e micrococus prodigiosus. În adevăr, asociind pe aceștia cu bacilii cărbunelui simptomatic, reușim să inoculăm la iepuri bóla acésta, pentru care ei normal sunt refractari. De asemenea se slăbesce în mod considerabil prin asociațiunea micrococului prodigiosus, rezistența iepurelui pentru stafilococ, și a șórecelui pentru bacilul piocianic. Și toc-mai prin asociațiunea bacilului lui Nicolaier cu stafilococii puriului, luat din plăgile tetanicilor, Carle și Rattone, au reușit să inoculeze tetanosul în mod succesiv la o serie de iepuri, până-ce în urma număróselor treceri de la un animal la altul, stafilococul bacilului lui Nicolaier separându-se, inoculațiunile nu mai dădură loc la tetanos, ast-fel precum au demonstrat frumósele și ingeniósele experiențe ale lui Vaillard și Vincent asupra microbiologiei tetanosului.“

Astăzi este lucrul demonstrat, că până și însuși tuberculoșii

în cele din urmă, ei nu mor atât prin bacilii lor, cât prin introducerea în organism a altor specii de microbi, fie chiar din cei mai simplii ca stafilococcus albus, aureus etc. Întréga septicemie chirurgicală, nu e de cât o asociațiune de microbi.

Deci, bolnavul lăsat în condițiuni normale numai cu microbi sêi, el are arme destul de puternice pentru a lupta contra lor; armele sunt reprezentate prin cea mai bine-făcătoare proprietate de care sunt înzestrate leucocitele; a înghiți și a devora în óre-care limite microbii, constituind fagocitosa. Mecanismul intim al acestu mare fenomen constă în aceia că, vasele permit prin pãreții lor o transudațiune a plasmêi sanguine, în dreptul părților lezate și unde există microbi. La rândul lor leucocitele ies și ele prin a nune spațiuiri numite stomate; și în toemaî ca printr'un fel de atracțiune și sensibilitate specială, ele merg direct la câmpul de luptă și se precipită asupra microbilor pe carî caută a-i înghiți. Exudațiunea ce s'a produs imediat în plaga operatorie, servă ca un curent eliminator, căutând a asvârli afară produsele de secrețiune a microbilor, ce ar fi scăpat de la acțiunea fagocitelor; și ne permitiându-le ast-fel a intra în pululațiune, dînșii vor putea fi înghițiți de o nouă invasiune de leucocite. Și tot ast-fel lucrurile se petrec, până când întregul isvor de microbi este stins, pe de o parte prin înghițirea lor de fagocite, iar pe de alta prin vărsarea la exterior a produselor toxice, prin mijlocul serosităței saú plasmêi sanguine. De aceia noi în pansarea plăgilor, trebuie să favorisăm pe cât mai mult posibil libera scurgere a liquidelor, depãrtând orî-ce cauză de retențiune. De aceia asepsia interzice întrebuițarea substanțelor antiseptice forți, căci ele avênd proprietăți iritante, distrug acest joc al leucocitelor, și decî microbii rămâind stăpâni pe situație, dau nascere la puroi și tóte celelalte complicațiuni. După cum vedem, există o relațiune strânsă între exudațiunea de limfă plastică și ieșirea leucocitelor, ce se dirig în același loc ca și dënse. Fenomenul acesta de atracțiune al leucocitelor de către serositate în câmpul microbial, constituie cea mai nouă teorie ce s'a descoperit, și care pórtă numele de *chimiotație*.

Aci stă tot secretul apãrării organismuluî contra agenților morbizi; aci se resumă tótă gloria nóstră, ca să înlesnim prin orî-ce mijlóce puterea atractivă a plasmêi sanguine, căci prin ea menținênd *chimiotația*, prin ea salvăm situația. Acum înțelegem de ce antisepsia începe a fi combătută și chiar respinsă; acum înțelegem de ce dînse este considerată ca fiind mai mult vătă-



mătore, din cauză că dînsa ar paralisa fenomenul de chimiotaxie, prin acțiunea sa iritantă.

Dar mai cu deosebire chimiotaxia este împinsă la gradul cel mai mare în peritoneu. Aci natura prevăzătoare, a investit această seroasă cu un număr atât de considerabil de leucocite, în cât cu drept cuvînt, peritoneul e considerat ca o masă largă și întinsă de vase limfatice. Aci, în momentul deschiderii cavității peritoneale, chimiotaxia e în apogeul său; aci, pe lângă exudațiunea și eșirea fagocitelor, există un număr extraordinar de leucocite, ce intră instantaneu în joc înaintea celor-lalte, adică a leucocitosei și a exudațiunii. Dînsese desagregându-se și intrînd în ceea-ce se numesce *leucolysă*, își varsă în peritoneu substanța microbicidă ce conțin, și constituie ast-fel o nouă armă din cele mai puternice, cu care organismul luptă în mod victorios, contra tentativei de invasiune a microbilor.

Prin urmare, acum mai mult ca ori-când, chirurgul e dator a nu întrebuița nimic care ar împedica acest factor al naturii. Dînsul, pe lângă precauțiunea de a nu introduce noi microbi, e dator a adăoga, ajutând pe cât e posibil, a nume agenți, cari sunt recunoscuți ca amici fideli ai puterii de atracțiune a leucocitelor, ai chimiotaxiei.

S'a demonstrat prin experiențe, că lichidele antiseptice în dozele cele mai mici, sunt defavorabile acestui fenomen. Nu mai vorbim de sublimatul corosiv, de acidul fenic și alți antiseptici mai mult sau mai puțin puternici; dar însuși acidul boric care e cel mai slab dintre toate, încă e o piedică fagocitosei, chimiotaxiei.

Pentru acesta, cei mai mulți chirurgi se mărginesc a nu introduce nimic în peritoneu, ci a lucra în mod cu totul aseptie și cu desăvârșire uscat. Iar când se simte necesitatea de a se face ore-care spălături intra-peritoneale, ele se practică cu apă prealabil fiartă, sterilisată. Dar chiar și însuși acest agent, cu totă inocența sa, încă după experiențele lui Stassano reese că, irigațiunile peritoneale cu apă de curând sterilisată și caldă, și prin urmare neacerată, micșorează rezistența peritoneală.

Iată în scurt experiențele sale: El a luat 6 cobrai și le-a injectat la fie-care în peritoneu câte 2 c. m. c. de apă fiartă, convenabil răcită într'o seringă specială care împedica aerațiunea; din contra, la alți 6 cobrai, tot de aceeași greutate și măsură, a injectat iarăși 2 c. m. c. de apă fiartă, dar de astă dată aerată după răcire. Imediat la 2 cobrai din prima serie și la alți doi din



a doua serie, a inoculat în peritoneul lor, dosa mortală minimă de vibrioni cholerici. La cei-lalți 4 cobrai din prima serie, a injectat la doi  $\frac{3}{4}$  din dosă; la al cincilea  $\frac{1}{2}$ , iar la al șeselea  $\frac{1}{4}$  din dosă. La cei-lalți patru din a doua serie, pe lângă dozele injectate la prima experiență, a mai adăugat câte o dosă întregă la fie-care, așa în cât se găsia într'un grad de toxicitate mult mai mare de cât frații lor din prima serie. Dar cu toate acestea cobraii din prima serie, purtători de apă lipsită de aer, au suferit o rezistență mult mai mică, în raport cu cei lalți purtători de apă aerată. În adevăr, primii au suferit înaintea secundilor, deși aceștia aveau o dosă de intoxicație odată și jumătate mai mare.

Iată dar un nou principiu al asepsei: 1. Să nu introduci nimic în peritoneu, de cât obiecte absolut sterile și uscate; iar al doilea, că în cazuri de forță majoră, spălăturile peritoneale să nu se facă nici cu substanțe antiseptice, dar nici cu apă fiartă sterilizată și neaerată. Dar atunci cu ce?

Factorul cel mai favorabil pentru buna funcționare a chimiotaxiei ar fi bulionul peptonizat, sau serum artificial. Majoritatea chirurgilor recurg la acest al doilea factor, ca fiind mai ușor de obținut, și în același timp suntem mai siguri de purificarea sa — apa fiind prealabil supusă la o fierbere înaltă; cu bulionul nu avem aceeași siguranță, căci ar trebui să fie într'o stare perfectă de sterilizare, dacă voim a nu introduce în peritoneu otravă, în loc de balsam bine-făcător.

### III.

Acestea sunt în scurt principiile precum și bazele fundamentale ale asepsei. Mai trebuie însă mult până când să se reușească înlocuirea definitivă și complectă a antisepsiei. Pentru moment, ambele doctrine stau în picioare; chirurgii sunt împărțiți în antiseptici și aseptici. Din cele ce vor urma, credem că metoda ce întrebuițăm în serviciul nostru și pe care o voi descrie, aparținând și uneia și alteia din aceste două doctrine, ar reprezenta o *metodă mixtă-electică*. Știu că sunt și alți chirurghi, cari au preconizat întru cât-va acest principiu, de ôre-ce au recurs la spălături peritoneale cu substanțe antiseptice, ca soluțiuni borică, salolate, etc. dar nu cu sublimat corosiv, și în orî ce caz abia se menționează uzajul acestui agent, dar în doze infinitizimale.

Cred că sunt singurul care am avut curajul a întreprinde

acéstă experiență, de a face spălături peritoneale cu sublimat  $\frac{1}{1000}$ , considerate de toți autorii ca cele mai periculoase.

Sciam și bănuiam că sublimatul, odată cu distrugerea microbilor, e în stare să distrugă și celulele protectrice ale seróseî peritoneale. Și dacă odată acest lucru era posibil, atunci peritoneul pierdându-și învelișul, își pierdea și calitățile fiziologice. În aceste condițiuni el devine apt a contracta aderențe cu organele vecine, iar pe de alta a se transforma într'o largă plagă deschisă, capabilă a absorbi orî-ce agent morbid, orî-ce microb.

Sciam și mă temeam ca nu cum-va acéstă plagă să dea naștere la complicațiuni serioase, ca oclusiuni intestinale, precum Tauffer a observat câte-va casuri, unde spălăturile fusese făcute cu substanțe antiseptice mult mai slabe.

Mă temeam ca nu cum-va nisece asemenea spălături să producă exudate, cari sunt origina cea mai sigură a aderențelor.

Muscatele din Turin, citat de Stassano, făcând nisece experiențe relativ la acéstă chestiune zice: „aderențele peritoneale se forméză fie ca consecință a iritațiunei cauzate asupra epiteliului peritoneului, prin soluțiunii antiseptice chiar fórte slabe de sublimat, acid fenic sau acid boric; fie în urma atingerilor repetate a mâinelor operatorului asupra anselor intestinale, fie a exposițiunei prea lungi a mesei intestinale la acțiunea uscată a aerului. În asemenea circumstanțe, aderențele și-ar lua origina într'un strat de exudat, ce s'ar forma împrejurul punctului lezat al peritoneului; în ochiurile fibrinoase a acestei exudațiunii, numeroase limfocite și câte-va rari leucocite polinucleare ar rămânea închise aci, și împinse fiind către periferie, s'ar transforma în urmă în celule conjunctive și ar da apoi loc la formațiune de țesut cicatricial“.

Sciam și bănuiam totul; dar nevoia și felul operațiilor m'au îndemnat la acésta. Nevoia a fost reprezentată prin lipsa absolută de cea mai rudimentară sală de operație ce mi s'a dat. Eū, pentru respectul sciinței, nu descriū condițiunile în cari am operat timp de patru ani. Când decî am fost silit să deschid pântecel femleilor în asemenea condițiuni, și m'am găsit în fața unor leziuni desesperante și supurațiuni profuse ale basinului, n'am putut face toaleta peritoneului, după ridicarea organelor bolnave, de cât recurgând la cel mai puternic antiseptic, la sublimatul corosiv. M'am condus în acéstă afacere, de marele principiū chirurgical că: *aux grands maux les grands remèdes*.

Este adevărat că la început, fiind și eū stăpânit de aceiași

temere legitimată ca toți autorii, am uzat de acest agent în mod iconomicos. Treptat însă am devenit mai îndrăzneț, așa că ați vărs în cavitatea peritoneală, kilograme de soluție de sublimat  $\frac{1}{1000}$  absolut fără nici o témă.

Metóda mea constituie o probă mai mult, că adesea orî vederile teoretice, rămân inferióre observațiunilor și datelor clinice.

Am practicat 110 laparatomiî cu acéstă metóda și n'am pierdut absolut nici o bolnavă. Este adevărat că în statistica ce daū, se menționéză douē casurî mortale; dar ele nu se datoresc sublimatului, ci altor împrejurări cu totul streine. Ast-fel: un caz a fost relativ la ablațiunea unui fibro sarcom al uterului, bolnava fiind deja în cachexie; iar al doilea caz e cu privire la un enorm chist papilar intra ligamentar, unde din cauza dificultăților, operațiunea a rămas chiar neterminată. În schimb însă, întregul rest al laparatomiilor, s'a terminat cu cel mai mare succes.

Un lucru demn de observat este, că la început, în câte-va casurî am constatat fenomene de intoxicație, manifestate prin diareî verđi, iar o dată prin stomatită. Sunt însă aprópe doi ani de când absolut nici o bolnavă n'a mai oferit asemenea simptome, astfel că aș crede în a fi vorba de o constituție medicală. Afirm însă că n'am întâlnit nici un caz de ocluzie intestinală. Pentru detalii mai multe, să se citéscă la cap. Tratamentul anexi-telor supurate.

Să vedem acum în ce mod ne putem explica faptul acesta, care pare a fi cu totul contrariū tutulor datelor sciințifice, saū cel puțin destul de paradox.

Noî credem că succesele ce am obținut, își pot găsi forțe ușor explicațiunea lor. Mai întâiū de tóte noî, fierbând compresele în sublimat corosiv, iar în urmă puindu-le într'o altă soluție și răcindu-le în mod convenabil, pentru a putea manipula cu ele în peritoneū, facem cu acésta uz de *asepsia umedă*, astăđi singura recomandată de rigóre și practică de toți chirurgii. În adevăr până mai de ună-đi, laparatomiile se făceaū în mod cu totul aseptíc uscat. S'a constatat însă că se determina o iritațiune și chiar desquamațiune a stratului epitelial al peritoneului; de aci consecutiv aderențe. Și drept probă despre acésta găsim, în articolul lui Stassano, o comunicare a lui Sānger la congresul de ginecologie din Viena în 1895, care a afirmat că, de când a părăsit pansamentul peritoneului cu tifon sterilisat uscat, și a revenit la ceia ce se numesce *asepsie umedă*, făcēnd largi iriga-



țiuni abdominale cu apa fiziologică a lui Tavel (7 $\frac{1}{2}$  gr. clorur de sodium și 2 gr., 50 ctg. carbonat de sodiū pentru un litru de apă sterilisată caldă), n'a mai avut ocasiunea să se plângă de ocluzie intestinală, în afară de un singur caz de aderența uterului la peretele abdominal, și acesta dintr'un număr foarte mare de laparatomii. Aceste rezultate veniaū să confirme opiniunea lui Walthard în privința folóselor asepsiei umede, asupra procedeelor de asepsie uscată și antisepsie. Modul acesta de a vedea se găsește pe deplin demonstrat și prin statistica lui Tauffer. Acest autor din 443 de operați în timpul periódei antiseptice, a avut 4ece casuri de ocluziune intestinală, adică o proporție de 2,25%: pe când în perióda de asepsie umedă, pe un număr de 348 operați, n'a întâlnit de cât două casuri de ileus, adică 0,57%.

Deci ca primă parte, metoda noastră este bună, de óre-ce întrunește cerințele asepsiei umede.

Rămâne acuma al doilea punct, care de sigur e și cel mai greu și mai important. Cum se face că aceste largi irigațiuni ale noastre cu sublimat  $\frac{1}{1000}$ , departe de a fi vătămătoare, au fost încoronate cu deplin succes? Eū nu am avut la dispoziție institute și laboratóre pentru a recurge la experimentațiunii proprii, sau a controla pe cele făcute de alții. Nu am deci în favórea mea de cât faptul brut, faptul practic. Cu tóte acestea, cred că fenomenul s'ar putea sprijini pe unele experiențe destul de demonstrative, făcute de Stassano și alți autori, relativ la o proprietate necunoscută, dar de cea mai mare valóre a mercuriului și a sárurilor sale, ce pare a fi clar că, aceste substanțe introduse în organism, favoriséză în modul cel mai eficace chimiotaxia. Și dacá lucrul stă ast-fel, atunci am putea 4ice și noi, că soluțiunea noastră de biclorur de mercur introdusă momentan în cavitatea peritoneală, îndeplinesce în tocmai același rol, pe care diferiți autori l'au controlat pe calea experimentală, dar în direcțiuni deosebite. Dar iată ce găsim în Stassano: „De curând Gaglio, studiind acțiunea albuminatelor de mercur asupra leucocitelor, a susținut că mecanismul acțiunii medicamentóse interne a mercurului, ar putea fi datorit unei stimulațiuni a activității leucocitelor. Este tocmai un an, 4ice Stassano, de când am întreprins studiul modificațiunilor intime ce mercuriul provóca în animale, plecând iarăși de la presumpțiunea că acest mineral, nu lucréză în mod salutar asupra sifiliticilor, de cât făcând să crească apărarea fagocitară. Argumentul principal pe care se bazéză acéstă presumpțiune — care continuă să mă conducă în cercetările ce urmăresc de atunci în acéstă



privință cu rezultate încurajătoare de laborator — este extrema eficacitate a acțiunii medicamentose a acestei substanțe, în raport cu doza cu totul infinitesimală ce se administrează, de la  $\frac{5}{250000000}$  până la  $\frac{1}{50000000}$  din greutatea omului, considerat în termen mediu de 50 kilograme. Observațiunea clinică de alt-fel a unui mare număr de leziuni sifilitice, ce vedem că dispar după 4—5 injecțiuni de  $\frac{1}{2}$  ctgr. până la 1 ctgr.; din necesitatea unui tratament mult mai prelungit de injecțiuni, pentru a împiedica leziunile sifilitice ale ochiului, care precum se știe este organul cel mai puțin provădit de leucocite; și succesele recente obținute prin injecțiuni de mercur în alte afecțiuni, ca în lepră, în leziunile cutanate tuberculosice, etc., vin în sprijinul ipotezei mele“. Și mai departe iarăși dăce: „Intr'o lucrare a D-șorei Kowalevski, am primele fapte experimentale în sprijinul ipotezei mele, relativ la mecanismul acțiunii mercuriului în doze mici în sifilis. Aceste fapte ce am interes a menționa în acest articol, pentru că ele vor arăta pôte mecanismul intim al acțiunii curative a substanțelor chimice în infecțiuni, sunt următoarele: biiodurul și biclorurul de mercur în doze inofensive, produc o forțe mare leucocitosă, precedată de o fasă de leuccliză; acești doi compuși, exercită o forțe puternică acțiune atractivă asupra leucocitelor. Aceste două fapte pot în adevăr să încurajeze cercetarea unei substanțe, care înzestrată într'un mare grad de aceste două proprietăți — atrage și a stimula celulele migratrice — să fie capabilă să mărească apărarea întregului organism, în infecțiunile generalizate. . . . etc., etc.“

Dar iată acum nisce experiențe făcute de Stassano, care probéză cu destulă artă, calitatea chimiotaxică a mercurului și deci folósele introducerii acestui agent în organism. „In sprijinul acestei speranțe, dăce autorul, pot să dau câte-va rezultate obținute în cursul experiențelor ce urmăresc de un an, asupra proprietăților preventive, ce serul animalelor dobândește, în urma unui tratament mai mult sau mai puțin lung de mercur, administrat în doze minime: proprietăți preventive ce este ușor de a măsura, prin gradul rezistenței ce ele imprimă peritoneului animalelor, cobailor de exemplu, în fața mai multor infecțiuni. Ast-fel am putut să constat că, 1 cm.c. de ser de la unul din iepuri, ce suferise tratamentul mercurial în mici doze zilnice fără a suferi, ci mai mult câștigând prin creșterea greutății în timp de o lună și jumătate, conferia obicinuința locală a peritoneului, până către o dosă de 10 oră mortală de colibacili, inoculată 4 ore după in-

jecțiunea serului, și până către 2 oră dosa mortală de vibrionii cholericii, injectată în același timp cu serul“.

Dacă am insistat și am căutat să reproduc aceste interesante experiențe, este pentru a proba eficacitatea și puterea binefăcătoare ce mercuriul și compuşii săi, au asupra organismului. Acest lucru deci o-dată stabilit, cred că el nu numai ne explică succesele operatorii ce am obținut prin irigațiunile noastre, dar autoriză în mod obligator întrebuințarea acestui agent, care ar îndeplini același rol ca și serul artificial, pentru a dispune peritoneul la luptă, sau pentru a-i veni în ajutor, întărind instantaneu activitatea fagocitelor sale, în cazul când lupta cu infecțiunea este deja angajată.

Tot ce s'ar putea obiecta metodei noastre, ar fi pôte că doza este prea mare de  $\frac{1}{1000}$ . Lucrul e posibil; dar faptele noastre clinice ne-a probat, că putem fără nici un pericol să-l întrebuințăm în această proporție. De alt-fel, aceste spălături repezi și momentane, nu dau ocaziunea sublimatului să aducă alterațiuni peritoneale, căci dînsul nu este lăsat în loc, ci seos repede prin comprese. Este vorba deci de o simplă acțiune de prezență, și numai în scopul de a curăța detritusurile și revărsarea de puroi, prin spargerea abceselor și pungelor micului basin în timpul operației. În condițiunile acestea, noi credem că sublimatul are preferință asupra serului artificial, căci pe lângă puterea sa de a escita și a atrage leucocitele — prin urmare a favoriza chimiotaxia — mai are și calitatea de a fi un antiseptic din cei mai puternici. Metóda noastră mai are și acest ultim avantajit că, ferbând în clocote soluția de sublimat, iar apoi răcindu-o convenabil tot cu o aceeași soluție, obținem un lichid antiseptic, perfect sterilizat dar în acelaș timp și aerat.

În urma acestor considerațiuni, metoda noastră îndeplinind cerințele atât ale asepsei umede cât și ale antisepsiei, cred că merită atențiunea chirurgilor, și de aceia propunem a fi pusă în practică și de alții, fără nici o temere, mai ales în laparatomiile făcute contra supurațiunilor pelviene. Aș fi dorit să fac cel puțin următoarea experiență:

I. Să introduc în cavitatea peritoneală a epurilor, sau cobailor, soluție de sublimat  $\frac{1}{1000}$  cu siringa, pentru a găsi doza tolerantă sau mortală;

II. Simultaneu sau mai târziu, să introduc cultură cu anume cantitate de stafilococi sau alți microbi, și să se vadă efectul ce s'ar obține la animalele cu, și fără aceste injecțiuni de sublimat.

În lipsă de mijlôce însă, am făcut experiențe numai într'o direcție, cari însă nu mi-a probat mai puțin, atât eficacitatea cât și lipsa de toxicitate a sublimatului. Iată'o :

Anul acesta, voind a proba, dacă nu cumva spălăturile cu sublimat sunt tolerate numai în casuri de inflamațiuni și supurațiuni ale abdomenului, când peritoneul, în mare parte bolnav, și-ar fi pierdut proprietățile sale fiziologice, am întreprins în Ianuarie, la institutul de gynecologie, următórea experiență: Făcând pe mai multe purcele transplantări și transmutări de ovare, mai înainte de a încheide abdomenul, am practicat și aci spălături destul de largi în cavitatea peritoneală, cu sublimat  $\frac{1}{1000}$ . Ei bine, n'am constatat asupra animalelor absolut nici cel mai mic fenomen de intoxicație, precum nici vre o altă stare îngrijitóre. Tóte animalele s'aũ vindecat la perfecție și trăesc și ađi. Ba încă, le-am pus în contact cu vierii, cu cari aũ practicat actul copulației, pentru a vedea dacă sunt în stare să rămâne însărcinate.

Este demonstrat deci că, sublimatul nu e vătămător, chiar introdus fiind, într'un peritoneu cu totul normal.

Cu ocazia congresului de ginecologie ținut la Marsilia în Septembrie 1898, am fost trimis ca delegat de On. Eforie, a expune congresului acéstă metódă ce'mi aparține. Iată textul comunicării ce am făcut și pe care îl reproduc întocmai:

## LE LAVAGE DU PÉRITOINE AU SUBLIMÉ

PAR

**Le Dr. I. KIRIAC**

Chirurgien en chef des Hôpitaux de Bucarest,  
Chef du service de Gynécologie de l'Hôpital Philantropia.

En gynécologie l'emploi du sublimé est infiniment plus limité qu'en chirurgie générale.

Qui ne connaît les accidents auxquels donnent lieu les lavages intra utérines post partum au sublimé, à la dose même inférieure de  $1\text{‰}$ ? Même les lavages du vagin au sublimé se font plus rarement, soit à cause des phénomènes d'intoxication, qu'on observe quelques fois, soit à cause de la cystite souvent assez rebelle que produit ce toxique, chaque fois qu'il vient en contacte avec le méat urinaire.

Le sublimé a été employé encore plus rarement en lavage péritonéal.

Il est constant aujourd'hui, que le sublimé est impropre pour la séreuse péritonéale, tant à cause de la délicatesse de son revêtement épithélial, que de la rapidité de l'absorption à son niveau.

Malgré cela, dès avant 1889, époque à la quelle j'étais chirurgien adjoint de mon illustre maître, Mr. le professeur G. Asakky, dans chaque laparatomie, avant de fermer l'abdomen, je laissais écouler à dessein dans la cavité péritonéale, de très petites quantités de sublimé 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. Je faisais cela, avec l'intention d'obtenir de cette solution, un bain antiseptique, dans la partie déclive du péritonie. Vu les résultats satisfaisants, j'ai suivi ce système avec ménagement jusqu'en 1895, date de ma nomination comme chirurgien en chef du service gynécologique de l'hôpital Philanthropia de Bucarest.

Ayant vu dans cet intervalle que la mortalité était à peu près insignifiante, ne comptant que deux décès sur 40 laparatomies que j'avais pratiquées, dûes à d'autres circonstances qu'à la méthode, j'ai pris la décision de l'employer d'une façon systématique.

En effet, il est de notion courante, que dans la majorité de cas, les annexites contractent d'aussi nombreuses adhérences avec les organes et les parties avoisinantes, qu'elles forment un véritable bloc situé parfois dans la profondeur du bassin. C'est à une pareille tumeur que nous donnons le nom de *paravitomocel* (παρ'αρτήματα = annexe et Κήλη = tumeur). Maintes fois, la vue de pareilles tumeurs, ont une si grande ressemblance avec le sarcome, que la chose s'impose. Je suis persuadé, que la plupart des observations données, à propos de la diminution et même disparition des tumeurs sarcomateuses des organes génitaux internes, par la laparatomie exploratrice, n'étaient que des annexites arrivées à leur dernier degré. En effet, bien de fois en face de ces lésions, je me suis astreint à une laparatomie exploratrice, tout en déchirant les adhérences qui me paraissaient plus faibles et les faisant suivre d'un lavage au sublimé. Par ce moyen, non seulement je n'ai eu à deplorer aucune perte, mais tout au contraire, j'ai eu à constater avec satisfaction, une diminution du volume de la tumeur, et qui plus est, la disparition quelques fois totale, des douleurs atroces dont souffraient les malades.

Enhardi par de tels succès, j'ai commencé à attaquer et à détruire les adhérences les plus solides, cherchant à decortiquer



les tumeurs annexiales, à les faire sortir à la surface de la plaie et à les extirper. J'avoue que cette manoeuvre ne peut toujours avoir lieu sans une certaine difficulté, voire même brutalité.

Souvent les hémorragies pendant l'opération sont abondantes; quelques fois même, malgré toutes les précautions prises, bien de fois les tumeurs annexiales se déchirent et s'ouvrent dans l'abdomen, versant leur contenu, en général purulent, dans le péritoine. Ce n'est qu'en les morcellant, que dans bien de cas on arrive à avoir les annexes.

Il m'est arrivé de déchirer l'intestin et le plus souvent le gros intestin, pendant la destruction des adhérences. Et cependant, malgré ces manoeuvres et ces accidents, les malades ont guéri, grâce, je crois à l'emploi d'abondants lavages de la cavité péritonéales au sublimé.

Les lavages ont été d'une manière générale parfaitement supportés, bien que le titre de la solution fût de 1 ‰.

Sur 110 cas dans lesquels le lavage au sublimé a été fait, une dizaine seulement ont présenté des phénomènes assez sérieux d'intoxication mercurielle, tels que la diarrhée verte colliquative fétide, mais sans aucune mauvaise suite. Par l'administration d'opiacés, ils ont disparu au bout de quelques jours, sans que les malades aient eu la moindre ascension thermique.

Dans deux cas, j'ai eu à constater une stomatite mercurielle. Vu la nature des opérations, ainsi que les complications ultérieures, de tels accidents ne doivent pas être considérés, comme un obstacle. Je n'hésite pas à déclarer que, toutes nos malades atteintes d'affections graves, ont eu la vie sauve grâce aux lavages du péritoine au sublimé.

Voici la formule que j'emploie :

Sublimé	<i>un gramme</i>
Eau distillée	<i>un litre</i>
Alcool	<i>60 grammes</i>

Je fais bouillir dans un vase émaillé 3—4 litres de cette solution destinée au lavage. Dans une autre solution au même titre,

je fais bouillir pendant 3—4 heures des compresses de gaze hydrophile de différentes grandeurs, qui seront introduites dans la cavité péritonéale. La malade ayant été au préalable préparée pour l'opération, et ayant pris un bain général au sublimé, nous assurons de la parfaite antiseptie de l'abdomen, en le recouvrant d'un pansament humide au sublimé. La malade est mise sur la table d'opération, et nous procédons à la chloroformisation, après avoir enveloppé les membres inférieurs et quelques fois même les supérieurs, de beaucoup d'ouate hydrophile fixée par des bandes. Le nettoyage des mains se fait en les lavant et les savonnant dans une solution de sublimé chaud et puis en les brossant dans l'alcool.

Si tôt que le péritoine est ouvert, nous introduisons des compresses bouillies dans le sublimé, que nous avons soin de refroidir un peu dans une autre solution de sublimé froid. Après cela, nous faisons une première exploration en introduisant la main gauche dans l'abdomen. Ensuite nous mettons la malade dans la position de Trendelenburg.

Nous commençons à extraire les organes malades, déchirant au fur et à mesure dans toutes les directions, toutes les adhérences qui se présentent.

Pendant ce temps, l'hémorrhagie est parfois assez abondante; il faut ajouter quelques fois la rupture des poches purulentes ou présentant d'autre contenu. C'est alors que nous appliquons des lavages au sublimé bouilli coupé de sublimé froid. Nous imbibons des grandes compresses que nous exprimons dans l'abdomen, jusqu'à ce que le liquide s'écoule par les lèvres de l'incision abdominale. Ce flôt entraîne des coagulums sanguins, des détritüs, de pus ou d'autres produits. Nous continuons le lavage jusqu'à l'issue d'un liquide absolument propre.

Ensuite, au moyen des compresses, toujours imbibées de sublimé bouilli et bien exprimées, on enlève le liquide resté dans la cavité péritonéale ainsi que les débris qui peuvent s'y trouver.

La tumeur une fois libérée de tous les cotés, nous l'extirpons en appliquant au ras du bord utérin un fil double de soie. Quand le pédicule est grand, nous mettons plusieurs points de sutures subitrantes. La tumeur enlevée, nous introduisons du coté operé une compresse d'attente, et nous nous occupons des annexes du coté opposé.

Après examen préalable, trouvant que les parties opérées sont propres, nous introduisons une grande compresse mouillée

toujours dans du sublimé, mais bien exprimée. Cette compresse nous l'étalons dans l'entière cavité du petit bassin, tachant de couvrir toute la surface saignante. Nous y laissons cette compresse durant 10—15 minutes.

Pendant ce temps nous remettons la malade en situation horizontale.

Après avoir enlevé la compresse, nous examinons à nouveau la cavité péritonéale que nous étalons au moyen des larges écarteurs. Nous tachons d'enlever n'importe où nous trouvons, soit avec les doigts soit avec une compresse, les moindres petits coagulums ainsi que les restes d'adhérences.

Ensuite nous cherchons à réduire autant que possible les moignons des tumeurs au moyen de sutures appropriées. L'acte opératoire se termine par l'enfouissement des moignons sous la serreuse; et toute les fois que faire se peut nous reconstituons le plancher.

Quand tout est en ordre, nous fermons l'abdomen après avoir fait sortir la compresse. Dans le cas contraire, lorsque l'opération a nécessité de grands délabrements locaux, nous introduisons une compresse spéciale qui sert de drain et que nous laissons dans l'abdomen. La plus grande compresse que nous ayons introduite a été de 70 ctm. de longueur sur 30 de largeur. Cette compresse nous l'extrayons généralement au bout de 48 heures. Mais il m'est arrivé de l'avoir laissée dans l'abdomen durant 8 jours consécutifs, sans que la malade ait eu la moindre fièvre ou quelques autres inconvénients.

L'opération terminée, nous faisons à chacune de nos malades, une ou deux injections d'ergotine d'une solution de  $\frac{1}{10}$  avec la seringue de Pravaz. Nous employons cette méthode comme ayant plusieurs buts: comme preventif contre le choc, comme tonique du cœur et comme hémostatique.

Enfin la malade est transportée dans son lit avec un bandage ouaté qui exerce une certaine compression. Nous mettons sous les cuisses de la malade un traversin et nous faisons élever le lit en plan incliné.

Une question m'a préoccupé dans ce lavage au sublimé: On aurait pu croire que le sublimé bouilli pendant si longtemps laisserait volatiliser le mercure, de telle sorte qu'il n'en resterait de la solution que tout au plus de l'eau stérilisée.

L'expérience que j'ai faite, non seulement à réduit à néant cette opinion, mais elle m'a donné l'occasion de constater tout

le contraire. En effet, ayant mis dans une éprouvette du sublimé  $\frac{1}{1000}$  bouilli, il m'a suffi de verser deux gouttes d'une solution titrée d'iodure de potassium, pour obtenir un précipité très vif d'un rouge-brique. Il m'a fallu au contraire verser 5 gouttes de la même solution pour une égale quantité de sublimé froid, pour obtenir le précipité analogue mais d'une couleur moins prononcée.

Il est donc évident que ces lavages sont faits avec du sublimé à  $\frac{1}{1000}$ . Et la preuve en est acquise, non seulement par l'analyse chimique, mais encore par des phénomènes d'intoxication observés chez quelques unes de nos malades. Ce dernier fait repondrait d'avance à ceux, qui voudraient objecter que notre préparation de sublimé se combine avec les produits morbides formant des albuminates insolubles, et qu'en définitive les lavages sont faits avec de l'eau stérilisée par mélange préalable au sublimé et ensuite par ébullition prolongée. Je conclus donc, que dans les opérations portant sur des organes génitaux internes de la femme et plus particulièrement dans les cas d'ablation des annexes malades, suppurées ou adhérentes, les grands lavages du péritoine au sublimé peuvent se faire sans inconvénient.

Je connais les discussions qui ont eu lieu devant les sociétés savantes, relativement au lavage péritonéal en général et à l'introduction du sublimé dans le péritoine en particulier.

Je sais que la majorité de chirurgiens est peu favorable à cette pratique, soit que l'on craigne le dépouillement épithélial du péritoine et les modifications que cette lésion entraînerait dans son pouvoir absorbent, soit que l'on redoute des phénomènes d'intoxication. Ces craintes sont purement théoriques. Et ma statistique est là pour démontrer que sur 110 cas traités de la sorte aucun n'a succombé par le fait du traitement employé.

Voici l'exposé succinct du 110 opérations que j'ai faites depuis 1895 dans mon service :



## CHAPITRE I

## OPÉRATIONS SUR LES ANNEXES

## § I. Laparatomies exploratrices.

1. *Maria Petrescu*, 39 ans.  
Perimetrite et salpingo ovarite droite.  
Decollements des adhérences.  
Opérée le 12 Oct. Sortie le 1 Déc. 1895.
2. *Rada Ionescu*, 28 ans.  
Annexites doubles suppurées.  
Laparatomie exploratrice et decol. des adher.  
Op. 20 Oct. S. 13 Nov. 1895.
3. *Fany Furst*, 30 ans.  
Endoperimetro-salpingite droite.  
Decollements des adhérences.  
Op. 16 Oct. S. 2 Nov. 1895.
4. *Maria Georgescu*, 18 ani.  
Endoperimetrite et salpingo ovarite double.  
Decollements des adhérences.  
Op. 28 Oct. S. 13 Nov. 1895.
5. *Maria Filip*, 33 ans.  
Doubles annexites.  
Decollements des adhérences.  
Op. 27 Févr. S. 24 Mars 1896.
6. *Anica Dan*, 35 ans.  
Retroversion et scléreuse des ovaires.  
Decollements des adhérences.  
Op. 21 Mars. S. 6 Avril 1896.
7. *Elena Rădulescu*, 30 ans.  
Perisalpingite et doubles annexites.  
Decollement des adhérences.  
Op. 31 Juillet. S. 1 Août 1896.

## § II. Opérations effectives sur les annexes.

8. *Maria Raicov*, 26 ans.  
Pelvipéritonite suppurée.  
Drainage de la cavité.  
Op. 18 Mars. S. 24 Avril 1896.

9. *Vasilica Ion Gheorghe*, 25 ans.  
Hydro-salpinx droit.  
Ponction et drainage du kyste.  
Op. 12 Déc. S. 4 Janv. 1896.
10. *Titza Comănescu*, 30 ans.  
Salpingite gauche kystique.  
Marsupialisation de la tumeur.  
Op. 13 Juin. S. 27 Juin 1896.
11. *Josephine Gober*, 30 ans.  
Perisalpingite suppurée.  
Drainage de la poche.  
Op. 22 Oct. S. 8 Déc. 1886,
12. *Alexandrina Capșuneanca*, 32 ans.  
Hydro-hemmato-salpinx gauche.  
Ponction et marsupialisation.  
Op. 1 Mai. S. 10 Juin 1896.
13. *Anica Dumitrescu*, 38 ans.  
Doubles ovarites kystiques.  
Ponction.  
Op. 20 Juin. S. 10 Juillet 1897.

### § III. Enlèvement des annexes.

14. *Mitana Dumitrescu*, 25 ans.  
Double ovarites kystiques.  
Annexectomies.  
Op. 25 Mai. S. 10 Juin 1895.
15. *Dumitru Dobre*, 46 ans.  
Salpingo ovarite droite scléreuse.  
Annexectomies.  
Op. 23 Oct. S. 13 Nov. 1895.
16. *Maria Filip*, 30 ans.  
Double annexites suppurées.  
Sarcome du mesentère.  
Annexectomies.  
Op. 3 Janv. S. 27 Janv. 1896.
17. *Maria Bodoc*, 19 ans.  
Endometrite et salpingo-ovarite gauche.  
Annexectomies.  
Op. 30 Oct. S. 11 Janv. 1896.
18. *Domnica Dragus*, 18 ans.  
Salpingo-ovarites doubles.

## Annexectomies.

- Op. 20 Déc. S. 11 Janv. 1896.
19. *Maria Ciucurescu*, 30 ans.  
Ovarite seléro-kystique gauche.  
Annexectomies.  
Op. 9 Mai. S. 10 Juin 1896.
20. *Lina Constantin*, 28 ans.  
Double salpingo-ovarites.  
Annexectomies.  
Op. 19 Juin. S. 6 Juillet 1896.
21. *Lina Rădulescu*, 19 ans.  
Doubles salpingites.  
Annexectomies.  
Op. 27 Fév. S. 15 Mars 1897.
22. *Sia Petrescu*, 35 ans.  
Double ovarites suppurées. Fig. 1.  
Annexectomies.  
Op. 24 Mars. S. 18 Avril 1897.
23. *Lina Constantinescu*, 21 ans.  
Double annexites suppurées. Fig. 2.  
Annexectomies.  
Op. 31 Mars. S. 26 Avril 1897.
24. *Lisaveta Christescu*, 25 ans.  
Ovario-salpingites doubles. Fig. 3.  
Annexectomies.  
Op. 21 Avril. S. 13 Mai 1897.
25. *Alexandrine Clinceanu*, 24 ans.  
Double ovarites scléreuses. Fig. 4.  
Annexectomies.  
Op. 5 Juillet. S. 22 Juillet 1897.
26. *Florea Ionescu*, 30 ans.  
Double annexites suppurées. Fig. 5.  
Annexectomies.  
Op. 8 Juillet. S. 25 Août 1897.
27. *Anica Petrescu*, 20 ans.  
Hidro-salpinx droit. Ovario salpingite  
gauche. Fig. 6.  
Annexectomies.  
Op. 25 Juillet. S. 21 Août 1897.
28. *Penelope Ionescu*, 40 ans.  
Double annexites suppurées. Fig. 7.

## Annexectomies.

Op. 6 Août S. 25 Août 1897.

29. *Ioana Busa*, 20 ans.  
Pyo-salpinx droit et ovarite gauche. Fig. 8.  
Annexectomies.  
Op. 12 Août. S. 25 Août 1897.
30. *Marcela Marcelian*, 26 ans.  
Double ovarites scléreuses. Fig. 9.  
Annexectomies.  
Op. 1 Oct. S. 29 Oct. 1897.
31. *Maria Coliseva*, 26 ans  
Ovarites doubles kystiques. Fig. 10.  
Annexectomies.  
Op. 3 Nov. S. 29 Nov. 1897
32. *Caterine Peprat*, 18 ans.  
Double ovarites kystiques. Fig. 11.  
Annexectomies.  
Op. 17 Nov. S. 13 Déc. 1897.
33. *Ana Hozulac*, 43 ans.  
Salpingo ovarite gauche. Ovarite suppurée droite.  
Annexectomies.  
Op. 3 Dec. S. 15 Janv. 1898.
34. *Rada Ionescu*, 33 ans.  
Double annexites.  
Annexectomies.  
Op. 25 Janv. S. 12 Mars. 1898.
35. *Ana Ion*, 38 ans.  
Hydro-Salpingo doubles. Fig. 12.  
Annexectomies.  
Op. 8 Avril. S. 16 Mai 1898.
36. *H..... G..... Giurgiu*, 38 ans.  
Double salpingo ovarites scléreuses.  
Annexectomies.  
Op. 1 Avril S. 20 Avril 1898. Dans mon sanatorium:
37. *Tudora Banica*, 27 ans.  
Occlusion congénitale du vagin; hérédie des  
ovaries dans le canal inguinal.  
Annexectomies.  
Op. 16 Mai. S. 14 Juin 1897.
38. *Stanca Gheorghe*, 23 ans. Fig. 13.  
Double annexites.



Annexectomies.

Op. 20 Mai. S. 25 Juin 1897.

39. *Maria Ion*, 21 ans.

Salpingo-ovarites doubles.

Fig. 14.

Annexectomies.

Op. 15 Juin. S. 20 Juillet 1897.

40. *Gheorghina Marin*, 19 ans.

Annexites doubles scléro-kystiques.

Fig. 15.

Annexectomies.

Op. 17 Juin. S. 10 Juillet 1897.

41. *Florea Savulescu*, 30 ans.

Double annexites.

Annexectomies.

Op. 1 Oct. S. 3 Nov. 1896.

42. *Charlotta Petrescu* 38 ans.

Double annexites plastiques.

Fig. 16.

Op. 3 Sept. S. 12 Oct. 1897.

#### § V. Ablations des annexes et hystéropéxie simple.

Quand nous trouvons qu'après l'enlèvement des annexes l'utérus est un peu volumineux et retrofléxi, nous le fixons à l'abdomen pour qu'il ne reste pas comme un battant de loche dans le bassin et ne pas pouvoir contracter de nouvelles adhérences.

43. *Rebeca Steinberg*, 30 ans.

Ovaro-salpingites double.

Fig. 17.

Annexectomies et hystéropéxie

Op. 19 Mars. S. 16 Avril 1898

44. *Joséphine Ganescu*, 24 ans.

Metrite chronique et ovaro-salpingites double.

Fig. 18.

Annexectomies et hystéropéxie

Resection de l'epiploon.

Op. 9 Janv. S. 1 Février 1898.

45. *Christina Baloc*, 30 ans.

Double annexites scléro-kystiques.

Annexectomies et hystéropéxie.

Op. 15 Janvier. S. 7 Fevr. 1898.

46. *Maritza Boduna*, 21 ans.

Salpingo-ovarites double kystiques.

Fig. 19.

Annexectomies et hystéropéxie.

Op. 24 Janv. S. 12 Février 1898.

Drainage du peritoine avec une compresse  
enlevée après 8 jours.

47. *Ana Dondea Costica*, 20 ans.  
Double salpingo ovarite kystiques. Fig. 20.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 28 Janv. S. 17 Fevr. 1898.
48. *Ana Stragea*, 33 ans.  
Salpingites kystiques double.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 31 Janv. S. 25 Mars 1898.
49. *Ana Poenaru*, 20 ans.  
Salpigno ovarites double, Fig. 21.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 6 Fev. S. 11 Mars 1898.
50. *Caterina Dima*, 33 ans.  
Salpingo ovarites double.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 20 Fev. S. 22 Avril 1898.
51. *Maritza Popescu*, 30 ans.  
Double ovarites scléreuses. Fig. 22.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 26 Fev. S. 22 Mars 1898.
52. *Victoria Zolde*, 13 ans.  
Double ovarites seléro-kystiques. Fig. 23.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 27 Fév. S. 22 Mars. 1898.
53. *Ióna Ion*, 18 ans.  
Doubles ovaro-salpingites supp. Fig. 24.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 18 Mars. S. 16 Avril 1898.
54. *Sara Schön*, 30 ans.  
Double annexites. Fig. 25.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 24 Avril. S. 2 Mai 1898.
55. *Maritza Trandafrescu*, 30 ans.  
Double annexites scléreuses. Fig. 26.  
Annexectomies et hystéropéxie.  
Op. 26 Mai. S. 28 Juin 1898.
56. *Anica Marinescu*, 17 ans.  
Double annexites. Fig. 27.  
Annexectomies et hystéropéxie.

- Op. 28 Mai. S. 25 Juin.
57. *Ortansa Stefanescu*, 25 ans  
 Double ovarites. Hydro-salpinx g.  
 Annexectomies et hystéropéxie.  
 Resection de l'appendice vermiculaire.  
 Op. 30 Juin. S. 26 Juillet 1898. Fig. 28.
58. *Petra Ion Cernat*, 32 ans.  
 Double ovarites-salpingites  
 Annexectomies et hystéropéxie  
 Op. 18 Mai. S. 25 Juin 98. Fig. 29.

## CHAPITRE II

### Tumeurs des ovaires.

59. *Anica Moha*, 60 ans.  
 Kyste de l'ovaire droit.  
 Ovariectomie,  
 Op. 16 Août 1897. Fig. 30.
60. *Panna Ion*, 24 ans.  
 Kyste papillaire de l'ovaire droit.  
 Extirpation de la tumeur, de l'utérus  
 et des annexes, gynéctomie.  
 Op. 17 Oct. S. 9 Nov. 1898. Fig. 31.
61. *Hélène S. Toma*, 19 ans.  
 Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.  
 Ovariectomie.  
 Op. 26 Nov. S. 18 Dec. 1897. Fig. 32.
62. *Dumitra Ionitá*, 19 ans.  
 Kyste de l'ovaire dr.  
 Ovariectomie.  
 Op. 18 Juin. S. 1 Août 1898. Fig. 33.
63. *Ioana Constantin*, 27 ans.  
 Kyste dermoïde de l'ovaire.  
 Ovariectomie.  
 Op. 12 Mars. S. 6 Avr. 1897. Fig. 34.
64. *Raritzza Stanesco*, 20 ans.  
 Kyste dermoïde de l'ovaire gauche  
 Ovariectomie.  
 Op. 28 Nov. S. 21 Dec. 1897. Fig. 35.
65. *Elisa Barony*, 30 ans.  
 Kyste papillaire de l'ovaire droit. Fig. 36.

- Ovariectomie.  
Op. 14 Mai. S. 10 Juin 1896.
66. *Tudora Cosumbe-cu*, 47 ans.  
Kyste de l'ovaire uniloculaire. Fig. 37.  
Ovariectomie.  
Op. 30 Nov. S. 16 Janvier 1896.
67. *Anica Alexandru*, 45 ans.  
Kyste papillaire multiloculaire Fig. 38.  
avec ascite.  
Extirpation partielle de la tumeur.  
Op. 10 Avr. *Morte après 44 heures.*
68. *Radu Dumitru*, 30 ans.  
Kyste papillaire multiloculaire de Fig. 39.  
l'ovaire droit.  
Extirpation.  
Op. 19 Mai. S. 11 Juin 1897.
69. *Stanca Tzoncu*, 60 ans.  
Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Fig. 40.  
Ovariectomie.  
Op. 20 Mai. S. 11 Juin 1897.
70. *Maria Rădulescu*, 30 ans.  
Kyste para ovarique gauche. Fig. 41.  
Extirpation.  
Op. 18 Juil. S. 3 Août 1897.
71. *Ilinca Nicu*, 20 ans.  
Kysto-sarcome de l'ovaire gauche. Fig. 42.  
Extirpation.  
Op. 19 Juil. S. Août 1897.
72. *Ilianca Andrei*, 30 ans.  
Kyste de l'ovaire gauche.  
Ovariectomie.  
Op. 4 Août. S. 24 Août 1897.
73. *Maria Nae Cristea*, 24 ans.  
Kyste multiloculaire. Fig. 43.  
Extirpation.  
Op. 12 Mars. S. 26 Avril. 1897.
74. *Păuna Ion*, 24 ans.  
Kyste papillaire de l'ovaire droit.  
Extirpation de la hémère de l'utérus  
et des annexes. Cervicéxie.  
Op. 16 Oct. S. 9 Nov. 1897.



75. *Rosa Schultz*, 57 ans.

Kyste papillaire intraligamentaire.  
Extirpation de la tumeur, de l'uterus  
et des annexes.

Op. 30 Oct. S. 13 Nov. 1897.

Fig. 44.

76. *Dumitra Ionitză*, 22 ans.

Kyste de l'ovaire.  
Ovariectomie.

Op. 2 Juillet. S. 30 Jul. 1898

77. *Lina Stănescu*, 40 ans.

Sarcome de l'ovaire gauche.  
Laparotomie, extirpation.

Op. 31 Oct. S. 21 Novembre 1897.

Fig. 45.

### CHAPITRE III

#### Tumeurs de l'uterus.



78. *E. Vintilescu*, 25 ans.

Tumeur fibro-cartilagineuse du fond  
de l'uterus.

Extirpation.

Op. 6 Mai. S. 9 Juin 1896.

79. *Serbana Păun*, 45 ans.

Gravidité avec hématomètre.  
Extirpation totale de l'uterus (Porro).

Op. 25 Avril. S. 25 Mai 1896.

80. *Maritza Pavel*, 29 ans:

Sarcome de l'uterus.

Laparotomie exploratrice.

Op. 21 Oct. S. 16 Nov. 1895.

81. *Ileanca Stumate*, 45 ans.

Sarcome de l'uterus et ascite.  
Laparotomie exploratrice.

Op. 4 Nov. S. 1 Dec. 1896.

82. *Maria Preoteasa*, 45 ans.

Fibrome uterin.

Hystérectomie.

Op. 20 Mars. S. 2 Juin 1896.

83. *Eleonora Bai*, 37 ans.

Fibro-sarcome de l'uterus.

Laparotomie exploratrice.

- Op. 17 Avr. S. 13 Mai 1896.
84. *Penca Dumitrof*, 35 ans.  
Kysto-sarcome de l'uterus.  
Laparatomie exploratrice.  
Op. 22 Mai. S. 9 Juillet 1896.
85. *Ernestina Elias*, 34 ans.  
Fibromes multiples de l'uterus.  
Laparatomie exploratrice.  
Op. 5 Juin. S. 27 Juin 1896.
86. *Ana Coman*, 37 ans.  
Fibrome intersticiel de l'uterus.  
Opération de Battey.  
Op. 12 Nov. S. 14 Dec. 1896.
87. *Antîta Călinescu*, 41 ans.  
Myome uterin.  
Hystérectomie sus vaginale.  
Op. 21 Janv. S. 20 Febr. 1897.
88. *Maria Isvoranu*, 46 ans.  
Fibrome intersticiel de l'uterus. Fig. 46.  
Hystérectomie sus vaginale.  
Op. 2 Févr. *Morte le 5 Febr. 1898.*

## CHAPITRE IV

### GYNÉCTOMIES <sup>1)</sup>

#### § I. Gynéctomie abdominale totale.

Dans ces opérations, nous n'avons jamais pratiqué le drainage vaginale.

Toujours, après l'enlèvement des organes génitaux, nous fermons complètement la vôte vaginale par plusieurs points de sutures à la Lembert.

Quand nous sommes convenu avoir bien lavé et netoyé le champs operatoire, nous fermons complètement l'abdomen.

Dans le cas de grands ravages, nous introduisons dans le bassin une compresse, que nous étalons de manière à couvrir toutes les anfractuosités et surfaces saignantes.

Annexites double et metrite parenchimateuse. Fig. 47.

Gynéctomie abdominale totale successive.

89. *Lutza Dondae*, 38 ans.

<sup>1)</sup> Nous donons ce nom à l'ablation complète des organes génitaux internes de la femme.

- Op. 13 Décembre. S. 23 Janvier 1898.
90. *Tinca Costache*, 30 ans. Fig. 48.  
 Double salpingo-ovarites suppurées.  
 Gynéctomie abdominale totale.  
 Drainage du péritoine avec une compresse  
 de  $\frac{7}{145}$  enlevée après 7 jours.  
 Op. 20 Mars. S. 14 Avril 1898.
91. *Ioana Bencea Bucur*, 36 ans. Fig. 49.  
 Epitheliome du col de l'uterus.  
 Gynéctomie abdominale totale.  
 Op. 9 Avril. S. 7 Mai 1898.
92. *Ana Mih. Popescu*, 23 ans. Fig. 50.  
 Metrite parenchimateuse et double annexites  
 scléreuses.  
 Gynéctomie abdominale totale.  
 Op. 20 Mai. S. 25 Juin 1898.
93. *Elisabeta Niculescu*, 23 ans. Fig. 51.  
 Annexites double suppurées.  
 Gynéctomie abdominale totale.  
 Opérée le 19 Déc. 1897.  
 Le 21 Déc. la malade était mourante à cause d'une  
 septicémie. Immédiatement j'ai fait une nouvelle la-  
 paratomie, quand j'ai trouvé du liquide sero-san-  
 guinolent. Grandes lavages et tamponement du ba-  
 sinne avec une grande compresse enlevée après  
 5 jours. La malade sort guérie le 22 Janvier 1898.
94. *Elena Georgescu*, 42 ans. Fig. 52.  
 Metrite chronique et double ovaro-salpingites.  
 Gynéctomie abdominale totale.  
 Op. 29 Avril. S. 28 Mai 1898.

## § II. Gynéctomies abdominales sus vaginales

95. *Sara Horovici*, 26 ans. Fig. 53.  
 Ovaro-salpingites double suppurées.  
 Gynéctomie sus vaginale.  
 Op. 23 Mai. S. 14 Juin 1897.
96. *Maritza Keller*, 26 ans. Fig. 54.  
 Double salpingites et ovaire kistique gauche.  
 Gynéctomie sus vaginale.  
 Op. 26 Avril. S. 21 Avril 1897.

97. *Dumitra Dumitrescu*, 25 ans.  
 Metrite chronique parenchimateuse et  
 double annexites. Gynéctomie sus vaginale.  
 Op. 15 Déc. S. 16 Janv. 1898. Fig. 55.
98. *Filoftea Spirescu*, 24 ans.  
 Salpingo-ovarite doubles suppurées.  
 Gynéctomie sus vaginale.  
 Op. 12 Janv. S. 29 Janv. 1888.

## CHAPITRE V

### GROSSESSE EXTRA-UTÉRINES.

99. *Maritza Ionescu*, 25 ans.  
 Double annexectomies. Fig. 56.  
 Drainage du peritoine avec une com-  
 presse de  $6\frac{5}{36}$  enlevée après 8 jours.  
 Op. 19 Janv. S. 5. Mars 1898.
100. *Stefania Mihăilescu*, 30 ans.  
 Gynéctomie totale abdominale. Fig. 57.  
 Drainage avec une compresse de  $5\frac{6}{41}$   
 enlevée le 5-ème jours.  
 Op. 28 Mars. S. 22 Mai 1898.
101. *Matilde Veluta*, 31 ans.  
 Cette malade a été encore une fois opé-  
 rée en 1897 d'une grossesse extra-utérine  
 quand nous lui avons enlevé seulement  
 l'annexe malade. Elle est revenue après  
 une anée de nouveau avec une gros-  
 sesse extra-utérine. Cette fois-ci je lui  
 ai fait une gynéctomie totale abdomi-  
 nale. Op. 1 Juillet. S. 22 Avril 1898. Fig. 58.
102. *Lina Niculescu*, 20 ans.  
 Gynéctomie sus vaginale.  
 Drainage avec une grande compresse  
 enlevée après 3 jours.  
 Op. 27 Déc. S. 25 Janv. 1898.
103. *Maritza Cristescu*, 25.  
 Gynéctomie abdominale totale.  
 Drainage du peritoine avec une grande  
 compresse enlevée après 6 jours.



Op. 16 Juillet 1898.

104. *Léna Brica*, 40 ans.

Extirpation et double annexectomies.

Op. 16 Juin. S. 3 Juillet 1897.

Fig. 59.

## CHAPITRE VI

### PROLAPSUS DE L'UTÉRUS

Nous opérons cette infirmité par l'hystéropéxie faite d'après une méthode qui nous est personnelle.

Elle consiste dans la fixation de la paroi antérieure de la vessie à l'abdomène. La paroi postérieure de la vessie nous la fixons à la paroi antérieure de l'utérus. Après cela, nous faisons l'hystéropéxie proprement dite, mais après avoir enlevé de sa face antérieure ainsi que de la surface correspondante du péritoine pariétal de l'abdomen, un morceau de substance au moins de  $\frac{2}{3}$  cent. carrés. Nous avons donné à cette opération le nom de: *hystéro-cysto-ventro-péxie*. Le cliché de la figure No. 2 montre la méthode.

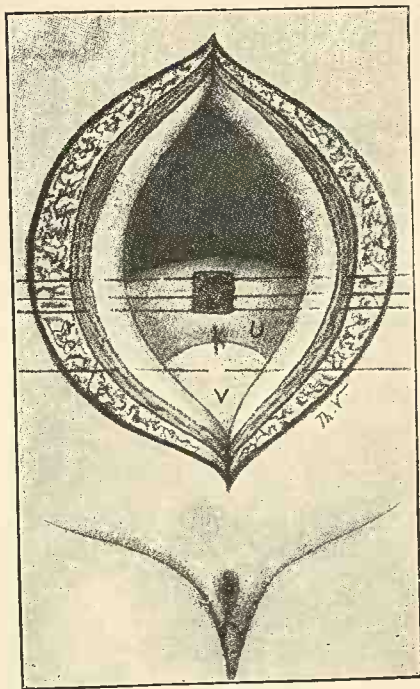


Fig. 2. Hystero-cysto-ventro-pexie. U. Uter. — V. Vesica.  
(Méthode de l'auteur).

## § I. Hystero-cysto-ventro-péxie.

105. *Rada Rasmir*, 21 ans.  
Op. 24 Juillet. S. 31 Juillet 1898. Fig. 60.
106. *Maritza G. Ion*, 16 ans.  
Op. 11 Déc. S. 14 Janv. 1897.
107. *Maritza Ionescu*, 36 ans.  
Op. 24 Nov. S. 13 Déc. 1896.
108. *Maria Uşurel*, 45 ans.  
Op. 27 Oct. S. 16 Nov. 1897. Fig. 61.
109. *Badeu Vasile*, 45 ans.  
Op. 20 Nov. S. 20 Déc. 1897. Fig. 62.
110. *Rada Văduva*, 60 ans.  
Prolapsus de l'uterus.  
Op. 3 Oct. S. 24 Oct. 1897. Fig. 63.

Numărotația figurilor numai corespunde cu *acelea* din textul volumului, fiind cu totul schimbate. Ele însă se vor găsi la diferite Capitole respective ca sarcină extra-uterină, anexite, kistă ovariană, fibróme uterine etc.

## PARTEA I

---

### BOALELE VULVEI

---

Se înțelege prin vulvă — *puendum muliebre* — un spațiu cuprins între buzele cele mari și imen — la virgine, sau caronculele mirtiforme la femei. După unii autori, acest spațiu vulvar, reprezentat prin o spintecătură, se întinde de la penil sau muntele Venus, până aproape de orificiul anal. După alții, vulva nu conține de cât părțile ce constituie organele genitale externe propriu zise, exceptând vaginul ce e separat prin membrana imen ori caronculele mirtiforme.

Astăzi se consideră ca aparținând vulvei, tot ce e cuprins de la muntele Venus până la anus, adică: *Muntele Venus, buzele mari, buzele mici, glanda vulvo-vaginală, clitorisul, imenul, meatul urinar și perineul*. Pentru simplificarea lucrului, s'a împărțit toate organele ce constituie vulva în trei planuri, ast-fel precum se vede în fig. 3.

*Planul I.* Muntele Venus, buzele mari și perineul.

*Planul II.* Clitorisul, buzele mici și fureculița.

*Planul III.* Vestibulul, meatul urinar, imenul.

În boalele vulvei vom studia leziunile traumatice, neoplasmale și leziunile inflamatorii.

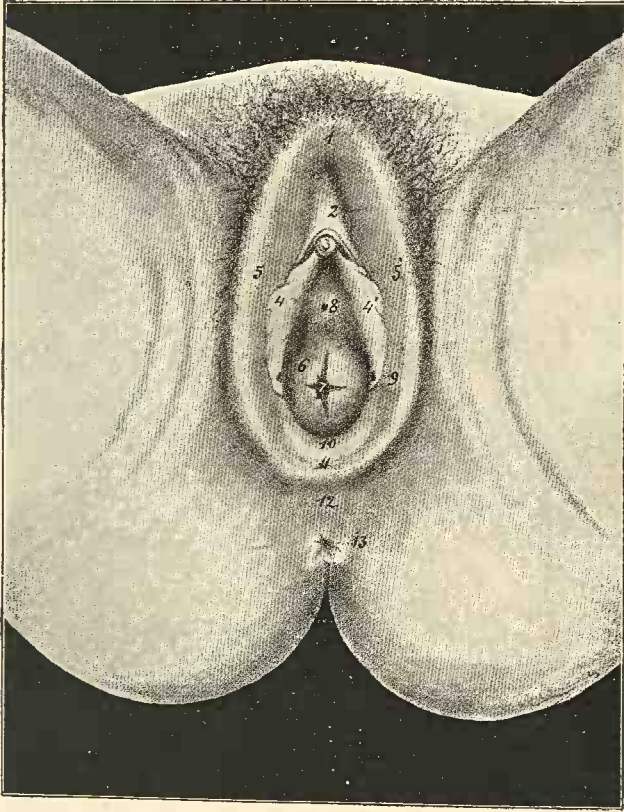


Fig. 3. Părțile organelor genitale externe  
(personală).

1. Muntele Venus. 2. Prepuțul. 3. Clitorisul. 4. Buzele mici. 5. Buzele mari.  
6. Hymenul. 7. Orificiul hymenului. 8. Meatul urinar. 9. Orificiul glandei lui Bartholin. 10. Furculița. 11. Gropița naviculară. 12. Perineul. 13. Orificiul anal.



## Cap. I. Leziunile traumatice ale vulvei.

Aceste afecțiuni sunt reprezentate prin *contuziuni*, *plăgi* și *rupturi*. Ele recunosc patru cauze: traumatisme *accidentale*, *conjugale*, *obstetricile* și *chirurgicale*.

Contuziunile vulvei n'aū nici o importanță specială. Se exceptează însă cele de gradul al II-lea, cari pot produce ruperea vaselor din porțiunea buzelor mari, când pôte da naștere unui trombus. Acest trombus însă nu oferă nici volumul, nici gravitatea celui consecutiv facerilor, saū stărilor puerperale. Vom reveni.

În ceia ce privește plăgile și rupturile accidentale, ele se observă mai rar, din pricină că organele genitale sunt destul de bine protejate prin rădăcina cōpselor. Deci numai în casuri speciale, cum ar fi o cădere pe o bară de lemn saū fer, în situația numită de călărie, numai atunci zic, cōpsele fiind depărtate, organele genitale ar putea fi expuse accidentelor. Se mai observă asemenea plăgi în introducerea bruscă a unui corp străin în mod voluntar, involuntar, în scop criminal, saū în urma unei perversiuni sexuale, etc.

Aceste plăgi se însoțesc adesea de emoragii foarte serioase, putând compromite viața. S'a observat casuri de plăgi prin lovitură de corn de boū, cari smulgând părți întregi din vulvă aū fost însoțite de emoragii mortale. Pe lângă acesta, pericolul mai stă și în facilitatea cu care asemenea plăgi se pot infecta, grație numărōselor vase de tot felul, ce se află în grosimea buzelor mari și mici.

Traumatismele conjugale sunt acelea cari provin din deflorare, coit brutal și viol. Ele se resfrâng mai ales asupra imenului, putându-se deslipi saū rupe în una saū mai multe bucăți. Une ori însă traumatismul fiind foarte violent, rupturile imenului se pot întinde și asupra organelor vecine ca buzele mici, vagin, firculiță, mitră și chiar perineū. Tōte aceste leziuni staū în raport cu strîmtoarea organelor genitale, cu puterea bărbatului, cu erecțiunea prea puternică a penisului, cu starea de surescitațiune peste măsură, cu opunerea femeii când nu voește a ceda, saū în fine cu punerea femeii în pozițiuni anormale și bestiale etc., etc. În asemenea circumstanțe, devastările devin colosale, mai ales dacā individul e rău crescut, lipsit de educație și se află și în stare de beție.

Reproduc din Auvard câte-va observațiuni împrumutate de la Chevallereau

unde se p $\acute{o}$ te vedea ravagele întinse, ce niște asemenea traume sunt capabile a produce.

1. Casul lui Sinaisky. Femeie tîn $\acute{e}$ ră ce avu durere vie și emoragie abundantă la primul coit. La examenul practicat c $\acute{a}$ t-va timp dup $\acute{a}$  ac $\acute{e}$ sta, s'a g $\acute{a}$ sit o ruptur $\acute{a}$  a comisur $\acute{e}$ i posterio $\acute{r}$ e a vulvei, ce comunica direct cu rectul d'asupra sfincterului anal.

2. Casul lui Albert. Tîn $\acute{e}$ ră Arabă de 11 an $\acute{i}$ , la care primele raporturi cu bărbatul s $\acute{e}$ u, un voinic de 16 an $\acute{i}$ , produse ruptura comisur $\acute{e}$ i posterio $\acute{r}$ e și a fundului de sac al vaginului, puind pe acesta din urmă în comunicare cu cavitatea abdominală.

3. Casul lui Zeiss. Ruptura despărțit $\acute{o}$ rei vaginale în timpul coitului, femeia fiind sprijinită pe c $\acute{o}$ te și genunchi.

4. Ruptura vaginului la o femeie nulipară de 48 an $\acute{i}$ .

5. Fistulă vesico-vaginală la o Georgienă de 24 an $\acute{i}$ , practic $\acute{a}$ nd pentru prima oră coitul cu bărbatul s $\acute{e}$ u.

6. Casul lui Esipoff. Ruptura uretrei în timpul coitului, la o tîn $\acute{e}$ ră femeie de 19 an $\acute{i}$  cu imperforarea imenului. Două litruri de s $\acute{a}$ nge s'a $\acute{u}$  g $\acute{a}$ sit în vagin și uter.

7. Casul lui Diemberok. Ruptura vaginului la două tinere Holandeze de cur $\acute{a}$ nd m $\acute{a}$ ritate, și cari ambele a $\acute{u}$  murit de emoragie etc., etc.

**Traumatismele obstetricale.** Se observă în distocii, aplicare de forceps, basiotribur $\acute{i}$  și alte instrumente, de pers $\acute{o}$ ne neexperimentate. Ele ocupă furculița și adesea se întind pe perineu produc $\acute{a}$ nd une-or $\acute{i}$  adev $\acute{e}$ rate desastre.

**Traumatismele chirurgicale.** Se observă în casuri de manopere dificile, necesitate de diferite afecțiunii ale uterului sau vaginului voin $\acute{d}$  a face, de exemplu, ablațiunii de tumori mari, isterectomia etc. Dar acestea sunt mai puțin periculoase, de ore-ce se fac într'un mediu antiseptic și cu o regularitate mai mare, put $\acute{a}$ ndu-se astfel ușor remedia.

În or-ce cas antisepsia și emostasa, fie prin punere de pense, tampon sau sutur $\acute{i}$ , vor fi aplicate pe scara cea mai largă, spre a preveni accidente regretabile și chiar mortale.

## Cap. II. Afecțiunile primului plan.

### § 1. B $\acute{o}$ lele muntelui Venus.

Muntele Venus este ridicătura celulo-adiposă așezată înaintea pubisului și extremitatea superio $\acute{r}$ ă a vulvei. Afecțiunile sale nu presintă o mare importanță specială, totuși trebuie să le cunoștem.

Muntele Venus, pe lângă că e compus din țesut celulo-grosos, așezat la partea inferio $\acute{r}$ ă a regiunii ipogastrice și d'asupra vaginului, mai este pe lângă ac $\acute{e}$ sta acoperit de folicul $\acute{i}$  piloși, și

conține glande sebacee și sudoripare. Acésta îl face a fi susceptibil a căpăta tóte bólele comune, proprii unui asemenea țesut. Astfel putem observa flegmóne desvoltate *insitu*, saũ să fie rezultatul propagărei unei asemenea inflamații din regiunea abdomenului, a vulvei, or a unei fistule vesico-abdominale etc. Putem observa furuncule, antraxe, diferite neoplasme ca epitelióme, propagate de la orgnele vecine, și în special de la vulvă, vagin, etc. Dar tóte aceste afecțiuni nu merită un studiu a parte; ele nu presintă nimic de particular în afară de cele descrise în vol. II. Printre tumori vom menționa numai ipertrofia și ipergenesea demăsurată a țesutului celulo-gresos. Acésta la unele femei grase, dă naștere la un lipom difus saũ incapsulat așa de mare, că se lasă în jos acoperind chiar vulva. In acest cas se produce în punctele de contact diferite iritații, și chiar escoriații și ulcerații. Contra lor vom opune îngrijirile igienice, iar la rigóre exterparea lipomului.

Fibrómele sunt escesiv de rări; ele aũ ca origină periostul pubisului. Tot în acéstă regiune putem observa tumori sanguine (ematome) în casuri de contusii saũ căderi pe un corp dur: regiunea prinsă între două forțe, vasele se rup, iar ematomul se produce.

Lăsând dar tóte aceste afecțiuni la o parte, ne vom opri puțin asupra unor bóle de piele mai importante și frecvente, ce se pot observa pe muntele Venus și unele părți ale vulvei.

Une ori aceste bóle trec nebăgate în sémă; altă dată însă produc o stare intolerabilă, fie din cauza mâncărimelor, saũ a unor pretinse diformități. Acestea jenéză pe unele femei cochete și de profesie — de óre ce la ele, organele genitale, de și destinate a rămâne ascunse, adesea însă se arată!

Ca afecțiuni mai principale avem:

**Pitiriasis versicolor.** Este datorit microsporului furfur. Se observă pe femei cașectice, în special ftisice. După Lawson Tait însă, fete fórté sănătóse și fórté curate pot fi atinse. Iarăși acest autor, nu admite origina exclusiv parasitară, căci dînsul dă observațiunii unde pitiriasul nu a fost contagios, de óre-ce nu s'a putut transmite de la femee la soț. Acéstă afecțiune de și inocentă, devine însă fórté desagreabilă pentru femee, prin aceia că pielea se acopere de niște pete brune, roșii, mai ridicate, putându-se propaga pe cópse și chiar restul corpului.

Tratamentul clasic, pe lângă îngrijirile igienice, constă în

spălături cu o soluție de iposulfid de sodă  $30/500$  (Tilbury Fox fără însă a procura o vindecare definitivă.

**Alopecia.** Constă în căderea părului ocupând totă regiunea, sau numai unele teritorii. Se datorește prezenței microsporului Audouini. După Lawson Tait însă, ar fi vorba de o simplă nevrosă. Sunt două varietăți: căderea părului sub formă de plăci — *alopecia areata* — și căderea părului în mod lent și uniform, făcându-l din ce în ce mai rar și subțire. Acesta rezultă dintr'o lipsă de nutrițiune a bulbului pilos, și poate să afecteze totă suprafața corpului, și să ridice fir cu fir întregul păr la femeile cele mai tinere și frumoase.

Dați un fragment din următoarea observație luată din Lawson Tait:

„L. I. măritată la 20 ani. Am cunoscut această damă din copilăria sa, și nu mi-am putut reprezenta o ființă mai sănătoasă și frumoasă. Superbul său păr nu forma una din cele mai mici atracțiuni a mării sale frumuseți. La 22 ani naște un copil. După 13 zile avu un frison, apoi febră și urmată în urmă de desquamatiune. După 6 săptămâni dînsa își perduse tot frumosul său păr, sprinzenile și genile. După 3 luni tot părul axilei și al pubisului a dispărut la rândul său. Tóte părțile corpului, alte dăți acoperite cu un frumos păr, astăzi nu posedă decât un subțire tuleiș galben!“

Tratamentul aprópe nul, afară póte dacă nu va fi o alopecie de natură sifilitică, când printr'un tratament specific putem obține ceva.

**Lichen simplu.** Une ori această afecțiune caracterisată printr'o iperemie, papule sau chiar pustule a foliculelor piloși, se dezvoltă izolat pe organele genitale. Adesea iritația și mâncărimea ce produce, e de o violenți extremă. Contra acestei afecțiuni, Lawson Tait recomandă, pe lângă cele alte îngrijiri igienice, spălături locale cu o soluție de acid fenic destul de concentrată spre a fi suportată, iar în urmă supudrarea cu praf de amidon, licopodium, etc.

**Eczema.** Caracterisat prin mâncărimea ce produce, devine un adevărat supliciu pentru bolnavă, mai ales când ia caracterul cronic, când se întinde mai la tóte organele genitale externe, când coprinde cóspele, când în fine a ajuns la apogeul său, transformând cu totul aspectul normal al părților, devenind ceea ce se numește *eczema rubrum*.

Nu e posibil a se descrie suferințele bolnavelor cari se scar-



pină, rupându-și cărnurile până le sângerare. Suferințele lor cresc mai ales la căldura patului.

„Am cunoscut o damă, zice Lawson Tait, care nu putea dormi decât pe scaun, având părțile genitale expuse în plin aer! era în adevăr singura poziție în care dînsa putea să obție somnul.“

De alt-fel eczema vulvei sémănă în manifestările sale, cu aceia a organelor genitale a bărbatului.

Din parte-mi am cunoscut un inginer cu o eczemă cronică a scrotului, care în desesperare, de 6 orî a voit să se sinucidă, nemaî putând suporta mâncărimea și usturimea ce-î provoca bóla.

Am avut mai multe casurî de eczemă cronică, ale căreî mâncărîmî și usturîmî prin nimic nu le-am vindecat, de cât prin atingere cu soluție de nitrat de argint  $2\frac{1}{2}$  — 5‰.

Daă acésta ca un tratament eroic și aprópe infailibil. Iarăși un bun rezultat mi aũ dat cataplasme, făcute din calce stînsă (var). Să nu uităm a examina urina bolnavelor, știut fiind că, mai tóte afecțiunile pruriginóse ale organelor genitale externe, sunt în legătură cu diabetul, și apar de ordinar la femeî în timpul menopauseî. Clinica a arătat în adevăr că fórté rar femeile tinere aũ eczemă; de unde se presupune că menstruația se opune la aparițiunea diabetului. În timpul menopauseî, diabetul apare, iar cu dînsul urinele încercându-se de zahăr, produc acele mâncărîmî însuportabile la femeî. Și ca probă ar fi că, cel mai bun remediũ e tratamentul cu opiũ chiar pîna la 0,30, care vindecă eczema și mâncărîmele numai prin micșorarea zaharului.

În ceea ce privește râia (gale) și pediculi pubis, e de prisos a mai însista, leziunile fiind cunoscute și de fórté mică importanță. Corpul delictului fiind prins, e destul o fricțiune cu pomadă sulfurósă, or soluție de sublimat pentru ca bóla să dispară imediat.

## § 2. Bólele buzelor marî.

Buzele cele marî, resultă dintr'o îndoitură a tegumentului extern, și forméză douë ridicături verticale și simetrice de fie-care parte a vulvei. Ele desemnéză un oval, a căruî mare extremitate corespunde la muntele Venus, iar mica extremitate se perde în jos, unde reunindu-se, forméză comisura posterióră a vulvei saũ furculița. În centrul acestuî oval se află cele-l'alte planurî ale vulvei, pe carî spre a le vedea, trebuesă departăm buzele marî, mai ales la virgine. Buzele marî se asémănă decî cu douë perdele

așezate în laturile vulvei. Ele aŭ o bază în continuare cu pielea cõpsei, formând sghiabul genito-crural; o fațã externã cutanată, una internã mucõsã și o margine liberã convexã. Fețele interne subțiri, netede și normal umede, sunt în contact unele cu altele la fete și femei neuzate. De aceia pentru a vedea organele ce ele acoperã, trebuie sã depãrtãm cõpsele, precum și marginea lor liberã, prin ajutorul degetelor. Se știe cã buzele cele mari aŭ o compoziție analõgã cu a scrotului. Ceia ce ne interesãzã, și lucru asupra cãruia Tillaux a insistat, este cã sub piele și țesutul celulo-gresos, se aflã un țesut muscular neted, analõg cu dartosul la om. Acest țesut formezã un buzunar, al cãruĩ orificiũ mult mãi strĩmpt ca fundul, rãspunde la inelul inguinal inferior. Inainte el e liber de aderențe cu fațã profundã a pielii; dar înãuntru și înapoi aderã intĩm cu mucõsa și aponevroasa perinealã superficialã. Acest buzunar numit sacul dartoic al lui Broca, conține în cavitatea sa o bulã saũ ghem de grãsimi, ce põte da une-orĩ nascere la lipom; mãi conține încã terminațiunea ligamentului rotund al uterului, precum și prelungiri din canalul lui Nũck. În acest sac se fac revãrsãrile sanguine numite trombus, precum și acumulațiunii de lichid numit idrocel al femeii.

Buzele cele mari ne oferã o mulțime de afecțiuni. Asupra unui mare numãr din ele nu ne vom opri, neavẽnd nimic de particular, de ore ce tot ce am scris în volumul al doilea la capitolul „Bõlele pielii“ se pot raporta și aci <sup>1)</sup>. Ast-fel sunt aftele, eczema, furunculele, antraxele, acnea, lupus, și chiar elephantiasul. În ce priveste afecțiunile sifilitice, ca șancãr primitiv, plãci mucõse etc., le vom menționa cu ocazia diagnoselor diferențiale între diferite bõle locale. Nu ne vom opri de asemenea asupra vegetațiilor vulvei, ce aŭ ca sediu principal buzele mari. Aceste tumori sunt simple ipertrofii papilare, recunoscând drept cauzã, iritațiunii provenite din scurgeri blenoragice saũ chiar simple leucorei, ca la femeile gravide ori la cele cari nu se spalã, fiind vecinic murdare. Unii le considerã ca fiind de naturã sifiliticã și rezultând din plãci mucõse neglijate. S'a obiectat, este adevãrat, cã aceste tumori ar fi contagiõse, aducẽndu-se ca probã faptul cã se dezvoltã în puncte simetrice pe pãrțile cu cari se aflã în contact; dar acẽsta e o simplã supoziție, cãci agentul virulent încã nu s'a gãsit. Vegetațiile vulvei iaũ une-orĩ o dezvoltare extraordinarã, semãnând cu murele saũ crestele de cocoș, or conopide, și prezentând nisce despicã-

<sup>1)</sup> Vol. II, pag. 166.

turi profunde prin cari se scurge un lichid fetid și foarte iritant. Ele pot copleși nu numai vulva și perineul, dar străbat și în vagin, mergând pe pereții săi laterali până la gâtul uterului. În cazul acesta extirparea e foarte dificilă și plicticoasă, însoțindu-se de emoragii colosale. Excisiunea cu forfecelile curbe și cauterizare cu Paquelin, e mijlocul cel mai bun. Se mai recomandă atingerea cu acid cromic, soluția Plenki, acid nitric fumans etc. La femeile gravide, pansamentul cu apa lui Labaraque dă bune rezultate. Extirparea însă și în acest caz, se poate face fără nici un pericol de abort, de și după facere ele pot să dispară. Un lucru demn de remarcat și pe care trebuie să-l avem în vedere este: Buzele mari sunt acoperite cu păr pe fața lor externă și mai ales pe marginea liberă, unde câte odată ia o lungime foarte mare. Aceste şuvițe de păr sunt vectorii cei mai puternici ai diferiților microbi și materii virulente. Tote secrețiunile vaginale se opresc în acest păr. Ele, în deosebi la femeile murdare, aglutinăză părul fir cu fir, formând un mănunchi. Adesea ori bólele virulente se contractează numai prin mijlocul părului infectat. În adevăr, chiar dacă femeea s'a vindecat de blenoragie sau șancăr, a rămas însă virusul impregnat pe păr, care la cea mai ușoară sgârietură a penisului în timpul coitului, bóla se poate inocula. Intre altele se citează în Lawson Tait un asemenea caz tip. Este vorba de o femeie Australiană, care, fără să fi avut șancăr, a inoculat însă unui bărbat un ulcer fagedenic așa de virulent, că a trebuit să i-se facă amputația penisului. La femeile murdare, chiar microbii simplii ast-fel depuși pe păr, pot căpăta o virulență foarte mare, dând naștere la scurgerile cele mai infectante. De aceea, nu numai în timpul operației, dar chiar ca igienă și salubritate publică, trebuie a se lua mari precauțiuni. Și e probabil că în religia Mahomedană, distrugerea părului de la vulva femeilor, a fost făcută dintr'un mare spirit de prevedere; în ori ce caz e de o logică vădită.

Dintre bólele mai principale și de un interes ginecologic vom studia următoarele:

### § 3. Varicele, tumorile varicóse și trombusul.

În buzele mari există foarte multe artere, venite din rușinoasa externă, perineala inferioară și epigastrica. Numărul venelor însă e mult mai considerabil, ceea ce face că și plăgile din aceste regiuni se însoțesc de emoragii une-ori mortale. La persoanele predispușe, la cele grase, și mai cu deosebire în timpul sarcinei,



aceste vene suferă dilatațiunii de diferite grade, dând naștere la varice și tumori varicoase. Aceste varice dacă une-orî ni se prezintă sub forma unor simple venosități, dând un aspect puțin albăstriu mucóselei vulvare, alte dați însă dilatațiunile iaă un volum mult mai mare, ocupând totă grosimea buzelor, a păreților vaginali și muntelui Venus. In acest cas, tumori varicoase se forméză, ajungênd până la mărimea unor nucî. Ruperea unor asemenea varice și respândirea sângelui în țesutul celular al buzelor mari, constituie o tumoră sanguină numită *hematom* sau *trombusul vulvêi*.

Dar acéstă afecțiune, cunoscută deja de Jean-Henri din Bâle în 1734, se observă în special în timpul, sau imediat după facere, de unde și numele de *trombus obstetrical*. Causa este o presiune prelungită a capului sau șezutului fetal, angajat în strîm-tórea inferióră a basinului, precum și a contracțiunilor uterului și a marelor sforturi din partea bolnavei. In asemenea circumstanțe, păreții venelor varicoase fiind subțiri și alterați, se rup, iar sângele colectându-se, forméză o tumoră mai mult sau mai puțin mare, după volumul vasului rupt. Nu tot-d'auna însă e absolut necesar ruperea unui vas. Une-orî sângele hematomului provine dintr'o adevărată transudare, sau cel mult din ruperea unui vas de fórte mic calibru. Acéstă a și făcut pe unii să susție că, lipsa de plasticitate a sângelui — reprezentând hemofilia, ar juca un rol mai mare de cât acela al varicelor, ce n'ar fi atât de importante.

Trombusul ni se prezintă ca o tumoră ocupând una sau ambele buze mari. Alte dați însă ocupă și buzele mici, iar une-orî se respândesce în țesutul celular al vaginului; el póte umple acest canal, să străbată în perineu și să intre chiar în interiorul basinului. Hervieux arată următoarele tipuri descrise de toți autori (Legueu):

**I. Trombus vulvar**, are sediul clasic în buzele mari și probabil în sacul dartoic al lui Broca. Punga, une-orî de mărimea unui ou de găină, iar alte dați mult mai exagerată, atingênd volumul unui cap de adult, își are păreții formați din grosimea buzelor mari și sunt mai subțiri înăuntru.

**II. Trombus perineal**. E superficial sau profund. Când e superficial, se infiltréză către muntele Venus, păretele abdominal și regiunile inguinale; când e profund, póte copleși fosele iliace, sacrul și lombele.

**III. Trombus vaginal**. Are sediul în țesutul celular extra vagi-



nal a părților laterale și posterioare; mai rar în perețele anterior. El se întinde către buza cea mare, dar nu se pogoră în general sub ridicătorul anusului. În sus el se poate întinde la baza ligamentelor largi și infiltrându-se în țesutul celular sub peritoneal, să se ridice une-orî în lungul părțelului abdominal posterior până la stâlpii diafragmului. Ematocelul peri-uterin și extra-peritoneal, complică adesea trombusul vaginului.

Sforțurile și presiunile fetale, de sigur jocă un rol important în producerea trombusului. Dar acesta nu e suficient, ci se cere o slăbire prealabilă a părțelilor vasculare, o predispoziție individuală. Și ca probă avem că, nu în toate cazurile se observă trombus, de și orî-ce facere e însoțită de muncă. Predispoziția însă existând, vedem apărând trombusul, fără a fi precedat de sforțuri, ci chiar în afară de perioada de gestațiune. Ast-fel Velpeau a arătat că la femeile varicoase, o simplă explorație a vulvei, o cădere pe perineu, un esces de coit, pot fi cauza unui *trombus* numit acum *neobstetrical*. S'aun citat de asemenea trombus spontan, chiar în urma actului de defecațiune, precum și cu ocaziunea isbucnirii unui rîs, orî strănut, ceva mai puternic.

În afară de graviditate, varicele vulvei sunt foarte rare. Cât pentru cele-lalte tumori sanguine, ca tumorile erectile, acestea sunt așa de rare, în cât nici nu există o descriere specială. Pentru a le recunoșce, ne vom reaminti caracterile descrise în Vol. II la capitolul „Tumori erectile“.

**Simptomele.** În casuri de varice nu avem nimic de adăogat la cele descrise în volumul II la capitolul respectiv<sup>1)</sup>. Vom menționa însă că, une orî varicele vulvei provocă bolnavelor o senzațiune de mâncărime insuportabilă, iar alte dăți niște dureri intense. La unele este fenomenul de disurie care predomină, mai cu deosebire fiind vorba de femei ceva mai bătrâne.

În casuri de trombus, simptomele se resumă în aparițiunea unei tumori în mod bruscat. De ordinar tumora e tare; une orî însă e rezistentă, elastică și chiar cu totul fluctuantă: acesta depinde de starea în care se găsește sângele. Nu tot-d'auna însă aparițiunea trombusului e bruscată, ci vine dupe 12 sau chiar 24 ore de la facere. Se întâmplă în adevăr ca în timpul muncilor, părțile fetale apăsând pe vasul deja rupt, tumora nu apare de cât numai după eșirea fetului, sau chiar ceva mai târziu. În or ce cas afecțiunea e însoțită de dureri enorm de mari, datorite disten-

<sup>1)</sup> Vol. II, pag. 550—554.

siunei părților prin sângele extravasat. Pe lângă acestea, dacă tumora copleșește pereții vaginali și umple acest canal, putem observa și fenomene din partea bășiceii și a rectului, determinând retențiunii de urină și materii fecale. Trombusul se poate termina prin rezoluție, supurație sau inchistare. Casul cel mai grav e gangrena, sau ruperea bruscă a buzunarului, când emoragia poate deveni mortală.

În afară de acesta, pronosticul devine foarte serios, când trombusul se complică de plagă sau chiar o simplă fisură. Prin această poartă de intrare, infecțiunea poate să corupă conținutul trombusului și să-l facă să supureze. O asemenea stare de lucruri e capabilă a determina fenomene de septicemie la femeile aflate în lăuzie.

Inchistarea trombusului pentru a produce un kist-ematic se observă mai rar, căci de obicei sângele se resorbe. Mai des se constată existența unui nodul care, câte odată foarte tenace, nu va dispărea ci se va impune drept un mic fibrom, care va fi punctul de plecare al diferitelor erori de diagnostic. Antecedentele însă, a căror bază constă în apariția bruscă a tumorei, ne va fi de mare folos numai în determinarea originii unui asemenea nodul, dar și în cazul de inkistare al trombusului, pentru a-l deosebi de cele alte tumori lichide, ca ernii sau hidrocele cu cari s'ar putea confunda.

**Tratamentul.** Dacă avem a face cu simple varicosități, sau chiar cu dilatații serpentine, dar cari nu aduc o genă prea mare bolnavei, nu e rațiune de a interveni, ci ne vom mărgini într'o igienă apropiată și administrarea la interior de T-ra Hamamelia Verginica, reputată ca eficace contra varicelor.

În casuri de cordone mari sau tumori voluminoase, putem la rigore încerca extirpațiunea, luând însă cele mai severe precauțiuni antiseptice și emostatice, căci plăgile acestea sunt foarte susceptibile a se infecta cu cea mai mare înlesnire.

Cât privește trombusul, vom căuta prin diferite mijloace să favorizăm resorpțiunea, și să prevenim infecțiunea pungei, antiseptisând orî ce escoriațiune sau plagă ce ar exista la suprafața sa.

În cazul contrariu, când tumora e prea voluminoasă, cu pereții subțiri și amenință a se rupe, e mai bine să intervenim în mod chirurgical. Vom face deci deschiderea antiseptică a pungei, asigurând perfecta emostasă.

Dupe ce am golit bine punga, și am făcut spălături largi antiseptice, umplem cavitatea cu tifon fenicat, spre a preveni

emoragia secundară. Pansamentele ulterioare vor fi astfel făcute în cât să asigurăm cicatrizarea de la profunzime la suprafață, spre a evita crearea de traecte fistuloase.

În toate cazurile când a trebuit să ridicăm tumorile buzelor mari, am aplicat mai întâi suturi sub-intrante la bază, și în urmă am operat cu totul *à sec*. Recomand cu insistență acest mod de a proceda, ca să evităm singurul ce ne poate feri de cele mai regretabile accidente, atât ca infecție cât și emoragie.

#### § 4. Tumorile buzelor mari.

Acestea se împart în tumori *solide, lichide și guzose*.

**Tumorii solide.** Lipómele și kiștii sebacei nu merită o descriere detaliată, din cauză că se observă foarte rar și apoi caracterele lor sunt aceleași ca a celor descrise în Vol. II. Aceste tumori (lipom) se dezvoltă în grosimea buzei mari, sau în bula gresosă din sacul dartoic al lui Broca, descris deja. După Goselin lipómele intră în proporție de 1 la 100 în tumorile vulvei. Se găsește nu numai în grosimea buzelor mari, dar și în paniculul adipos al muntelui Venus. Volumul lor uneori e considerabil și se prelungesc chiar sub perineu. Kiștii sebacei se găsește pe fața externă a buzei, acolo unde glandele sebacee sunt numeroase. Se mai pot întâlni și în sghiakul de separațiune ce se află între buza mare și cea mică. Ei se prezintă sub formă de tumori rotunde; au sediul sub dermic; sunt de mărimea unei alune sau nuci și au o consistență caracteristică. Iarși ca tumorii solide sau semi solide rari avem kiștii dermoizi.

Se citează un singur caz al lui Klebs de kist dermoid în buza mare. Winckel și Lannelongue au arătat observațiuni de asemenea kiști în vecinătatea imenului chiar la noi născuți. Aceste tumori în general nu se recunosc de cât după extirpare și după conținutul lor care le este propriu ca păr, dinți, unghii etc. Nu prezintă nimic de particular și se consideră ca rarități. Și mai rari încă sunt unele tumori de o origină obscură, semănând în structura lor cu kiștii ovarului.

Klob crede că acești kiști se dezvoltă în jurul unui trombus sau în urma unei ectasii a vaselor limfatice (Michaux). Dintre tumorile solide a buzelor mari de sigur cele mai principale sunt **fibrómele**.

Am arătat analogia între buzele mari și scrot, precum și compoziția anatomică a acestora. O recapitulare e necesară spre a înțelege mai bine sediul și numirile date fibrómelor.

Mergând de dinainte înapoi găsim după Tillaux în buzele mari următoarele planuri: I. Pielea. II. Țesutul celulo-gresossub-cutanat numit fascia superficialis. III. Păretele anterior al sacului dartoic. IV. Cavitatea sacului dartoic unde se află bula gresosă, ligamentul rotund și canalul lui Nüek. V. Păretele posterior al sacului dartoic și VI. Aponevrosa perineală superficială. În fie care din aceste planuri un fibrom pôte să ia naștere. Deci vom avea:

I. **Fibrom dermoid sau moluscum** când tumora se dezvoltă în țesutul fibros al dermului sau țesutul celulo-conjunctiv sub-cutanat.

II. **Fibrom capsular** când ia naștere în lamelile fibröse a sacului dartoic al lui Broca.

III. **Fibrom al ligamentului rotund** când se dezvoltă în acest organ.

IV. **Fibrom aponevrotic** când își are origina în aponevrosa perineală superficială, și în fine

V. **Fibrom periostic** când provine din periostul pubisului.

Caracterele clinice a acestor tumori sunt proprii aceloră nu mite tumori benigne.

Ele se dezvoltă încet și nu au nici un resunet asupra organismului. Consistența variază: unele sunt tari, altele moi sau infiltrate de lichide, după cum în compoziția lor intră element fibros pur, fibre musculare or elemente mixomatöse. Recklinghausen le consideră ca limfangio-fibröme.

Volumul ea și forma variază foarte mult. De obiceiü solitar, fibromul e neted, lobulat, piriform. Demoulin a arătat un cas unde tumora era așa de mare, că se pogora până la condilul intern al femurului. Chéron a arătat și el o formă foarte curioasă a unei asemenea tumori, care avea în totul aspectul unui penis. În general, or care ar fi forma și volumul, fibromul vulvei e mai tot-d'a-una pediculat și conține vase bine dezvoltate. Mersul e lent și progresiv. S'a văzut însă luând o dezvoltare foarte repede în timpul gravidității. La acestea se produce edem precum și kiști în interiorul tumorei. Iarăși une ori pediculul lungindu-se prea mult, se subțiază în așa grad că compromite circulația, de unde sfacelarea tumorei.

Diagnosticul anatomic al acestor tumori e dificil. În general cu cât tumora are o origină mai superficială, cu atât e mai mobilă și provăzută de un pedicul une ori destul de lung. Astfel sunt fibrömele dermoide numite încă și moluscum pendulum. Din contra cele alte feluri de fibröme sunt mai profunde, mai puțin mobile și cu o bază de implantație foarte largă.



Cele aponevrotice sau periostice adesea trimit prelungiri către fese or vagin.

Aceste tumori nu jenază de cât prin prezența și volumul lor. Une ori pielea se ulcerază, dă naștere la emorații și se impun atunci drept tumori maligne. E posibil că chiar în afară de această complicație, fibrómele să și schimbe caracterul amestecându-se cu elemente sarcomatoase, precum adesea se observă în tumorile conjunctive, perzându și astfel cu totul caracterul benign. Contra lor nu există de cât extirparea. Vom lua însă mari precauțiuni, spre a ne opune emoragiilor adesea foarte serioase.

Am avut un cas tip de aceste tumori în serviciul meu de chirurgie. Dăm aci un resumat din observație. Mai ales această observație e importantă prin aceea că, pediculul era foarte vascular și cu artere bine dezvoltate. De și am asigurat la perfecție emostasa, totuși după operație bolnava a avut puțină emorație.

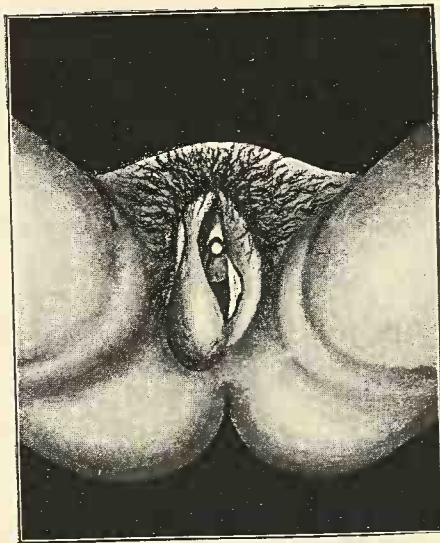


Fig. 4. Fibrom pediculat al buzei mari drepte.  
(Personală).

Sanda Veduva de ani 40, muncitoare, intră în serviciul meu la 12 Noiembrie 1893 cu *Fibrom pediculat al buzei mari drepte*.

*Istoric.* De 4 ani a observat o mică tumoră nedurerosă cât un bob de porumb pe buza cea mare dreaptă. Tumora a început să crească treptat. Pacienta declară că această tumoră une-ori creștea mai mare și apoi se micșora din nou. Tumora de și nedurerosă, începuse însă a o jena prin volumul său și mai ales îi producea usturimi și mâncărime. Mai târziu tumora se ulcerază la partea inferioară lăsând să curgă o materie spălăcită.

*Starea locală.* Intre cõpse se vede atârând o tumoră de mărimea unei pere, tumoră de o consistență fibrõsă, nedurerõsă, de colõrea tegumentelor, prezentând pe suprafața sa numeroase indoituri. La bază presintă o eroziune ce sângerază ușor.

Acestă tumoră se continuă cu marginea anterioară a buzei mari drepte printr'un pedicul de o lungime cam de  $2\frac{1}{2}$  c. m., pedicul destul de consistent dând prin palpație senzația unor cordõne. Grosimea pediculului e de aprõpe 7—8 mm. în diametru. (Fig. 4).

*Operația.* Dupã ce se face toaleta părților, am pus cam la jumetatea pediculului o pensă de forci presurã ce coprinde întregimea grosimeii pediculului.

Acestă manoperă e fõrte durerõsă.

Apoi pun pe pedicul (partea superioară) 5 puncte de suturã sub-intrante cu fire de mătase împletită.

Dupã-ce strâng bine firele secționez pediculul.

Nu curge nici o picătură de sânge. Pentru a asigura orî-ce fel de emorație mai pun pe extremitățile pediculului încã 3 puncte de suturã închiidând astfel complet plaga.

Dupã operație pacienta n'a simțit mare durere, însã în timpul noptei a avut dureri însemnate și puținã emorație.

*21 Noembrie.* Examenul istologic fãcut la Institutul D-lui Dr. Babeș pe o secțiune ce coprindea pediculul și o parte din tumoră, ne aratã la periferie țesutul pielei, apoi în pedicul o mulțime de vase arteriale și venõse în mijlocul unui țesut conjunctiv și elastic.

*1 Decembrie.* Plaga cu totul vindecată. Bolnava se concediază.

## § 5. Tumorile liquide ale buzelor mari.

Printre acestea cele mai importante sunt kiștii și hidrocelul.

În nivelul vulvei, adicã pe fața sa mucõsă (buzele mari mici, etc.) se pot întâlni câte o datã mică kiștă, rezultând din obstrucțiunea unui canal escretor al numeroșelor glande ce existã aci.

Cei mai principali însã și aceea cari au fost mai bine studiați, sunt kiștii care-și au sediul în glanda vulvo-vaginală numită glanda lui Bartholin. Interesul cel mare în privința acestor kiști este precisarea exactă a glandei. Prea puțin lucru se scie în ceea-ce privesce funcțiunea fiziologică a acestei glande, numită a lui Bartholin.

În starea normală secrețiunea acestei glande e fõrte puțin abondentă. În timpul raporturilor sexuale însã, dînsa își măresce secrețiunea, pãrând a înlesni õre-cum intromisiunea mai ușorã a membrului viril. Se observã iarășı o ipersecrețiune la unele femei în timpul perioadei menstruale. În unele circumstanțe și mai ales la femeile nevropate și în momente de escitațiunii vagi,

glanda vulvo-vaginală dă nascere unei secrețiuni excepțional de abondentă, constituind o adevărată poluție, analoăă cu a bărbatului. Acest fenomen se însoțesce de o senzațiune voluptoasă forțe mare, datorită probabil unei contracțiuni spasmodice a mușchiului constructor al vaginului. Dacă această stare se continuă, dînsa pôte produce o slăbire destul de mare a femeii, producîndu-î o paloare caracteristică a feței și o stare de nervositate excesivă.

Dacă în urma unor cauze ôre-care, fie în urma unei inflamațiuni sau a unui dop de mucosități, acest exces de secrețiune este oprit în mersul său, glanda se umflă și dă astfel nascere la desvoltare de kiști.

Studiul acestei afecțiuni fie dînsa spontanată, adică de natură pur nervoasă, ori survenită în urma diferitelor cauze patologice, a fost punctul de plecare al multor discuțiuni și cercetări.

În adevăr nu e nimic măi caprițios de cât această glandă, pe care aprôpe nimeni n'a reușit s'o injecteze pe cadavru, sau să o disece pe viu, chiar atunci când era transformată în kist.

Glanda această, după Sappey, se compune din măi mulți lobi, lobuli și granulațiuni. Din fie-care plécă mică canalicule de grosimi și număr variabil, dar cari tôte finesc prin a se reuni si a constitui un singur canal escretor de o lungime de 15 până la 18 m. m. În majoritatea casurilor, corpul acestei glande, se află pe peretele lateral al intrărei vaginului, ocupând o parte din grosimea buzei celei mari și chiar cea mică: canalul escretor se deschide la orificiul vulvei, înaintea imenului și dedesubtul buzelor mici. Cel puțin această ne-o demonștră măi mult ca ori-ce disecție, stările patologice ca abcese și kiști ce se desvoltă în această glandă.

În adevăr, kiștii glandei lui Bartholin, fie că rezultă dintr'un abces vechi sau o iritațiune anterioară, dînsii își au un sediū anume, după cum ocupă corpul glandei sau canalul său escretor. De aci și divisiunea deja stabilită de Huguier care i-a studiat cu multă atențiune în: *kiști ai tubului escretor și kiști ai glandei propriū dise*. Pozzi numesce pe cei dintăiū, *kiști superficiali*, iar pe cei de al doilea, *kiști profunđi*.

Cei dintăiū își au sediul acolo unde se deschide canalul, adică înaintea imenului și la terminațiunea buzelor mici; pe când cei profunđi sau glandulari propriū șiși, ocupă măi mult o mare parte din grosimea buzei mari și a extremităței sale inferioare. Acesta are o mare importanță când e vorba de a stabili diag-

nosticul diferențial între acești kiști și hidrocelul femeii, pe care îl vom vedea imediat.

În adevăr, și într'un cas și în altul, fiind vorba de o colecțiune liquidă și ireductibilă (căci și hidrocelul mai tot-deauna e ast-fel), numai privind sediul, putem pune diagnosticul: tumora, se află dînsa la partea inferiōră a buzei mari și a celei mici? dîcem că e kist; din contră, tumora ocupă de preferință jumăta-tea superiōră a buzei mari și a vulvei? dîcem hidrocel, mai ales dacă există și unele raporturi vëdite cu canalul inguinal, în special reductibilitatea.

Sunt însă casuri unde acest sediū clasic nu se găsește. Acesta rezultă după cum a arătat Sinety din aceea că lobiī, lobulii și granulațiunile, nu se reunesc între dînșii pentru a face un tot comun, ci rămân separați și răspândiți în diferite ordine la adâncimi deosebite. De aci și sediul neobișnuit al acestor kiști. Tot din această cauză s'a descris și kiștii mătănii sau moniliformi, rezultând din reunirea mai multor acinī dilatați.

Orī cum ar fi, acești kiști ni se presintă sub forma unei tumori de diferite mărimi, mergând până la aceea a unei nucī. Volumul lor însă pōte deveni extraordinar. Ast-fel Choumkiné a publicat o observațiune în care tumora formată de un asemenea kist se pogora până la genunchi (Legueu). Unii au păreți subțiri și alții mai groși. Tot-deauna însă sunt de o formă regulată, fără ridicături sau adâncături. Conținutul lor în general e seros, alte-orī mai viscos, iar une-orī de o colōre brună ca șocolata putând conține chiar sânge. În acest caz se numesc kiști ematici.

**Simptome.** N'avem nimic de adăugat de cât aceea că dînșii prin volumul lor, pot aduce ôre-care jenă bolnavei și mai ales în actul coitului. Mai observăm că apăsând pe această tumoră, putem face să iasă prin orificiul escretor câte-va picături de serositate sau de puroiū.

**Diagnosticul** se face între tumorile conținute în sacul dartoic, hidrocelul, igromele erniate și lipomul.

Pentru hidrocel și igrome nu există un caracter patognomic de cât reductibilitatea tumorēi în canalul inguinal; când această lipsesce, nu ne rămâne de cât sediul asupra căruia am insistat, fără a neglija posibilitatea uneia sau a alteia. În adevăr hidrocelul și igromele fiind nereductibile și ocupând un plan mai jos, se pot lua drept kiști, precum și aceștia fiind mai sus se pot lua drept cele dintâni. În ceea ce privește lipómele, acestea



se vor recunoșce prin volumul lor mai mare, prin senzațiunea de falsă fluctuație și prin constatarea la pipăit a unor mici ghemuri, cari nu sunt de cât globuli grăsoși.

**Tratamentul** cel mai rațional ar fi extirparea totală a chistului; dar la acesta nimeni n'a reușit. Ne rămâne deci incisiunea antiseptică, de óre-ce tóte injecțiunile deterșive n'au dat nici un rezultat. Vom lua precauțiuni mari de antisepsie și emostasă, spre a evita orî-ce complicațiunii. Să nu uităm că fața externă a glandei, fiind acoperită de ramura perineală a nervului rușinos intern (Sappey), póte da naștere unor nevróme dureróse, daca

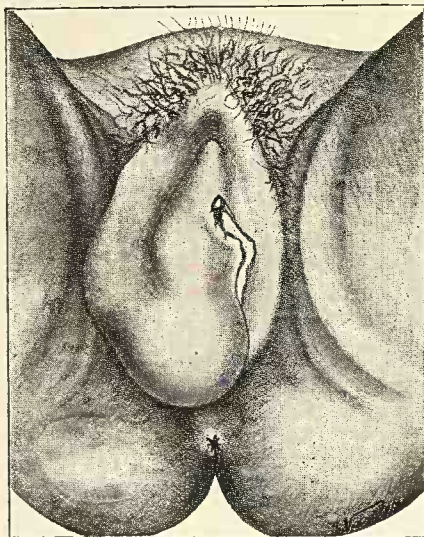


Fig. 5. Tumoră supurată a glandei lui Bartholin. (Personală).

tăem în această parte. Vom incisa deci de preferință pe fața internă a buzei, suturând în urmă mărginile, punând tub de drenaj or umplând cavitatea cu tifon iodoformat. In cazul când tumora nu e destul de manifestă, putem pentru a înlesni enucleațiunea, să-i mărim volumul prin injecțiuni lichide capabile apoi a se solidifica. Pozzi recomandă a umple buzunarul prin albuș de balenă. S'a recomandat însă și alte substanțe precum ar fi céra, colofonul etc. Dar nu totd'a-una putem recurge la aceste mijlóce. Noi am încercat într'un cas a face disecțiunea unui asemenea kist, dar n'am reușit în mod complect. De aceia preferim incisiunea antiseptică și modificarea ulterióră a pereților interni ai pungei, prin aplicare directă de tifon iodoformat muiat în acid fenic pentru a obține reunirea prin a doua intenție pe calea mu-

gurilor cărnoși. In fig. 5 dau un model de tumoră a glandei lui Bartholin, supurată ce pôte servi și ca o idee de kist al acestei glande.

### § 6. Kiști seroși ai buzei mari sau hidrocelul femeii.

Sediul acestor kiști, se află în sacul dartoic al lui Broca, despre care am vorbit.

Există însă divergințe în ceea-ce privesce organul unde se desvoltă. După Weber, Koppe, Richet și Tillaux, dînsii recunosc ca origină ligamentul rotund. După acești autori, ligamentul acesta la început e găunos, și decî dînsul se pôte umple de serositate și chiar de sânge, formând un kist sau un ematom. Alții însă ca Regnoli și Thomas Richelot, dau ca patogenie idropisia canalului lui Nück. Se scie că acest canal este o prelungire a peritoneului care însoțese ligamentul rotund, întocmai ca și canalul peritoneo-vaginal la bărbat, format cu ocaziunea coborării testiculului în scrot.

In starea normală, la ambele sexe acest canal se obliterază. Când însă lucrul nu se efectuază sau că obliterațiunea se face incomplet, resturile ce rămân se pot umple de serositate, să se idropiseze, și să dea ast-fel nascere la hidrocel. După nisce cercetări recente datorite lui Zuckerkandl și Vasseur, ar resulta că în adevăr într'o proporție de 15 la 100, acest canal sau urmele sale au fost găsite în autopsia noilor născuți de 86 orî pe un număr de 565. După Duplay, hidrocelul nu rezultă nici din ligamentul rotund, nici din canalul lui Nück, ci din nisce sacuri erniale vechi, ce au existat în momentul nascerei. Ernia reducându-se și canalul înclizându-se, sacul erniar a rămas nelocuit și în urmă treptat, s'a putut transforma în kist. Pentru acest cuvânt autorul îi numese *kiști saculari*. In sprijinul acestei idei, Duplay invocă unele fapte de hydro-epiploel, în cari s'a vădu un dop epiploic, ce astupă comunicația cu peritoneul.

Maî există în fine o teorie maî veche, susținută de Velpeau și Vidal de Cassis, cari atribue acești kiști unor igrome desvoltate în buza cea mare, pe socotela pungilor serose anormale și profesionale.

**Simptomele.** Sunt proprii orî căruî kist, neprezentând aci ca special de cât faptul, că prin presiune putem obține reductibilitatea și disparițiunea tumorei. Tot liquidul intră în abdomen, dacă orificiul canalului inguinal a rămas deschis; în casul contrariu, singur sediul și presumpțiunea pôte

stabili diagnosticul. Hydrocelul se afla la partea superioară a buzei mari; kistul glandei vulvo-vaginale sau a lui Bartholin, e situat pe un plan mult mai inferior. Dar tot în locul ocupat de hidrocel, poate să fie un epiplocel ireductibil, o ernie intestinală aderentă, sau chiar o ernie a ovarului. Insa e destul a ne gândi la aceste posibilități, pentru a le diferenția; și apoi, o ernie epiploică ireductibilă ne va oferi o tumoră păstosă, dureroasă la pipăit și mult mai grosă ca un hidrocel, care poate fi chiar transparent. Hernia intestinului e sonoră și crește în momentul, când punem pe bolnav să tușiască. Cât privește ovarul, în afară, că cazul e foarte rar, dar el va forma o tumoră relativ mică, ca o migdală, va fi tare și excesiv de dureros la pipăit. In cazuri complicate, chestiunea se rezolvă după practica chirurgului și une-oră după inspirațiune.

**Tratamentul.** Este analog cu acela al hidrocelului la bărbat. Ne vom opri de sigur la incisiunea antiseptică a lui Volkmann, care e cunoscută ca metoda cea mai logică și sigură. Dacă tumora va avea prelungiri în canalul inguinal, vom închide acest orificiu precum facem și pentru o ernie. Dându-se posibilitatea comunicării acestui hidrocel cu peritoneul, ne vom abține de la puncțiune căci putem avea recidive; dar mai ales vom respinge orî-ce injecțiuni caustice, cari putînd strebate în cavitatea peritoneală ar fi urmate de consecințe deplorabile. <

## § 7. Tumorile gazoase a buzelor mari.

Sunt foarte rari și nu au un sediu special.

Cele mai principale și cu cari ne putem întîlni une-oră sunt erniile. Acestea au toate caracterele tumorilor gazoase, dacă bine înțeles rămân ca enterocele pure. In cazul contrariu, când se adaugă în sacul erniar epiploon, ovarul, trompa or uterul, atunci semnele se maschază. In acest cas, în loc de sonoritate gazoasă, vom avea matitate relativă sau chiar absolută. Erniiile au ca sediu anatomic, sacul dartoic al lui Broca din buza cea mare. Există două varietăți de ernie: una *labială anterioară* și alta *labială posterioară*. Caracterele lor clinice sunt proprii orî-cărei ernii și deci e de prisos a insista.

Ernia labială anterioară ocupă terțul superior al buzei mari. Intestinul iese prin canalul inguinal și ocupă grosimea buzei mari așezându-se în sacul dartoic. Dînsa e analogă cu ernia



scrotală la bărbat. Acastă varietate pörtă numele de ernie inguinală sau inguino-labială.

În ernia labială posterioară, intestinul împinge peritoneul prin aponevroasă pelvienă și ridicătorul anusului, împinge părțile vaginului și apare la exterior nu în buza mare ci în vagin sau intrarea vulvei. Acastă varietate pörtă numele de *ernie vaginală*, din cauză că intestinul se angajază sau mai bine zis se infiltrează prin pereții laterali ai vaginului, trecând înaintea ligamentului larg și prin fașile disociate ale muschiului ridicător al anusului. De ôre-ce însă acest intestin erniat pöte să înainteze până în țesutul celulo-gresos al buzei mari, afecțiunea mai pörtă și numele de ernie *inguino-labială*.

Mai există încă o varietate numită *ernie perineală* sau a lui Cooper. Este escesiv de rară. Dînsa ar consta că intestinul ar eși prin distensiunea peritoneului pelvien. Se deosebesce de ernia vagino-labială prin aceea, că efracțiunea s'ar efectua înapoiul ligamentului larg și pe socotela fundului de sac al lui Douglas. După unii, ele ar fi congenitale și ar resulta din aceea că fundul de sac al lui Douglas s'ar pogori mult mai jos pe părțile posterior al vaginului.

În afară de aceste ernii formând tumorile gazöse a buzelor mari, mai putem observa și alte tumori cu aceleași caractere dar avënd un sediü cu totul neconstant. Astfel se constată mai mult pe vulvă și pereții vaginali mici tumori gazöse a căror patogenie e încă obscură. Unii le consideră ca avënd origină glandulară: alții că ar fi o ectasie a spațiilor limfatice; alții caprovenind dintr'un trombus local ce ar da nascere la mai multe vacuole, cari reunindu-se s'ar umple de gazuri prin descompoziția conținutului; alții în fine le dau o origină embriologică, provenind fie din canalul lui Gaertner sau a lui Müller. Vom reveni.

Faptul este că acești kiști sunt escesivi de rari și se observă apröpe exclusiv la femeii gravide. Ei pörtă diferite numiri: *colpoiperplasia kistică, vaginită kistică, emfism vaginal*.

Singura intervenție este cura radicală ce constă în extirparea tumorii. În casuri de ernii ne vom conforma principiilor stabilite contra acestor infirmități.

Pentru a termina cu tumorile vulvei, ar trebui să vorbim de o afecțiune bizară și exotică, numită elefantiasis arab. Dar acesta se găsește pe larg descrisă în Vol. II.

<sup>1)</sup> Vol. II, pag. 227—242.



## § 8. Bólele perineului.

Putem întâlni în această regiune toate bólele comune tegumentului extern. Nu ne vom opri asupra lor, căci nu prezintă nimic de particular. Vom spune numai că, în casuri de abcese și flegmóne, acestea trebuiesc repede deschise pentru a preveni fistulele anale către cari au o mare predilecțiune.

Cele mai principale dintre leziuni și acelea cari au ocupat mai mult pe chirurghi sunt rupturile perineului. Rupturile perineului recunosc în special trei cauze: *traumatice*, *chirurgicale* și *obstetricale*. Cele d'întâiu se mai numesc și *rupturi apuerperale*; în opoziție cu cele din categoria a treia numite *puerperale*.

*Rupturile traumatice* se produc în două circumstanțe: sau într'o cădere pe un corp tare, ascuțit, lovitură de corn de boú, etc., sau în timpul coitului or al unui viol.

Se citéză în adevér casuri unde printr'un act brutal din partea bărbatului, s'au produs rupturi nu numai ale vaginului dar și ruperi complete ale perineului.

Reproduc din Auvard următoarele observațiuni în această privință:

1. Casul lui Toulmouche. Ruptura perineului la o tânără fată de 25 ani, violată.

2. Casul lui Masalitinoff (London medical Record, Mai 1886, p. 214). Ruptura perineului la o israelită slabă și chlorotică, în etate de 24 ani. Leziunea se produse atunci, când practică pentru prima óră coitul cu bărbatul său, un individ athletic și fiind în acel moment în stare de beție.

3. Casul lui Duguér. Ruptura perineului și a vaginului, în timpul primului coit cu un bărbat, al cărui penis era voluminos și care și apucă femeea în mod fórte brutal.

4. Casul lui Liman (Manuel d'Hoffmann), ruptura perineului în timpul coitului.

5. În fine d-nul prof. Severeanu a comunicat în 1893 la congresul de chirurgie din Paris, un cas extra-ordinar al unei femeii, la care penisul se angajase în adîncimea țesuturilor perineului și desdoind despărțitorea recto-vaginală, a mers până la o adîncime de 10 c. m. și a atins rectul pe care l a rupt.

*Rupturile perineale chirurgicale* se produce din eróre în momentul extirpării diferitelor tumori ale acestei regiuni, sau în timpul unei dilatări brusce a vaginului prin specul. Alte dați

însă aceste rupturi se fac cu tot dinadinsul de însuși chirurgul, pentru a-și crea o deschidere mai largă prin care să pôtă scôte diferite tumori. Adesea în isterectomia vaginală, se practică niște incisiuni liberatrice, mai ales când uterul saũ tumorile sale ca miomul, aũ un volum mare.

În imensa majoritate a casurilor însă, rupturile perineului se produc în momentul facerei, constituind *rupturile* traumatice *obstetricale*. Mecanismul este simplu: Capul fëtului în momentul când trebuie să iasă prin orificiul vulvar, produce o presiune. Dacă părțile genitale nu sunt destul de elastice, saũ dacă un ajutor nu protejéază organul împedcând trecerea bruscă a fëtului, atunci perineul se rupe.

Acésta ar constitui rupturi *obstetricale spontanate*. Dar în urma intervențiunilor din partea mamosului ca aplicațiune de forceps de exemplu, încã se produc rupturi prin manipularea intempestivă a instrumentului. Acésta constituie *rupturi obstetricale prin lipsă de atențiune* saũ *negligență* imputabilă mamosului. Sunt însă și *rupturi inevitabile*, precum de exemplu, în strîmptări mari ale basinului, în deviațiunii și diformități, precum și din cauza insuficienței căilor de expulsiune maternă. În asemenea casuri dacă capul fëtului e mare, saũ dacă se presintă cu pelvisul, atunci nu numai că ruptura perineului e inevitabilă, dar ne este chiar permis a o provoca.

Or cum ar fi, rupturile perineului presintă mai multe varietăți.

Casul cel mai rar este când soluțiunea de continuitate se produce chiar în centrul perineului, unde se forméază un orificiũ, une-orî așa de larg, în cât fëtul pôte să iasă printr'însul; atunci perineul nu mai e reprezentat de cât prin două fășii de tegumente: una superiôră în dreptul vulvei și alta inferiôră în dreptul anusului. Acésta se numesce *ruptură centrală a perineului*.

În majoritatea casurilor, ruptura se face după cum a arătat Budin, de sus în jos mergênd de la inelul imeneal saũ de la fureculiță spre anus; acesta se numesce *ruptură marginală*.

Și aci avem mai multe varietăți după gradele rupturii: I) *rupturi parțiale și totale*, după cum perineul este afectat în întregimea saũ numai într'o porțiune din lungimea sa. Fie care din aceste varietăți pot la rândul lor să fie superficiale saũ profunde, după cum perineul va fi rupt în tótă grosimea saũ numai într'o adâncime limitată. Ca exemplu de ruptură marginală parțială și superficială de primul grad, avem ruptura perineului care nu atinge

de cât furculița; iar ca exemplu de ruptură totală și superficială, este când spintecătura se întinde până la sfincterul anal, neinteresând însă de cât țesuturile sub cutanate lăsând ast-fel intact fibrele sfincterului și deci acțiunea sa fiziologică necompromisă. Ambele aceste grade se numesc rupturi *perineale simple*.

Pozzi crede că această varietate de ruptură a planurilor profunde a perineului, nu numai că e mai frecventă, dar că e singura ce tot-d'a-una se produce, înainte d'a se atinge planul superficial cutanat care este mai elastic.

Inconvenientele acestei leziuni sunt predispozițiunea la prolaps al vaginului și chiar a uterului. În adevăr, rupturile sub-cutanate a aponevrozelor perineului și a fibrelor musculare a ridicătorului anusului, slăbesc podișul sau puntea ce încheie în jos cavitatea abdominală și care constituie perineul. Dar atunci, organele genitate externe și interne în special vaginul și uterul lipsite fiind de acest important susținător, și mereu supuse presiunii intra-abdominale, ele vor tinde a ieși afară, iar cu timpul a se constitui în prolaps.

Când însă la această ruptură se adaugă și spintecarea despărțitōrei recto-vaginală și a sfincterului anal, atunci avem a II-a varietate de **ruptură marginală** numită *complectă sau complicată*. Și aci avem două sub varietăți: ruptură complectă de primul grad, când numai sfincterul anal este interesat în totă grosimea sa, lăsând intactă despărțitōrea recto-vaginală; iar al II-lea grad când pe lângă sfincterul anal, se găsește ruptă și despărțitōrea recto-vaginală constituind *ruptură complectă totală a perineului*. Dînsa se mai numește și *perineo-anală* în opoziție cu cele d'întăitū numite simple perineale. În această a două varietate, ruptura perineului constituie o adevărată infirmitate incompatibilă cu viața. În adevăr, pe lângă inconvenientele prolapsului, mai avem incontinența materiilor fecale, cari în mod continuū și permanent vor ieși prin vagin. Prolabarea rectului precum și ernia mucōseï sale, dă naștere unui burelet de un roșu viu, formând o ridicătură în locul ocupat altă dată de despărțitōrea recto-vaginală.

Spintecarea păretelū anterior al rectului e fōrte rară; leziunea se mărginește în general numai în spintecarea sfincterului. Dar chiar și când există, leziunea ocupă tot-d'a-una partea laterală.

Am đis că rupturile marginale fie simple sau complicate, plécă de la furculița; une-orī însă se complică de o altă fisură ce ocupă peretele posterior al vaginului.

Linia trăsurei de rupere, rar ocupă linia mediană a ace-

stui părete, din cauza rezistenței ce oferă colóna vaginală posterioară. Deci se produce mai mult în latură și în special la dreapta. Une-ori această spintecătură merge foarte mult în sus, până în vecinătatea gâtului uterin.

Este rar ca această fisură să spintece întregul părete vaginal și să formeze ast-fel un segment lateral.

**Simptomatologie.** Acesta decurge mai mult din urmările la care bóla dă naștere, și este în strânsă legătură cu întinderea rupturii și gradul de simplitate sau complicațiuni.

Sunt casuri unde femeile de și purtătoare de prolapse, totuși ele nu se închiețea atât, bóla în ea însăși ne-aducându-le o mare supărare. Dar sunt altele cari de și nu posedă de cât o ruptură incompletă a perineului, se află însă coprinse de o veșnică senzațiune desagreabilă de mâncărimi, usturimi sau chiar dureri; de o senzațiune de greutate în organele genitale cu tendință de a eși afară, etc. așa că dînsele nu mai îndrăsnesc să umble ci stau tot-d'a-una în pat, păstrând pozițiunea orizontală, singura care le ușurează. În privința relațiunei între prolaps, și ruperea perineului, totul depinde de conservarea sau distrugerea fibrelor musculare a ridicătorului anusului, precum și a celor alți mușchi ce intră în constituirea perineului. Se întâmplă în adevăr că femei cu ruperi largi perineale nu au prolaps: pe când altele cu o ruptură relativ foarte mică și în aparență chiar cu perineul intact, totuși au prolapse complete. Acesta rezultă de acolo că în primul, ruptura a atins mai mult tegumentele și cele alte părți moi, lăsând intacte fibrele musculare; pe când în al II-lea cas, tocmai acestea sunt rupte, iar tegumentele au rămas intacte.

**Prognosticul** variază foarte mult. Casurile cele mai grave sunt când rupturile perineale se complică de spintecări întinse a sfincterului, sau a despărțitoare recto-vaginale. Atunci materiile fecale și gazele ne mai fiind reținute, ies în mod continuu prin vagin și pun ast-fel pe nenorocitele bolnave în condițiuni absolut imposibile de viață socială.

O asemenea infirmitate adesea e un pretext de divorț sau discordie conjugală, pentru motive lesne de înțeles.

Dar în afară de aceste casuri complicate, rupturile perineului încă au un pronostic foarte serios, prin unele inconveniente destul de grave.

Se știe în adevăr că partea superficială sau vulvară a vaginului, în starea normală, are un calibru mai strîmpt de cât fun-



dul s eu, care r em ane relativ mult mai larg. Acesta se datorește graţie mușchilor constrictorul vulvei  i ridic atorul anusului, cari  nconjur nd orificiul vulvar, form ez  ca un fel de guler  i str mp-tor ez  ast-fel prin contractiunea lor orificiul vaginal. Dec i în rupturile perineului chiar simple, e destul ca constrictorul s a fie atins, pentru ca orificiul vulvo-vaginal s a se l arg esc   i s a r em ae deschis. Se  nt mpl  atunci c a femeia st nd pe scaun, sa  fiind culcată av nd coapsele puţin dep artate, aerul str bate cu f rte multă înlesnire în vagin, umpl nd tot fundul s eu. Când acum femeia se ridică dup a scaun, aerul intrat în vagin caută s a iasă afară; dar fenomenul se produce cu un sgomot a a de mare, în c t s m n  întocmai cu emisiunea gazelor prin rect. Acest  *eructaţie vaginală* sa  *garulitas vulv e*, devine f rte incomodă pentru femei, expun nd-o la oprobriul societ tei  i la desgustul de sine însuși.

Sunt dec i at tea motive pentru a recurge la repararea ru-perilor perineului, la perineorafie.

**Tratament.** Este excesiv de rar ca o ruptur  perineală s a se vindece în mod spontanat. Casurile ce s'au citat, privesc rup-tură simple  i incomplete, cari în adevăr pot la rigóre imediat dup a accident s a se vindece, prin simpla apropiere a c pselor,  in ndu-se însă mai multe zile în acest  poziţiune.

Tot-d'a-una intervenţiunea chirurgicală este necesară. Ope-raţiunea p rt  numele de *perineorafie*. Perineorafia se face în două circumstanţe: imediat dup a accident, sa  dup a ce cicatrizarea se-parat  a părţilor secţiionate s'a efectuat.

Avem dec i o perineorafie *precoce*  i una *tardivă*. Intre ace-s-tea două, se mai admite o *perineorafie secundară*. Acest  rezultă c nd în urma aviv rei  i suturei, m rginele plăgei nu se reu-nese, fie din cauza unei mortific ri sa  a altor accidente. Atunci l s m s a se desvolte mugur  c rno i. O dată ce aceştia sunt des-tul de ro ii  i curaţi, apropiem din nou buzele puindu-le în con-tact prin fire, şi obţinem ast-fel reunirea primitivă secundară ca în or ce plagă.

 n perineorafia imediată sa  precoce s'a discutat mult, mai ales daca rupturile au provenit în urma facerilor, timpul c nd trebuie s a intervenim. Unii ca Nelaton susţineau că dup a 4—5 zile; iar alţii mergeau p n  la a 15-a zi, pretext nd ca lochiile  i di-ferite alte secreţiuni, s a nu vie a se interpune între buzele pl -gei  i a se opune ast-fel la reunirea lor.

Astă-zi majoritatea autorilor admit că, dacă ruperea peri-

neului e simplă, putem imediat după facere să practicăm sutura, chiar și atunci când ruperea are óre-care întindere; destul este să nu fie însoțită de complicațiuni.

Daca nu a trecut mai mult ca 10 zile de la facere, încă putem remedia lucrul, avivând marginile soluției de continuitate și a aplica suturi. Dincolo însă de acest termen, Trélat susține să așteptăm cel puțin 6 luni; să așteptăm până când involuțiunea uterului să fie absolut perfectă. Experiența a demonstrat în adevăr, că nimic nu e mai aplastic și deci mai rebel la reparația țesuturilor, de cât femeia în timpul perioadei de involuțiune uterină. Trélat merge și mai departe, sfătuind ca în cazul când femeia lăptéză, să așteptăm până ce se va înțărca copilul.

Cu toate acestea, obstetricianii nu se sfiesc a reuni plaga imediat după facere prin mijlocul unor simple *serre fine*, obținând une-oră bune rezultate.

Pentru casurile unde rupturile nu sunt obstetricale, discuție nu mai încap; afrontarea trebuie imediat făcută. Pentru a asigura și mai bine reunirea, nu e rău a se întrebuița două rînduri de suturi: unele profunde și altele superficiale.

În ruperile perineale vechi, există mai multe procedee și unde fie-care autor a căutat a-și introduce numele prin nume-rose modificațiuni.

† Istoricul perineorafiei este foarte vechi; această operație datéză din 1650. Un autor Jacques Guillemeau, nu numai că a descris în mod magistral ruperile perineului, dar a și practicat perineorafia, întrebuițând suturile întrerupte.

Roux prin 1850 a vulgarizat această operație, înlocuind sutura întreruptă prin sutura împănată. Dînsul făcea o sutură profundă cu un fir dublu, strîngendu'l de fie-care parte a două capete de sondă. Meritul lui Roux este foarte mare căci de și sutura împănată a dispărut, a rămas însă în rigóre principiul, că în perineorafie trebuie absolut să facem uz de suturi profunde. Mai târziu se adaoase la perineorafie incisiunile liberatrice. Astfel fură procedeele lui Dieffenbach, Langenbeck, Jobert de Lamballe, Baker-Brown și alții, cari după avivarea părților, pentru a obține mai cu înlesnire coaptarea, practicați asemenea incisiuni liberatrice, fie vertical și paralele cu marginile avivate, fie incisiuni ce mergeau de la anus la coccyx. A venit apoi perioada de avivări largi prin excisiuni de lamboură fără a atinge marginile cicatricei, aplicându-se ast-fel întocmai metoda americană

ce a dat așa frumoșe rezultate în fistulele vesico-vaginale în persoana lui Bozemann, Marion Sims etc.

Noi nu vom descrie toate metodele, ci ne vom mărgini a arăta pe cele mai principale și cari au curs în știință, oprindu-ne mai mult asupra metodei lui Lawson Tait, aprobată de toți autorii ca cea mai eficace.

În mod general, perineorafiele se pot împărți în două mari clase: unele cu *formare de lambouri cu excisiune*, iar altele cu *formare de lambouri prin dedublare fără excisiune*. Între primele avem următoarele procedee:

**I. Procedul lui Hegar.** Reproducem din Legueu descrierea acestui procedeu. Dînsul constă a face pe peretele posterior al vaginului o avivare triunghiulară prin excisiunea mucóseii; se prelungește această avivare până la marginea perineală. Sutura apoi în sens transversal, ast-fel ca să formăm óre care grosime pãretelui vaginal posterior. Acesta este principiul procedeuului. Iată acum detaliile: Femeia e așezată în situație dorsală iar regiunea desinfectată. Trei pense cu dinți (tirre balle) sunt așezate pe mucósa pentru a limita un triunghiú, ce va reprezenta întinderea avivãrei; o pensă e pusă în sus pe vagin în punctul cel mai ridicat al pãretelui ce bombéză; cele alte două sunt așezate de fie-care parte la limitele vulvei și vaginului, la jumătatea înălțimeii vulvei; ele conrespund la unghiurile laterale a rombului în cheștiune.

E bine, să aședăm a patra pensă în jos pe mijlocul margineii perineale, pentru a întinde baza triunghiului și a servi la trebuință ca punct de reper pentru punerea simetrică a firelor. O incisie e dusă între aceste trei puncte: în jos incisia urméză conturul posterior al perineului; unghiurile pe cât posibile sunt rotunjite ast-fel ca să represinte dispoziția din fig. 6. Avivarea se face cu bisturiul saú cu fórfecele sub irigație continuă. Nu se ridică de cât mucósa, dar trebuie ridicată în totalitatea ei. Pentru a evita să nu rãnim rectul, degetul îmbrăcat într'un degetar de gutapercă subțire este introdus în anus și permite să ne dãm sémã de grosimea pãretelui ce trebuie menajat. Aședarea firelor fie de argint saú mătase se face ast-fel: Cu un ac curb punem firele cele mai profunde în vagin, acelea cari corespund la vêrful triunghiului și le trecem de la o buză la alta. Continuăm cu cele-l'alte fire până ce ajungem la baza triunghiului. Ajunși aci, trecem firele de la exterior către vagin de la stânga la drépta, ast-fel ca să coprindă în ansa lor toate grosimea pãrței inferioare a vaginului și perineului.

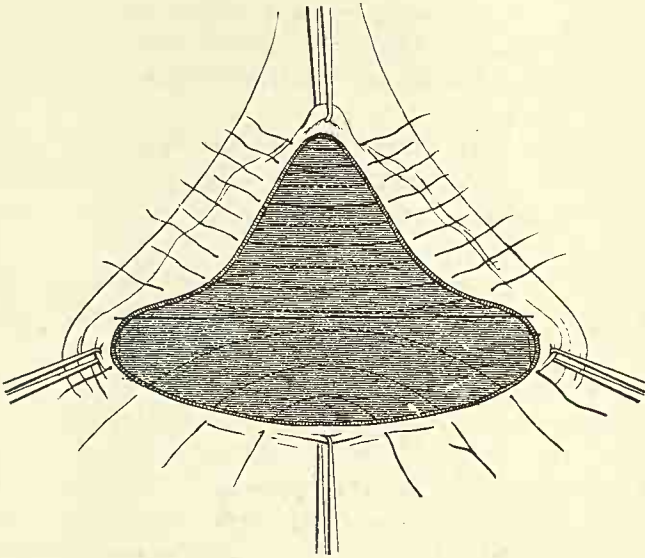


Fig. 6. Colpoperineorrhaphie posterioară. Procedeeul lui Hegar.

După ce firele au fost strânse, cele două părți laterale a vaginului se pun în contact. Păretele posterior al vaginului are o grosime cu atât mai mare cu cât ne apropiem de baza triunghiului. După sutură, perineul trebuie așa de mult să se reducă, ca vulva să pară ca închisă.

II. **Procedeeul lui Simon** se bazează pe același principiu, cu deosebire că lamboul este mai mult inferior, și în loc de a se apropia de aceea a unui as de pică.

III. **Procedeeul lui Martin din Berlin** se deosebesc prin forma avivării și dispoziția suturilor. Martin își propune mai ales să menageze pe vagin colona posterioară; mai mult, el divide în două suprafața de avivare pe vagin; firele vor avea să menție o suprafață mai puțin întinsă, deci ele vor ține mai bine. Avivarea are forma reprezentată în fig. 7. O parte centrală e păstrată intactă pe păretele vaginal posterior, între cele două avivări laterale. Se execută mai întâi aceste din urmă înainte de a atinge perineul și dispunem suturile ast-fel ca punctele simetrice de la fie-care avivare să se conrespundă.



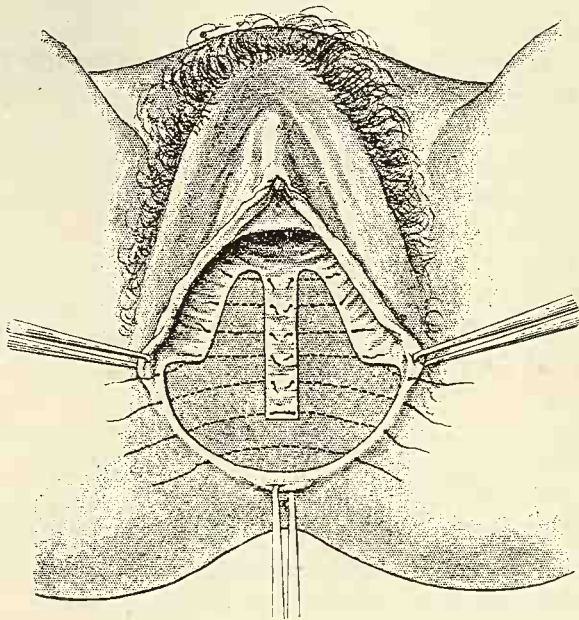


Fig. 7. Colpoperineorhaphie posterióră.

Aceste trei metode au două puncte esențiale: I) că ele nu ating de loc și nici nu distrug cicatrița rezultată din rupțura perineală și al II) că confecționarea lambourilor se face pe socotéla părților vulvare în special al buzelor mari și a tegumentelor vecine: deci reconstituirea perineului este mai mult artificială și chiar forțată, trebuind a pune în contact suprafețe sângerânde foarte depărtate unele de altele. Ori-cum ar fi însă, ele au o superioritate de netăgăduit asupra vechei și uitatei metode, care consta în avivarea pur și simplă a marginilor laterale a cicatricei. Dînsa nu putea și nici nu e capabilă a da vre un rezultat satisfăcător, dându-se subțimea și îngustarea suprafețelor sângerânde, ce aprópe prin nici un mijloc nu se póte obține o afrontare și coaptare perfectă. Este ceva cu totul analog cu soluțiile de continuitate a pleopelor, cu fistulele vesico-vaginale, unde avivarea simplă a marginilor cicatrizate a rămas tot-d'a-una sterilă.

Procedeu decî al lui Hegar, Simon și Martin a adus beneficii foarte mari în perineorafie prin crearea de suprafețe largi sângerânde, cari mai ușor se pot reuni, coaptarea putându-se obține

în mod larg. Este o metodă identică cu cea americană, care a dat cele mai frumoase rezultate în fistulele vesico-vaginale.

Tot în această metodă cu escisiune de lambouri, putem menționa și următorul procedeu: Facem în laturile perineului rupt câte un lamboi în grosimea buzelor mari, având forma unui V cu basa în sus și vârful în jos, pe cari apoi le reunim puindu-le în contact prin câte-va punte de sutură cu fire de mătase său de argint.

IV. **Metoda lui Lawson Tait.** Este cea mai bună și cea mai adoptată de toți autorii, afară de Martin din Berlin, care spune că nu a practicat-o nici-o dată. Noi am aplicat-o o singură dată dar fără rezultat satisfăcător. Ași putea incrimina indocilitatea bolnavei și aparițiunea precoce a menstruelor.

Metoda lui Lawson Tait se bazează pe următoarele puncte principale:

I. Dînsul nu întrebuintează escisiune de lambouri. Acesta e un punct foarte important, căci chiar dacă operațiunea nu reușește, bolnava nu rămâne mai estropiată de cum era, neperdînd nimic din organele sale. În adevăr, prin metodele precedente, în cas de nereușită, femeile nu numai că se ved lipsite de o parte din buzele mari și tegumentul extern, dar aceste pierderi de substanță sunt înlocuite prin nisce cicatrice, cari cu atît vor fi mai diforme, cu cît lambourile vor fi fost mai largi. Prin metoda lui Lawson Tait, reparațiunea neobținîndu-se, bolnava rămîne statu-quo ante-operationem și deci nu va avea un regret dublu.

II. Metoda lui Lawson Tait arec a principiū, de a reconstitui perineul, puindu-l aprópe în aceleași condițiuni precum era înainte de accident. Și iată pe ce considerațiuni el se bazează: în momentul rupturii perineului, se produce o spintecătură verticală de la furculiță către anus. Cicatrisarea ulterioară însă a acestei soluțiuni de continuitate, în loc de a rămîne verticală ca la început, dînsa în mod bizar, dar de sigur prin faptul contracțiunii muschilor perineali saū a depărtării còpselor, se face în mod transversal.

Deci pentru a reconstitui perineul, trebuie a procede ast-fel încât să obținem o suprafață sângerândă analógă cu cea produsă în momentul accidentului; cu alte cuvinte să reproducem un rafeū apropiindu-se pe cît se póte de cel normal. Principiul metodei lui Lawson Tait constă în a despărți în două pãretele recto-vaginal, a face ceia-ce e cunoscut sub numele de *dedublare*.

Dar iată descrierea acestui procedeu ce extragem din Bonnet și Petit. Se face o incisiune în H (Fig. 8). Ramura transversală urmăzează marginea despărțitōrei și se recurbăzează puțin în jos la extremitățile sale, pentru a atinge liniile verticale cari trec la unirea

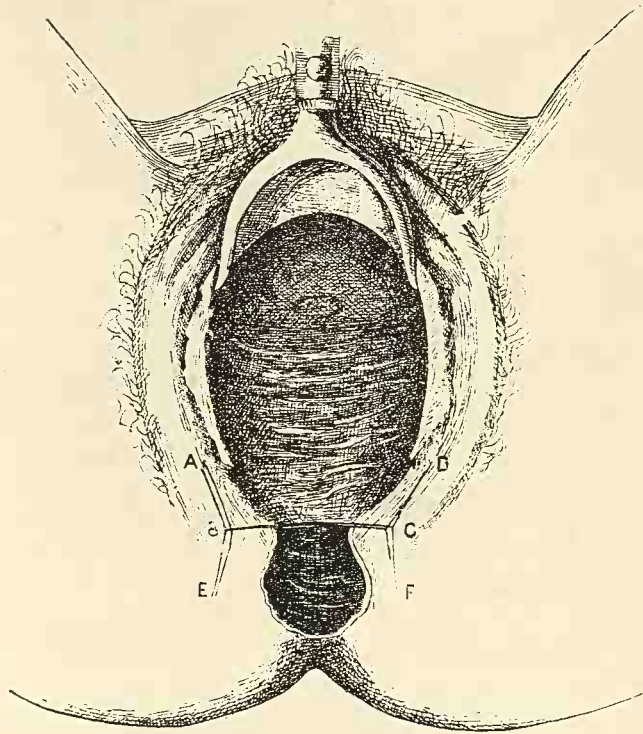


Fig. 8. Perineorafie pentru ruptură completă, procedeu cu dublu lamboū al lui Tait; trajectul incisiei (Paul Petit și S. Bonnet).

marelor și micelor buze. Ramurile superioare înconjură vulva; ramurile inferioare merg către extremitățile divizate ale sfincterului, cari sunt situate transversal de fie-care parte a anusului și se întâlnesc câte-o-dată într'o mică gropiță. Incisiunea trasă, tăem țesuturile ast-fel ca să obținem două lambourī (fig. 9). Lambou superior B'ABCDC'' cu totul mucos e obținut prin simpla

desdoire a despărțitórei cu fórfecele saũ bisturiul. Lamboul inferior început deja la mijlocul sãu în BC este prelungit în laturĩ cãtre BE și CF printr'o tãeturã profundã a pielĩ și a țesutului

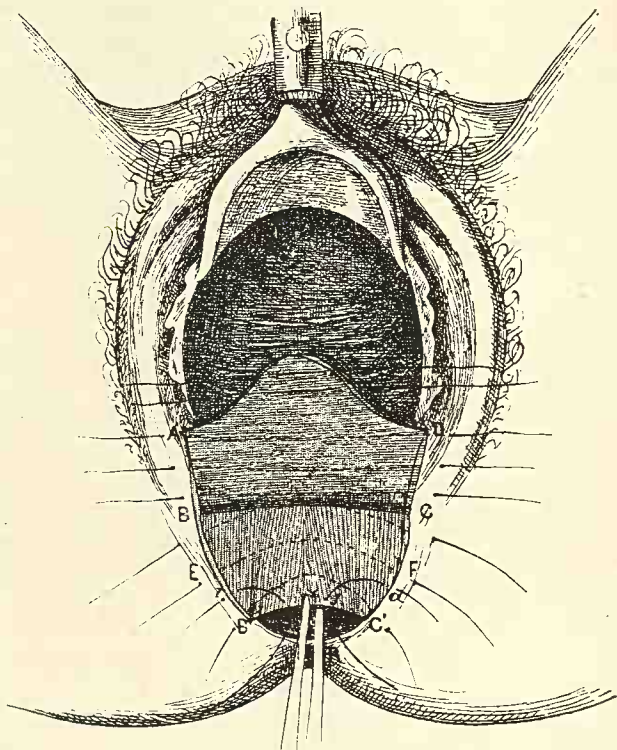


Fig. 9. Perineorafie pentru ruptura completã; procedeul cu dublu lambou al lui Tait; trajectul suturilor.

Marginea B"C" corespunde la BC înaintea dedublãrei și deja retractat prin faptul liberãrei țesuturilor. Idem pentru AB" în raport cu AB; DC" în raport cu BC.

(Paul Petit și S. Bonnet).

celular sub cutanat. Lamboul superior e ridicat în sus. Lamboul inferior e ținut întins în jos până la finele operațiunei. Procedãm dupã acẽsta la aplicarea suturilor ast-fel precum se vede în figurã. Tõte firele trebuie ast-fel puse, ca sã putem coapta cu cea mãi mare exactitate punctele simetrice. Operațiã se terminã prin adãogarea cãtor-va fire superficiale dupã circumstanțe.



În Franța, acest procedeu a fost modificat de Doleris în așa mod, că e cunoscut sub numele de procedeu Tait-Doleris. Una din modifi ca ții unile cele mai ingeni ouse aduse de Doleris, zice Legueu, din care reproducem descrierea, constă în colpoperineoplastia prin alunecare. Doleris își propune să scurteze vaginul și să aducă o parte din p ăretele s ău în dreptul perineului pentru a l consolidat.

O incisie curbă cu concavitatea superi őră e dusă pe marginea cutaneo-muc ősă a vulvei și a perineului. De fie-care parte, d ınsa se ridică p ână apr ȳpe de jumătatea înălțimeii vulvei.

Grație acestei incisiunii, muc ȳsa vaginală e deslipită de perineu și de p ăretele recto-vaginal; deslipirea e începută cu fórfecele sa ȳ cu bisturiul, se continuă cu indicele și se ridică la o adâncime cu atât mai mare cu cât ruptura e mai pronunțată.

Când deslipirea s'a făcut, iar muc ȳsa vaginală s'a ridicat cu o pensă către partea superi őră a vulvei, ne rămâne o plagă largă, angulară în fund, cu dou ę valve sângerânde, una în sus și alta în jos.

Originalitatea modificărei lui Doleris constă în modul de a pune suturile. De și închizând ca și Lawson Tait plaga în mod transversal, el așeză însă firele în astfel de mod, că lamboul muc ȳsei vaginale, vine de mărește prin grosimea sa înălțimea perineului; de unde numele colpoperineoplastie.

Acul strebate în mod lateral la stânga anusului și merge în adâncime în despărțit ȳrea recto-vaginală și apucă lamboul vaginal fórte apr ȳpe de punctul extrem al deslipireii. Apoi acul urm ȳză un traject invers și simetric pentru a eși în partea dr ȳptă a anusului.

Ne putem dispensa de a strebate în vagin, și să ne mulțumim de a apuca fața profundă a lamboului vaginal. Ansa primului fir odată strânsă, va trebui să aducă p ăretele vaginal către comisura vulvară, în acelaș timp când d ınsa va servi să afronteze marginile opuse ale buzeii cutanate a incisiunii. Un al II-lea și al III-lea fir sunt așezate în mod analog și mai mult în afară (Doleris). Odată firele strânse, rămâne tot d'a-una în sus o porțiune de muc ȳsă vaginală, care trece de nivelul suturilor. Se excis ȳză și se sutur ȳză restul cu pielea.

Dar în cazul când rupturile perineului se complică de o spintecătură mare a despărțit ȳrei recto-vaginale, mergând p ână dincolo de col ȳnele posteri ȳre ale vaginului, noi credem că atunci procedeu l ȳ Lawson Tait și Doleris, este evident că dacă

nu se mai p $\acute{o}$ te aplica, cel pu $\acute{t}$ in devine escesiv de dificil, ne mai av $\acute{e}$ nd ce s $\acute{a}$  dedubl $\acute{a}$ m; a $\acute{s}$ a dar imposibilitate  $\acute{i}$ n a ob $\acute{t}$ ine cele dou $\acute{e}$  lambouri despre car $\acute{i}$  am vorbit.

Va trebui prin urmare, ca opera $\acute{t}$ iunea s $\acute{a}$  o  $\acute{i}$ ncepem  $\acute{i}$ nt $\acute{a}$ i $\acute{u}$  prin a remedia ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  spintec $\acute{a}$ tur $\acute{a}$ ,  $\acute{s}$ i contra c $\acute{a}$ reia vom procedea  $\acute{i}$ ntocmai ca cum ar fi vorba de o fistul $\acute{a}$  recto-vaginal $\acute{a}$ . Vom  $\acute{i}$ ncepe deci, de la o extremitate la alta a solu $\acute{t}$ iunii de continuitate o incisiune, cu unul sau dou $\acute{i}$  milimetri  $\acute{i}$ n afar $\acute{a}$  de marginea sa liber $\acute{a}$ . Apoi la o distan $\acute{t}$  $\acute{a}$  de cel mult un centimetru, vom trage o alt $\acute{a}$  incisiune. Muc $\acute{o}$ sa coprins $\acute{a}$   $\acute{i}$ ntre aceste incisiuni se va diseca cu f $\acute{o}$ rfecele or $\acute{i}$  cu bisturiul,  $\acute{s}$ i vom ob $\acute{t}$ ine astfel de fiecare latur $\acute{a}$  dou $\acute{e}$  lambouri drept unghiulare, pe car $\acute{i}$  le vom reuni prin aplicare de suturi,  $\acute{i}$ ntocmai dup $\acute{a}$  metoda American $\acute{a}$ ,  $\acute{i}$ ntrodus $\acute{a}$   $\acute{i}$ n opera $\acute{t}$ ionile fistulelor vesico-vaginale.

Mai t $\acute{a}$ rziu, dup $\acute{a}$  vindecarea complect $\acute{a}$  a acestei prime infirmit $\acute{a}$  $\acute{t}$ i, vom procedea la perineorafia propri $\acute{u}$  zis $\acute{a}$  printr'unul din procedeele ar $\acute{a}$ tate.

### **Ingrijirile bolnavei destinate a fi operat $\acute{a}$ .**

Ingrijirile ce trebuie s $\acute{a}$  d $\acute{a}$ m bolnavelor  $\acute{i}$ nainte,  $\acute{i}$ n timpul  $\acute{s}$ i dup $\acute{a}$  perineorafie, sunt acelea $\acute{s}$ i cunoscute de to $\acute{t}$ i  $\acute{s}$ i devenite clasice. Vom men $\acute{t}$ iona numai urm $\acute{a}$ t $\acute{o}$ rele particularit $\acute{a}$  $\acute{t}$ i :

I. Nu vom recomanda a se da un purgativ  $\acute{i}$ n ajunul opera $\acute{t}$ iei, de  $\acute{o}$ re-ce adesea se  $\acute{i}$ nt $\acute{a}$ mpl $\acute{a}$  c $\acute{a}$  bolnava  $\acute{i}$ n momentul c $\acute{a}$ nd e cloroformisat $\acute{a}$ , s $\acute{a}$  continue a manifesta efectele purgativului, prin evacu $\acute{a}$  $\acute{t}$ ion $\acute{i}$  alvine f $\acute{o}$ rte desagreabile pentru operator, dar mai ales f $\acute{o}$ rte compromi $\acute{t}$  $\acute{a}$ t $\acute{o}$ re pentru reu $\acute{s}$ ita opera $\acute{t}$ iei, murd $\acute{a}$ ring plaga. Noi prefer $\acute{a}$ m ca purgativul s $\acute{a}$  se dea cu 3—4  $\acute{z}$ ile  $\acute{i}$ nainte de opera $\acute{t}$ ie, iar  $\acute{i}$ n ultimele dou $\acute{e}$   $\acute{z}$ ile, s $\acute{a}$  se administreze c $\acute{a}$ te o clism $\acute{a}$  cu acid boric. Cu modul acesta intestinul va fi perfect golit.

II. Cu 7—8  $\acute{z}$ ile  $\acute{i}$ nainte de opera $\acute{t}$ ie, se vor face larg $\acute{i}$  sp $\acute{a}$ l $\acute{a}$ turi vaginale cu sublimat corosiv. Vom c $\acute{a}$ uta  $\acute{i}$ n acest timp s $\acute{a}$  combatem t $\acute{o}$ te inflama $\acute{t}$ ionile ce ar exista  $\acute{i}$ n p $\acute{a}$ r $\acute{t}$ ile bolnave, sa $\acute{u}$ , organele vecine. Vom c $\acute{a}$ uta a face s $\acute{a}$  dispar $\acute{a}$  eritemele, eczema etc. Aten $\acute{t}$ ionea ne va fi atras $\acute{a}$  mai ales din partea rectului care une-or $\acute{i}$  p $\acute{o$ te fi prins de rectit $\acute{a}$ , manifest $\acute{a}$ ndu-se prin scurgeri, durere, tenesme, diaree etc. Nu trebuie  $\acute{i}$ n fine a ne sc $\acute{a}$ pa nimic din observa $\acute{t}$ ie, c $\acute{a}$ c $\acute{i}$  de la ac $\acute{e}$ sta depinde  $\acute{i}$ n mare parte succesul.

operației. E mai bine să dăm îngrijiri foarte îndelungate înainte de a întreprinde operația, de cât a ne grăbi și a avea în urmă decepțiunea nereușitei: în acest cas, mai mult de cât medicul, bolnava rămâne mai tristă și desesperată.

III. După cloroformizare se va da bolnavei pozițiunea de talie.

IV. Operatorul își va desinfecta în mod perfect mâinele; introduce în rect degetul indicator și mediū al mânei stângi, pentru a întinde despărțitorea recto-vaginală și a simți vârful fórfecelor spre a nu pătrunde în rect.

V. Ajutóarele trebuie așa de bine împărțite și fie-care cu rolul lor bine definit, în cât operatorul să nu fie silit a-și scóte degetele din rect pentru întinderea părților vaginale.

VI. După aplicarea suturilor și coaptarea părților, vom apropia cópsel bolnavei și le vom menține într'un repaus complet, puind un sul sub genunchiū.

VII. Este interzis a face spălături vaginale după operație. Ne vom mărgini numai în a supudra plaga cu praf de iodoform formând o crustă, sub care cicatrizarea se va efectua.

În fine nu vom umbla la părțile genitale, de cât numai pentru a sonda femeea scoțându-i urina, și acésta cu cele mai mari precauțiuni. E de preferat o sondă Pezzer.

VIII. Opiniunea autorilor este divergentă în ceea-ce privește dacă da sau nu bolnava trebuie constipată. De sigur cel mai bun lucru ar fi ca intestinul să fie în perfect repaus. Dar constiparea acésta are un mare inconvenient, căci după 7—8 zile, materiile fecale se aglomeréză așa de mult și capătă o consistență așa de tare, în cât bolurile fecale ies cu o dificultate extremă, constituind un adevărat acușment. Se póte decī întâmpla ca, părțile fiind brusc întinse, cicatrița să se rupă. Pentru acest cuvînt, unii autori în loc de a constipa, din contra dau purgative în fie-care zi după operație, iar alții clisme rectale.

Noi preferim o metodă mixtă, pe care de alt-fel o întrebuițăm în tóte operațiile ginecologice și a nume: constipăm bolnava timp de 3 zile, dând la interior extract thebaic câte 0,10 ctgr. pe zi; iar a 4 zi, când de sigur reunirea plăgei s'a obținut, administrăm o clismă ordinară, prin care obținem o evacuațiune alvină liquidă și fără sforțări.

IX. Ridicarea firelor nu trebuie făcută înainte de minimum 8 zile, și încă numai în casul când am vedea că ele au tendință de a tăia țesuturile.

Ca precauțiune vom lăsa unele fire, și în special cele extreme din partea furculiței și a anusului, pe cari le vom ridica cât mai târziu posibil.

X. Vom recomanda femeii a se abține de la raporturi sexuale cel puțin o lună saŃ două; și încă și atunci, actul se va face cu cele mai mari precauțiuni și în mod cu totul blând.

XI. In cas de graviditate, îngrijiri speciale vor trebui date, pentru ca noul perineu să fie protejat în cel mai 'nalt grad posibil, de mâna celui mai experimentat mamos.

## CHESTIONAR

*Cap. 1. Definiția vulvei. Părțile sale constitutive. Divisiunea vulvei în platuri. Lesiunile traumatice ale vulvei, contuziuni, plăgi și ruperi. Rupturile conjugale. Diferite exemple.*

*Cap. 2. Bólele muntelui Venus. Definițiune, compositiune, consecințe. Bólele parazitare: pitiriasis versicolor, patogenie, forme. Lichen simplu. Eczema, caractere. Răia. Pediculi pubis.*

*Cap. 3. Bólele buzelor mari. Definiție, aspect și conformație. Compositiune. Afecțiuni diverse și comune tegumentului extern. Vegetațiile sifilitice și gravidice. Rolul prezenței părului buzelor mari și în special al celui așezat pe marginea lor anterioară. Exemplul lui Lawson Tait. Caracterele varicelor, tumorilor varicóse și trombusurilor. Istoricul trombusului. Divisiune, în vulvar, perineal și vaginal, caractere. Causese intime. Predispoziție. Opiniunea lui Velpeau. Divisiune. Prognosticul trombusului, tratament, precauțiune.*

*Tumorile buzelor mari. Divisiune. Lipome. Kiști și fibróme. Sediul dezvoltării lipómelor. Varietăți: fibrom dermoid, capsular, al ligamentului rotund, aponevrotic și periostic. Caractere.*

*Tumorile liquide ale buzelor mari. Kiștii glandei lui Bartholin. Considerațiuni asupra acestei glande. Divisiunea în kiști superficiali și profunđi. Caractere distinctive.*

*Kiști seroși saŃ hidrocelul femeii. Sediú, patogenie, ligamentul rotund, canalul lui Nück, sacuri erniare vechi, igrome anormale și profesionale. Semnele caracteristice după sediú pentru diagnosticul diferențial.*

*Tumorile gazóse ale buzelor mari. Ernie, varietăți labială anterioară, posterioară și perineală. Enfisem vaginal, vaginită kistică saŃ colpoiperplasie kistică, patogenie.*

*Bólele perineului. Rupturi: traumatice, chirurgicale și obstetricale. Rupturi apuerverale și puerperale. Divisiunea rupturilor perineului. Rupturi centrale, marginale și totale; mecanism, caractere. Tratamentul. Intervențiune precoce și tardivă, opiniunea lui Trélat. Istoric. Metóda prin lambouri cu escisie și lambouri în dedublare fără escisie. Procedeeul Hegar, Simon și Martin. Metóda lui Lawson Tait. Principiú. Modificarea lui Doleris. Ingrijiri post operatorii.*



### Cap. III. Bólele planului II-lea al vulvei.

(Bólele clitorisului, prepuțului, buzelor mici și furculiței).

**Clitorisul.** Este un organ erectil al femeii, corespunzând cu penisul bărbatului. În adevăr, clitorisul este format din două corpuri cavernoși, cari pleacă de la ramura ischio-pubienă merg înainte și înapoi, se lipesc unul cu altul și constituie organul menționat. El rămâne lipit de simfisă printr'un ligament suspensor. Lungimea clitorisului este de 2—3 cm.; se termină printr'o extremitate rotundă, întocmai analógă cu glandul penisului și e acoperit de un înveliș, numit prepuțul sau capușonul clitorisului.

Din dispozițiunea anatomică a buzelor mici, rezultă constituirea celorlalte organe ale vulvei. De aceea le vom da descrițiunea următoare:

Buzele mici, numite încă și *nimfe*, au luat această numire de la credința ce aveau vechii autori că, dinsele au destinațiunea de a dirige jetul de urină, prin nisce mișcări foarte ușore. Se știe din zoologie că nimfele sau crisalidele, ce represintă prima perioadă de dezvoltare a insectelor, nu-și manifestă viața în această stare embrionară, de cât prin simpla facultate de a se putea mișca. Prin analogie deci, s'au numit și buzele mici nimfe, atribuindu-li-se aceeași putere de mișcare imperceptibilă, prin care se dă o anumită direcție urinei în timpul micțiunii. †

Buzele mici sunt formate printr'o îndoitură sau replică a mucósei vulvei, și au o dispozițiune cu totul analógă cu buzele mari, însă sunt mult mai subțiri și mai scurte. În adevăr dinsele prin extremitatea lor posterioară, se pierd aproape către mijlocul feței interne a buzelor mari; înălțimea lor nici o dată nu atinge marginea liberă a buzelor mari, așa că trebuie să depărtăm pe acestea pentru a vedea pe acelea.

Dinsele au fost comparate de Boyer cu o creastă de cocoș. Faptul principal al acestor organe este că, ele se divid în sus, formând ca un fel de bifurcațiune în care este așezat clitorisul. Din aceste două replici bifurcate, una este destul de largă și lungă pentru a acoperi clitorisul, formând prepuțul sau capușonul, alta mai subțire și filiformă, se pierde pe partea inferioară a clitorisului, formând frenul acestui organ. Buzele mici formeză ca și cele mari un oval, un fel de guler la intrarea vaginului, analog cu acela al buzelor mari, dar de o dimensiune mult mai mică. Ele sunt separate de buzele mari printr'un sghiab

profund în partea lor externă; către fața internă se află iarăși un sghiab, care plecat de la frenul clitorisului urmăzează baza nimfelor, limitând intrarea vaginului și a imenului. Ele acoperă vestibulul vulvei în totalitatea sa.

**Furculița** numită încă și comisura posterioară a vulvei, este formată din reunirea extremității posterioare a ambelor buze mari. Prin comisura anterioară a vulvei, se înțelege iarăși o indoitură, rezultând însă din reunirea anterioară a buzelor mari, cari acopere clitorisul și prepuțul, și formeză baza muntelui Venus.

Inaintea furculiței, se află o mică depresiune, numită gropița saū foseta naviculară. Afecțiunile organelor coprinse în acest al II-lea plan al vulvei, nu au prezentat până acum o importanță așa de mare, în cât să fi atras în mod special atențiunea autorilor.

In adevăr, bólele inflamatorii mai ales ale buzelor mici, se tratéză într'un capitol comun cu al întregii vulve, sub numele de vulvite. Cât privește celelalte tumori, ele își au origina în numerósele glande sebacee, ce se află pe fața lor internă. Sappey a arătat că pe un c. m. patrat, se găsesc de la 120 până la 150 glande sebacee pe fața internă, pe când pe fața externă nu există de cât 100. In aceleași locuri pe buzele mari, glandele sunt mult mai restrânse, așa că pe fața internă nu găsesc de cât 40, iar pe cea externă numai 25—30 pe centimetru patrat. Kiștii aceștia deci nu presintă o importanță destul de mare, cu atât mai mult că se observă și fórte rar. Celelalte tumori, în special fibrómele buzelor mici, constituie nisce adevărate curiosități.

Epiteliomul saū cancerul, este rezultatul propagațiunei din părțile vecine. Vom menționa numai că, în buzele mici există un număr destul de mare de papile, grație cărora aceste organe posedă o sensibilitate specială. Pe lângă acesta, din cauza număróselor glande sebacee, ce am văzut că există pe fața internă a buzelor mici, dînsele secretând cu abondență, pot da naștere unei inflamațiuni, unei vulvite, în totul analogă cu balano-postita ce se observă la bărbat.

Ast-fel reduse, bólele buzelor mici au un interes, mai mult când e vorba de unele diformități, saū vițuri de conformațiune.

Se întâmplă că buzele mici să se reunească prin marginele lor interne și libere, și să închiidă ast-fel cu totul intrarea vaginului, care s'ar putea cu înlesnire lua drept o imperforațiune a imenului. Printr'o mică atențiune însă, putem descoperi origina, iar cu o sondă canelată să desfacem această reunire.

Mai putem observa încă, o ipertrofie exagerată a buzelor

mică, fie în mod spontanat, precum se observă la unele popóre din Africa, fie în urma unor perversiunii sexuale. Și într'un cas și în altul, buzele mică iaă o desvoltare așa de manifestă că întrece cu mult pe cele mari, constituind cea-ce se numesce *șorțul Hotentotilor*.

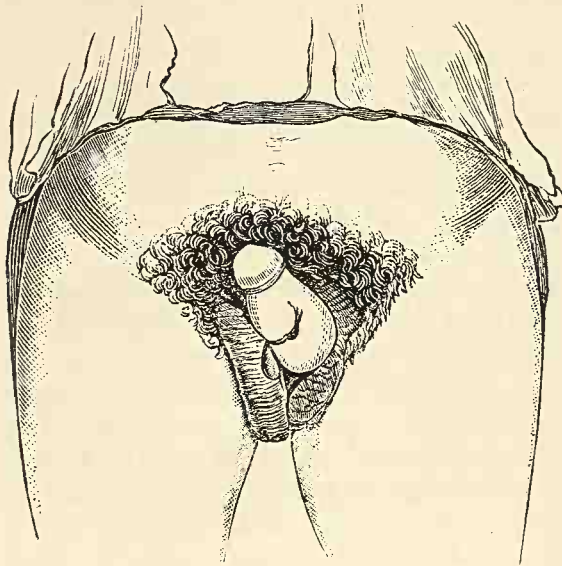


Fig. 10. Ipertrofia clitorisului (Lawson Tait).

Excisiunea este singurul mijloc ce putem să opunem acestei diformități,

**Bólele clitorisului** sunt încă și mai rari. Există un singur cas citat în sciință de enchondrom al clitorisului, și un altul de osificațiune al acestui organ.

Clitorisul fiind un organ erectil și merit la desvoltarea și întreținerea simțului sexual, adesea póte să ia o desvoltare fórté mare, la acele nenorocite fete cari se dedaă la actul masturbațiunei. Dar și în afară de acest vițiū, clitorisul chiar în mod congenital e destul de voluminos la unele persóne, pe când la altele se găsesce într'o stare de atrofie aprópe complectă.

În tratatul lui Lawson Tait, există un model típ de ipertrofia congenitală a clitorisului, care cred e unicul cas observat în sciință. De aceia îl reproduce împreună cu observația sa. Fig. 10.

„Este vorba de D-na L. B. în etate da 32 ani. Dînsa fiind în momentul de a naște, voind să practice tușeul vaginal, degetul întâlnește un corp voluminos, care astupa complet intrarea vaginului; dînsul avea cincei police de lungime și diametrul unui penis de adult în repaus. Facerea s'a efectuat cu tóte acestea fără dificultate, clitorisul fiind respins spre pubis, pe măsura ce capul fetal înainta. Femea m'a informat atunci că acéstă ipertrofie era de origină congenitală și că mama sa atribuia faptul la aceea, că fiind însărcinată în trei luni, s'a repezit asupra ei un curcan fórte furios (!?) Când am examinat acéstă femea, clitorisul măsura trei police de la extremitatea liberă la punctul sėu de inserțiune și două police de circumferență maximă. Extremitatea liberă avea forma unui adevărat gland; o depresiune circulară îi forma un fel de corónă. Suprafața era ușor nodulară: natura sa erectilă se manifesta prin o creștere la aer liber sau nu. În timpul micțiunei jetul urinei era dirigit înainte, particularitate ce ni se pare că ținea la aceea, că uretra era trasă în sus de tumoră“.

Dar în afară de aceste casurî rari, ipertrofia clitorisului mai tot-d'a-una recunoște drept cauză actul masturbațiunei; în asemenea circumstanțe el capătă o desvoltare de 6—7 c. m., în loc de unul maximum până la 2, ca în starea normală.

În urma acestui fapt s'a constatat o perversiune, dar mai adesea o depresiune fórte mare intelectuală, mergênd chiar până la imbecilitate. Lawson Tait însă crede că acésta nu este efectul, dar cauza vițiului.

Noi nu intrăm în acéstă chestiune, căci sunt unii autori cari nu admit depresiunea facultăților intelectuale în urma masturbației, lucru contra căruia noi ne înscriem în fals.

Partea însă cea mai importantă relativ la ipertrofiile clitorisului, este aceea asupra căreia a atras atențiunea un mare chirurg Englez, Backer-Brown. Acest autor, de o reputațiune Europeană și cu un mare talent de laparatomist consumat, a provocat o furtună contra sa fără analog în sciință, prin acest lucru că a arătat o legătură strânsă între epilepsia la femeî și desvoltarea clitorisului. Plecând de la acéstă idee, Backer-Brown a stabilit ca principiu ablațiunea acestui organ, pentru a vindeca epilepsia. Dînsul a practicat clitoridectomia pe o scară așa de întinsă, în cât a produs o adevărată emoțiune în tótă Londra. Observațiunile sale erau însă fórte demonstrative, căci la tóte operatele, dacă nu o vindecare totală, cel puțin nu se putea nega o ameliorațiune extra-ordinară, în aparițiunea fenomenelor epileptice. Dar cu tótă reputația sa, ura confrăților a fost împinsă așa de departe, în cât a provocat esclusiunea lui din societatea obstetricală din Londra, fapt care de sigur nu a contribuit puțin la o sdruncinare morală profundă a autorului: Backer-Brown a murit într'un spital de alienați. De la 1867 până ađi, nu se mai citéză absolut nici un cas



de ablațiunea clitorisului, de cât unul singur făcut de Lawson Tait, la o femeie cu tendință de sinucidere. S'a obținut unul din cele mai frumoase rezultate, căci femeia după doi ani de zile de la operație, îndeplinia cu mult succes funcțiunea de guvernantă la copii.

Noi nu ne putem pronunța asupra acestui lucru; există însă nevrose cari își au punctul de plecare în anumite afecțiuni ale organelor genitale, fie bărbătești sau femeiești. Este știut în adevăr că, nimic nu afectează mai mult sistemul nervos al omului, de cât afecțiunile genitale. Nu este astăzi demonstrat existența unor psihose de origină genitală? Nu sunt ómenī, fórte bine studiați de scóla Francesă și Englesă, la cari tótă preocupățiunea constă în a se examina la fie care moment, pentru a se convinge dacă urinéză bine sau nu? Nu sunt indiviđi cari caută cu impaciență un loc ascuns spre a urina, remăind convinși la fiecare moment că au un spasm al bășiceī, de unde și numirea lor de spasmodici? Dar nu există casuri citate de Ricord de ómenī cari, în desperare că nu se pot vindeca de așa numita gută militară, au recurs la sinucidere?

Eū am avut și am încă clienți, cari vin în biroul meu pentru a le distruge o pată translucidă, pe care o ved ei când deschid meatul urinar. Dînșii, cu tótă eloquența ce arăt pentru a le demonstra că acesta nu e câtuși de puțin o bólă, ei efectul unui reflect luminos al mucóseī, se găsesc într'o desperare mare și pléca nemulțumiți de consultația ce le dau. Am vedut iarăși casuri de o adevărată absență intelectuală, la un personagiū fórte cunoscut în Bucuresci: e vorba de un bancher, care cerea castrarea cu orī-ce preț, din cauza prezenței unei vene varicóse pe scrot.

Am vedut iarăși o femeie care veșnic își examina meatul urinar în oglindă, pe care-l găsia roșiu: ea era inconsolabilă convinsă fiind că e bolnavă, căci într'un moment de surprindere a înșelat pe bărbatul său. Dînsa se afla într'o stare de surescitațiune nervósă colosală, mergēnd până la accese de isterie și delir. Cu tótă răzuirea uterului și dilatarea uretreī, totuși dînsa a rămas neconsolată.

Și câte alte casuri de nevrose nu sunt în strânsă legătură cu afecțiunile organelor genitale!

Ce ar fi dar de surprindător ca o femeie, observând o ipertrofie a clitorisului, să nu-și aibă sistemul nervos atât de afectat, în cât să atingă un acces de epilepsie? Și de ce în asemenea

casuri, clitoridectomia n'ar fi indicată, și nu am admite chiar disparițiunea acestei nevrose?

Póte că Backer-Brown a împins prea departe metoda sa, căutând a da ca singura origină a epilepsiei existența clitorisului, și deci vindecarea aceleia prin ablațiunea acestuia. Dar nu e măi puțin adevărat că, fiind dat o femeie cu simțul sexual pervers, Backer-Brown n'ar trebui criticat, cel puțin de noi succesorii săi.

Acésta de sigur este o chestiune de principiu; și nu este admisibil că dacă majoritatea confrăților nu admite o idee, dînșii să se constituie într'un juriu executiv. Dacă am merge pe acésta cale, ar trebui ca de aceeași sórtă și oprobriū să sufere și acei cari fac trepanațiunea în epilepsie; căci pe ce fapt pozitiv se bazéză dînșii pentru a practica o asemenea operație, contra acestei bólei a cărei patogenie si sediū anatomic nu sunt încă cunoscute? Dar cu tóte acestea, fie-care autor a dat ameliorări fórte mari a epilepsiei în urma trepanației, fără a măi vorbi de aceia cari se laudă cu adevărate vindecări. Urmărirea prelungită a bolnavilor, a arătat că totul era o simplă iluziune, nerămâind nimic din cele constatate după operație; ba din contra, la unii s'a constatat o agravare în accesele de epilepsie.

Acésta însă nu constituie cătuși de puțin un motiv, ca încercări să nu se facă contra acestei teribile bóle. Noi am arătat în volumul I, că ablațiunea unei simple cicatrițe, a fost urmată de disparițiunea acceselor de epilepsie, etc., etc.

Ca principal cap de acusațiune contra lui Backer-Brown, se aducea și acela că rezecarea clitorisului, ridica femeii simțul sexual. Este incontestabil că, în clitoris își aū sediul o mulțime de nervi periferici; că mucósa clitoridienă și măi ales aceia care acopere glandul este fórte bogată în papile nervóse, conținând corpusculele lui Krause și Pacini; că acésta bogăție nervósă dă sensibilitate exchiză organului, și că în mod vedit contribue a produce eretismul sexual. Este aprópe constatat că, femeile cu un clitoris măi mare, aū plăceri venerice măi dezvoltate și manifestă în timpul coitului o voluptate adesea escesivă. Din contra, acelea cu un clitoris măi mic rămân măi indiferente; unele sunt cu totul lipsite de eretismul sexual, tocmai din cauza că la ele clitorisul este aprópe atrofiat.

Dar chestiunea acésta nu e încă definitiv resolvată. Unii daū anexelor uterului rolul măi principal, ca punct unde rezidă eretismul sexual. S'a susținut în adevăr și s'aū adus probe că, la unele femei, cărora s'a făcut ablațiunea anexelor, apetitul saū dorința

de a avea raporturi sexuale scăzuse, dacă nu chiar se abolise cu totul. Pe de altă parte însă, sañ văzut femeii cu anexe ridicate și avënd totuși dorințe iresistibile pentru coit.

„Am avut de mai multe ori ocasiunea, zice Lawson Tait, să ascult plângerile ce 'mă adresañ unii bărbați, în privința exigențelor din partea femeii. Și între altele adaogă acest autor, am un exemplu din cele mai demonstrative cu privire la o damă, care până la etatea de 37 ani avusese viața cea mai castă. La această epocă i-am ridicat un enorm fibrom uterin cu ambele ovare, cu cele două trompe și aprópe cinci din șase părți din uter. Dînsa s'a măritat la etatea de 43 ani; și azi la 50 de ani, pare că este atinsă de o formă foarte apropiată de satiriasis“.

În ceia ce mă privesce, de și în mai multe rânduri am practicat ablațiuni de uter și anexe, n'am avut însă ocasiunea ca bolnavele să mi se plângă de micșorarea sañ perderea dorinței de a coita. Din contra, la o femeie căreia am ridicat ambele anexe, devenise atât de exigentă în cât sărea în spinarea bărbatului său, cerëndu'î cu ori-ce preț a uza de dînsa cât mai des; și bietul om deja cam bătrân, mi se plîngea reproșându'mi, că nu'î am scos și uterul, căci atunci póte ar fi scăpat de o asemenea satara belea!! (expresie proprie). S'a susținut, dar iarăși eñ nu am probe personale, că nisee asemenea operații fac femeile mai nervóse, mai acariatre, căutând a se certa cu tótă lumea; ba chiar după unii, că faciesul exterior al femeii suferă óre-care schimbare, apropiindu-se întru cât-va de acela al scopiților.

Eñ cred că aci jócă foarte mare rol starea morală a bolnavei.

E o enormă greșelă a se spune, și cu atât mai mult a se arăta bolnavei organele extrase. Nu e în adevăr puțin lucru pentru o femeie, când i-se arată pe o tavă, uterul sañ ovarele sale. Acesta póte fi o mândrie pentru operator și póte chiar o reclamă; dar bolnava nu rămâne mai puțin întristată, vëndu-se lipsită de organele cele mai esențiale sexului său. Ori cât de mari vor fi fost suferințele fizice ce i-se cauzañ de aceste organe bolnave, totuși măhnirea sufletescă imediat isbucnesce, femeia știindu-se acum, că nu se mai asemănă cu semenele sale. Și dacă cel puțin ar fi numai dînsa care ar ști în secret acest lucru, tot n'ar fi așa de grav: dar faptul că tótă lumea știe — și în acest cas tachinăriile și micile invidii, începënd a intra în joc — lesne putem înțelege cum o asemenea femeie începe a fi timidă și a evita lumea, pentru a nu fi chestionată. Ca consecințe avem: înăsprirea caracterului la început, iar mai în urmă depresiunea, avënd ca re-



sultat nu numai renunțarea la plăcerile sexuale, dar chiar la însăși viața.

Sunt sigur deci că, numai cunoșterea acestei mutilări, și mai ales când operația devine și de notorietate publică, este cauza că femeile lipsite de uter, anexe sau clitoris, manifestă fenomene de abolițiune a instinctului sexual. Astăzi știința nu îndrăznește a pune apetitul sexual în nici unul din organele aparatului genital, fie intern sau extern. Ele nu au alt rol de cât cel mult a traduce în fapt o dorință generală, simțită în întregul organism. La femei deci nu e nici clitorisul, nici ovarele, precum nici buzele mici, care ar fi esențiale simțului genesic: este o stare particulară a întregului sistem nervos, al cărui sediū, cu multă probabilitate, e într'un punct oare-care al axului cerebro-spinal. Póte deci o femeie să fie lipsită de aceste organe și fără ca prin acésta să i-se ridice plăcerile venerice. Lucrul e întocmai analog cu cele ce se petrec la om. S'a crezut mult timp că, testiculele sunt organele care produc excitațiunea genesică și deci erecțiunea; de aci castrarea acelor care din punct religios nu le e permis a gusta din plăcerile vieței; de aci castrarea acelor care sunt destinați a păzi în haremurī frumoșele cadāne, fiind siguri prin acésta cei interesați, că domiciliul conjugal nu va fi maculat. S'a constatat însă o mulțime de decepțiuni, din cauză că erecțiunea încă se produce cu totă absența testiculelor. Numai atunci putem fi siguri, când organul destinata se supune voinței cerebrului, va lipsi; numai atunci deci vom suprima actul coitului, când vom suprima penisul. Și totuși nu vom putea suprima în acelaș timp instinctul, plăcerea sexuală.

Fiind deci stabilit că clitorisul ca și anexele n'aū nici un rol în manifestarea plăcerilor sexuale, acusațiunea ce se aducea lui Backer-Brown, practicând clitoridectomia, nu avea absolut nici un fond.

Dar chiar dacă ar exista o strînsă legătură între acest organ și excitațiunea sexuală, încă ne-ar fi permis a'l ridica, fiind vorba de vindecarea unei bóle așa de teribilă ca epilepsia. Caci în definitiv, amputându-se clitorisul, rămâne vaginul, care e singurul organ unde se săvârșese coitul. Lawson Tait merge și mai departe în acésta privință când zice: „Chiar dacă ași presupune că ridicarea anexelor ar aduce abolirea apetitului sexual, eu ași califica drept animal brut, pe bărbatul care ar refusa femeii sale ușurarea suferințelor, și ar lăsa-o a fi expusă la riscurile unui piosalpinx, sau fibrom emoragic, sub simplul pretext că opera-



țiunea i-ar ridica mijlocele de a răspunde plăcerilor sale. În regulă generală, femeile nu au apetitul genesc foarte dezvoltat; când ele sunt de o natură ardentă, atunci nu printr'o operație óre-care am putea schimba temperamentul lor“.

Noi am putea la rigóre admite o asemenea opozițiune din partea femeii, dacă ar fi vorba de amputația penisului bărbatului; dar nici decum din partea dînsului, când i-se lasă vaginul în loc, și deci organul destinat a-î satisface plăcerea.

Dacă am intrat în aceste considerațiuni, este că orî ce om imparțial trebuie să rămâe revoltat, de hotărîrea nedemnă a confratilor în persóna lui Baker-Brown. Aci se vede pînă la evidență invidia profesională și unde mai mult ca orî când, adagiul de *invidia medicorum pessima*, s'a manifestat la ultimul său grad.

Dar étă în acéstă privință și opiniunea lui Lawson Tait, care în opera sa țice relativ la acest cas: „Colegii săi ar fi trebuit să se opréscă la măsurî mai dulce și mai puțin proprii a arunca discreditul și scandalul asupra profesiunei, de care Backer-Brown era unul din reprezentanții cei mai distinși. Eú cred că acéstă va fi judecata generațiunei care vine, atunci când autorii acestei drame nu vor mai fi printre noi.“

În ceia ce me privește dau următórea observație relativ la resecția clitorisului pentru o ipertrofie dobândită. Am fost chemat în oraș pentru a vedea nevasta unui militar; dînsa era foarte tîneră, frumoasă și cochetă. Dómna mi se plînge că ar avea ceva la organele genitale, dar că ı era rușine să mi arate. Din conversație am dedus, că va fi vorba de un moluscum pendulum. Bolnava ce e drept îmi spune că, dacă nu s'a arătat este că, acea tumoră une orî devenea foarte mică, mergînd chiar pînă în a dispare. Abia am reúșit se privesc și să pipăi imperfect acéstă tumoră, care mi-a lăsat impresia unui fibrom dealt-fel mic. O hotărăsc în fine pentru ablațiune. În ziua operației apucând acéstă tumoră, rămăi foarte surprins vîzând că întră într'o erecțiune teribilă, devenind de un volum destul de mare. M'am convins că era o ipertrofie a clitorisului, probabil provocată fie de bolnavă saú de bărbatul său. N'am intrat în detalii; dar fără a zice nimic, l'am extirpat aplicând doué puncte sub intrante cu mătase. Resultatul a fost perfect. Fig. 11 arată lucrul în natură.

**Bólele furculiței.** Nu avem să ne oprim asupra lor.

Furculița este expusă la traumatisme și ruperi, în momentul violului saú chiar al unui coit conjugal. Mai cu deosebire însă în timpul facerei, acéstă regiune este expusă la ruperi și dá nascere rupturilor marginale ale perineului, despre carî deja am vorbit.

Este sciut că regiunea furculiței, e sediul de predilecțiune al ulcerelor venerice, asupra cărora nu vom insista, ieșind din

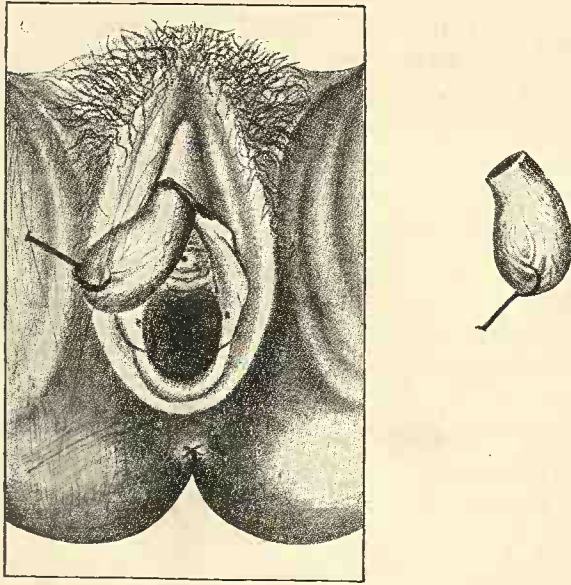


Fig. 11. Ipertrofia căpătată a clitorisului în mărime naturală. Rezecție (personală.)

cadrul ginecologiei propriu ȃise. Cât pentru foseta sau gropița naviculară acęsta este depositul prin eselență al puroiului blenoragic; studiul sęu însă îl vom vedea atunci, când vom vorbi despre vulvite și vulvo-vaginite în general.

#### Cap. IV. Bólele planului al III-lea al vulvei.

(Vestibulul, meatul urinar cu tuberculul și imenul).

Unii autori consideră ca **vestibul** vulva și tóte părțile din carí dînsa e formată, pînă la membrana imen. Prin urmare clitorisul, meatul, buzele mari, buzele mici și însuși muntele Venus, constituie ceia ce se numește vestibul. Se póte admite și acęstă definițiune, dar atunci lucrul e luat în modul cel mai general și forméază *vestibulul genital*.

Alți autori împreună cu Sappey, înțeleg prin vestibul numai un spațiu triangular și mai mult eliptic, cu basa în sus și

puțin înapoi, iar vârful în jos. Acest spațiu este circumscris prin sghiabul ce e format la baza buzelor mici a feței lor interne, și merge în sus până unde se reunesc spre a forma prepuțul clitorisului. Mai mult, acest vestibul la rîndul său se pôte divide în două părți aprópe egale, trágênd o linie transversală imaginară. Porțiunea situată d'asupra acestei linii transversale, conține vestibulul uretrei, iar cea de dedesupt, vestibulul vaginal propriu zis. În adevêr, în primul vestibul superior se află tuberculul uretral și meatul urinar; în porțiunea inferióră, se află deschiderea vaginală, acoperită de imen sau caronculele mirtiforme, iar acestea de fața internă a buzelor mici și a *fortiori* a celor mari. În rezumat noi admitem trei vestibule: *unul genital* coprinzând tóte organele de la muntele Venus până la perineu; *al doilea e vestibulul uretral* coprinzând meatul, clitorisul și tot spațiul coprins între aceste organe, precum și acela limitat în laturî prin buzele mici; cu alte cuvinte tot ce este d'asupra orificiului vulvo-vaginal, până la rădăcina clitorisului; *al III-lea e vestibulul vaginal*, care conține orificiul vulvar și tot spațiul limitat în jos de furculița, iar în laturî de baza buzelor mici.

În regiunea vestibulului există papile nervóse manifeste, dar mult mai puțin dezvoltate ca în buzele mici. Există de asemenea un mic număr de glande sebacee dar, iarășî fórt simple și de dimensiuni minime.

**Meatul urinar.** Este orificiul de terminațiune al uretrei. El e aședat pe linia mediană, imediat d'asupra și înaintea intrărei vaginului și de desubtul clitorisului. Imprejurul și în laturile meatului, se pot observa mai multe mici găuri destul de manifeste și constante, cari nu sunt alt-ceva de cât orificiul de deschidere al diferitelor glande mucóse, analóge cu acelea ale canalului uretral.

Une-orî mucósa uretrală erniază puțin prin meat, formféză mai multe plici sau îndoituri în laturî: unele iaú o dezvoltare destul de mare, putêndu-selua drept polipi și face cateterismul fórt dificil.

Adevêratul punct de reper însă al meatului urinar și care servă a face cateterismul femeii, fără a'î descoperi organele genitale, este ridicatura numită tuberculul anterior al vaginului. Imediat d'asupra se găsește meatul. Așezênd deci femeia în decubitul dorsal și cópsele puțin flexate, introducem pulpa indicatorului stâng în vagin, și lipindu'l de pãretele său anterior, avem la extremitatea sa tuberculul vaginal. Alunecând o sondă pe deget, nu o lăsăm să intre în vagin; ridicându-o însă puțin d'a-



supra tuberculului, imediat intră, căci un alt orificiū care să permită progresiunea sondei până în băsică nu este de cât meatul urinar. Casurile sunt foarte rare unde să nu reușim; iar când acésta se întâmplă, atunci trebuie să avem aface cu anume particularitate de sediū, de formă, de calibru, etc. Sunt în adevăr meaturī în forma unei spintecăturī longitudinale; altele cu totul circulare, unele mai strîmpte, altele mai largī, unele mai proeminente, altele mai înfundate; în fine unele se află ceva mai sus de burelet, mai ales dacă și acesta e voluminos. Numai vorbim de casuri când meatul e foarte deviat din poziția sa, precum acésta s'a observat la femeī prea uzate, la cele perverse, sau la cele cari practicā un coit anormal.

Este știut că meatul urinar, de și e organul cel mai puțin extensibil, cu tóte acestea se póte dilata în așa grad, în cât să permită introducerea penisului; lucrul s'a observat la femeī cu oclusia vaginului, rămāind chiar gravide prin acésta cale. In asemenea casuri zic, sondarea pe deget devine foarte dificilă dacă nu chiar imposibilă, desfidānd orī-ce tatonare, precum și orī-ce dexteritate a chirurgului. Să mai adaogăm următoarele particularități anatomice: meatul urinar la fete e așezat ceva mai sus și privește direct înainte; la femeī adulte, axa sa privesce în jos. De aci rezultă că fetele nu pot urina stānd în picioare, din pricină că urina se proiectează înainte; femeilor mai bătrāne le e permis acest lucru, căci n'aū de cât să depărteze puțin cóspele și totul merge de la sine!

S'ar mai putea încă sonda femeia, luānd ca punct de reper nu bulbul ci clitorisul. Decī în loc de a introduce degetul în vagin, îl vom aplica direct pe clitoris; sub el cādem într'un spațiu liber, unde ținem degetul în loc. Atunci puind vârful sondei sub deget, putem găsi meatul și intra în băsică. Trebuie cu desăvârșire respins acest procedeu, din cauza prea marei sensibilități a clitorisului.

**Imenul.** Este o membrană în formă de replică sau îndoitură, aparținând membranei mucóse a vulvei, și fiind just aplicată la intrarea vaginului. Numirea sa provine din  $\mu\eta\mu$  = membrană. Mai probabil însă din *Imeneu*, zeul căsătoriei. Acésta membrană se rupe chiar în primul coit practicat în séra nunței. Imenul conține multe fire nervóse precum și vase; de aceea fenomenul deflorării, ce se petrece în primul raport sexual, este însoțit de durere și scurgere de sânge mai mult sau mai puțin mare, constituind semnul sigur că victima a fost virgină.



Noi nu insistăm asupra formelor numeroase, ce pôte oferi această membrană și cari jôcă un rol fôrte important din punctul de vedere medico-legal, în casurî de viol sau deflorare; vom menționa numai următoarele tipurî de imene ca fiind mai clasice.

Forma semilunară sau în corn, este când cele două replici, cari constituie imenul, se depărtéză între dînsele de la bază, ascuțindu-se către extremități, întocmai ca figura ce ne dă o semilună sau un corn. De aci rezultă că acest tip de imen, are o margine inferiôră cu convexitatea în jos și alta superiôră cu concavitatea în sus, ridicându-se la o înălțime mai mult sau mai puțin mare, și de la care depinde mărimea orificiului vulvo-vaginal. În general, marginea tăiosă sau concavă a imenului semilunar rămâne sub meatul urinar; une ori însă se pôte ridica mai sus înconjurând chiar și meatul.

Dacă acum ne închipuim că cele două extremități ale acestui corn, în loc de a rămâne divergente, se reunesc între ele, vom avea un disc sau diafragm, provăduț în centrul său cu o simplă deschizătură. Acesta e *imenul anular*. *— imenul oruplaj*

Une ori în loc de un orificiū putem vedea două sau mai multe, atunci se numesce *imen în diafragm ciuruit*. În fine alte dăți, cele două replici ce forméză imenul, sunt așezate vertical și mai mult sau mai puțin paralele între ele, lăsând un spațiu liber între dînsele în formă de spintecătură. Acesta se numește *imen crăpat sau spintecat*. Alte dăți în fine mărginele imenului în loc de a fi continue și neîntrerupte, presintă un aspect ca dinții unei rôte de ceasornic, pentru care se și numesce *imen dentelat* etc., etc.

În fine în casurî fôrte rarî, imenul constituie o membrană continuă și fără nici o deschidere. Acăsta forméză *imperforațiunea imenului*, asupra căruia vom reveni.

Trebue să menționăm faptele observate, unde imenul pôte să lipsescă în mod congenital, sau să fie distrus în urma unei afecțiuni inflamatorii, în special a unei vaginite serculose; în urma unui accident de traumatism, sau în fine în urma nenorocitului vițiu de masturbațiune. Sunt iarăși casurî unde în urma unor afecțiuni și în special a tumorilor uterului sau ale anexelor, o explorațiune, necesară pentru stabilirea unui adevărat diagnostic, impune chirurgului a face tușeul vaginal la o virgină, și deci a dilata, dacă nu a rupe membrana imenului. În tôte aceste casurî e bine a se lua precauțiunile necesariî, și la rigóre a se încheia procese verbale, pentru a nu se aduce discordii în

viața conjugală, aruncându-se asupra femeii fapte infamante, pe câtă vreme dînsa e inocentă.

Am spus că membrana care constituie semnul virginătății, e destinată a se rupe în nóptea nunței, sau cel puțin în primul raport sexual. Une-orî ruperea se efectuază foarte ușor; altele însă el presintă o tenacitate așa de mare, în cât se cer sforțuri destul de puternice pentru a se reuși; ba încă s'a vădut casuri când bărbatul desesperat, cere intervențiunea chirurgicală. S'ar părea că în asemenea casuri imenul ia o consistență fibrósă; și nu e nimic de mirat când scim că în constituția sa, pe lângă vase și nervi, intră și elementul conjunctiv și muscular. Deci e posibil ca în unele circumstanțe și mai ales la fete deja prea înaintate în vîrstă, țesutul conjunctiv să ia un caracter adult și să dea o consistență fibrósă imenului.

În opoziție cu aceste două forme de imen, adică *fragil* și *resistent* sau *tenace* orî *recalcitrant*, există o altă varietate care foarte adesea a fost punctul de plecare al discordiilor conjugale. Acestea sunt *imenele complésante*. Ele, grație elasticității lor, se pot lăsa a fi atinse de membrul viril fără să se rupă. Acésta de sigur și cu drept cuvînt dă multă bănuială bărbatului, care prin obiceiul strămoșesc și printr'un uz consacrat, nu pôte admite asemenea particularități, mai cu sémă când bărbatul aparține unei clase vulgare.

Asemenea casuri însă sunt ađi bine cunoscute, și nu odată s'a observat femeii cari și-au păstrat imenul intact, până în momentul facerei, și desvirginându-se propriu vorbind, cu ocașunea trecerei fétului.

Sunt autori cari fac deosebire în denunirea rupturilor imenului. Ast-fel unii numesc aceste rupturi sau lambouri *caroncule imeneale*, când dînsule sunt rezultatul primului raport sexual; iar prin *caroncule mirtiforme* se înțelege rupturile și lambourile imenului provenite în urma facerilor. Deosebirea ar fi că, caronculele imeniale ni se presintă sub formă de adevărate lambouri, pe cari, fie imediat după accident sau ceva mai târziu, le putem aviva, așa că reunind marginile, am putea reconstitui virginitatea prin coaptarea și lipirea lor (?!). Caronculele mirtiforme însă forméză adevărate nodosități împrejurul orificiului vulvar, și imposibil de a se mai putea reconstitui, fiind enorm retractate și atrofiate.

Trecem acum la bólele fie-căruia din aceste organe.

**Bólele vestibulului.** Aprópe nu sunt descrise nicăeri. Nu s'a observat de cât cel mult mică kiști, așeđați de ordinar între clitoris

și meatul urinar. Ei provin din obliterațiunea canalului excretor a glandelor mucose, ce conține această regiune.

S'a mai descris o altă varietate de kiști seroși, situați în laturile meatului și cari nu ar aparține propriu zis kiștilor de origină glandulară, ci unor funduri de sac, cari după Kachs, ar fi vestigiul terminal al canalului lui Gärtner.

În fine, Simson, a citat o observațiune de tumori foarte dure-roșe împrejurul meatului urinar, cari câte odată sunt așa de mici, în cât nu se pot vedea de cât cu lupa. Repetăm încă odată că, bólele vestibulului sunt enorm de rari și observațiunii în această privință lipsesc aproape complect. Noi nu intrăm în descrierea acelor bóle cari pot copleși vestibulul în mod secundar. Sunt casuri de vegetații, de ulcere tuberculose și cancere, ori alte afecțiuni, cari plecate dintr'un punct óre-care al vulvei, se întind până ajung de cotropesc și vestibulul. Dar acestea sunt bóle prin propagare, și e de prisos a le descrie, dacă nu voim a repeta ceia ce vom spune la locul competent.

Am avut însă un cas foarte bizar în serviciu, cu privire la o afecțiune primitivă a vestibulului. E vorba de o femeie tânără care ni se presintă cu simptome vesicale, constând în disurie, iar alte dăți se plângea de retenție, ba încă une-ori de o complectă incontinență. Examinată, constat vestibulul uretral enorm de deformat, având în tocmă aspectul unei pălării, în fundul căreia, cu cea mai mare dificultate, abia am putut găsi meatul. Regiunea era sclerósă, cu un fel de ridicături foarte rău caracterisate, iar în orificiul meatului nise escrescențe, ce'i astupa aproape complect lumina. În restul organelor genitale nimic de particular. Am excisat o parte din tumorile meatului, făcându'i și dilatația, dar fără a aduce vre-o ameliorare bolnavei. Se plângea de incontinență și dureri.

**Bólele imenului.** Sunt cu totul rari. Există numai câte-va casuri, observate de Winckel, de kiști congenitali ai imenului. Importanța acestor kiști este că, de și de un volum mic, se găsește însă în conținutul lor celule pavimentóse. Acesta ar resulta, după Döderlein, din inclusiunea sa înclavarea unei porțiuni din cele două îndoituri, din cari e format imenul; cu alte cuvinte, ar fi vorba de o invaginațiune a epiteliului vulvar. Se diul lor póte fi chiar pe imen sa la baza sa, sub mucósa vulvară, după cum afirmă Lannelongue că ar fi observat un cas.

Tratamentul contra acestei afecțiuni este acela ce se aplică tutulor kiștilor în general. Când dînșii nu aduc nici o jenă, nu



trebuiese atinși; în cazul contrariu, îi putem trata fie prin puncțiune saü extirpare.

Cele-lalte bóle ale imenului sunt relative la rupturî și la casurî de imperforațiunii.

Rupturile am spus că sunt inevitabile primului raport sexual. Dînsele în majoritatea casurilor nu dau loc absolut la nici o intervențiune; plaga se cicatrizează de la sine, iar emoragia, în general mică se opresce în mod spontanat, grație retractibilităței țesuturilor. Rar sunt casurile unde o emoragie mai seriósă póte surveni, și unde să fim nevoiți a practica emostasa. Există un singur cas citat de Fuchsmann, unde în urma unei deflorări, o tînără fată o sucombat în nóptea nunței, de o emoragie imenială în urma primului contact conjugal. Autorul susține că, acéstă nenorocire a provenit din aceea că femeia era emofilă. Iarăși alte accidente resultând din rupturile imenului, sunt acelea unde dînsele pot da nascere la fisurî dureróse. Alte dăți lambourile odată formate nu se cicatrizează, și ast-fel fiind, la fie-care contact sexual, ele sângeréză din nou.

În fine une-orî caronculele imeneale se transformă în adevărate nevróme dureróse, carî sunt punctul de plecare al celor mai teribile suferințe, în timpul fie căruî raport sexual. În tóte aceste casurî vom fi nevoiți a interveni, fie pentru a opri emoragia, fie pentru a provoca cicatrizarea plăgei. Dacă pulverile astringente și liquidule emostatice nu sunt suficiente, nu vom esita a recurge la mijlóce mai energice și în special la cauterisațiunii cu ferul roșu. Iar în casurî de caroncule imeneale dureróse, avënd tóte caracterele unor nevróme, vom recurge d'adrechtul la estirparea lor, fie cu fórfecele saü cu bisturiul. Și pentru a preveni noi ruperî saü emoragii, vom recomanda atât bărbatului cât și femeiei, aplicarea de corpî grași ca vaselină, pe organele genitale în timpul coitului.

Am spus că imenul póte să formeze o membrană continuă fără a presenta absolut nici un orificiü.

Nu există nici un cas citat că, acéstă membrană să fie așa de desvoltată, și așa de întinsă, în cât să acopere și meatul urinar. Casul acesta ar fi escesiv de grav, căci ar fi imediat urmat de retenție de urină, și deci intervenția precoce chiar după naștere.

Faptul ordinar de și rar, e acela când imenul astupă orificiul vulvo-vaginal. În cazul acesta, lucrul prin nimic nu se manifestă în primii anî ai copilăriei, de cât tocmai în timpul pubertăței, adică în momentul când apar epocele menstruale.



Dacă din întâmplare lucrul se descopere înainte de această epocă, prin ore-care incidente fie din partea părinților sau a medicului, atunci o simplă incisiune longitudinală va spinteca imenul și vom preveni accidentele ulterioare. Vom avea grija ca după incisiune, să punem între buzele plăgei un corp strein, ca de exemplu o bandeletă, pentru a ne opune la unirea imediată secundară.

Când imperforațiunea imenului a rămas necunoscută până în timpul menstruelor, lucrul ni se divulgă prin închietarea bolnavei și a părinților de ne manifestarea menstruelor. Pe lângă acesta, va apare diferite alte fenomene ca opresiune, durere, greutate simțită în organele genitale externe, etc., etc. lucruri de alt-fel ușor de explicat, prin retențiunea fluxului menstrual înapoiul membranei imperforate. Consecința cea mai ușoră a unei asemenea stări, este formarea unui ematom vaginal numit și *hematocolpos*.

Sunt însă casuri și mai grave, ce se pot observa în urma unei imperforațiuni a imenului. Când de exemplu sângele se aglomerează în mod continuu, el poate umple cavitatea uterului, apoi a trompelor și să dea naștere unui *ematometru* sau *emato-salpinx*, ale căror urmări adesea sunt dezastrușe.

Cel puțin în cazul de ematom vaginal, și o dată constatată imperforațiunea imenului, imediat trebuie să intervenim, practicând o largă incisiune, pentru a înlesni scurgerea sângelui adesea foarte gros și spumos. Vom face largi spălături în cavitatea vaginală cu soluție de acid fenic 5%, sau cu sublimat corosiv 1‰ introducând la nevoie și un tub de drenaj. Cât pentru ematometru și ematosalpinx, acestea cer un tratament special, pe care îl vom vedea când ne vom ocupa de aceste afecțiuni.

### Bólele meatului urinar.

Meatul urinar, prin vecinătatea sa cu vulva și vaginul, este susceptibil a contracta, cu foarte mare ușurință, inflamațiile de tot soiul al acestor organe.

Când vom trata despre vaginite, vom vedea că meatul urinar este locul de predilecțiune al instalării și pululărei microbului blenoragic. Foarte adesea întâlnim în practică casuri, în cari femei contra cărora nu se poate imputa nimic ca curățenie, totuși sunt capabile să transmită blenoragia bărbaților, dar mai ales amanților, în urma unui coit. Și cu toate acestea prin examinarea cea mai minuțioasă, nu constatăm asupra lor nici cea mai mică urmă

de scurgere vaginală, de leucoree etc. Introducând degetul în vagin și presând cu pulpa de din apoi înainte pe părțile sêu anterior și deci implicit pe uretră, tot-d'a-una vom reuși a obține câte-va picături de puroiū sero-mucos, analog cu acela ce obținem prin aceeași manoperă pe membrul viril al bărbatului, constituind faimoasa gută militară. Dar acesta nu e de cât rezultatul unei inflamațiuni cronice, determinată de stabilirea microbului blenoragic, și care e în stare ori când a inocula pe bărbat, mai ales dacă actul coitului se efectuează dimineța spre ziua.

Este evident că în timpul nopței, secrețiunea muco-purulentă din meat aglomerându-se, tinde a eși între buzele orificiului, sau chiar a se scurge în jos prelingându-se pe buzele mică. In aceste condițiuni, efectuându-se coitul fără ca femeea să se fi spălat prealabil, e destul ca o picătură din acest puroiū să intre in uretra bărbatului, pentru ca contaminațiunea să se îndeplinescă. De aci incriminări reciproce și perturbări conjugale, fie-care din soți sciindu-se inocent. In realitate însă, adevărata cauză o vedem unde stă.

Este dar stabilit, că meatul urinar e susceptibil a fi atins:

I. De *inflamație cronică specifică* și limitată numai la marginele orificiului. Și lucru curios, în majoritatea casurilor, această inflamație nu se manifestă prin nici un semn subiectiv. Deci bolnava de bună credință, pôte transmite o bôlă contagioasă fără știrea sa.

II. Mult mai turbulente sunt *inflamațiunile nespecifice* rezultând din introducerea unor corpi străini. Am fost tot-d'a-una surprins de acest fapt că, în urma laparatomiiilor, cu tôte precauțiunile luate, totuși bolnavele erau coprinse de fenomene de cistită, ori de câte ori scôtirea urinei se practica cu sonda metalică. Am renunțat de mult la acest lucru. Cu tôte acestea chiar făcând catterismul cu sonde moi, Nelaton, bine asepsitate, încă din când în când constat asemenea fenomene. Acesta probéză marea susceptibilitate a uretrei și intoleranța sa pentru ori-ce corp străin. In casuri rebele, instilațiile cu nitrat de argint sunt fôrte eficiente, făcând adesea să înceteze cele mai mari suferințe.

III. Vom menționa fisurile și ulcerațiile de tot felul, de cari pôte fi atins meatul urinar. Contra fisurilor, dilatația gradată e cel mai bun tratament: contra ulcerațiilor vom întrebuița cauterisarea sau excisiunea. Trebuie însă notat, că în urma dilatației, putem observa une-ori o *incontinență* persistentă a urinei. Francke și Winckel, au imaginat o operație contra acestui lucru, al cărui principiu constă în a strîmptora calibrul canalului uretrei.

Dinșii exciséză un segment cuneiform din păretele posterior al canalului, a cărui basă e în nivelul orificiului, iar vârful se prelungesce până la tuberculul uretral.

Acest con conține tuberculul uretral și mucósa uretrei. Se suturéză în urmă spintecătura astfel obținută, cu ajutorul mai multor puncte de sutură.

Martin însă din Berlin arată cu drept cuvînt că, cicatrizarea plăgilor în nivelul orificiului uretral nu reușește mai nicî odată, probabil din cauza contactului cu urina. Dar chiar dacă cicatrizarea s'a obținut, totuși cu timpul retractiunea ulterioară a cicatricei, face să dispară beneficiul unei continențe fôrte satisfăcătoare la început, așa că în definitiv operația nu atinge scopul dorit chiar și atunci când pentru moment reușește. De aceea Martin administréză în asemenea casuri tinctura de *idrastis canadensis*, care redând tonicitatea sfincterului, vindecă mai bine ca orî-ce operație incontinențele de urină, venite în urma dilatației.

Bólele mai principale ale meatului urinar fără îndoială sunt:

### Tumorile meatului urinar.

Tumorile meatului urinar aũ ocupat fôrte mult pe autori, atît din cauza simptomatologiei cât mai ales a patogeniei lor. Chiar clinicește, nomenclatura acestor tumori a fost și este variată, căci li s'aũ dat diferite numiri, luându-se în considerație anume puncte de plecare. Clinica însă a prevalat asupra orî-cărei considerațiuni, rêmîind și aũ stabilit că, tumorile meatului se împart în: *tumori benigne* și *tumori maligne*. Dar totuși confusiune încă există, căci caracterul principal al acestor tumori este, ca în majoritatea casurilor să fie provédute de o vascularizare fôrte mare; prin urmare și unele și altele putându-se însoți de emoragii, deosebirea de benignitate și malignitate se confundă. Este sciut că unul din caracterele cele mai esențiale ale unei tumori maligne, este de a sângera fie spontanat saũ în urma orî-cărei explorațiuni. Și dacă la acesta mai adăugăm că în majoritatea casurilor, orî-ce tumoră a meatului e însoțită și de dureri, adesea escesive, lesne putem deduce că semnele distinctive între o tumoră benignă și malignă confundându-se, rêmîne și diagnosticul lor mai tot-d'a-una confus.

Cu tóte acestea, urmărind cu atențiune modul de dezvoltare al acestor tumori, autorii aũ reușit să stabiléscă următoarele divisiuni clasice:



I. Tumori prin eselență benignă, rezultând din ipertrofia saŭ prolabarea mucósej uretrale.

II. Tumori rezultând dintr'o ipertrofie glandulară.

III. Tumori de o constituțiune cu totul vasculară.

IV. Tumori papilare.

V. Tumori conjunctive conținând fibrómele saŭ fibro-miómele, și în fine

VI. Tumori cu un caracter malign, în cari intră sarcómele, diferite forme de cancer și în special epiteliómele. Tot în această ultimă categorie intră și producțiunile tuberculóse.

Dar tóte aceste tumori, afară póte de ultima categorie, aŭ fost adesea confundate unele cu altele, dându-li-se diferite numiri trase fie din caracterele lor fizice, din modul de a se manifesta, saŭ după o anumită opiniune asupra patogeniei lor, dată de fiecare autor. Ast-fel în mod cronologic, de și menționate de Morgani, însă *Clarke*, e cel dintâiu care prin 1814, le-a dat numele generic de *tumori vasculare*, totuși făcând distincțiunea între acestea și o ipertrofie simplă a mucósej.

*Velpeau* și alții, basându-se pe faptul că aceste tumori aŭ tendința a se pediculisă, le-a dat numele generic de *polipi*.

Mai târziu, luându-se în considerațiune structura istologică — cel puțin a unora din ele — și vedându-se formate din ipertrofii papilare, aŭ fost numite *papilome*.

În fine *Richert*, luând mai ales în considerațiune vascularitatea lor, le-a numit *tumori varicóse saŭ emoroidale uretrei*.

În fine sunt autori cari le consideră ca fiind de natură tuberculósă. Noi urmând clasificățiunea dată, vom căuta a le descri, mărginindu-ne însă a le da caracterele cele mai principale, de óre ce descrieri mai detaliate aprópe nu se găsesc în autori.

I. Tumori formate numai din simplă ipertrofie a mucósej, presintă următoarele particularități: ipertrofia póte ocupa numai marginea posterióră a meatului, dispărând apoi treptat în părțile sale laterale. În acest cas tumora presintă *forma unei semilune saŭ unui corn*.

Alte dăți, ipertrofia în loc de a se mărgini numai la segmentul inferior al meatului, ocupă întréga circonferința, așa că de jur împrejurul meatului se forméză un cerc mai mult saŭ mai puțin gros. Lucrul acesta are tendința a micșora calibrul organului, nelăsând în el de cât un simplu orificiú: acesta e *tumora anulară saŭ în diafragm*. Și într'un cas și în altul, tumora rămâne sub forma de inel saŭ semilună, fără a trecě limitele meatului; dar



alte dăți se forméză în marginele sale o ridicătură adesea destul de pronunțată, reprezentând un adevărat mamelon. Acesta la rândul său ne pôte oferi o suprafață unică, sau brăsdată de diferite fisuri ori adâncături în formă de sghiab. În fine în locul acestora, să observă diferite ridicături mai mult sau mai puțin pronunțate, separate între dînsele, dând ast-fel tumorei aspectul unei smeure.

Un alt aspect clinic al ipertrofiei meatului, este când mucósa în loc de a forma acea semilună sau cerc, din contra iese prin orificiū, adică se prolabéză, întocmai precum se întêmplă cu mucósa anusului. Din acéstă resturnare a mucósei, rezultă o tumoră sesilă. Ea merge până la o distanță mai mult sau mai puțin mare de meat. Are suprafața netedă, roșie sau brazdată de șanțuri. Nu posedă de cât un singur orificiū în centru, prin care cu un știlet sau sondă putem intra în bășică, lucru la care nu putem ajunge, dacă introducem instrumentul prin părțile laterale, unde dăm într'un fund de sac, format din însăși mucósa uretrală prolabată. Vom termina în fine, arătând că mucósa ipertrofiată, în mod parțial sau general, pe măsură ce iese afară din orificiul meatului, pe atâta are tendință a se strangula la bază, subțindu-se din ce în ce mai mult. Acéstă formă constituie polipii mucoși ai uretrei, cari atât prin constituțiunea lor cât și modul de evoluțiune, sunt considerați ca o varietate de ipertrofie a mucósei. Une-ori pediculul este larg; alte dăți însă destul de subțire. Acésta înlesnesce fórte mult ablațiunea lor. Pe suprafața liberă a acestor polipi, putem observa mici ridicături, cari nu sunt de cât kiști mucoși prin retențiune, proveniți din glandele mucósei.

II. **Tumorile rezultând dintr'o ipertrofie glandulară** sunt reprezentate prin mici kiști ce apar la orificiul meatului. Patogenia lor nu se explică alt-fel, de cât prin observațiunea unui canal escretor a númeroșelor glande mucóse ce se află în acéstă regiune. Cu alte cuvinte dînșii sunt șimpli kiști prin retențiune.

III. **Tumorile vasculare** ale meatului. Sunt cele mai comune. Ele au fost numite de Richert *tumorē varicóse* sau *emoroidale uretrei*. Simson le numesce *caroncule uretrale*, alții *tumorē dureróse* ale uretrei. Astăzi sunt cunoscute sub numele generic de *tumorē vasculare*. În adevăr, caracterul lor cel mai principal este a avea o vascularisațiune abondentă și a sângera cu cea mai mare ușurință. Examenul istologic a arătat, că ele presintă tóte caracterele tumorilor erectile, lucru ce nu se pôte explica de óre-ce, în starea normală, în acéstă regiune nu există țesut erectil. Pozzi a căutat

să explice aparițiunea lor bazându-se pe nise fapte de embriologie. Dînsul susține că, în perióda embrionară, ar exista împrejurul meatului o bridă vasculară numit imen uretral și care împreună cu bulbul vaginului, forméză un întreg total organic, ce reprezintă corpul spongios la bărbat. Decî din existența acestui imen uretral-vestigiu embrionar a unei porțiunii a corpului spongios al bărbatului — se explică nu numai frecuența relativă și genesa tumorilor vasculare ale meatului la femei, dar încă și identitatea istologică a celor mai frecvente din aceste tumori, numite polipi vasculari (Bonnet și Petit).

Modul acesta de a a vedea, mai explică și caracterul cel mai esențial al tumorilor meatului, acela da a fi însoțite de emoragii, fie că tumorile rezultă dintr'o ipertrofie parțială sau totală a mucósei. În toate casurile, resturile embrionare în chestiune adică imenul uretral tot-d'a-una intră în joc. Orî cum ar fi, aceste tumori vasculare ni se presintă cu o colorațiune roșie închisă, sângerând la cea mai mică atingere. Ele sunt însoțite uneorî de dureri fôrte mari, de și în alte circumstanțe, rar în adevăr, bolnavele nu manifestă nici o durere. Forma lor în general e triangulară, de multe orî pediculată și nu aũ un volum mai mare ca al unei bóbe de mazăre; pot însă atinge și pe acela al unei cireși.

Trebue să menționăm: aceste tumori în loc de a fi aparente fie sub forma sesilă sau pediculată, ele rămân ascunse în canal fără nici o comunicațiune cu exteriorul. În acest cas ruperea lor póte da nascere la emoragii une-orî serióse, producând un adevărat ematom al uretrei.

Dînsese ocazionéză câte odată o jena continuă la micțiune, face acest act dureros și pot chiar să provóce o împedicare seriósă la orî-ce raport sexual (Lawson Tait).

**IV. Tumorile papilare.** Acestea, după cum numele ne indică, sunt formate din papile ipertrofiate, acoperite de un epiteliu pavimentos și provédute de o vascularisațiune fôrte considerabilă. Faptul important în aceste tumori este că microscopul a arătat, cel puțin în unele casuri, pe lângă țesutul conjunctiv, fibre elastice și numerósele vase, se pot găsi insule de epiteliu, aranjate sub formă de globi epidermici. Acésta ar esplica posibilitatea transformărei acestor tumori din benigne în maligne. Faptul s'a constatat într'una din observațiile date de Schwarz și Toupet.

**Caracterele clinice.** Une-orî tumorile ni se presintă sub formă de simple granulațiuni izolate sau multiple și de o colorațiune

roșie vie, ori violacee. Volumul lor în general rămâne mic și nu crește mai mare ca un bob de linte. Ele se însoțesc de forțe mari dureri; se crede că ar fi de natură tuberculoasă. Eu am și azi present în memorie o tânără fată, care s'a prezentat în serviciu cu nise fenomene foarte dureroase în timpul micțiunii. Prin examenul local nu se constată absolut nimic, de cât o simplă roșată foarte vie a mucósei uretrale, ce era brăsdată de o mulțime de mici ridicături grăunțose, semănând ca un vîrf de ac. N'a rămas nimic care să nu fi fost întrebuintat în acest cas. S'a făcut spălături vesicale, atingerea meatului cu nitrat de argint, dilatație, aplicațiuni de bastonașe încorporate cu cocaină, beladonă etc., etc., fără a da cel mai mic rezultat. Am recurs în fine la talie ipogastrică; totuși bolnava, după o suferință de trei luni, a succumbat în urma unei consumțiunii generale. La autopsie am constatat granulațiuni întinse pe mucósa vesicală și cea uretrală, nelăsând nici un dubiu asupra naturei sale tuberculoase; inoculațiuni și examen istologic nu am putut face, neavînd laborator la dispoziție.

**V. Tumorile fibro-conjunctive.** Aci intră fibróme pure, fibromiome și sarcóme. Ele sunt rari. Abia dacă se citează unul sau două cazuri în sciință. Tot același lucru vom zice despre cancer și epitelióme.

În majoritatea casurilor când se observă, ele sunt tot-d'una secundare. Propagarea se face în două moduri: Sau că un cancer al gâtului uterin înaintéază treptat prin vagin până la orificiul acestui organ și de acolo se inoculéază prin grefare pe meatul urinar, copleșind prealabil și părțile vecine: sau că dînsul provine din extensiunea unui cancer al părții vecine, atingînd meatul prin simpla continuitate. În afară de aceste circumstanțe, toți autorii sunt de acord, că neoplasmelor primitive ale meatului urinar sunt escesiv de rari.

**Etiologie.** Causa intimă a desvoltării acestor tumori încă nu se știe. S'a incriminat mai de toți iritațiunile îndelungate ale mucósei uretrale. În special, blenorăgia e considerată ca factorul cel mai important. Nu s'a putut însă demonstra, pentru ce aceste tumori la bărbat sunt așa de rari — în comparațiune cu enorma frecvență a blenorăgiei de care dînsul este atins, pe când femeia, care relativ e mult mai puțin atinsă ca bărbatul, totuși mucósa sa uretrală e incomparabil mai frequent copleșită de aceste tumori.

Etatea pare că nu are absolut nici o influență în această pri-



vință, de óre-ce s'a vëzut casurî, unde fete de 7—8 anî, aũ fost atinse, în opozițiune cu altele, cari atingeau epoca de menopausă. Un lucru ar părea mai constant: că unele din aceste tumori, cel puțin cele caracterisate printr'o simplă ipertrofie a mucóseî, se observă mai des la femeile gravide. Acésta s'ar esplica prin jena ce se produce circulațiunei venóse, de uterul gravid. Cu multă probabilitate, în asemenea casurî se desvoltă mai mult tumori varicóse, cari dacă unele circumstanțe le favoriséză, pot merge până a determina ipertrofiî, sau adevërate tumori vasculare.

Eũ cred că fenomenele cistice, reprezentate prin micțiunii frequente și dureróse la femeile gravide în primele lunî, nu sunt datorite de cât unei congestiuni a mucóseî uretrale, din cauza jeneî circulațiunei. Aceste fenomene cistice mi-aũ permis în mai multe casurî să anunț o graviditate, atunci când nimic nu se bănuia. De alt-fel lucrul se observă chiar și în afară de acest fenomen și anume în timpul menstruațiiei.

Sunt în adevër o mulțime de femei cari în acest timp, se plâng de fenomene cistice destul de pronunțate.

E probabil deci că, tumorile varicóse, pot să aibă ca etiologie graviditatea, mai ales dacă femeia e prin natura ei varicósă. De sigur, în asemenea casurî circulațiunea se restabilește cu fórte mare greutate chiar după facere, în urma căreia tumorile pot persista și bóla să se confirme. Etiologia celor-lalte specii de tumori încă nu e stabilită, afară numai de papilóme. Acestea, prin observațiune pare a se confirma, că-și pot esplica patogenia în diatesa tuberculósă.

**Simptome. — Prognostic, Diagnostic și Tratament.** Simptomatologia tumorilor meatului urinar nu se póte face în mod general, căci depinde de felul și natura fie căreî tumori în parte. În regulă generală însă, putem dice, că durerile, turburările în micțiune manifestate prin disurie și emoragie, forméză trepiedul simptomatic al acestor afecțiuni.

Cu tóte acestea sunt tumori, în special cele cari recunosc ca origină o ipertrofie a mucóseî și chiar cele polipoide, cari nu se manifestă absolut prin nimic, nici chiar prin cea mai mică jenă ce-ar putea atrage atențiunea bolnavelor. De aci rezultă că numai din întâmplare, sau în urma unui examen al medicului pentru un alt scop, se póte descoperi existența acestor tumori.

Dar acésta indolență nu mai pe atâta se păstrează, pe cât suprafața lor nu presintă nici o escoriațiune. În acest cas dure-



rea nu întârzie să apară, făcând pe bolnavă să recurgă la ajutorul medicului.

Tot același lucru vom spune despre polipii mucoși, cari iarăși, pe cât timp învelișul nu e distrus, rămân adesea necunoscuți neprovocând nici o turburare.

Nu este însă tot ast-fel cu cele-lalte feluri de tumori și în special cu cele papilare. În adevăr, caracterul lor esențial este de a fi tot-d'a-una însoțite de dureri, une-orî escesive. Acésta a și făcut pe Guérin să le dea numirea generică de *tumori dureróse*. Și faptul esențial este că aci, durerea nu recunósce drept cauză distrugerea învelișului epitelial, ci există prin ea însăși și în afară de orî-ce alterațiune.

Winckel susținea că și tumorile papilare sunt indolente ca și cele mucóse, atâta cât învelișul epitelial nu e distrus; dar acest fapt nu s'a confirmat. A rămas decî stabilit că durerea constituie o calitate inerentă a tumorilor papilare, fără să aibă trebuință de vre-o escoriație sau exulcerație.

Aceste dureri se manifestă în diferite moduri: une-orî bolnavele indică în mod clar punctul lor de plecare, care este meatul, de unde apoi se iradiază către ipogastru etc. alte dăți aceste dureri plécă la 1—2 c. m. din jurul meatului, în opoziție cu altele cari n'aũ nici un sediũ fix, ci se observă în mod vag în diferite regiuni fórte depărtate de locul bolnav. Durerile pot să fie permanente, cu remisiuni și intermitență; une-orî nu apar de cât în momentul micțiunii, provocând fenomene de disurie fórte pronunțate. La unele femeî durerile iaũ un caracter acut, mai cu sémă în timpul menstruației. Aceste dureri pot să dispară prin repaus; în alte casuri bolnavele sunt într'o continuă suferință oricare ar fi pozițiunea ce și-ar da. În fine pentru a ne face o idee de gradul ce pot atinge aceste dureri, e destul a spune că sunt femeî cari nu mai pot face nici o mișcare, căci la cea mai mică tentativă de a umbla imediat sunt oprite de suferințe atroce. Se citéză exemple de femeî purtătoare de asemenea tumori, cărora durerile nu le permiteau să șadă nu numai pe scaun, dar nici chiar în pat. Am avut ocasiunea să caut o femeie robustă, formând tipul femeilor de la obor, unde de alt fel era născută și domiciliată. Acéstă femeie a venit în serviciũ într'o stare desperată, țipând și smulgându-și părul; și cu tóte acestea examinată în locul indicat de dînsa, adică la meatul urinar, nu am constatat de cât o simplă hipertrofie, brásdată de cele mai fine granulațiuni posibile. Dar cazul devine și mai desesperat, când femeia nu-și póte căpăta

odihna nici stând în pat, de ore-ce, la cea mai mică mișcare a cóspselor, se deștéptă în durerile cele mai violente.

În asemenea circumstanțe actul coitului devine cu desăvârșire imposibil, femeea refuzându-se la orî-ce contact.

Acésta ne-ar putea face să credem că ne aflăm în fața unui vaginism, pe când în realitate cauza stă într'o tumoră a meatului urinar.

În opoziție cu acestea, casurile sunt escesiv de rari când tumorile în loc de durere ar produce mâncărime, împingând bolnavele la dorinți escesive venerice, făcându-le nimfomane.

Turburările în micțiune se manifestă prin fenomene de disurie, adică dorința frequentă și emisiunea incomplectă de urină. Unele femei simt în acest moment o adevărată arsură, mergnéd până la senzațiunea unui fier roșu ce ar trece prin uretră. Din acésta cauză resultă că de multe ori dînsele se abțin de a urina, provocându-și astfel o retențiune voluntară a udului. Dar o asemenea retenție pôte proveni și din volumul tumorii care obstruéză canalul.

Câte o dată în loc de retenție putem observa incontenență. Aci sunt iarăși doué moduri prin care acest fenomen se produce: sau că tumora face ernie, or că ocupă primitiv porțiunea cea mai exterióră a mărghineii meatului. Și într'un cas și în altul orificiul uretrei rămâne într'o permanentă întredeschidere și oferă deci un loc liber de scurgere a urinei. Dar alte dăți fenomenul se produce din cauza iritațiunilor dureroase ce tumora provóacă. De aci resultă un reflex vesical care este așa de mare, în cât la fie-care moment bolnava simte trebuința de a urina. Prima categorie forméză *incontenența prin regurgitare*, iar a doua *incontenența falsă prin iritațiune*.

Am spus că al treilea factor important în simptomatologia tumorilor uretrale este emoragia.

Este evident că, orî-ce tumoră a meatului avênd punctul de plecare într'o ipertrofie a mucóseii ce e fórte vasculară, pôte să fie însoțită de emoragie orî de câte ori suprafața sa va fi escisată ne cum ulcerată. Cu atât mai mult acésta emoragie va fi pronunțată, cu cât tumora va avea caracterele clinice maligne: un sarcom și a fortiori un cancer al meatului nu va putea exista, fără o emoragie adesea îngrijitoare. Dar în afară de aceste casuri, emoragia constitue semnul de căpetenie al tumorilor pur vasculare, al așa numitelor emoroide uretrale. Și aci fenomenul variază în manifestatiunile sale. Une-ori emoragia constă în câte-va pică-

turi de sânge ce apar în momentul micțiunii, dar mai ales în timpul menstruelor, provocate probabil din cauza congestiunii. În special la femeile gravide, afectate fiind de acest fel de tumori, emoragia este mai pronunțată din cauza jenei circulatorie. Când însă, fie prin accident sau chiar în mod spontanat, pereții acestor tumori vasculare se ulcerază, atunci emoragia devine foarte abundantă, putând chiar compromite viața bolnavelor, dacă o intervențiune energetică nu va intra în joc.

**Diagnosticul.** În general nu e dificil. Cu toate acestea, basându-ne numai pe simptomele arătate adică pe durere, emoragie și turburările în micțiune, nu putem ajunge la o certitudine. Este deci necesar a recurge și la semnele obiective, adică la examinarea regiunii bolnave. În adevăr, semnele de mai sus sunt comune și la alte afecțiuni, fără să existe vre-o tumoră a meatului. Ast-fel la femei ca și la om putem observa fenomene vesicale, datorite unei simple contracțiunii spasmodice a uretrei, dând naștere unei disurii și polakiurie foarte pronunțate. Sunt femei, cari mai ales la epocile menstruale se găsesc enorm turmentate de fenomene vesicale. Am arătat în fine, că de multe ori preluđu unei gravidității, ni se anunță prin asemenea fenomene. Mai este ôre trebuință să menționăm că la femei ca și la bărbat, calculele vesicale recunosc aceeaș triadă ca și orî-ce tumoră adică: durerea, emoragia și turburările în micțiune. Trebuie de asemenea menționat că diferiți corpi străini, în afară de calculi, introduși voluntar sau prin accident în canalul uretral sau băsică, au iarăși aceleași simptome. Apoi nu trebuie să uităm, că de multe ori dilatația uretrei pôte provoca o inflamațiune, ce adesea rămâne cronică și care se însoțese de fenomene durerose ca emoragie și disurie.

Vedem dar, ca simplele semne subiective, dacă n'au nici o însemnătate, cel puțin sunt insuficiente, căci aparțin la diferite alte bóle și accidente, de cari trebuie să ținem socotélă în anamnesa bolnavei, pentru a le da adevărata lor valóre.

De aceia pentru a stabili un diagnostic exact, trebuie să examinăm cu multă atențiune locul dureros, adică meatul urinar.

Aci douë chestiuni ni se pun de rezolvat:

I. Există o tumoră a meatului? și

II. Dacă există, care este sediul și natura sa?

Răspunsul la prima întrebare câte-o-dată e foarte ușor și nu cere nici o demonstrare.

În adevăr, privind organele genitale, când constatăm în meatul urinar un corp proeminent sau chiar atárnând, nu rămâne



nică o îndoială de existența tumorei. Alte dată cazul nu e așa de ușor, dacă tumora nu e manifestată prin nimic în afara, iar sediul său fiind ascuns la o distanță mai mult sau mai puțin mare de meat. În acest caz, introducând degetul în vagin și apăsând cu pulpa pe peretele său anterior, iar prin această implicit pe uretră și meat, nu vom întârzia a constata un cordon fibros, de lungimi și grosimi diferite, care nu-î alt-ceva de cât însăși tumora. În momentul explorațiunei, adesea printr'o ușoră presiune provocăm bolnavei dureri mai mult sau mai puțin pronunțate, ce vor fi în raport cu natura și volumul tumorei. La rigóre, explorațiunea va fi completată printr'o sondă uretrală: sau dacă avem la dispoziție un aparat electric vom face cistoscopia. Mai adesea însă în practică recurgem la dilatarea uretrei în mod gradat sau extemporaneu, cu dilatoarele lui Hegar, sau cu pense făcute ad-hoc. Noi uzăm de dilatorul lui Scanzoni cu trei ramuri sau al lui Siredey cu două, cu care obținem o dilatație aproape de 3 cm. în diametru.

O dată dilatația obținută, putem cu ochii liberi să constatăm prin simpla vedere prezența tumorei și punctul său de implantație. În caz contrariu putem și mai bine să ne convingem, introducând degetul — prealabil bine antiseptisat — direct în uretră, când ne vom face o idee și mai justă de toate detaliile ce am dori.

O dată constatată prezența tumorei, rămâne a arăta natura sa.

Aci lucrul e mai delicat, dacă nu foarte dificil. De sigur, tumorile eminentemente maligne ca epiteliomul și cancerul se impun de la sine, așa că diagnosticul este pus de visu mai ales când constatăm, că o asemenea tumoră e rezultatul unei extensiuni de malignitate din părțile vecine.

În regulă generală, un diagnostic absolut exact chiar dacă nu se poate face, lucrul nu constituie un mare prejudiciu pentru bolnavă, de ôre-ce ca practică tratamentul este aproape același: Totul se resumă în ablațiunea tumorei.

Cu toate acestea, trebuie să stabilim, dacă tumora constatată este de natură ipertrofică, glandulară, papilară ori vasculară.

Tumorile ipertrofice în majoritatea casurilor nu sunt dure-rose, nu sângerază și nu dau fenomene vesicale, afară de nu vor fi prevăzute de escoriațiuni, ulcerărițiuni, ori de un volum prea mare. Dar și aci trebuie să arătăm dacă tumora ce constatăm provine dintr'o simplă ipertrofie, sau dintr'o prolabare a mucoasei. Dacă e vorba de o ipertrofie, tumora ni se va prezenta, fie sub forma de semilună ori de cerc în jurul orificiului mea-



tului. Noi am văzut că în acest cas, se poate desvolta un mameleon pe marginea liberă a semiluneii sau a inelului. Alte dați tumora ipertrofică poate să crească, să iasă afară din meatși și să constituie un adevărat polip. Dar oricare ar fi varietatea, semnul patognomic este că, pe una din jumătățile circumferenței tumorei, nu este posibil a intra cu un stilet sau sondă în bășică. Să ne explicăm: dacă tumora, fie ea sesilă sau pediculată, își are punctul de implantație de peretele inferior al meatului, atunci cu sonda vom intra pe jumătatea superioară a circumferenței sale, căci acolo va exista orificiul uretral. Invers va fi lucrul, când aceeași tumoră își va avea sediul pe peretele anterior al meatului. E de prisos a mai descrie ce se întâmplă, când tumora se va fi desvoltat pe unul din părțile laterale. Faptul principal este că în toate aceste cazuri, orificiul meatului va fi așezat între părțile rămase sănătos și tumoră: iar când avem o ipertrofie cu totul circulară, orificiul este drept în mijloc oricât de mic ar fi el.

În cazul de inversiune sau prolaps al mucosei, prin nici unul din punctele periferice ale tumorei nu putem intra în bășică. În adevăr, dacă introducem stiletul sau sonda de jur împrejurul tumorei, dăm într'un fund de sac ce nu ne permite a înainta mai mult. Orificiul rămâne tot-d'una central, oricât de mic ar fi situațiunea și volumul tumorei.

Tumorile glandulare se recunosc prin micul lor volum, prin pediculul lor subțire, și prin aceea că adesea au un aspect translucid și nu suferă nici o schimbare în aspectul lor, oricât de mic ar fi pozițiunea ce am da bolnavei.

Tumorile vasculare sau emoroidale uretrei au această de caracteristică, că ni se prezintă cu un aspect violaceu. Ele pot crește de volum, fie prin comprimarea cu degetul aplicată înapoiul lor, sau prin stațiunea în picioare și prelungită a bolnavei. Ele sunt deci tumori neregulate și compresibile, adică capabile de a încerca alternative de turgescență și turtire.

Ast-fel în timpul mersului, a stațiunii prelungite în picioare și chiar în momentul menstruației, ele se umflă; din contra, în repaos, în decubitul dorsal, sau prin compresiunea digitală exercitată asupra lor, ele pot descrește de volum și chiar să dispară.

**Prognosticul.** În general e serios, pe de o parte că aceste tumori au un mers lent, progresiv și fără nici o tendință la vindecare spontanată, iar pe de alta că însăși tumorile cele mai benigne pot să recidiveze după ablațiune.

Prognosticul iarăși este serios prin fenomenele la cari dau

nascere, în afară de natura lor malignă. Am arătat că unele din aceste tumori, chiar fiind simple ipertrofii ale mucóseï, pot provoca dureri și disurie, așa încât imobiliséză cu desăvârșire pe bolnave. Casurile când tumorile dau nascere unei iperestesii fórte întinse a organelor genitale și deci numai permite nici un raport sexual, constituie unul din factorii cei mai principali ai sterilității.

Tumorile varicóse de și benigne, au și ele un prognostic serios, prin emoragiile de cari se însoțesc și prin imposibilitatea de a obține o vindecare definitivă, chiar după ablațiunea lor, mai ales dacă se află sub dependența unei diateze varicóse, de care femeia ar fi atinsă. În acest cas recidiva este inevitabilă.

*Prognosticul.* Este grav pentru tumorile papilare. Adevărul e că există tumori papilare, datorite unei ipertrofii a papilelor constituită de iritațiunii cronice; dar aceste ipertrofii, în majoritatea casurilor recunosc ca punct de plecare desvoltarea unor foliculi tuberculoși *in situ*, contra cărora orî-ce intervențiune adesea e fără rezultat. Între alte multe probe avem și casul nostru, citat deja în cursul acestui capitol.

În ce privesce tumorile epiteliale și canceróse, gravitatea prognosticului e de prisos a fi menționată.

*Tratamentul.* Mai tot-d'a-una trebuie să fie chirurgical. Aplicațiunile topice de prafuri astringente și caustice ca sabina, sulfatul de cupru și alte substanțe, n'aú dat rezultat satisfăcător; de aceia azi sunt părăsite. Când tumorile sunt mici și izolate putem, după cum recomandă Guyon, să recurgem la cauterisări successive, ce vor fi repetate în mai multe ședințe. Remâne deci intervențiunea pur chirurgicală. Acésta coprinde două metode; saú aplicăm escisiunea simplă a tumorei, când dînsa e franc pediculată: saú ablațiunea sa prin mijlocul de lambouri formate din mucósă, dacă pediculul e prea larg, saú tumora sesilă. Lejars recomandă excisiunea întregéï mucóse din jurul orificiului uretral, întocmai precum lucrul se face cu extirparea tumorilor emoroidale prin procedeul lui Whitehead.

În casuri de implantațiune profundă a tumorei, vom practica ablațiunea după dilatarea prealabilă a meatului. E bine ca bolnava să fie anestesiată prin cloroform, pentru a evita durerile și a lucra în mod liniscit. Noi respingem procedeul unora, de a practica incisiunii pe meat pentru a obține dilatația, căci mai tot-d'a-una lucrul se obține cu puțină paciență și procedând în mod delicat. N'avem să ne temem de nici un inconvenient, a merge

cu dilatarea până la 3 c. mc. de diametru. Uniî aŭ susținut că o asemenea manipulație ar fi însoțită de incontinența de urină; fenomenul însă persistă o ȝi saŭ două, după care singur dispăre.

Un lucru trebuie să avem în vedere că, ridicând tumora, să ridicăm și chiar o mică parte din mucosă, căci nu mai ast-fel ne opunem la recidivă, ce foarte adesea se arată. Ablatiunea tumorilor meatului uretral, trebuie făcută înconjurându-ne de cele mai mari precauțiuni antiseptice, spre a evita accidentele de septicemie, dându-se trecerea urinei prin locul operat. Vom face deci prealabil spălături vesicale cu acid boric, iar pe dinăuntru vom da salol înainte și după operație. Incidentul la care ne putem accepta în ablatiunea tumorilor, este emoragia, mai ales cea primitivă.

În adevăr, după ridicarea tumorei, se observă o scurgere de sânge câte odată îngrijitoare, iar alte dăți jenantă, mascându-ne câmpul operator. Contra acestei emorații putem întrebuința compresiunea directă prin degetul vîrit în vagin și apăsînd pereții uretrali de simfisa pubisului; după puțin timp scurgerea de sânge se oprește. Pentru a înlătura emoragia secundară, vom aplica câte-vapuncte de sutură pe suprafața sîngerîndă, rezultată din ablatiunea tumorei; dacă acesta nu e posibil, atunci vom recurge la Paquelin saŭ galvano-cauterul. În casurî cu totul extreme, vom scôte întîi tótă urina din bășică, iar în urmă vom introduce tamponé direct în meat și uretră, precum și alte tamponé numeroșe în vagin, ca ast-fel compresiunea să se exercite din tóte părțile. În acest cas bolnava e condamnată a nu urina cel puțin 24 ore.

Pentru casurî excesiv de rarî și de carî de alt-fel nici un autor nu vorbește. adică când nici după 24 ore emoragia nu încetéză, noi preconisăm ca ultimă resursă, a face o nouă tamponadă uretrală și vaginală. Dar ca aceste tamponé să póte sta în loc 2 și 3 ȝile, va trebui să practicăm talia ipogastrică.

În afară de aceste metode, s'a mai propus uretrotomia în casurî de tumori adînc situate, carî pot merge chiar până la gătul bășiceî.

Uretrotomia făcută pe peretele inferior al uretrei, are inconvenientul că, dacă reunirea nu reușesce, femeea rămîne cu fistulă.

Legueu recomandă în tratatul său un nou procedeu de uretrotomie făcută pe peretele superior. Il reproducem și noi întocmai cum il descrie însuși autorul: „Avînd să tratez o bolnavă la care uretrotomia externă era necesară, pentru a urmări până la gătul bășiceî nisce polipi uretrali, am recurs la un nou pro-



cedeu, atacând uretra prin calea *sub simfisară* în dreptul peretelui superior (fig. 12 și 13). În primul timp o incizie concavă e dusă în dreptul vestibulului între orificiul meatului și clitoris. Uretra e deslipită cât departe posibil și până dincolo de simfisă. În al II-lea timp uretra e spintecată în sensul longitudinal pe peretele său superior; fața internă devine în tótă întinderea accesibilă vederii. Odată polipii ridicați cu fórfecele sau termocauterul, numai rămâne decât să cöseam uretra în sens transversal și să dăm regiunii prin suturi apropiate, conformația sa exterioră normală.

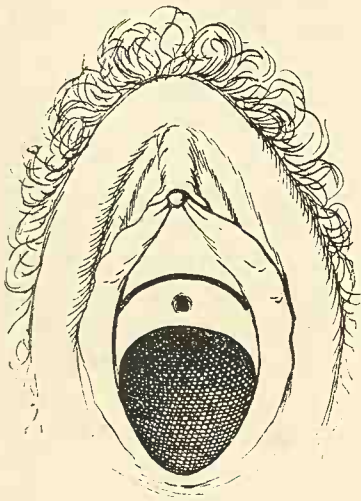


Fig. 12. Procedeu lui Legueu pentru uretrotomie externă. Trajectul inciziei.

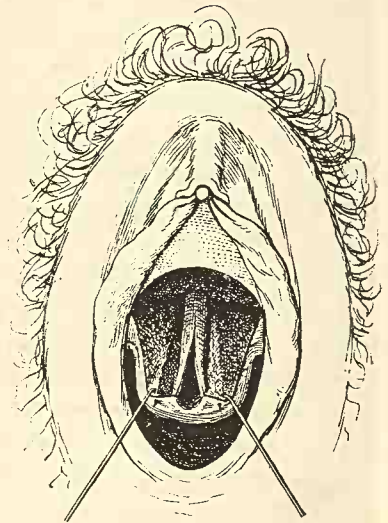


Fig. 13. Timpul al doilea. Uretra deslipită de simfisă este incisată în dreptul peretelui său superior.

Acest procedeu de uretrotomie externă are între altele avantajul de a evita fistula, în cazul când reunirea nu ar reuși.

## Cap. V. Despre Vulvite.

Vulvita este inflamațiunea părților ce constituie vulva, adică buzele mari, buzele mici, imenul, meatul urinar, etc. În cazul când mucósa, care e comună tuturilor acestor organe, e coprinsă bruse de inflamație, fie parțial sau în totalitatea sa, se numește *vulvită acută simplă catarală sau mucóasă*.



Dar în constituțiunea organelor ce forméză vulva, există o mulțime de glande sebacee, sudoripare și mai presus de toate o glandă specială numită a lui Bartholin. Când inflamația se stabilește în aceste glande, vulvita se numește *foliculară*, nume dat de Huguier. Și după cum dînsa își are sediul în glandele sebacee, sudoripare ori în glandele cu mucus, ia numele de *vulvită sebacee saŭ mucipară*; iar când sediul inflamațiunei este exclusiv în glanda lui Bartholin, vulvita pörtă numele de *Bartholinită*. În fine se mai descrie o vulvită particulară, datorită unei erupțiuni însoțită adesea de gangrenă, acesta a fost numită de Parrot *vulvită aftosă*.

În rezumat avem patru feluri de vulvite.

I. **Vulvită simplă saŭ mucosă.**

II. **Vulvită sebacee și mucipară.**

III. **Bartholinita și al**

IV. **Vulvita aftosă și gangrenosă.**

Auvard propune în tratatul său o altă clasificățiune, bazată nu pe sediul anatomic al inflamației ci pe acela al etiologiei. Ast-fel, când inflamația este secundară, adică venită în urma altei bóle ne formând de cât un epifenomen, avem aface cu *vulvite saŭ vulvo-vaginite dexteropatice*. Când însă inflamația recunoște drept cauză un agent patologic, stabilit în mod primitiv în locul unde s'a dezvoltat bóla, atunci avem *vulvo-vaginitele protopatice*.

În cele devteropatice intră: Vulvitele ulceróse, aftóse, gangrenóse, difterică, disenterică, gravidică, senilă, etc.

În cele protopatice intră: Vulvitele traumatice, septicemică și blenoragică.

Dar or cum ar fi, toate aceste inflamațiuni fie considerate din punctul de vedere anatomic saŭ etiologic, dînsele clinicește pot lua caracterul acut saŭ cronic. Decî tot-d'a-una vom întâlni în practică *vulvite acute și cronice*.

Modul de producțiune al vulvitelor, fie simple saŭ specifice, se face prin mijlocul a două căi, aceia de *auto-infecțiune* și *etero-infecțiune*. În primul cas microbul există deja în organe, și nu așteptă de cât o ocaziune pentru a se dezvolta. În al doilea cas, infecțiunea este introdusă direct din afară, coplesind organele prin efracțiune. Asupra acestor lucruri am insistat destul la începutul tratatului.

Noi admitem o clasificare mixtă, ast-fel avem:

I. *Vulvită microbică simplă*, și alta *specifică*. Prima este datorită unui microb piogen ca stafilococ, streptococ etc. și póte coplesi întréga mucosă; pentru acesta se și numește vulvită mucosă. Secunda adică vul-

vita specifică gonoreică sau blenoragică-stabilindu-se în particular în diferite glande ale mucóseî, forméază *vulvita foliculară*. Aci avem vulvita mucipară, sebacee, bartolinita și uretrita. Ambele acestea intră în cadrul *vulvitelor protopatice*.

II. *Vulvite infecțioase*. Sunt datorite iarăși unor agenți specifici, însă de natură diferită și fără legătură cu gonococul lui Neiser. Aci intră vulvita aftoasă, gangrenoasă, difterică, tuberculosoasă etc. acestea constituie *vulvitele deuteropatice*. După formele clinice, fie care din aceste vulvite pôte să fie acută și cronică. Vom sci însă că aceste varietăți clinice se observă în special în vulvitele mucóse.

### § 1. Vulvita acută simplă sau mucóasă (protopatică).

Acésta se caracteriséză prin cele patru semne fundamentale ale inflamațiunei adică: *rubor et tumor cum calore et dolore*.

În adevăr, întréga mucóasă vulvară împreună cu buzele mari și mici, sunt coprinse de o colorațiune roșie gălbue și de o tumefacțiune une ori fórte mare.

Căldura se manifestă la bolnave adesea prin arsură, un fel de constricțiune, care provócă mâncărimi exasperante, mai ales în timpul mersului.

Durerea este cu atât mai accentuată, cu cât în urma inflamațiunei epiteliul se descuaméză. În acest cas rămân în loc ușóre exulcerațiuni, ce pot degenera în adevărate ulcerațiuni largi. Și într'un cas și în altul, dinsele causéză mari suferințe bolnavelor, mai ales în momentul când urinéză și când urina atinge aceste suprafețe sângerânde.

Pe lângă aceste patru simptome, adăugăm o scurgere purulentă fórte abondentă și care de obicei e singura ce atrage atențiunea bolnavei. Colórea acestei scursori e de un galben-verde une ori ca aceia de fisticuri.

Caracteristica vulvitei mucóse este de a se întinde fórterepede la întréga mucóasă genitală. Astfel dacă depărtăm buzele mari, le găsim injectate și tumefiate: până și însuși imenul — dacă există-presintă aceleași caractere având o colorațiune purpurie.

**Diagnosticul.** Nu presintă nici o dificultate, afară numai când e vorba a spune dacă inflamațiunea e simplă catarală sau blenoragică. Singurul criteriū este examenul bacteriologic. Dar nici acéstă constatare nu e considerată ca un ce sigur și patognomic, de óre-ce și alți microbi ne patogeni pot să simuleze

exact pe acela al blenoragiei. Reproduc aci opiniunea lui Vibert și Bordas luată din Auvard: „Criteriul ce voește cine-va a trage din prezența în puroiū a diplococilor, în totul asemenea cu gonococi, nu e cătuși de puțin primită de bacteriologiști ceī māi competenți. Bokai, Eklund, Bockhart, Bumm declară în modul cel māi formal, că există în puroiul de diferite proveniențe și māi cu sēmă în scurgerile organelor genitale ale femeiei, diplococi pe cari e imposibil a'i deosebi de gonococi prin caracterele lor morfologice, nici prin reacțiunile lor. Bumm, pe care îl cităm în special, pentru că el este autorul care a studiat māi cu îngrijire și în mod māi complect gonococul, descrie trei feluri de gonococi (flavus citreus, albus lacteus și albus flavus) pe cari nu'i putem deosebi uniū de alții de gonococ, de cât numai pe cale culturei. Aplicând aceste date la medicina legală, trebuie decī să formulăm propozițiunea următoare. *Examenul microscopic al scurgerilor vulvo-vaginale nu permite nici o dată unui expert, să afirme că cutare vulvită este saū nu de natură blenoragică.*“

Dar și clinicesce lucrul e fōrte greu de stabilit. De aceia Lawson Tait dice: Am vėđut casuri unde o simplă vaginită catarală era așa de intensă, că dacā circumstanțele n'ar fi fost imposibile, aș fi considerat afecțiunea ca avēnd o origină gonoreică.

Există cu tōte acestea un caracter distinctiv, ce nu se întâlnește nici odată când bóla este de origină catarală: acesta este *edemul vulvei*. Nu dōră că vaginita prin infecțiune nu pōte să existe fără edem, dar prezența acestuia, este un semn aprōpe patognomic a nașterei sale infecțioase. Se adaogă apoi că în casurile de origină simplă catarală, nu există multă durere. Simptomul principal este căldura și męcărimea părților, însoțindu-se de o scurgere galbenă. Decī, cu tōte că după regulă nu trebuie să emitem o opiniune generală asupra originei vulvitei saū vaginitei, totuși dacā în momentul inflamațiunei, durerea și sensațiunea de arsură în timpul micțiunei sunt prea pronunțate, și dacā la acestea se adaogă și prezența de edem însoțit de o scurgere abondentă purulentă și neviscōsă, e multă probabilitate că ne aflăm în fața unei inflamațiuni gonoreice.

De sigur în stabilirea diagnosticului influențeză mult starea socială a bolnavei; dar nu e māi puțin știut, că sunt casuri unde adevērul este ascuns din interese de familie, când cu tōte caracterele clinice nu îndrăsnim a ne emite credința ce avem. Pe de altă parte, une-orī din interes de a compromite pe un bărbat,



se atribue prezența de vulvite catarale drept tentativă de viol, sau raport sexual. Aci iarăși vom fi atenți a nu ne lăsa să fim influențați. Dar noi nu trebuie să uităm că există ómeni miserabili, cari au credința că pentru a se scăpa de o blenoragie, cel mai bun mijloc este a efectua un coit cu o virgină. Seiind deci a dejuca șantajul, vom căuta în acelaș timp a nu lăsa nedescoperit pe omul criminal. Dar acest lucru e de o importanță mai mult medico-legală de cât clinică.

Vulvita acută mucósă póte să nu rămăe mărginită numai la aceste leziuni de inflamațiune superficială și simple erosiuni. Când procesul inflamator e fórte acut, sau când nu s'au luat precauțiuni contra extensiunei sale, bóla póte să copleşască părțile mai profunde, și să dea nascere la un adevărat flegmon, fie difus sau circumscrit al părților constitutive ale vulvei. Lucrul acesta forméză abcesul buzelor mari, sau a glandei lui Bartholin.

Alte dăți putem observa o inflamațiune și mai întinsă, constituind perivaginita flegmonósă disecantă. Dînsa rezultă din inflamația și supurația țesutului perivaginal. In fine nu e rar a observa gangrena vulvei și chiar a vaginului.

**Vulvita cronică.** Dînsa are două origini: sau se stabilește d'a dreptul în mod cronic, și atunci mai tot-d'a-una e de natură gonoreică; sau e consecința unei vulvite acute, incomplet sau rău vindecată.

Casul întâi se observă chiar la femeii caste, cari de o dată cu maritagiul pot fi inoculate de bărbații lor, ce încă posedă blenoragia cronică. Femeia începe a observa óre-care scursóre, puține mîncărîmî, etc., dar cărora nu le dá multă atențiune. Dînsa adesea crede în inocența ei, că acestea sunt rezultate inerente ale căsătoriei. Nu mai vorbim de femeile publice, la cari această inflamațiune cronică se observă de regulă. Și într'un cas și în altul, bóla se manifestă prin fenomene fórte negative; totul se resumă în ușóre mîncărîmî și scurgeri, mai adesea puțin abondente. Cu timpul bóla se termină prin determinarea unui edem și ipertrofii, mai ales a uneia din buzele mari sau micî.

Acéstă ipertrofie probabil e datorită unei limfangite circumscrise sau inflamațiunii a țesutului celulo-conjunctiv sub dermic.

Dacă bóla se neglijezá, acéstă tumefacțiune se póte însoți de mari vegetațiuni, mai mult sau mai puțin numeróse, iar uneori și de micî tumori fibróse adesea pediculate, constituind moluscum pendulum.



Trebue să fim cu mare băgare de sémă a descoperi că, leziunea de care vorbim nu este sub dependența unei inflamațiuni cronice a glandei lui Bartholin. Vom căuta deci a ne convinge de acest adevăr presând pe tumoră și observând dacă nu cumva, prin orificiul său de escrețiune, iese una sau mai multe picături de puroi. Eū cunosc o damă care presintă un asemenea cas foarte clasic. Dînsa spune clar că încetul cu încetul buza mare dréptă ia o creștere de volum foarte pronunțat: dar la un moment dat totul dispare prin simpla presiune. Atunci se produce o evacuare de puroi destul de respectabilă. Aci fără îndoială e vorba de un abces cronic al glandei lui Bartholin.

În schimb însă, cunosc o altă femeie, unde nimic din tóte acestea nu există, așa că tumefacțiunea buzei o consider ca rezultatul unei scleroze a țesutului conjunctiv, sau a unei limfangite cronice. La dînsa orî-ce manipulare pe tumoră nu o face să descrescă, păstrându-și volumul care de alt-fel încă de mult este staționar. Nimic nu o genéză, de cât o ușorã mâncărime și o scurgere sero-mucósă.

## § 2. Vulvitele foliculare.

Până aci am studiat numai inflamațiunea care ocupă exclusiv mucósa vulvei. Când însă această inflamațiune se stabilește în glandele mucóse, dînsa pórtă numele generic de *vulvită foliculară*.

Am arătat existența glandelor sebacee și sudoripare în mucósa vulvei, precum și existența unei glande speciale numită a lui Bartholin.

Dacă inflamațiunea se stabilește fie în glandele sudoripare sau sebacee, se numește *vulvită foliculară propriu dîsă sau sebacee*.

Dacă se desvoltă în glandele mucipare, formă studiată de Hamonic, dînsa pórtă numele de *vulvită mucipară*.

În fine prin *vulvită flegmonósă*, se înțelege inflamațiunea desvoltată în glanda sebacee a unui folicul pilos, ce póte fi punctul de plecare al unui furuncul sau flegmon.

Bartholinita sau inflamațiunea desvoltată în glanda cu acest nume, va face obiectul unui capitol a parte.

Tóte vulvitele foliculare au fost pentru prima óră și în mod magistral descrise de Huguier, pe care aprópe toți autorii l'au copiat în descrierile lor.

Acéstă afecțiune se presintă sub douë forme: *discretă* și *con-*

*fluentă*, după cum numai unele din glande, sau toate de odată sunt afectate.

Ca *etiologie* se atribue influența gravidității, lipsa de îngrijiri igienice, existența prealabilă a unei eczeme, oboselile și constituțiunea grasă a femeilor, cari prin faptul frecării părților, aduc o iritațiune locală și deci dezvoltarea de foliculite.

Ca *simptomatologic*, Huguier descrie în inflamațiunea foliculară a vulvei trei periode: *de erupțiune, supurație și cicatrizațiune*.

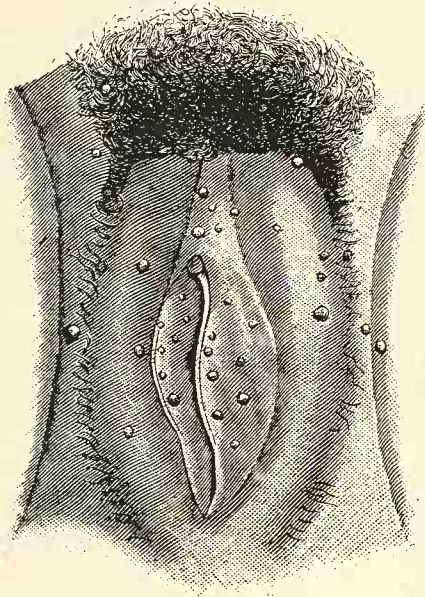


Fig. 14. Vulvită foliculară.

Perioda de erupțiune constă în aparițiunea unor mici ridicături de colóre roșie și de mărimea unei gămălii de ac, sau unui bob de mazăre.

Perioda de supurațiune se manifestă prin aceea, că mica ridicătură se albescce în centru, și după un scurt timp se rupe, fie spontanat, sau în urma mâncărimilor, permițând să iasă câteva mici picături de puroi. În locul lor rămân nisce exulcerații superficiale, iar alte dăți nisce ulcere ceva mai profunde și acoperite de cruste.

În fine ultima perioadă se caracterisă prin uscarea, iar în urmă prin cicatrizarea ulcerățiunilor. Din acesta se vede, că vulvita foliculară sémănă foarte mult cu acnea sebacee. Dăm aci figura 14 luată din tratatul de Patologie, vol. VIII, unde se vede un model de cum se presintă o vulvită foliculară.

Trebue să menționăm, că aceste foliculite nu ating tot-d'una perioada de supurațiune, ci rămân în stare de nucleii indurați, persistând un timp foarte îndelungat. Ei pot fi punctul de plecare de erori de diagnostic, luându-se drept șancăre primitive indurate, mai ales când foliculitele sunt discrete.

Eū am avut un cas tip de această formă la o actriță, unde mai mulți confrăți pusese diagnosticul de sifilis. Bazându-mă numai pe simplul fapt, că indurațiunile ce existaū se aflaū pe fața externă a buzelor, am admis o simplă foliculită tuberósă, fără ca urmările ulterioare să mă fi desmințit. Adevărul este, că aceste vulvite foliculare, terminate prin indurațiuni, se observă în majoritatea casurilor pe fețele externe a buzelor mari, în opoșițiune cu vulvitele pur mucipare, ce se arată de predilecțiune pe fața internă a acelorași organe. Afară de acesta ele se însoțesc de scurgeri mult mai abondente și une-orī chiar de fenomene generale ca febră, exceptând simptomele locale ca sensațiunea de căldură, arsuri și une-orī mâncărimi atroce. În casuri rari putem observa limfangite, adenite inguinale fie simple sau supurate.

**Diagnosticul.** Vulvita mucósă foliculară o recunoștem ușor, basându-ne pe simptomele descrise. Natura sa însă este greu de precizat.

Forțe adesea chestiunea de a stabili natura pur inflamatorie sau blenoragică a vulvitei mucóse, rămâne în dubiū. Am arătat opiniunea autorilor de marcă sciințifică, cari nu se pot pronunța în mod absolut. Singurul lucru mai pozitiv întrecând chiar descoperirea bacilului și reproducerea bólei prin inoculațiuni, ar fi faptul aparițiunei de artrite, ce s'ar desvolta în cazul când aceste inflamațiuni ar fi de natură blenoragică. Se cunoșce în adevăr remarcabilele experiențe, prin cari s'aū demonstrat până la evidentă, rësunetul ce-l are puroiul blenoragic asupra articulațiilor.

În al III-lea volum al meū, am citat casurile lui Petrone și Lapersonne. Este vorba de un arab afectat de conjunctivită foarte intensă complicată de panus. Acestă afecțiune se tratéză prin aplicare de puroiū blenoragic. Nu s'a așteptat mult și individul a fost coprins de o artrită tipică a genunchiului. După dispariți-



unea acestor ultime fenomene, s'a practicat inoculațiunea la cel-alt ochiū, pentru a se obține și aci vindecarea ca la cel dîntăiū. Dar și de astă dată articulațiunea genunchiului opus a fost iarăși în mod manifest coprinsă de artrită.

Acésta vorbește mai mult ca orî ce altă experiență, de influența blenoragiei asupra articulațiilor. Decî în cazul nostru, când o vulvită s'ar însoți de artrite, ar fi un indiciū sigur de natura sa blenoragică. Dar clinica a arătat că une-orî putem constata artrite și în vulvite pur inflamatorii, fără ca nici unul din mijlocele de investigațiune ale bacteriologiei să fi arătat natura sa specifică.

Pentru noi însă fenomenul nu remâne mai puțin demonstrativ; căci faptul de a nu constata momentan microbul blenoragic, nu adeverește cătuși de puțin natura nespecifică a inflamațiunei. Se scie pe de altă parte, că mai tóte cercetările întreprinse în acéstă privință, n'aū găsit nici în uretră, nici în liquidul estras din articulație microbul lui Neiser; și cu tóte acestea natura sa infecțioasă nu era mai puțin demonstrată.

Este azi stabilit că resunetul asupra articulațiilor, nu se face atît de microb cât de toxinele ce el excretă.

Și ca probă avem, că fórte adesea, artritele blenoragice se desvoltă mai mult la sfârșitul scurgerilor uretrale de cât în perióda lor acută. Susținem decî că la femeî, cari mai tot-d'a-una sunt afectate de blenoragii cronice, microbul rămâne ascuns în diferitele cripte și acinî glandulari, fără ca prin nimic să-și manifeste existența lor. În acest cas, e destul ca cea mai anodină inflamațiune, ce s'ar adăoga la organele genitale externe ale femeiei, să constituie ocasiunea favorabilă a desvoltărei microbului specific. Atunci microbul, saū cel puțin toxinele sale, putându-se introduce în organism, devin capabilî să aibă un rĕsunet asupra articulațiilor.

Conchidem prin urmare, că la o femeie atinsă de vulvită, orî cât de inocentă ar părea, și orî cât pozițiunea sa socială și aspectul clinic s'ar opune, din momentul însă când acéstă inflamațiune se complică de artropatii, putem cu siguranță să spunem că aci este în joc elementul blenoragic, fie el inoculat în mod direct prin coit, saū prin intermediul degetului, rufelor, etc.

Dar iată unul din casurile cele mai demonstrative ce am putut observa:

Am fost chemat de un student în medicină să vĕd pe un cumnat al sĕu, care 'mî spunea că suferă de reumatism. Exa-



minându'l de aprópe, arét că etiologia acestui reumatism este specifică, grație prezenței unei blenoragii acute ce bolnavul evita să declare. După cât-va timp, studentul 'mă arată unul din copii săi, și anume o fată de 3 ani, asupra căreia constat o scurgere. Peste câte-va zile însă, copila e coprinsă de artrită a genunchiului fórte acută. Făcênd ancheta, descoper că fetița era pusă cu șeđutul, pentru a urina, în acelaș vas în care bolnavul nostru își făcea și el trebuința. Copila s'a inoculat, a căpătat o violentă blenoragie, ce nu a întârziat să se complice de artrită.

### § 3. Inflamațiunea glandei lui Bartholin — Bartholinita.

Nu măi revenim asupra constituțiunei și sediului acestei glande, asupra căreia am insistat, când am vorbit de kiștii buzelor mari. Spunem numai că fórte adesea, microbul blenoragiei se póte stabili d'adrechtul în acéstă glandă, formând ceia ce deja am arătat — inflamațiunile protopatiche. În adevêr, blenoragia este cauza obișnuită a acestei inflamațiuni, de care femeea este atinsă în momente de raporturi sexuale, în mod ilicit sau conjugal.

Am arătat deja predilecțiunea acestui microb specific, de a se stabili în interiorul glandelor, sau a tuburilor sale escretorii. Sănger a insistat fórte mult asupra unei areole inflamatorii, aflată în jurul canalului escretor al acestei glande, numită de dînsul *macula gonoreică*. Dînsa nu este alt-ceva de cât vestigiul unei acțiuni persistente și continue a agentului specific, prin care bóla se propagă și determină afecțiunea ce ne ocupă. Nu tóte bartholinitele însă sunt exclusiv blenoragice. Herbst deosibesce o bartholinită blenoragică adevêrată, o alta produsă de microbî piogeni și o a treia în care stafilococii se desvoltă în urma infecțiunei gonococice. La rëndul său Dujon în teza sa, a găsit în 14 bartholinite de 9 orî gonococul; în cele-l'alte casuri puroiul conține colibacilul, stafilococul și streptococul.

Se admite o inflamațiune primitivă a conductului excretor al glandei, și o alta consecutivă, propagată de la acésta către corp. După Herbst, leziunile cele măi întinse ar fi acelea din conductul excretor al glandei. Alte dați însă putem observa bartholinite primitive, în afară de inflamațiunea prealabilă a canalului său escretor.

Când lucrurile rămân aci, fenomenul cel măi mare ce putem observa, este o tumefacțiune edematósă a buzei mari, însoțită de durere, iradiindu-se către pubis de o parte și perineu de alta.

Dar adesea procesul morbid se termină prin supurațiune, formând abcesul glandei vulvo-vaginale. In acest cas fenomenele generale ca febra, accelerarea pulsului și restul cortegiului supurațiunei, sunt tot-d'a-una constante. In plus durerile sunt mult mai violente, putându-se propaga la ischióne, perineu și în direcțiunea rectului. Cele mai mici mișcări măresc suferințele, ast-fel

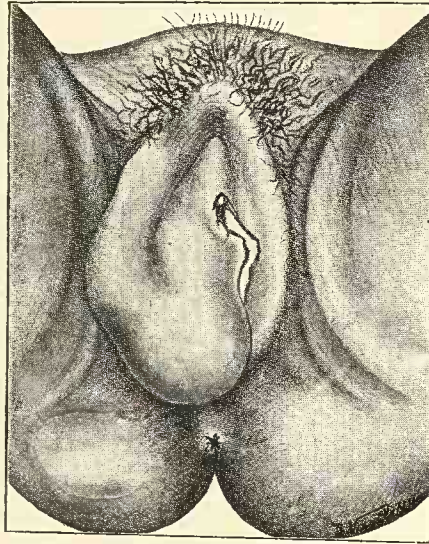


Fig. 15. Tumoră supurată a glandei lui Bartholin. (Personală).

că bolnava e menținută într'un repaos și imobilitate forțată. Buza cea mare e coprinsă de o tumefacțiune cu atât mai voluminoasă, cu cât și țesutul periglandular va fi copleșit de inflamațiune. Dăm aci figura 15 luată din serviciul meu, unde se vede un model de abces al glandei vulvo-vaginale.

Când nimic nu intervine și prin urmare procesul inflamator se lasă la mersul său liber, atunci abcesul se poate deschide în mod spontanat prin unul sau mai multe orificii, comunicând unele cu altele prin tot atâtea traecte fistuloase. Dacă ne reamintim dispozițiunea, câte o dată așa de caprițioasă a glandei lui Bartholin, reprezentată prin acini și foliculii săi eratici, lesne ne esplicăm formarea acestor fistule. cu drept cuvânt exasperante pentru bolnavă și tot atât de plicticoase pentru chirurg. In adevăr, pentru a di-

struge trajectele, trebuie nu numai perseverență dar chiar sacrificări de țesuturi, dacă nu însăși ablațiunea întregii buze mari, dându-se diformitățile ce asemenea cicatrice determină, producând depresiuni mamelonate sau în pâlnie, și refusându-se oricărei descripțiuni. Aceste intervențiuni sunt cu atât mai legitimate cu cât abcesul glandei, insuficient deschis și lăsat la mersul său natural, este punctul de plecare al unor abcese acute, determinând cunoscutele abcese prin repetițiune. Ele nu sunt alt-ceva de cât rezultatul unor retențiuni de puroi în anfractuósele fistule, ce forméză un adevărat labirint de găuri și trajecte, coprinđend buzele mari. La cea mai mică inflamațiune supra-adăugată, sau a unor retențiuni de puroi, abcese de nouă formațiune se pot ivi și vor aduce cu dînsele desperarea bolnavei.

Când bartholinita a atins maximul desvoltărei sale, determinând abcesul glandei, tegumentele buzei mari sunt coprinse de o umflătură foarte mare, mergend până la furculiță și atingend volumul unui ou de găină. Fluctuațiunea devine atunci manifestă, iar deschiderea fie spontanată, fie provocată, dă nascere la ieșirea unui puroi de odóre foarte fetidă.

Trebuie să menționăm că une-ori bartholinita în loc de a se termina prin supurațiune, determină o inflamațiune cronică și dă nascere la indurațiunii persistente a glandei.

**Diagnosticul** abcesului glandei vulvo-vaginale, în general nu e dificil. De sigur putem întâlni abcese stercorale în buza mare datorite unei ernii strangulate. Putem iarăși întâlni un abces osifluent: dar în aceste casuri nu numai antecedentele, ci și starea locală care e mult mai întinsă, ne vor face a descoperi adevăratul diagnostic.

În general bartholinita supurată se diagnosticéză după sediul său, rezervându-ne însă posibilitatea afecțiunilor deja menționate. Partea cea mai principală concernând această afecțiune în ea însăși, este a stabili dacă abcesul se află în conductul escretor sau în însăși corpul glandei. Abcesul glandei forméză o tumoră în buza mare, făcend relief mai ales la fața sa externă. Dînsa se apropie de ramura ischionului și e mult mai departe de orificiul vaginului. Abcesul canalului escretor dă o tumoră, care se întinde și copleșește mai mult buza cea mică, presentând ea însăși o formă particulară. Această tumoră face mai mult relief la fața internă a buzelor mici, fiind cu atât mai mult apropiat de intrarea vaginului.



## Prognosticul și tratamentul vulvitelor în general.

Prognosticul vulvitelor depinde de cauza ce le-a dat naștere.

Vulvitele mucóse pur inflamatorii au un prognostic incomparabil mult mai favorabil de cât a celor infecțioase. Cu toate acestea chiar și vulvitele simple pot deveni destul de serioase, nu atât prin natura lor cât prin gradul leziunilor ce au produs. În adevăr vulvitele simple neglijate pot fi punctul de plecare nu numai al unor exulcerațiuni, dar cu timpul să determine adevărate ulcerazioni întinse și profunde, cerând un timp adesea îndelungat pentru vindecarea lor. Și dacă la acesta mai adăugăm o stare de denutrițiune rea, influența unei diateze serofuloase ori tuberculóse, etc. acele ulcerazioni se pot perpetua, sau în cazul cel mai ușor se vindecă cu cea mai mare dificultate. Prognosticul vulvitelor cronice este iarăși destul de serios prin leziunile ce produc și pe cari le-am arătat.

În adevăr acele edemuri cronice, acea stare sclerósă a părților, forméză leziuni așa de rebele, în cât se pot impune drept tumori maligne; prin urmare intervențiunii serioase și grave.

Dar dintre toate vulvitele, cele blenoragice au prognosticul cel mai sombru.

Noi am arătat predilecțiunea microbului blenoragic, de a fugi de la suprafața mucóselor, căutând a se stabili în criptele și în interiorul glandelor cele mai profunde. Retras aici, el e foarte greu de atacat, așa că lăsând la o parte diferitele leziuni ce dinșul produce mai rămâne faptul că vulvita blenoragică mai nici odată nu se vindecă, microbul său fiind așa de profund ascuns. De aci urméză că, femeia odată atinsă de această afecțiune, dînsa continuă va fi bolnavă, căci continuă se vede atinsă de recidivă atunci când credea că a scăpat. Și această lesne se esplică dacă ne reamintim, că sediul de predilecțiune al microbului e glanda vulvo-vaginală, meatul urinar și gâtul uterului.

Prin urmare la fie-care moment femeia este espusă a se infecta prin auto-inoculațiune, căci la fie-care moment picături de puroi infectant trece prin vulvă, prin meat, prin col și glanda vulvo-vaginală.

**Tratamentul** vulvitelor variază după cum ne aflăm în prezența uneia cronică, acută ori specifică. Pe lângă acesta tot-d'a-una trebuie să ne așteptăm că vom fi chemați a trata mai mult complicațiunile la cari dau nascere aceste bóle, de cât pe ele însăși.



Adesea bolnavele nu recurg la medic de cât pentru fenomene de cistită, bartholinită sau diferite alte abcese.

Ca regulă generală și conform principiilor de patologie, cel d'întâiu lucru ce vom căuta a obține în tratamentul vulvitelor acute, este separarea părților inflamate unele de altele. Obținem acésta, după ce prealabil am spălat cu o soluție antiseptică părțile inflamate, interpuind între dînsele o bucată de tifon obicînit iodoformat; diferite prafuri, ca acid boric fin pulverisat, praf de iodoform, salol, etc. Recomandăm o precauțiune: dacă facem spălături cu sublimat, să ștergem bine locul pentru a nu pune imediat iodoform, căci acesta în contact cu sublimatul, forméază un biiodur de mercur, care provócă nisce usturimi teribile bolnavei. Mai putem întrebuița cu mult folos bolurî vaginale, formate din aristol, tanin etc. pe carî le vom lăsa în vagin, unde topindu-se forméază un mediu antiseptic permanent.

Tampónele cu glicerină iarăși sunt de recomandat, avênd o proprietate desconggestionantă fórte puternică.

Printre liquidelle mai întrebuițate vor fi sublimatul în porțiuni de  $\frac{1}{2000}$  și chiar  $\frac{1}{4000}$ . Dosa de  $\frac{1}{1000}$  irită mucósa și trebuie evitată, mai cu sémă că în timpul spălăturilor liquidul póte atinge meatul urinar, și să dea ast-fel nascere la fenomene cistice fórte desagreabile.

În casul când vulvitele se complică de turburări vesicale, recomandăm băile calde de ședut simple sau cu tărățe, căci ușuréază mult pe bolnave.

În acelaș timp vom da la interior béuturî emoliente și alcaline, în special bicarbonat de sodă, apa de Vichy, etc.

Dacă vulvita e însoțită de bartholinită supurată, sau de un alt abces, nu mai este loc de nici o esitare: trebuie să recurgem imediat la deschiderea largă și antiseptică a focarului purulent. În acest cas nu vom mai lua în considerare dacă femeia e gravidă, căci aci n'avem să mai discutăm chestiunea — precum se face în casurî deridicarea altor tumorî — de témă a nu provoca avort.

Tratamentul vulvitelor cronice e mult mai greú de stabilit, căci edemul și indurațiunile, resultând din sclerosarea părților sau limfangitelor cronice, e tot ce póte fi mai rebel.

Vom recurge însă și aci la îngrijirî igienice perfecte și de antisepsie severă, adăogând în acelaș timp aplicațiuni de unguente cu reputațiuni emoliente și fondante, în special unguentul cinereú, băi calde prelungite, etc., etc.

Noi am arătat că aceste inflamațiuni cronice dau nascere la

ipertrofii și chiar tumori fibróse, contra cărora nu ne rămâne alta de cât ablațiunea lor.

Vulvitele blenoragice cer un tratament mult mai energic și persistent. Aci trebuie să fim cu multă atențiune și să ne ferim de mijloce, cari în aparență ar părea eficace, pe când în realitate pot deveni desastrose. În timpul periódei acute a vulvitei blenoragice, vom evita cu orí ce preț, a recurge imediat la spălături vaginale chiar cu liquidele cele mai antiseptice. Prin această manoperă putem împinge microbii în vagin și ast-fel să-î inoculăm în gâtul uterului, în cavitatea sa, daca nu chiar în anexe, și să dăm nascere la metrite, salpingite și însuși salpingo-ovarite. Același lucru vom zice de întrebuițarea speculului, pe care iarăși îl vom evita, ca putând provoca aceleași accidente. Vom începe deci printr'un tratament antiseptic pur local; și numai după încetarea periódei acute, vom procedea cu multă precauțiune la injecțiunile vaginale.

Vulvita blenoragică trebuie îngrijită cu cea mai mare serio-sitate și perseverență, nu numai în interesul propriu al bolnavei — pentru a evita stabilirea microbului în criptele și fundurile de sac glandulare — dar chiar și din punctul de vedere social. O femeie cu vulvită blenoragică rău vindecată și devenită cronică, póte să infecteze orí când pe un bărbat la primul raport sexual.

Complicațiunile din partea bășiceii și a celor-l'alte părți a organelor genitale externe, vor fi tratate după tóte principiile chirurgicale. Cât privesece complicațiunile interne ale organelor genitale ca endometritele și anexitele, acestea vor face subiectul unor capitole și studii speciale.

#### § 4. Leziunile secundare sau defteropaticice ale vulvei.

##### I. *Vulvita aftósă.*

Cel d'întâiū e Parrot care în 1881, a arătat desvoltarea unor inflamațiuni ale vulvei, luând repede un caracter gangrenos și aparând în urma febrei eruptive, în special rugeola. Dînsul a numit-o **vulvita aftósă**. Mai este încă cunoscută sub numele de vulvita ulcerósă, difteroidă și gangrenósă, tóte numiri trase din difteritele forme și aspecte ce ia bóla. În adevăr, începutul bólei se manifestă prin aparițiunea de mari vesicule, de o colóre alb cenușie sau galbenă. După aceia vesiculele se sparg și dau loc la

mici plăci rotunde, cari la rîndul lor se transformă în adevărate gangrene totale a vulvei. În general vaginul este respectat.

## II. *Vulvita gangrenosă.*

Vulvita aftosă, de și se pôte termina prin gangrenă, totuși nu trebuie confundată cu o altă formă de vulvită gangrenosă, ce apare în special în urma febrei tifoide. În adevăr, pe când în vulvita aftosă gangrena rămâne ca o complicațiune, aci din contra constituie elementul principal și esența însăși a bólei. De aceea atât simptomele cât și mersul sunt cu totul diferite una de alta.

În vulvita aftosă, fenomenele generale aprópe lipsesc, și în orî-ce cas nu se manifestă de cât în momentul aparițiunei gangrenei ca complicație. În gangrena propriu ăisă a vulvei de natură tifică, fenomenele generale sunt de o intensitate fôrte mare, caracterisate prin febră intensă, limba uscată, prostrație și adinamie, etc. Pe lângă acesta, mersul are o tendință coplesitoare, căci mai adesea gangrena se întinde nu numai pe tóte părțile constitutive ale vulvei, dar coprinde și vaginul precum și întregul perineu. Din această cauză distrugerile devin colosale, iar repararea țesuturilor se face pe socotéla unor diformități fôrte mari, dând loc la atresia organelor genitale, la crearea de fistule, etc.

Acastă vulvită gangrenosă numită încă și *noma pudendi*, este deci de un prognostic fără comparație cu vulvita aftosă, căci se termină mai adesea prin mórte.

*Tratamentul* local constă în aplicarea de antiseptice și îngrijiri igienice, iar la interior administrare de tonice. Vom avea atențiunea atrasă asupra posibilităței de prezența zahărului în urină, căci fôrte adesea aceste gangrene ale vulvei sunt sub dependența diabetului.

## III. *Vulvita difterică.*

Acésta se deosibesc în totul de varietatea aftosă sau difteroidă, din cauză că aci nu mai e vorba de aspect, ci de legătura strînsă între această imflamațiune și microbul difteric. În adevăr, difteria vulvei este o afecțiune manifest secundară, în urma unei difterii a laringelui, sau a aplicării directe a agentului specific pe organele genitale. Bóla se manifestă prin aparițiunea de plăci albe, avênd o colorațiune cenușie și acoperite de o pseudo-membrană,

de desuptul cărora ridicându-le, găsim adevărate ulcerăriuni. Acéstă vulvită difterică are și dînsa un mers copleşitor, putându-se întinde pe tótă vulva și vagin.

În fine s'a observat și o altă formă de vulvită numită *disenterică*. Ea apare în urma disenteriei. Dînsa se atribue unei inoculațiunii directe a aceluiași microb aplicat asupra organelor genitale externe. Bóla e caracterisată prin aparițiunea unor cruste subțiri de o colóre galbenă cenușie, putând lăsa și ele în loc suprafețe ulcerate.

## Cap. VI. Afecțiunile neoplasice maligne ale vulvei.

S'a căutat a se da o descrițiune separată tutulor bólelor ce presintă un caracter malign, precum e tuberculosa, lupusul, epiteliomul, cancerul, etc. Astăđi însă s'a constatat prin examenele istologice și bacteriologice, că fie-care din aceste bóle pot în anumite perióde a desvoltăreii lor, să reproducă o afecțiune deja veche și care atrăsese atențiunea autorilor în special a lui Huguier. Dînsa e cunoscută sub numele de *esthiomen*, din *εσθίεν* = a mânca, a róde. În adevăr, fie-care din bólele mențiionate pot să ia acest caracter fagedenic și distructor, aducând nisce pierderi înspăimântătóre a organelor genitale, prin întinderea și adâncimea leziunilor ce produc.

Aceste leziuni ocupă în special regiunea vulvo-anală. Ca aspect general, bóla ni se presintă sub forma unor ulcerăriuni une-orí întinse mai mult la suprafață, alte dăđi mai mult în adâncimi, saú în fine ca adevărate ipertrofii, avënd tóte formele cele mai neregulate și stând pe o indurațiune fórte mare a țesuturilor. *Esthiomenul*, în mijlocul acestor distrugerii, se însoteșce de nisce scurgeri purulente murdare, ichoróse, iar tótă regiunea bolnavă e coprinsă de o colorațiune roșie violetă.

Cercetările moderne aú arătat după cum am spus, că acéstă afecțiune numită *esthiomen* nu este o bóla unică, ci o asociațiune de alte bóle de natură și etiologie cu totul separată—*esthiomenul mixt*. Ast-fel une-orí *esthiomenul* este datorit unor leziuni speciale cunoscute în *elefantiasis*; alte dăđi dînsul se datoresce leziunilor specifice ale tuberculosei saú lupusului, și în fine în unele casuri s'a văđut, că nu era vorba de cât de un epiteliom tubulat. Lucrul nu este imposibil după noi, ca nisce asemenea leziuni să fie provocate și în urma unui sifilis inveterat și neglijat.



Orî cum ar fi, s'a stabilit din punctul de vedere clinic, trei forme de esthiomen :

I. **Esthiomen eritematos.** Acéastă primă varietate sémănă mult cu lupusul eritematos al nasului său al feței. Vom avea deci o colorațiune roșie vinósă a părților din regiunea vulvo-anală, unde putem observa ușóre descuamațiuni, însoțite une-orî și de mâncărîmî. Alte dăți pe aceeași regiune putem observa mici ridicături mamelonate, mai mult sau mai puțin rotunde, păstrând colórea normală a tegumentelor. Acești mici tuberculi câte odată sunt fórte discreți, alte dăți ceva mai confluenți, fiind separați între dînșii prin porțiuni de tegumente cu totul sănátose. Mărimea acestor tuberculi, ce pot fi ca gămălia de ac sau bob de mazăre, sunt așezați sub piele întocmai ca nisce alice și mult timp rămân cu o consistență tare; mai târziu însă vîrful se ramolesce, crapă și dá nascere unor mici exulcerațiuni. Lucrul lăsat la mersul sêu, fie-care tubercul produce o ulcerațiune separată, sau reunite mai multe la un loc. Forma lor este circinată, avênd mărghinele neregulate, ca mâncate de șóreci. Adesea centrul acestor ulcerațiuni se cicatríséză pe când mărghinele se întind, probabil prin inoculațiune, dând nascere la noi suprafețe ulcerate. Acéastă formă se numesce:

II. **Esthiomen tuberculos sau serpiginos.** Nu începe îndoială că atât esthiomenul eritematos și tuberculos este sub dependința bacilului tuberculoșei, fie inoculat direct sau ca un resunet secundar al infecțiunei organismului.

În adevêr din descrierea și caracterele clinice, ni se arată evoluțiunea foliculilor tuberculoși, desvoltați pe tegumente sau mucóse: este aceeași leziune pe care o constatăm pe piele, pe limbă, buze și fața internă a obrazului, etc. De și nu avem probe convingătóre, credem însă că în unele casuri, sifilidele sau tuberculele cutanate sifilitice pot da nascere acelorași varietăți de esthiomen, căci și ele pot să ia, mai mult ca cele tuberculóse, caracterul de a da nascere unor suprafețe ulcerate numite serpiginoșe.

Orî cum ar fi, aceste două prime varietăți de esthiomen, sunt cele mai benigne posibile, în oposiție cu ultimele două ce au o gravitate din cele mai mari.

III. **Esthiomen perforant.** Acesta este caracterizat prin aceea că ulcerațiunile, în loc de a se întinde mai mult în superfiție și cu tendință la cicatrísare spontanată, din contra au un mers progresiv și iresistibil către adâncime. Acéastă ulcerațiune cu caracter fagedenic, se desvoltă de preferință pe mucósa buzelor mari și mici.

Dînsa se însoțese repede de o tumefacțiune dură a părților copleșite, cari prin crescerea lor de volum astupă intrarea organelor genitale, așa în cât pentru a descoperi ulceratiunea trebuie să depărtăm aceste părți tumefiate; și încă chiar atunci, cu multă greutate putem descoperi ulceratiunea, ce este cu totul profund situată. Forma această adesea este datorită unor ulceratiuni, de natură cancerosă. În orî ce cas distrugerile se fac de dinăuntru în afară, așa că la un moment dat întréga regiune vulvoanală este perforată, iar părțile de prin prejur mâncate; rezultatul este o vastă ulceratiune în formă de cloac, unde și părțile recto-vaginal este cu totul distrus.

**IV. Esthiomen cu forma ipertrofică.** Aci bóla se caracterisă printr'o crescere demăsurată de volum a părților genitale, putând copleși buzele mari, buzele mici, clitorisul, etc. Fenomenul caracteristic este o tãrie lemnosă a organelor, însoțindu-se ici co-lea și de alte ipertrofii secundare, unele mai neregulate ca altele. Forma această aparține mai mult elefantiasului, despre care am vorbit pe larg în volumul al II-lea.

**Diagnosticul.** În general e fôrte greu a arăta în mod precis care a nume bóla a dat nastere esthiomenului. Singurul examen istologic și bacteriologic ne póte ajuta întru ceva, de óre ce clinicesce lucrul e fôrte dificil. Vom căuta însă a ne reaminti posibilitatea unuî ulcer sifilitic fagedenic, saũ a unor leziuni secundare inveterate și neglijate.

Vom cerceta cu de amănuntul starea diatesică și antecedentele bolnavei, pentru a descoperi diatesa sa tuberculosă. Vom examina cu multă atențiune forma ulcerului și starea ganglionilor inguinali, cari cu atât vor fi prinși, cu cât ulceratiunea va fi de natură cancerosă. În casuri dubioase, nu este nici un inconvenient a întreprinde ca încercare un tratament antisifilitic, saũ antituberculos.

**Prognosticul** tot-d'a-una e grav, nu numai prin persistența și întinderea leziunilor, dar și prin aceea că în casuri chiar favorabile, vindecarea se obține pe socotéla unor diformități fôrte mari.

**Tratamentul.** În prima linie vom căuta a ne opune cu orîce preț la întinderea ulceratiunilor. Pentru această s'a avut recurs la tóte felurile de cauterisatiuni, ca paste de cloruri de zinc, potasă caustică, acid fenic concentrat, saũ injectiuni în jurul părților copleșite, etc. Dacă bănuim, saũ se demonstréază natura tuberculosă a esthiomenului, putem recurge la scarificatiuni, cari aũ dat destul de bune rezultate în tratamentul lupusului, constituind metóda lui Balmano-Squire vulgarisată în Franța de Vidal.

În cazuri de esthiomen canceros, tratamentul chirurgical devine mai dificil, de óre-ce vom fi obligați a ridica părți fórte întinse, plus estirparea de ganglionii pentru a preveni recidiva.

Când avem a face cu esthiomen ipertrofi c, metoda lui Huguier care constă în ablațiunea buzelor, dă cele mai bune rezultate. În cazul acesta vom lua precauțiuni contra emoragiei, asigurând emostasa, fie prin aplicare de pense lungi cu lame paralele puse, la basa tumorei — procedeu lui Cheron — sau după metoda noastră, aplicând prealabil puncte de suturi sub intrante.

Înainte și chiar după operație nu vom neglija tratamentul general, pe care îl vom institui conform diatesei ce am constatat sau bănuít.

Am avut un singur cas de esthiomen în spitalul Colțea, pe care l am operat, făcând ablațiunea complectă a buzei mari stângi, prin aplicare prealabilă de suturi sub intrante la baza organului. Resultatul a fost perfect, dar după un an bóla a recidivat.

## Cap. VII. Kraurosis vulvae.

După ce am trecut în revistă tóte procesele morbide ale vulvei, ne rămâne a dice câte-va cuvinte despre acéstă afecțiune fórte rară, pe care mărturisim nu am întâlnit-o nici o dată. De alt-fel o descripțiune clinică clară lipsește, tocmai din cauză că nu există în sciință de cât ici colea câte-va observațiuni.

Acest nume a fost dat de Breisky în 1885. Leziunile anatomice ca și sediul seú încá nu sunt bine determinate. După Lawson Tait — care susține că el cel d'întâiú care a observat acéstă bólă — leziunea ar consta într'o atrofie particulară a buzelor mici. Totul este limitat la mucósa feței interne a acestor organe, lăsând intacte buzele mari sau vaginul, și ne ridicându-se mai sus de vestibul.

Însuși Breisky caracteriséză bóla prin absența aparentă a buzelor mici, tegumentele trecând de la muntele Venus la meatul urinar, pe de desuptul clitorisului, fără să formeze replice de mucósa. Se observă câte o dată o bandă cicatricială pe linia mediană a vestibulului.

Martin în tratatul seú, descrie sub numele de Kraurosis Vulvae, o bólă cu totul specială a întregului tegument vulvar. Pielea și mucósa ce acopere buzele mari și buzele mici, perineul și orificiul vaginal, se atrofiază, se usucă; dînsa ia un aspect



alb sidefiu și se acopere de un strat gros de celule epidermice. Numărul foliculelor sebacee este micșorat, corpul papilar devine grăunțos, țesutul conjunctiv se sclerosază: pielea însăși se găsește întinsă, așa în cât e destul simpla presiune a degetului explorator, pentru a provoca rupturi profunde.

Dar iată mai în detaliu modul de aparițiune al acestei bóle după Lawson Tait: Dacă depărtăm buzele cele mici, constatăm pe mucósa lor două sau trei pete roșcate, a cărora colóre variază de la roșu cărămiziu la roșu purpuriu intens. Ele sunt extrem sensibile la pipăit, și mă ales dacă cusul este cronic, constatăm că ele sunt ușor ridicate d'asupra mucóseii normale. După cât-va timp aceste pete pot să dispară pentru a reapare aiurea, luând ast-fel caracterul serpiginos. In mod lent dar progresiv, tótă mucósa micilor buze este coplesită. Cu timpul, din cauza acestor retracțiunii cicatriciale, intrarea vaginului se strimtoréză așa de mult, în cât abia permite introducerea degetului, chiar dacă bolnava a avut mai mulți copii. Leziunea acestei misterioase afecțiuni, ar consta după cercetările microscopice ale lui Lawson Tait, într'o disparițiune aprópe complectă a tuturilor țesuturilor, în locurile coplesite de petele sus descrise. Numai câte-va fibre, dice acest autor, rămâne din tóte țesuturile. De aci rezultă că pereții capilarelor și epiteliul superficial, se găsesc aprópe fără nici o protecțiune. Orí ce urmă de țesut și de glandă a dispărut. Impregnațiunea cu clorur de aur a arătat de asemenea, că firele nervóse aflate pe lângă capilare sunt fără protecțiune. Aceste constatări microscopice adaogă autorul, sunt pe deplin suficiente a esplica cele trei caractere clinice ale bólei adică, *durerea cea mare, vascularitatea cu totul anormală a petelor cu tendința a sângera, și in fine contracțiunea saú mă bine dis retracțiunea tuturilor țesuturilor, grație persistenței fibrelor conjunctive.* In definitiv, bóla ar consta într'o atrofie progresivă a întregii mucóse.

Ultimele țesuturi atinse sunt capilarele și fibrele nervóse. Când acéstă atrofie și-a terminat evoluția sa, durerea încetează, roșata dispore. Dar atunci, din organele genitale nu ne rămâne ca mărturie de cât un orificiu vaginal așa de strimt, în cât ne vine greu a crede pe bolnave, spunându-ne că au făcut mai mulți copii. De alt-fel cercetările lui Breisky coroboréză cu cele precedente. Acest autor a găsit și dînsul că țesuturile afectate aveau o aparență cicatricială, iar că fibrele conjunctive erau reunite în fășii paralele, în loc de a avea aparența lor ondulată obicnuită.



Papilele sunt foarte inegale, mai toate mici; rețeaua lui Malpighi cu totul subțiată. Nu s'a putut descoperi nici o glandă sebacee și nu rămase de cât unele vestigiuri de glande sudoripare (Lawson Tait).

Dar leziunile pot să meargă mai departe. Clitorisul rămâne ascuns de tegumente, sau situat de desubtul unei mici depresiuni rotunde; mucósa de sub uretră poate să fie trasă și să formeze ca un fel de îndoitură transversală. Consecința acestei atrofii este o stenoză vestibulară. Ea dă naștere la fenomene vesicale, ca di-surie, etc., precum și la o friabilitate foarte mare a țesuturilor, nu numai în urma facerilor sau a coitului, dar chiar a unei simple explorațiunii cu degetul, după cum am arătat.

**Etiologia** acestei afecțiunii a rămas necunoscută. Este ade-vărat, că mai adesea s'a observat pe femei bătrîne. Alții susțin că fetele bătrîne nemăritate sunt mai mult expuse. Nu e însă nimic pozitiv, de óre-ce însuși Lawson Tait a observat un asemenea cas, pe o fată de 17 ani.

Eczema, blenoragia, sifilisul, etc. au fost pe rînd incriminate, dar fără probe suficiente. Tot acelaș lucru vom spune de fa-cerile dificile, accidentele puerperale, prezența zaharului în urină, etc., etc.

**Simptomele.** Bóla e caracterisată prin prezența de plăci albe sidefii foarte rezistente, cu suprafață uscată, iar une-orî umectată de o secrețiune tenace. Dar triada simptomatică constă în *durere*, *emoragie* și *coarctarea orificiului vulvar*. Mai cu sémă durerea, opuin-du-se la orî-ce apropiere sexuală, face ca bóla să se ia drept vagi-nism, pe când în realitate ne găsim în fața unei afecțiunii de o gravitate și tenacitate foarte mare.

**Diagnosticul.** În general nu e greú; în speță însă e foarte difi-cil. S'a discutat mult și s'a căutat mai ales de Peter, a se pune acésta bóla în acelaș grup cu leucoplasia, sclerodermia și elefan-tiasul arab.

Leucoplasia e caracterisată prin aparițiunea unor plăci albe și netede ce se depun în nivelul vulvei și a vaginului, în-toctmai precum lucrul se observă pe limbă și buze. Sclerodermia și elefantiasul au de asemenea puncte de contact cu kraurosis, mai ales la început. Abia microscopul dacă reușese a deosebi nuanțele fine ce există între ele. Un lucru însă trebuie știut, că leucoplasia aprópe la sigur e premergătorul cancerului, pe când kraurosis foarte rar degenerază în neoplasm. Cu toate acestea, iluziuni mari să nu avem, ci să fim foarte rezervați în pronostic.

**Tratamentul** nu e încă stabilit, de óre-ce mai nimic n'a putut să triumfe contra acestei bóla. Totuși Lawson Tait recomandă cauterisări cu acid fenic concentrat și aplicarea ferului roșiú; dar trebuie să avem o perseverență fóрте mare, de óre-ce bóla este eminanamente cronică.

### Cap. VIII. Despre vaginism.

Prin vaginism se înțelege imposibilitatea de a introduce în vagin vre-un corp strein. Ast-fel fiind, femeia atinsă de vaginism, devine cu totul incapabilă a răspunde datoriiilor sale conjugale. De aceia cu drept cuvânt se póte dice că, *vaginismul reprezintă închiderea fisiologică, a porței de intrare a penisului în vagin.*

Punem în adins cuvântul fisiologic, pentru a stabili de-odată casurile, când acéstă pórtă este închisă în mod patologic. Așa de exemplu, în casuri de tumorí mari aflate la intrarea vaginului, a unor vaste ulcerăriuni, a unei cicatrice diforme, a unei bóle inflamatorii acute, etc., etc., femeia se refúsă la actul coitului; saú chiar dacá s'ar supune, introducerea penisului nu e posibilă, din pricina volumului tumorii saú a durerilor. Acésta nu constituie vaginismul propriú díș; precum iarășí nu e vaginism, când introducerea penisului nu se póte face, din cauza unui viciú de conformațiune, ca absența vaginului, ermafrodism, etc.

Pentru ca să fie vaginism, se cere integritate perfectă a organelor genitale, saú cel mult nisce leziuni așa de minime în cât abia să póta fi apreciable vederei saú tactului. Orificiul vaginal în starea fisiologică nu este deschis. Acest lucru este asigurat prin elasticitatea și concursul sinergic al mușchilor perineului, constrictorul vaginului și ridicătorul anusului. Dar când acéstă stare fisiologică trece dincolo de limitele sale, atunci introducerea penisului, saú al orí-cărui corp strein devine imposibilă; vaginismul este constituit. Nu este destul însă nici atât. Pentru ca să avem vaginism, se cer neapărat două condițiuni indispensabile și anume: *o iperestesia exagerată a părților, și o contractură spasmodică a muschilor sus citați.* Acești doi factori dau ca rezultat *o durere* din cele mai atroce, de care e coprinsă femeia la cea mai mică atingere, durere care e singura și unica caúsă, ce nu permite absolut introducerea celui mai mic corp strein în vagin.

Cu acéstă ocașiune trebuie să menționăm încă un grup de cauze, carí fac practicarea coitului imposibilă. Așa, de și vaginul

permite introducerea penisului, totuși actul în sine nu se poate efectua, din cauza enormelor dureri ce produce, mai cu deosebire dacă organul de copulațiune are o lungime prea mare. Acesta se observă în afecțiunile acute inflamatorii ale uterului, în exudate vechi periuterine etc. Mai cu deosebire însă fenomenul e comun, în cazuri de salpingite cronice și ovarite sclerokistice, când aceste organe fiind căzute în cavitatea lui Douglas, formeză în fundul de sac posterior al vaginului tumori, însoțindu-se de nise dureri așa de exquisite, în cât cea mai mică atingere deșteptă suferințe sfâșiatore din partea bolnavei. În asemenea circumstanțe deci, coitul iarăși devine imposibil. Acesta însă nu este vaginism ci poartă numele de *dispareunie*.

Vaginismul a fost cunoscut chiar de la începutul acestui secol, începând cu Guillemot în 1828. Dar a fost magistral descris de Huguier, Dupuytren, Lisfranc, Scanzoni, etc., etc.

Sims însă în 1861, a făcut nise comunicări atât de interesante la societatea obstetricală din Londra, în cât descrierea observațiilor și autoritatea autorului, au produs un astfel de eco în lumea științifică, că mulți numesc și azi vaginismul *bola lui Sims*. Bernutz însă care s'a ocupat mult cu această chestiune și de la care am împrumutat multe puncte, dice că Sims a vulgarizat numai cunoscerea afecțiunii, arătând frecvența sa foarte mare, precum și greutatea curabilității sale, fără însă pentru acesta să aibă vre-un drept la descoperirea ei.

Am dis că în vaginism intră două elemente esențiale: iperestesia și contractura sau spasmul muscular. Aceste două elemente pot să existe în mod separat, sau amândouă de o dată; de aci trei varietăți de vaginism: *vaginism iperestestic*, *contractural* și *contracturo-iperestestic*.

1. **Vaginism iperestestic** este caracterizat printr'o sensibilitate așa de exagerată a părților cari constituie vulva, în cât ori ce atingere devine imposibilă, din cauza durerilor ce se provocă. Senzațiunea ce încercă femeile în acest moment, este întocmai analoagă cu aceea ce determină aplicarea pe țesuturi a unui fer roșiu, sau carbune aprins.

Starea iperestestică a organelor genitale e foarte capricioasă și recunoșce o mulțime de cauze; e destul cea mai neînsemnată fisură aședată pe cel mai mic teritoriū al mucósei, pentru a deveni punctul de plecare al unei asemenea iperestestii exagerate. Numai vorbim de cazuri de ulceratiuni mai întinse, de inflamațiuni acute ale vulvei în special blenoragice, de transformarea



lambourilor imenului său a caronculelor în mici tumori având caracterele nevrómelor, etc., etc.: în toate aceste cazuri, iperestesia se explică ușor, iar vaginismul va dispărea cu vindecarea lor. Adevăratul vaginism însă iperestestic este atunci, când fenomenul nu-l putem explica absolut prin nici o cauză apreciabilă. Și în adevăr, iată cum se petrec lucrurile: o tânără fată, care în tot-d'a-una s'a bucurat de o perfectă sănătate, și care nici-o-dată nu a avut nimic din partea organelor genitale, de o dată în séra nunței, dînsa, cu totă plăcerea ce ar avea de a se supune datoriilor conjugale, se găsește în absolută imposibilitate. La cea mai ușoră încercare de introducere a penisului, ea e coprinsă de nisece dureri exasperante, ce o fac să se revolte și să respingă cu forță și brutalitate pe iubitul său soț. Dînsul cedeză pentru moment; dar la a doua tentativă, aceeași desfășurare de fenomene dramatice. Și tot ast-fel se succed lucrurile în zilele următoare și chiar mai multe luni de a rîndul, până când deseserați și unul și altul, recurg la consultarea unui medic. Dar și acesta observă aceleași lucruri nu numai la încercarea de a introduce degetul, dar chiar la simpla explorațiune a părților genitale.

Este absolut imposibil introducerea în vagin chiar a unui creion, sau cel mai subțire instrument imaginabil. Nici însuși explorarea părților pentru a descoperi cauza, nu este cu puțință.

Acesta este vaginismul iperestestic în totă splendórea lui. Sunt însă alte vaginisme mai puțin feroce, așa că după 2—3 tentative infructuóse, totuși se reușește la intromisiunea penisului și deci a săvârșirei actului conjugal. Un alt fapt considerat de autori ca bizar este vaginismul iperestestic, care se declară numai când voim a introduce un deget explorator, pe când introducerea penisului este permisă. (!)

Probabil în acest cas, escitațiunea sexuală predomină impresiunea dureróasă făcînd-o chiar să dispară (Auvard).

Trebue să scim că acest vaginism iperestestic nu se observă numai la virgine ci chiar la femeii deja măritate. Ast-fel Lorain, citat de Bernutz, povestese că o femeie măritată pentru a doua óră, a fost coprinsă de vaginism, de și dînsa nu fusese afectată de această bólă în prima sa căsătorie. Depaul spune și dînsul că a observat o femeie, care a fost coprinsă de vaginism în urma unei faceri. Aceste cazuri însă nu numai că sunt rari, dar chiar când se observă sunt trecătoare și nu așa de violente ca primele.

**II. Vaginism contractual.** Acastă varietate rezultă dintr'o con-



tracțiune spasmodică în special a două mușchi: *constrictorul vaginului și ridicătorul anusului*.

În ce privește primul mușchi, lesne ne putem explica astuparea orificiului vaginal prin contracțiunea sa forte și permanentă, căci dînsul formeză un adevărat sfincter. Am avea aci deci o acțiune directă. Cât pentru mușchiul ridicător al anusului, acțiunea sa este mai mult indirectă. În adevăr unele fășii din acest mușchi, în afară de acelea din jurul anusului, se inserază și pe părțile laterale ale vaginului. Deci acest mușchi de și nu constituie un adevărat sfincter ca cel constrictor, totuși intrînd într'o contracțiune spasmodică, dînsul ridică înainte anusul și peretele posterior al vaginului, apropiind în același timp pereții săi laterali; dar cu acésta el micșorează diametrul vaginului, putînd chiar să-l obstrueze în mod complet. Ambii acești mușchi numiți înecă și *custozii vaginului*, pot da naștere unui vaginism contractual, fie în mod izolat sau intrînd în acțiune ambi de o dată. De aci două sub-varietăți: *vaginism contractual inferior*, când e în joc numai constrictorul vaginului și *vaginism contractual superior*, când se datorește ridicătorului anusului.

În cazul când ambi mușchi se contracteză în același timp, atunci avem *vaginism contractual complet*.

Forma acésta de vaginism când e pură, e mai puțin alarmantă ca cea iperestestică.

O contracțiune moderată a acestor mușchi e chiar necesară pentru mărirea plăcerilor sexuale, și constituie o calitate din cele mai prețioase căutată de bărbat. Dînsa formeză ceia ce se numește *casse noisette*. Faptul se observă foarte rar ca acésta calitate să fie împinsă la esces. În acest cas, după introducerea penisului și chiar după săvârșirea ejaculațiunii, acești mușchi intră într'o contracțiune așa de spasmodică, în cât strînge penisul, împiedicându-l de a mai ieși, făcându-l prizonier (*penis captivus*, nume dat de Hildebrand). Fenomenul însă se observă numai la speța canină, constituind încârligarea.

**III. Vaginism contracturo-iperestestic** rezultă din reunirea primelor două elemente, adică iperestesia vulvară și contractura musculară.

**Simptomele.** Am putea dice, că propriu vorbind, vaginismul nu are nici un simptom, căci bolnava nu suferă de nimic și nu manifestă prezența bôlei de cât în momentul tentativelor de coit. Foarte rar se întîmplă ca femeia, în afară de acest act, să se plîngă de óre-care fenomene spontanate. Sunt în adevăr unele bolnave

cară aŭ o senzațiune de greutate, de prezența unui corp străin ce ar dori sa-l expulzeze. Altele sunt coprinse de o mâncărime a organelor genitale, sau de necesități frecvente de a urina. La unele din ele, toate aceste fenomene cresc în acuitate în timpul perioadei menstruale; la altele din contra, aparițiunea menstruelor determină o remisiune a simptomelor. Dar încă odată repetăm, vaginismul rămâne cu totul latent până în momentul explorării organelor genitale, sau a apropiierilor sexuale.

Am arătat deja cum ni se presintă femeia când e atinsă numai de vaginism iperestestic. Totul se resumă în imposibilitatea de a putea ajunge nu numai la intromisiunea penisului sau a degetului, dar chiar la introducerea celui mai subțire corp străin, ca de exemplu un stilet. Mai mult, în vaginismul iperestestic exagerat, nici chiar inspecțiunea organelor genitale nu e cu putință căci la cea mai ușoară atingere, femeia exprimă o durere așa de mare, în cât cu o iuțială ca de fulger se ridică în picioare și părăsind masa sau patul de examinat.

Scena devine și mai dramatică când vaginismul e contractual. În acest caz durerea este imediat urmată de o contractură musculară așa de intensă, că închide complect orificiul vulvar, ne mai fiind posibil introducerea degetului sau a altui instrument explorator. Uneori această contractură e limitată numai la inelul vulvar; alte dăți însă se întinde și la organele din prejur ca uretră, rect, perineu, etc. În fine cazul cel mai exagerat este când spasmul muschiular coprinde grupuri de mușchi foarte depărtați de regiunea bolnavă, așa că femeia în timpul explorațiunei ia o pozițiune analogă ca și cum ar fi coprinsă de tetanos. În adevăr, în această formă înaintată de vaginism, în momentul când ne apropiem pentru a procede la examinarea femeii, vedem că figura sa ia o expresiune de spaimă și o frică profundă. Abia suntem la începutul explorațiunei, și femeia de o dată e coprinsă de o înțepenelă a trunchiului făcând-o să se încovoie înapoi. Gambele se flexază pe cõpse iar acestea pe basin, și în același timp mușchii adductori și cuturierii (custodes virginitates) contractându-se în mod spasmodic, apropie membrele inferioare unele de altele, mergând până a le încrucișa în mod complect.

Lesne ne închipuim cum o asemenea pozițiune luată de bolnavă, e în afară de or ce încercare exploratorie fie ea chiar cea mai superficială. Dacă așteptăm puțin, putem observa o slăbire musculară, în care timp femeia în relaxare se lasă a i se depărta cõpsele și a procede la explorațiune. Dar imediat ce s'aŭ atins

organele genitale, aceleași fenomene se reproduc, une ori cu o violență mult mai mare, însoțindu-se și de o escitațiune generală. Adesea femeea p $\acute{o}$ te s $\acute{a}$  cad $\acute{a}$  chiar în sincopă, lucru de care chirurgul p $\acute{o}$ te profita spre a o examina, aflată acum într'o stare quasi-cloroformică.

În cazul de vaginism iperestesico-contractural, simptomele se combină cu fie care din acelea ce aparțin primelor două varietăți.

**Etiologia.** Nu există leziune cât de mică situată pe sfera organelor genitale externe și interne, care să nu fi fost considerată ca punctul de plecare al acestei afecțiuni așa de curioase. S'a susținut chiar că leziuni a organelor vecine vulvei și vaginului, încă pot da naștere la asemenea fenomene. Richet a arătat un cas foarte important unde vaginismul era datorit prezenței un pesar. S'a încriminat deci pe rând toate fisurile și ulceratiunile vulvei; cele mai mici escoriațiuni precum și cele mai anodine inflamațiuni ale mucóseii, fără a mai menționa inflamațiuni franc acute și în special cele blenoragice. T $\acute{o}$ te acestea a $\acute{u}$  fost bine demonstrate ca fiind cauza bólei, de óre-ce tratându-le, s'a obținut vindecarea vaginismului. Ast-fel Sims a obținut vindecarea vaginismului prin ablațiunea unui mic tubercul mucos iperestesiast; sa $\acute{u}$  a cauterisării metodice a fisurii orificiului vaginal, ca într'o observațiune dată de Demarçay. Tot așa e și cazul lui Broca, care s'a mărginit pur și simplu a face nișce cauterisațiuni revulsive pe mucósa îngroșată, și a obținut disparițiunea vaginismului. Sunt alte casuri unde o îngroșare a imenului sa $\acute{u}$  o stare iperestestică specială mai ales a feței sale anteriore p $\acute{o}$ te fi punctul de plecare al vaginismului. Am arătat deja la afecțiunile acestei membrane cum rupturile imeneale sa $\acute{u}$  caronculele mirtiforme pot da naștere la lambouri iperestestice, sa $\acute{u}$  mici tumori av $\acute{e}$ nd t $\acute{o}$ te caracterele unor nevrome. Winekel susține îngroșarea stromc $\acute{i}$  imemului cu proliferarea papilelor. S'a observat că unele ulceratiuni ale g $\acute{a}$ tului uterului pot fără exagerare s $\acute{a}$  dea naștere vaginismului. Cu același titlu putem num $\acute{e}$ ra inflamațiuni uterului și mai ales leziunile ovarului și ale trompelor.

Printre organele vecine put $\acute{a}$ nd da naștere vaginismului, vom num $\acute{e}$ ra uretritele cronice, polipii acestui organ, precum și fisurile și erosiunile sale. Fritch cit $\acute{e}$ z $\acute{a}$  un cas unde un polip pediculat ascuns în uretră, produsese t $\acute{o$ te simptomele vaginismului, care imediat a încetat și vindecarea s'a obținut, dup $\acute{a}$ -ce s'a



practicat ablațiunea polipului. În fine s'a constatat că ulcerațiunile, fisurile și rupturile perineului, afecțiunile bășiceii și ale anusului, emoroidale, etc., pot fi punctul de plecare a unei contracțiuni dureroase a vaginului și deci a vaginismului.

Trebue să menționăm în fine unele conformațiuni speciale ale vulvei, cari ar fi după unii autori cauza determinantă a vaginismului. Ast-fel une-orî vulva este prea mult anterioră, adică se sprijină mai mult pe pubis, așa precum se observă în special la țigance. Eu am avut un cas tip de această dispozițiune la o boemiană, a cărei vulvă era în adevăr pusă pe os. În asemenea circumstanțe, simfisa formeză un fel de bară pusă înaintea vulvei și deci împiedică intromisiunea penisului, de unde escitațiunea femeii saū vaginismul. Acesta constituie ceea ce se numește *ante-pozițiune a vulvei*, invers cu aceia ce vom descri formând *retro-pozițiune*. În adevăr alte dăți dispozițiunea e cu totul inversă: adică vulva e lăsată mult mai jos. În acest cas, clitorisul aflându-se pe un plan mai inferior ca cel normal, penisul îl isbesce în momentul coitului, de unde o escitabilitate escesivă a femeii producând vaginismul. În fine dispozițiunea părților este ast-fel, în cât orificiul uretral este pus în bătaia penisului, ceia-ce iarăși dă nascere unei escitațiuni exagerate. Ba încă în acest din urmă cas se pôte întâmpla că meatul, cu timpul să se dilate așa de mult în cât să cedeze și să permită introducerea penisului, de unde o copulațiune uretrală. De alt-fel faptul nu e imposibil, de ôre-ce în casuri de oclusiuni ale vaginului fie accidentale saū chirurgicale, făcute contra fistulelor vesico-vaginale incurabile, femeia a putut rămâne gravidă.

Dar dacă în tôte aceste circumstanțe s'a putut stabili legătura între cauză și efect, și a permis multor autori și în special lui Courty, să susțină că vaginismul nu trebue considerat ca o entitate morbidă și de sine stătătoare, ci ca efectul unor leziuni concrete, nu este mai puțin adevărat că de multe orî și putem dice în majoritatea casurilor, chiar prin examenul cel mai minuțios, bolnava fiind cloroformizată, nu se pôte descoperi nici cea mai mică leziune apreciabilă, cu tótă marea bună voință ce am depune: și totuși vaginismul există.

Cum ne explicăm faptul?

S'a observat că această afecțiune se întâlnește fôrte rar în clientela spitalicéscă. Dînsa se constată mai mult în clasa bogată a societăței de cât la femeile sărace. Causa ar fi că există o disproporțiune de etate între bărbat și femei, și că debilitatea



genesică a bărbatului, are o influență considerabilă în dezvoltarea vaginismului la femei. În acest caz femeia este simplu excitată, fără a vedea îndeplinindu-se plăcerea sa iresistibilă. Dar lucrul nu este pe deplin demonstrat, și deci nu se poate aplica la toate cazurile. Nu este însă mai puțin adevărat că o femeie, având elementul nervos foarte dezvoltat, poate să intre într-o iperestezie vaginală exagerată, în momentul unei simple gâdilituri fără efect.

S'a susținut iarăși că vaginismul este direct sub dependența manifestațiilor de isterie. În adevăr, în afară de oricare disproporțiune de etate între bărbat și femeie, în afară de oricare leziune apreciabilă și în fine chiar după vindecarea acestora dacă ar fi existat, totuși vaginismul apare sau persistă.

De sigur sunt multe bolnave care pot intra în acest grup; dar sunt alte cazuri unde putem întâlni femei atinse de vaginism, fără să fie câtuși de puțin isterice.

Gosselin a incriminat o sensibilitate particulară a imenului. El a observat la unele virgine, chiar în starea normală, o iperestezie a acestei membrane, în afară de actul coitului.

În fine sunt autori care admit o nevralgie a nervilor vulvei, în special a ramurilor din nervul rușinos extern; alții atribue această unor adevărate nevrome. În sprijinul ideii unei stări nevralgice a bolnavei ce ar determina vaginismul, este că această afecțiune nu se manifestă numai sub influența unei sensibilități locale a nervilor, dar e sub dependența unei nevrose generale. Și drept probă este că iperestezia nu rămâne localizată numai la regiunea vulvară, ci găsim puncte dureroase și în alte părți ale corpului. Ast-fel s'a observat puncte dureroase între a 7-a și a 8-a vertebră dorsală. Beigel din partea sa, a citat un caz de nevralgie vulvo-vaginală la o femeie, care nu prezentase nici odată turburări isterice. În fine s'a incriminat în unele cazuri saturnismul.

Din acest lung capitol vedem că, e foarte greu a admite o cauză unică a vaginismului. De sigur, în imensa majoritate a cazurilor, tot-d'a-una vom descoperi o leziune a organelor genitale, fie ea chiar cât de minimă. Această ar forma *vaginismul simptomatic*, cel mai ușor de explicat.

Cât pentru *vaginismul idiopatic*, explicațiunea e mult mai dificilă, neputându-se invoca nici starea de isterie a bolnavei, precum nici contractura spasmodică esențială, fie a muschilor custozi ai vaginului sau ai perineului. Și proba cea mai evidentă este, că nu tot-d'a-una se constată starea de isterism a femeii coprinsă de vaginism; iar pe de altă parte, că această afecțiune se poate des-

volta chiar și în urma unui acușment, unde dilatațiunea tuturilor mușchilor este împinsă la esces, și totuși vaginismul reapare său persistă.

**Diagnosticul, prognosticul și tratamentul.** Diagnosticul nu presintă absolut nici o dificultate. El se impune de la sine prin simptomatologia cu totul clasică și specială. Singurul lucru ce trebuie să afirmăm, este a determina varietatea de vaginism cu care avem a face. Pentru acésta ne vom baza pe fenomenele ce ni se presintă. În vaginismul iperestesic, cea mai mică atingere, și chiar inspecțiunea simplă a organelor genitale, devine punctul de plecare al unei dureri imposibil de suportat pentru bolnavă, și deci refuzul său la orice explorațiune.

În vaginismul contractural pur, atingerea mucóseï vulvare nu dă nascere nici unui fenomen; tótă scena se desvoltă atunci când voim a introduce degetul în vagin; atunci muschii constrictori intră într'o repede contractiune și determină dureri bolnaveï, ce refuză ferm de a ne permite mai departe explorațiunea. Aci iarăși vom căuta a ne da séma, dacă acéstă stare este datorită unei contracturi spasmodice a muschiului constrictor ce constituie inelul vulvo-vaginal, saü muschiului ridicător al anusului. Cu acésta vom stabili vaginismul contractural inferior saü superior. În fine când se va constata fenomene de iperestesie și contractură, vom spune că ne aflăm în fața unui vaginism mixt adică iperestesico-contractural.

După ce ast-fel am determinat varietatea vaginismului, trebuie să examinăm cu multă atențiune a descoperi cauza sub a căreia acțiune el există. Vom cerceta mucósa vulvară, caracterele imenului, lambourile imeniale saü caroncule mirtiforme; organele vecine ca meatul urinar, anusul, perineul; în fine conformațiunea organelor genitale de ante saü retro pozițiune a vulveï, etc.

Iar când din cauza exagerării fenomenelor nu putem face un examen complet, vom recurge la somnul cloroformic. Atunci în tótă libertatea, ne vom da séma în complectă liniște de tóte detaliile organelor genitale externe și interne. Introducând degetul în vagin, vom explora bine acest organ, mergând până la gâtul uterului.

Se citeză casurî în cari vaginismul ținea la prezența unui pesar uitat de mult timp în vagin. Prin examenul combinat vom explora în detaliu uterul ca și anexele, căutând a ne convinge de statica acestor organe, de mobilitatea saü aderența lor, etc., etc. Când dară în urma unui asemenea examen, pe cât posibil de

complect, nu vom găsi nici o cauză apreciabilă ca fiind punctul de plecare al vaginismului, vom fi forțați a conchide la o stare nevropată a pacientei ca isteria, nevralgiu a nervilor rușinoși, moravuri lascive, sau o disproporțiune de etate între cei căsătoriți.

**Prognosticul.** Vaginismul nu este grav prin el însuși, cât prin consecințe de altă natură la cari dă naștere. Vaginismul simptomatic al unei leziuni se vindecă cu disparițiunea acesteia. Vaginismul idiopatic, pentru esplicarea căruia nu găsim nici o cauză bine-cuvântată, e mai rebel. Totuși s'a observat casuri de vindecare spontanată, mai ales când avem a face cu forme atenuate. Aci prin încercări des repetate, se reușește în fine îndeplinirea actului conjugal prin intromisiunea penisului. Casurile cele mai grave sunt acelea, unde vaginismul e de o tenacitate escepțională.

În adevăr une-ori de și coitul s'a putut odată efectua, dar la fie-care nouă încercare, fenomenele în loc să fi dispărut sau micșorat, din contra persistă ca și la început. Același lucru îl observăm chiar când practicăm dilatațiunea orificiului vulvo-vaginal sub cloroform și cu ajutorul speculului: iperestesia și contractura reapare imediat, sau după câte-va zile de la operație. În fine cazul și mai deseserant e când și după acușment afecțiunea încă persistă sau reapare.

Vaginismul este grav și din alte puncte de vedere. Acéstă afecțiune fiind un obstacol la îndeplinirea actelor conjugale, este în același timp și o cauză principală a sterilităței. Cu privire la acest punct însă, noi scim că fecondațiunea e posibilă chiar fără un coit complect. E destul ejacularea pe intrarea vulvei sau chiar pe cõpse, pentru ca fecondațiunea să se facă, grație migrărei spermatozoizilor în vagin și de aci în uter. S'a dis că la Romani, unde femeile împreună cu bărbații luau bae în același basin, multe din ele și unele chiar virgine, rămâneau însărcinate. Bărbații excitați ejaculau, iar spermatozoizii peregrinau și ajungeau ca printr'un fel de atracțiune până la vulvele femeilor, pe care apoi le fecondau !

Deci din punctul de vedere al sterilităței, vaginismul nu ar fi tocmai o cauză permanentă și definitivă. Dar dacă fecondațiunea e posibilă, acéstă însă nu satisface pe nenorocitul bărbat, care tot-d'ă-una e împedecat la satisfacerea dorințelor sale, sau nu ajunge aci de cât pe socotéla unor scene adevérat dramatice. De aci rezultă certuri conjugale și în definitiv separațiune de corp.

În fine femeii atinse de vaginism rebel, încep a fi afectate în mo-



ralul lor, ceia ce face că cu timpul organismul slăbește, starea de nervositate crește, și totul se termină printr'un adevărat marasm, ce poate degenera chiar într'o tuberculosă generalisată, sau diferite manii, mergând până la alienațiune mintală.

Pentru a termina cu prognosticul, trebuie să fim atenți că atunci când cu tot vaginismul femeia a devenit gravidă, să ne așteptăm la avorturi, sau în momentul facerii la distocii, mai ales dacă vaginismul aparține varietății contracturale. În acest cas spasmul muscular devine așa de mare în cât nu permite ieșirea fetei.

**Tratamentul.** — Avem un *tratament general* contra vaginismului, pe care tot-d'a-una trebuie să-l încercăm, înainte de a întreprinde o operație de oricare natură ar fi. Acest tratament e mai ales indicat, când prin toate mijloacele de explorațiune n'am găsit nici o cauză apreciabilă pentru esplicarea afecțiunii. În acest cas, primul lucru va consta a recomanda abstențiunea de raporturi sexuale. În urmă vom recurge la bromurul de potasiu dat în doze destul de mari, mai ales dacă femeia va fi nevropată. Alte dați vom recomanda hidroterapia, diferitele reconstituante ca arsenicul, ferul, etc. și în special voiajurile și distracțiunile. Trebuie însă recunoscut că după opiniunea multora, această terapeutică este ineficace nedând nici un folos practic. Atunci vom recurge la tratamentul local, ce constă în aplicare de narcotice pe părțile genitale, ca unguente beladonate, cocainisate, etc., etc. Aplicațiunea acestor medicamente, cu o jumătate de oră sau o oră înainte de coit, poate anestesia părțile și a permite intromisiunea penisului.

Când acest mijloc nu reușește, recurgem la dilatațiunea vulvei, după ce prealabil am cloroformisat bolnava. Dilatațiunea se face sau lent și gradat prin ajutorul degetelor, ori cu bugiile lui Hegar; sau brusc cu ajutorul speculului. Acest ultim procedeu e mai de preferat, căci prin el obținem o dilatare la maximum, nu numai a muschilor constrictori ai vaginului, dar chiar și a muschilor perineului — căci mulți pun în cauză ca factor al vaginismului și contractiunea spasmodică a muschiului transvers superficial al perineului. Rămâne bine înțeles că în acest moment femeia chiar virgină fiind, acum se defloarează în mod artificial. Sunt cazuri desperante, ce și prin această dilatațiune forțată, totuși vaginismul nu dispăre. Intre alte multe observațiuni există și aceea a lui Tillaux. Acest autor spune că în urma unor mai multe asemenea încercări, vaginismul încă persistând, soții au fost nevoiți să se separe, convinși fiind că nu mai e nimic de făcut.



Ca ultimă resursă avem *operațiunile sângerânde*. Aci în primul loc recurgem la excisiunea imenului dacă există, sau a caronculelor sale dacă se constată iperestesiaste. Găsim în Dührssen următorul procedeu al lui Winckel: se apucă imenul cu o pensă dințată pe un punct vecin cu uretra și îl excisăm sub forma unei bandetele cu bisturiul său fórfecele. Dacă imenul se întinde pe uretră, excisăm și marginea orificiului uretral. Vom fi preveniți ca ridicarea imenului să fie complectă, căci alt-fel nu obținem vindecarea. Proba e un cas al lui Sims, unde a fost nevoit să facă o nouă operație, pentru a ridica un mic fragument ce lăsase la prima intervenție; numai ast-fel bolnava s'a vindecat.

Iar când asemenea lucru nu există, atunci practicăm operațiunea lui Sims ce constă în următoarele puncte: Cu două degete de la mâna stângă dilatăm la maximum orificiul vaginal. De la fie care parte a liniei mediane tragem câte o incisiune de sus în jos și de dinăuntru în afară dirigindu-se către furculiță, formând ast-fel ambele incisiuni un **V**; adâncimea și lungimea acestor râmuri e destul de convenabilă și în raport cu grosimea părților. De la cõda lui **V** putem după casuri să tragem o altă incisiune în jos către rafeu, ceea-ce dă forma unui **Y**. După această dilatăm din nou și menținem dilatațiunea câte-va zile, prin ajutorul unor buji, tifon iodoformat, etc., pentru a împedica re-unirea incisiunilor.

După Sims, aceste incisiuni secționéză muschii constrictorii. După alții în special Tillaux, ar fi vorba de secțiunea râmurilor nervului rușinos intern, a cărnia iritabilitate particulară nu se suprimă de cât prin această nevrotomie. Toți autorii sunt de acord că în casuri extrem rebele, nu e alt de făcut de cât această operațiune. Trebuie însă să scim, că cu persistența, putem înlătura această operațiune, rămâind numai la aplicarea mijlõcelor blânde ca dilatațiã, etc.

## CHESTIONAR

- Bólele planului al II-lea al vulvei.** — Considerațiuni anatomice asupra clitorisului; prepuțului, buzelor mici și furculiței. Bólele rari și fără importanță specială a acestor organe. Iperetrofia congenitală a clitorisului. Observația lui Lawson Tait. Iperetrofia dobândită. Observația autorului. Opiniunea lui Backer-Brown relativ la legătura între epilepsie și clitoris. Discuțiuni . . . . . Pag. 101—110
- Bólele planului al III-lea al vulvei.** — Considerațiuni asupra vestibulului, meatul urinar cu tuberculul și imenul. Deducțiuni practice. Diferite forme de imen. Consecințe. Kiștii vestibulului, patogenie. Kiștii imenului, patogenie. Bólele meatului urinar, inflamație. Tumorile meatului: ipertrofice, glandulare, vasculare, papilare și conjunctive. Caractere și modul de evoluțiune. Cause. Simptome. Caracterele principale. Diagnosticul, tratamentul, diferite procedee. Uretrotomia . . . . . „ 110—132
- Vulvite. Considerațiuni generale. Divisiunea: vulvită mucosă, mucipară, bartholinită și vulvită aftosă și gangrenosă. Vulvite proto-patice și devteropatice Vulvite specifice și nespecifice. Rolul gonococului. Caracterele fie-căreia din varietățile menționate . . . . . „ 132—148
- Bólele neoplasmice ale vulvei. Esthiomenul, varietăți. Considerațiuni generale, esthiomen eritematos, serpiginos, perforant și ipertrof. Caractere, tratament . . . . . „ 148—151
- Kraurosis vulvae. Caractere. Istoric, Breisky, Lawson Tait și Martin. Simptome. Diagnosticul diferențial cu leucoplasia . . . . . „ 151—154
- Vaginism. Definiție, caractere, istoric. Divisiune: vaginism iperestestic, contractural și contracturo-iperestestic. Modul manifestării, simptome. Diferite opinii asupra etiologiei. Consecințele. Tratamentul general, local și chirurgical. Escisiunea imenului Winckel). Operațiunea lui Sims . . . . . „ 154—166

## PARTEA II

### AFECTIUNILE CANALULUI VAGINAL

Vaginul este considerat ca un conduct musculo-membranos, ce se întinde de la vulvă până la uter. El este aşezat în escavaţiunea basinului, d'asupra rectului, dedesubtul băşiceii şi a uretrei. În starea de vacuitate a băşiceii, axa vaginului formeză cu aceea a uterului un unghiū drept, pe când în starea de repleţiune, unghiul e optus, deschiderea privind înainte (Sappey). S'a descris vaginul ca un tub uşor recurbat. Resultă însă, Ńice Sinyety, că prin tăeturi practicate pe cadavre congelate, direcţiunea vaginului este mai mult rectilină.

După Tillaux, când femeia stă în picióre, direcţiunea vaginului se apropie de verticală. În această atitudine uterul tinde să se cobóre, iar vaginul se scurtéză. Faptul se utilizéză în practică, atunci când vaginul fiind prea lung, gâtul uterului este greu de atins. Dacă decī femeia se examinéză în această poziţiune, explorarea uterului devine mult mai uşoră ca în cazul unei examinări obicīnuite.

O altă particularitate ce ne oferă vaginul, după poziţia ce se dă femeii, este dacă punem sub şedutul său una sau două perne. Prin această, ridicând basinul, întregul perete anterior sau vesico-vaginal ni se presintă în tótă suprafaţa sa, ceea ce-l face foarte accesibil orī-cărei acţiuni chirurgicale. Pentru această, în operaţiunile fistulelor vesico-vaginale, se preferă poziţiunea indicată, fiind mult mai superióră ca aceea pe cote orī genunchi consiliată de Bozemann, sau aceea pe latura stângă recomandată de Sims.

Iarăși trebuie să știm că pereții vaginali, exceptând cele două extremități ale sale, sunt turtiți și imediat în contact unul cu altul, așa că vaginul reprezintă o cavitate virtuală. Este lesne, țice Sinety, a ne asigura de acesta, examinând o tăetură transversală a vaginului. Dînsa ne va reprezenta, la femeea adultă, o figură compusă din două linii paralele laterale, și reunite printr'o spintecătură transversală curbă, a cărei concavitate privesce în-napoi (veți fig. 16).

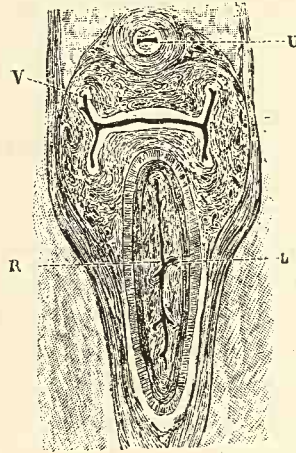


Fig. 16. Secțiune transversală a vaginului.

U. Uretra. — V. Vaginul. — R. Rectul. — L. Muschiul ridicător al anusului.

Grație acestei dispozițiuni, secrețiunile uterului pot să se acumuleze în partea superioară a vaginului, în tocmai ca într'un sac, de unde nu vor putea ieși de cât atunci, când cantitatea lor reușese a învinge această lipire a pereților.

Invers, dacă facem o simplă irigațiune în nivelul vulvei, liquidul nu pôte străbate în vagin, dacă acest organ nu e preabil dilatat.

Lungimea vaginului în termen mediu este de 7—8 c. m., iar după Sappey, de 10 c. m. Păretele anterior însă tot-d'a-una este cu 1 sau 2 c. m. mai scurt ca cel posterior. Probă avem că examinând femeia cu degetul, tot-d'a-una ajungem foarte ușor la buza anterioară a colului; pe când pentru explorarea buzei posterioare trebuie să împingem degetul mai cu putere, deprimând



perineul. Une-orî suntem siliți a pune chiar un ajutor să împingă înainte mâna exploratorie, făcând să înainteze cotul. Lărgimea vaginului variază după stările individuale, după obiceiuri și gravidațiile anteriore. La femeele virgine, calibrul vaginului e foarte mic; el crește din ce în ce mai mult la acelea date la un esces de coit, sau la femei cari au făcut mulți copii. În orî-ce cas, vaginul e susceptibil a lua un calibru foarte mare. Proba cea mai evidentă de lărgimea sa, este în momentul expulsiei fœtului, precum și în cantitatea enormă de tampone ce putem introduce în vagin pentru a opri emoragiile uterine. Pajot, în lecțiunile sale, dedea ca măsură a capacității vaginului o pălărie plină cu tampone.

Vaginul presintă de studiat un părete anterior, unul posterior, doi păreți laterali, o extremitate superioară și una inferioară. Păretele anterior este în raport înapoi cu fundul bășiceii. Între ele există un țesut conjunctiv puțin dens. De aci rezultă că aceste organe se pot ușor deslipi unele de altele. Și în adevăr, în cazul de prolaps al bășiceii, acesta poate să alunecă înainte, să împingă păretele vaginal, să iasă dincolo de inelul vulvar, și să constituie ceia ce se numește cistocelul vaginal. Prin porțiunea sa anterioară și mediană, păretele anterior al vaginului este intim unit cu uretra și chiar cu fața anterioară a bășiceii, formând despărțitorea vesico-vaginală, ce are o grosime de 7—8 m. m.

Din raporturile sus citate reese, că putem foarte bine explora bășica prin păretele anterior al vaginului, simțind diferiți corpi străini ce dînsa ar conține. O altă consecință a situației acestui părete este și următoarea: dînsul fiind în contact intim cu simfisa pubienă, face că în casuri de prezența unui corp străin voluminos în vagin, acest părete fiind cu violență presat pe arcada ososă, să se pôtă sfacela. De alt-fel acesta e și mecanismul admis de toți autorii, pentru explicarea fistulelor vesico-vaginale. În adevăr, capul fœtului angajat în vagin apasă toate părțile acestui organ. Dar păretele său posterior alunecă ușor pe rect; și în plus, grație unei ôre-care mobilități a cocic-sului, dînsul scapă de presiune. Atunci tótă puterea fœtului se dirige către păretele anterior, care fiind puternic apăsat pe simfisa pubienă, circulațiunea se intrerupe într'un anume punct. La 2—3 zile de la facere, un sfacel se declară. După deslipirea sa, rămâne un orificiu ce pune în comunicațiune bășica cu vaginul. Dar tocmai acest lucru constituie fistulele vesico-vaginale. Vom reveni.

**Păretele posterior al vaginului.** Acesta este, după cum am arătat, ceva mai lung ca cel anterior. Dînsul e în raport intim cu fața anterioră a rectului, prin mijlocul unui țesut conjunctiv destul de lax, permițînd de a aluneca foarte ușor unul pe altul. Acest țesut de unire între vagin și rect se numește *despărțitorea recto-vaginală*. Dar din cauza laxității țesutului interpus între vagin și rect, rezultă că aceste organe, în deplasările lor, nu se urmăză în mod inevitabil unul pe altul. Deci putem avea o prolabare complectă a uterului cu inversiune totală a vaginului, fără ca rectul să sufere aprópe de loc, sau cel mult o deplasare din cele mai ușóre. La rîndul sêu, prolapsul rectului nu atrage după sine un prolaps al pãretelui posterior al vaginului. Se întîmplă însă ca rectul să apese pe pãretele posterior al vaginului și să formeze în interiorul acestui conduct o tumoră numită *rectocel vaginal*. Iar când intestinul subțire, prin fundul de sac peritoneul, apasă pe pãretele posterior al vaginului, tumora se numește *enterocel vaginal*.

Pãretele rectal și vaginul nu se termină în jos la acelaș nivel: lama rectală se termină cea d'întâi, dirijîndu-se brusc înapoi; lama vaginală, după ce a întrecut pe cea precedentă cu 10—12 milimetre, se termină la rîndul sêu mergînd în sus, și tragînd înainte inelul vulvar. Rămâne deci între aceste două lame un spațiu triangular. El are forma unui con cu baza dirijată către piele. Acesta constituie perineul femeii.

Un alt lucru ce trebuie știut e că, pãretele posterior al vaginului e căptușit pe o bună întindere de serósa peritoneală. Sappey susține că în general peritoneul nu se pogórá mai mult pe pãretele vaginal ca 12—15 milimetre. După Tillaux însă, descinderea peritoneului pe fața posterióră a vaginului este de vre o 3 centimetri, așa că peritoneul ocupă aprópe un sfert din fața superióră a vaginului. De aci rezultă că intervențiunile chirurgicale în această regiune, trebuesc făcute cu foarte multă atențiune, spre a nu răni peritoneul care în mod sigur există; și mai cu sémă vom fi cu luare aminte, în casuri de colecțiuni lichide, ce vor fi așezate în basín și în special în fundul de sac al lui Douglas. În acest cas, tumora, grație țesutului lax dintre pãretele vaginal și rectal, se insinuéză între aceste două lame și vine de proeminéză în vagin, tîrînd cu sine și peritoneul; prin urmare, dacă nu suntem preveniți și ne grăbim a face o puncție sau incizie, el va fi deschis în mod inevitabil. Pericolul e enorm de mare. În adevăr, dacă prealabil aderențe între cele două foi peritoneale

nu s'aũ stabilit, lichidul póte strãbate în cavitatea peritonealã, și sã aibã drept consecințã o peritonitã ce ușor devine mortalã.

**Fețele laterale ale vaginului** rãspund de sus în jos la partea cea mãi declivã a ligamentelor largi, la țesutul gresos al excavațiunii basinului, la aponevroza pelvienã superiõrã și la mușchii ridicãtori ai anusului, cari iaũ în jos inserțiunii pe vagin. La partea cea mãi inferiõrã, aceste fețe sunt acoperite de bulbiĩ vaginului. La virgine saũ femeĩ neuzate, vaginul fiind turtit de dinainte înapoi, fețele sale laterale sunt transformate în margini. (Sappey și Tillaux).

**Extremitatea superiõrã a vaginului.** Dînsa îmbrãțișezã gâtul uterului inserându-se solid împrejurul seũ, în punctul ce corespunde la unirea treimeĩ inferiõre cu cele douẽ superiõre. Din acẽstã inserțiune rezultã un fel de sghiab, mult mãi pronunțat la virgine și din ce în ce mãi șters la femeile cari aũ făcut copii. Explorațiunea acestuĩ sghiab constituie fundurile de sac. Ele se împart în anterior, posterior, lateral drept și lateral stãng. Cel posterior e mult mãi adãnc și mãi greũ de atins cu degetul ca cele-lalte.

Aceste fundurĩ de sac sunt netede; ele în starea normalã trebuie sã fie libere și concave. Orĩ de cãte orĩ o colecțiune liquidã saũ o tumorã se va afla în micul basin și prin urmare în jurul uterului, saũ al anexelor, va avea tendințã sã umple aceste fundurĩ de sac, pe cari împingẽndu-le înainte, le transformã în convexe din concave ce sunt.

**Extremitatea inferiõrã a vaginului.** Se continuã cu vulva începãnd la nivelul imenului, imediat d'asupra inelului vulvar. Atãt vulva cãt și vaginul represintã un con trunchiat în jos. De aci rezultã prezența a douẽ conurĩ justapuse, provẽdute fie-care de un mușchiũ constrictor. Ambele aceste conurĩ oferã ore-care dificultate la strãbaterea penisului, precum și la eșirea fetusului în timpul facerei. Dar orĩ care ar fi gradul de dilatațiune al acestor organe, dînsese, grație elasticitãței și prezenței mușchilor constrictori, revin asupra lor. De aceia atãt vulva cãt și vaginul presintã în acest nivel o porțiune mãi strĩmtã ca în restul organului. Nu mãi în casurĩ de distrugere a acestor mușchĩ saũ inele, ca de exemplu în fistule, etc., vulva și vaginul rãmãn larg deschise. Inconvenientele unei asemenea stãri sunt fõrte mari, de ore-ce nu numai cã femeia devine mãi susceptibilã a cãpãta tot felul de inflamațiunii — prin strãbaterea mãi ușõrã a microbilor și a altor agenți în vagin și de aci la uter, dar încã și prin aceia cã organele ve-



cine ca rect, băsică și uter, fiind neîncetat supuse la presiunea abdominală și ne mai având un susținator — ca acela al inelelor vulvo-vaginale, ele cu multă ușurință se pot prolaba. Ele deci pot ieși cu desăvârșire din locul lor, mergând chiar până a atârna între cõpse.

La partea anterioră a extremităței inferiõre a orificiului vulvar, imediat sub meatul urinar, se află o umflătură piriformă numită *bulbul vaginului*. Acesta este în totul analog cu bulbul uretrei la om. El presentă aceeași structură ca și corpiu cavernos și spongios ai bărbatului.

**Structura Vaginului.** Păreții vaginului sunt formați din trei straturi principale:

1. Unul extern, cõmpus din țesut conjunctiv lax și fõrte bogat în elemente elastice: dînsul aderă cu părțile vecine unindu-le cu vaginul.

2. Un strat muscular; care este stratul cel mai gros și imposibil a se divide în păturile din care e format.

Se susține însă că stratul cel mai intern, care e și cel mai gros, e format din fibre longitudinale; cel extern din fibre circulare, iar cel mediu din amestecul celor două între ele. S'a mai constatat că aceste fibre musculare netede, nu forméză un tot continuă. Ele sunt separate și întretăiate de fășii subțiri conjunctive, semănând în totul cu fibrele musculare ale uterului și având aceeași dispozițiune încrucișată și întortochiată.

3. Mucõsa vaginului se continuă în jos cu a uterului, fără să aibă structura acestuia. Particularitățile mucõsei vaginului constau în următoarele puncte: Mai întâiu grosimea sa e mult mai mare (1 — 1½ m. m.) și este acoperită de celule pavimentõse stratificate.

Colõrea acestei mucõse este roșiatică. Ea devine însă fõrte palidă la femeile anemice și la acelea cu cancerul uterului, formând un semu patognomonic. Mucõsa mai este remarcabilă prin numeroșe îndoituri, ce au o direcțiune transversală. Ele devin mult mai pronunțate la nivelul liniei mediane, la extremitatea inferiõră și pe pãretele posterior al vaginului. Aceste colõne și în general tõte sbârciturile vaginului, sunt fõrte pronunțate la virgine și la femeile neuzate. Unii le consideră ca având scopul de a mări suprafața vaginului; după alții însă de a face coitul mai plăcut, grație frecărilor ce dînsule procură penisului. O altă chestiune ce s'a desbătut, este a se sci dacă vaginul conține glande sau nu. Unii autori, basându-se pe prezența liquidului ce umectéză



păreții vaginului, precum și pe constatarea unor kiști în acest organ, au susținut că mucósa vaginală e bogată în glande mucipare.

Toți autorii însă, mai ales Sappey, Robin de Sinety, etc., în urma cercetărilor îndelungate și minuțioase, au susținut că nu le-a fost posibil a descoperi nici chiar urme de glande în vagin. Cu toate acestea, pentru a se explica secrețiunile—une ori foarte abondente, ce observăm în vagin—s'a admis că mucósa vaginală e capabilă de a produce o exudațiune, numită exalațiune sau perspirațiune. Acesta se efectuează între celulele învelișului său epitelial, când e supus la óre-cari iritațiuni. În acest cas, se produce un liquid une ori foarte abondent, precum și o descuamațiune epitelială și chiar porțiuni de mucósă. Acesta ar da naștere acelor scurgeri abondente și viscoase, cărora Courty le-a dat numele de *leucoree vaginală*. S'a mai discutat încă și dacă vaginul e capabil a absorbi materiile depuse pe suprafața sa. Sunt observațiuni în cari substanțe ca iodur, bromur, acid salicilic etc., puse în vagin sub formă de unguente sau alte preparate, s'a constatat prezența lor în urină; de asemenea s'a arătat și intoxicațiuni cu belladonă și sublimat puse în vagin, ceea ce ar fi o probă de puterea absorbantă a mucósei vaginale. Alți autori însă combat faptul, susținând că în asemenea cazuri există o descuamație epitelială, sau chiar ușóre exulcerațiuni pe mucósă or gâtul uterului. Aceste modificațiuni ar fi singure capabile de a face a se absorbi substanțele introduse în vagin. De altfel, chestiunea acesta a fost punctul de plecare a celor mai moderne doctrine, cu privire la infecțiunea blenoragică, asupra căreia am insistat la începutul acestei opere.

Arterele vaginului nasc din ipogastrica Ea dă artera vaginală, plus alte ramuri ce provin din arterele uterine, vesicalele inferioare și rușinoșele interne. Toate, după ce se divid și se sub divid în grosimea păreților vaginali, se pierd în mucósă. Venele plăcă din papilele mucósei vaginale cu cari formază mai multe anse. În grosimea mucósei nasc alte mici ramuri ce se anastomoséză. Ambele acestea formază venele superficiale, cari uninduse cu acelea ale tunicei musculare, merg să se verse în plexul venos, așezat în părțile laterale ale vaginului. Vasele limfatice din pătrimea superioară a vaginului se duc la ganglionii pelvieni; cele din partea inferioară, în ganglionii îndoiturei inguinale. Nervii plăcă din plexul ipogastric.

## BÓLELE VAGINULUI

### Cap. I. Leziunile traumatice.

Plăgile vaginului forméază capitolul cel mai important, atât din punctul de vedere al mecanismului, cât și al medicinei legale. Aceste plăgi se pot împărți în *accidentale*, *chirurgicale* și *obstetricale*. Cele obstetricale devin grave când plaga produsă e perforantă. In acest cas dînsa e capabilă a pune în comunicație vaginul cu bășica, cu rectul, saũ chiar cu cavitatea abdominală. Despre ele ne vom ocupa la anume capitole.

Plăgile chirurgicale vor fi studiate când vom trata despre operațiunile ce se practică pe vagin. Tot acelaș lucru vom face cu plăgile chirurgicale, făcute în adîns, pentru a stabili comunicări anormale între vagin cu bășica udului, cu rectul saũ chiar peritoneul—ca în casuri de afecțiuni cronice și dureroase ale bășicei, în flegmónele basinului, etc. Dar ele nu se pot studia de cât când vom vorbi de tratamentul special al acestor leziuni.

In fine menționăm plăgile provenite din tentativă de avort precum și acelea făcute de mamos în timpul facerei. Sunt casuri nenorocite în cari fete saũ femei voind a își determina singure un avort, își introduc diferite instrumente în organele genitale, ele însuși saũ printr'o persoană streină. Se întâmplă însă că din emoțiune saũ necunóscerea lucrului, instrumentul strébate prin fundul de sac posterior al vaginului și produce o plagă penetrantă, intrând în cavitatea peritoneală.

Consecințele sunt din cele mai funeste, căci adesea mórtea este rezultatul acestui accident, mai ales dacă instrumentul a fost murdar, provocând septicimie supra acută. Încă ceva: nisce asemenea plăgi, făcendu-se de ordinar cu instrumente fórte ascuțite ca ace, cârlige, etc., se cicatrizează ușor, așa că chiar din punctul de vedere medico-legal chestia devine fórte dificilă. Trebuie dar să fim preveniți, spre a procede la un examen minuțios, pentru a putea descoperi plaga, ce mai tot-d'a-una va fi căutată în fundul de sac posterior.

Rupturile obstetricale ale vaginului provin fie din neexperiență, fie dintr'o nebagare de sémă culpabilă. Am avut nenorocirea dice Lawson Tait să observ un cas în care una din rămurile forcepsului fusese împinsă prin fundul de sac al vaginului. Sfor-

țurile expulsive gonise ansele intestinale prin plagă. Autopsia a probat că, practicianul ridicase aprópe totalitatea intestinelor deslipindu-le de mesenter. El smulsese în acelaș timp peritoneul rinichilor și a päreșilor abdominali posteriori.

Vaginul se póte încă rupe tot în timpul facerilor, când mamosul introduce mâna în uter pentru diferite manopere.

Ne rămâne deci a ne opri puțin asupra plágilor accidentale. Acestea se pot divide la rândul lor în: *plăgi propriu díse prin accident*; *plăgi prin coabitare* și *plăgi prin tentative de suicid sau omucid*.

Plăgile prin accident se întâmplă când femeia cade de la o înălțime óre-care în pozițiunea semiședândă, pe un instrument tare și ascuțit precum ar fi o bară de fier, țepușă, etc. În acest cas, dacă instrumentul a intrat în vagin, dînsul urmază în general peretele posterior. El mergênd în fundul de sac corespondent îl perforéză, și produce ast-fel o plagă, complicată sau ne complicată de deschiderea peritoneului. Lawson Tait spune că într'un cas, mórtea a survenit prin peritonită a cincea și după accident. La autopsie s'a constatat în cavitatea abdominală prezența unui mic fragment din vestmintele bolnavei, fără ca vre-un alt organ să fi fost atins.

Plăgile vaginului în urma unui coit se observă când acest act se face în mod brutal, și când penisul are o mărime disproporționată în raport cu vaginul. Aceste leziuni de multe ori sunt așa de grave că provócă mórte femeilor, fie prin emoragie sau peritonită supra-acută. Ele sunt încă grave și prin aceea că vindecarea este întârziată, dacă raporturile sexuale nu se întreprup imediat, căci ast-fel cicatrisarea plăgei devine imposibilă.

Sunt o mulțime de casuri citate de diferiți autori, unde se vèd distrugerii colosale datorite coitului. Ast-fel găsim în Auvarđ:

I. Casul lui Sinaisky: O femeie tînără a avut o durere vie și emoragie la primul coit. Examenul practicat cât-va timp de la accident a găsit o rupere a comisurei posteriore a vulvei, care comunica direct cu rectul d'asupra sfincterului anal.

II. Casul lui Albert: O tînără arabă de 11 ani, la care primele raporturi cu bărbatul său — un om voinic de 16 ani — aduse ruptura comisurei posteriore și a fundului de sac al vaginului, puindu-l în comunicare cu cavitatea abdominală.

III. Casul lui Zeiss: Ruptura despărțitórei vaginale în timpul coitului, femeia fiind sprijinită pe cóte și genunchiul. Faptul s'a petrecut la șese săptămâni după un acuşment cu forcepsul.



IV. Casul Schadwick: Ruptura vaginului la o femeie nulipară de 48 ani.

V. Casul Masalitinoff: Fistulă vesico-vaginală la o georgienă de 24 ani, practicând coitul pentru prima oră cu bărbatul său.

VI. Casul lui Afanasi: Fistulă vulvo-rectală și ruptura perineului la o țărăncă de 17 ani; bărbatul era un țaran voinic de 24 ani, având un penis voluminos. Primul coit a fost escesiv de dureros; de a doua și de dimineță apar gazuri cu miros fecaloid, iar a treia și materi fecale ieșiră din organele genitale ale femeii.

VII. Casul lui Price: Fistulă vulvo-rectală, creată de un coit la o femeie de 22 ani.

VIII. Casul lui Blumental: Fistulă vulvo-rectală, și în fine

IX. Casul lui Diemberbrock: Ruptura vaginului la două tinere Olandeze de curând măritate și cari amândouă muriseră de emoragie.

**Tratamentul** acestor rupturi constă întâi în a combate complicațiunile. În prima linie vom opri emoragiile, iar al doilea vom căuta prin toate puterile a obține reunirea plăgei prin prima intențiune, aplicând pansamentul cel mai larg. Rămâne bine înțeles însă, că în cazul de plăgi penetrante și complicate de ieșirea viscerelor, nu vom practica reunirea până ce mai întâi nu vom reduce părțile erniate. Ce conduită însă trebuie să avem, când ansele intestinale ieșite prin vagin nu mai pot fi reduse? Trebuie ele resecate sau lăsate în loc? Noi credem, că dacă am fi siguri că există aderențe solide în jurul intestinelor, am putea fără pericol să ridicăm porțiunea prolabată. În cazul însă când acest lucru nu e solid, atunci e mai bine să ne abținem, căci făcând resecțiunea în asemenea condițiuni, capătul intestinului rămas liber se va retracta, și deci tot conținutul de materii fecale se va vărsa în cavitatea peritoneală; bolnava va muri de o peritonită stercorală supra-acută. De alt-fel pentru a sprijini această idee, reproducem următoarele linii luate din Lawson Tait: A ridica ansele intestinale prolabate, este injustifiabil în toate cazurile, căci nu trebuie să uităm nici odată observațiunea foarte bine cunoscută a lui Mac Ewen, în care aproape 4 picioare de anse intestinale erau în prolaps și nu putură fi reintegrate în cavitatea abdominală; ele au fost lăsate în loc, se gangrenară și bolnava s'a vindecat printr'un anus contra naturei deschis în vagin

Dar ori care ar fi tratamentul și ori cât de bine ar fi reușit operațiunea, nu vom uita că spre a asigura durabilitatea vindecării, trebuie să dăm îngrijiri speciale bolnavelor. Ele constau



în prima linie într'o igienă apropiată, dar mai ales în suspendarea — dacă nu definitivă cel puțin pentru mult timp, a raporturilor sexuale, cari au fost punctul de plecare al leziunilor primitive.

Pentru a termina cu acest capitol, vom spune câte va cuvinte despre corpi străini ai vaginului.

Prima categorie de corpi străini ai vaginului sunt aceia puși în scop terapeutic, ca de exemplu pesarele. Alții sunt veniți din organele vecine, or formați *in situ*: precum calculii vesicali căzuți în vagin prin o deschidere fistulară, sau proveniți din descompunerea urinei și precipitarea sărurilor. Unii din acești corpi străini, dacă nu au un volum prea mare, pot sta mult timp ascunși fără să dea naștere la nici un simptom. Ast-fel Pearse spune, că a găsit în vaginul unei femei de 36 ani o bobină, datând de 22 ani; și cu toate acestea a fost măritată de două ori. La urmă se produsese o fistulă uretro-vaginală.

Nu mai puțin important este și partea relativă a pesarelor, uitați în vagin prin neglijență. Se citează casuri de femei, la cari aceste instrumente fuseseră uitate timp de ani întregi în vagin, și a căror prezență n'a fost descoperită, de cât în urma diferitelor accidente foarte grave la cari au dat naștere. Intre alte casuri, și pentru a da o idee de consecințele unor asemenea instrumente uitate în vagin, reproduc următoarea observațiune luată din Lawson Tait: E vorba de o bolnavă Irlandeză, cam tâmpită, ce nu a revenit de cât la doi ani după ce i s'a pus un pesar de susținere, pentru un enorm entero-colpocel. S'a găsit că se produsese două largi perforațiuni: una în rect și alta în bășică. Cu toate acestea ea era pe deplin satisfăcută de starea actuală și a refuzat orî ce intervențiunii operatorii.

Din fericire, astăzi grație procedelor operatorii bine studiate, pesarele aproape au dispărut din practica ginecologică. Deci ocaziunile devin foarte rari de a mai observa nisece asemenea desastre. În orî ce cas trebuie să fim foarte circumspecți în aplicarea pesarelor, mai ales dacă am avea a face cu femei ignorante și murdare, la cari neglijența și lipsa îngrijirilor igienice, pot fi urmate de consecințe destul de grave.

Alte dați însă acțiunea acestor corpi e mai vătămătoare, căci în afară de erosiumi și ulcerațiuni ale mucóseii, pôte da naștere la pierderi de substanță foarte întinse, formând teribilele infirmități de fistule vesico-vaginale și recto-vaginale.

În alte circumstanțe lucrul se petrece mai curios și anume: După ce corpul străin a produs o ulcerațiune, marginile ulceru-

lui încep a burgeona; cu timpul ajunge de acopere cu totul corpul strein, ascunzându'l astfel în mijlocul părților moi.

A doua categorie de corpî streinî ai vaginului sunt cei introdusî cu scop criminal, sau în urma unor perversiuni sexuale cu intențiunii libidinóse. Ast-fel s'aũ vëdut obiectele cele mai extraordinare introduse în vagin. Literatura medicală e plină de asemenea observațiuni. S'a găsit për, scobitori, pene, luminări, creióne, borcane de pomadă, buteliî, etc., etc. Eũ am cunoscut o femeie d-na G..., atinsă de alienație mintală, și a cărei manie consta în aceia, că dînsa se credea însărcinată și că tot-d'a-una vorbea cu copilul seũ. Tótă ziua nu făcea de cât să-și introducă în vagin cele mai bizare corpuri, dicând că ele servesc ca mîncare pentru copil. De multe orî is'a găsit în vagin măslina, caise, prune, nucî etc., etc. Resultatul a fost o ulceratiune ce a determinat perforarea despărțitórei recto-vaginale și de aci fistulă, de care nici odată nu s'a putut vindeca. Mi-aduc iarăși aminte a fi citit, că o femeie și-a ascuns în vagin un ciasornic pe care-l furase. Nu este de mirare a observa nisce asemenea corpî streinî chiar la copile.

De multe orî vaginita infantilă (disă strumósă, e determinată prin prezența de corpî streinî, introdușî de copilă sau de camaradele sale. Am avut ocasiunea dice Lawson Tait să observ diferite casuri de acest fel, cari demonstraũ la aceste tinere ființe o stare de depravațiune cu totul surprinđătoare. Ast-fel mi se aduse o dată o tîneră fată în etate de 5 ani, la care am putut scóte din vagin un mare număr de micî tampóne, formate din propriul seũ për. Acéstă copilă avea obiceiul de a-și împleti între degete fire din përul capului, pe care-l smulgea singură. Mama sa observase de mai multe orî acest obiceiũ suspect, dar fără să dea vre-o altă importanță. Nu mai după-ce am scos din cavitatea vaginală a copilei vre-o 30 de tampóne, ne-am putut explica acest nenorocit obiceiũ.

## Cap. II. Leziunile inflamatorii ale vaginului.

### § 1. Despre vaginite (colpită, elythrită).

Am arătat la capitolul vulvitelor legătura strânsă ce există între vulvă și vagin, grație continuităței aceleiași mucóse a ambelor organe. Din acéstă cauză, inflamațiunile vulvei se propagă și se însoțesc tot-d'a-una de vaginite. Ar fi dar de prisos a studia

în parte inflamațiunile vaginului, căci am putea considera acésta ca complicațiunea celei d'întâiu. Cu tóte acestea, dacă vaginita în majoritatea casurilor pléacă de la vulvă în mod ascendent, există însă și vaginite primitive cu un mers descendent. Depunerea unei cantități de puroiū pe părății vaginului eșit din uter, póte determina o inflamațiune a acestui organ fără participarea vulvei. De asemenea și diferiți corpī streinī introduși în vagin și despre cari deja am vorbit, precum și puroiul blenoragic, daū același rezultat, adică inflamațiuni vaginale.

Pe lângă acésta, leziunile anatomo-patologice și diferitele forme speciale, aū făcut să se studieze vaginitele într'un capitol separat. Rémâne decī stabilit că, dacă vaginitele pot fi considerate ca complicațiuni, saū invers, să se póta propaga la vulvă, uretră, glande, uter etc., nu e mai puțin adevérat că mucósa vaginală, póte să fie și singură coprinsă de inflamațiune.

Acésta inflamație are putere a se răspândi pe întréga suprafață, saū să rămāe limitată în unele puncte ca în replicile ori îndoiturile canalului vaginal.

Vaginitele se împart în *acute* și *cronice*. Vaginita acută este caracterisată prin leziunile proprii orī cărei inflamațiunii acute, vom constata decī tumefacție, dilatație vasculară și o ramolire considerabilă a mucósei. Când inflamațiunea este prea vie, atunci pe lângă modificațiunile epiteliului, putem găsi leziuni mergēnd până la țesutul conjunctiv, aședat sub câmpul capilar.

În acest eas, dacă inflamațiunea se localiséză, totul se mărginesce în produțiunea unui abces. Când însă procesul inflamator copleșese în mod violent și repede tot țesutul conjunctiv care înconjóră vaginul, atunci se forméză acele peri-vaginite flegmonóse saū disecante, cari se pot propaga chiar până la țesutul conjunctiv al micului basin. Acesta e punctul de plecare al celulitelor pelviene, însoțite de accidente fórte grave, dacă nu chiar mortale.

Noī lāsăm la o parte vaginitele devteropaticе survenite prin infecțiune puerperală și dând nascere la vaginitele gangrenóse; lāsăm la o parte și vaginitele difterice precum și a celorlalte febre eruptive saū alte septícemii. În asemenea casuri, vaginitele rămān pe un plan mult mai inferior de cât bóla primitivă, asupra căruia tótă atențiunea chirurgului este atrasă. De alt-fel, acest capitol special de inflamații devteropaticе le-am studiat la vulvite, ce tot-d'a-una se însoțesc și de vaginite. Decī un studiu separat ar fi inutil, trebuind a repeta aceleași fapte deja descrise.



Revenim prin urmare la inflamațiunile acute simple ale vaginului. Une-orî această inflamațiune numită catarală, ocupă totă mucósa vaginului; alte dăți ea nu trece terțul inferior, saũ se localiséză în părțile cele mai profunde, producând pe alocurea pete risipite ici colea.

Varietățile cele mai principale dintre vaginitele catarale sunt următoarele:

I. **Vaginită papilară** a lui Lawson Tait, saũ *vaginita granulósă* a lui Ruge. Dînsa s'a numit ast-fel, din causă că papilele vaginului se hipertrofiază în mod colosal. Ele fac ridicătură ca bóbele unei duche saũ mure, părănd a ieși dintr'un gros strat de puroiũ în care continuă sunt scãldate. Acesta rezultă de acolo, că epiteliul

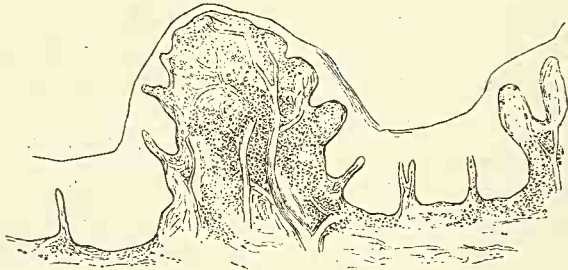


Fig. 17. Vaginită granulósă acută. C. Ruge.

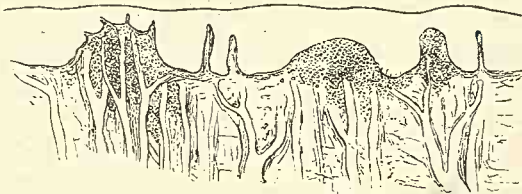


Fig. 18. Vaginită granulósă cronică. C. Ruse.

pavimentos, în urma inflamațiunei și a infiltrației, se subțiază și se eliminéză. Atunci rămâne în loc papilele aflate sub ele, și iaũ un aspect fôrte roșu. În urma iritațiunei continue dînsese se măresc de volum, grație unei infiltrațiuni de celule embrionare. Papilele ast-fel hipertrofiat, iaũ forma unor mici grăunțe nodoroșe, tari și fôrte sensibile la cea mai mică atingere. Aceste granulațiuni saũ mamelóne sunt fôrte vascularisate. Ele se aglomeréză mai multe la un loc și forméză grupurĩ pe părțile laterale saũ în fundurile de sac; alte dăți se aranjéză în seriĩ pe crésta in-



doiturilor mucóseî. Când regenerarea învelișului epitelial se efectuează, iar cu dînsa resorbțiunea infiltrațiunei embrionare, atunci mucósa se niveléază și granulațiunile încetéază de a mai fi aparente: ele nu se mai recunosc de cât prin pulpa degetului introdus în vagin — dacá posedám o sensibilitate tactilă fină și exersată. Acéstă vaginită granulósă se observă la femeî adulte și mai ales la acelea carî n'aũ avut copii.

Dînsa constituie o afecțiune fórte rebelă și opune un obstacol atát la coit cât și la concepțiune, mai cu sémă când trece în ștate cronică. In acest cas observám o secrețiune fórte abundantă de muco-puroiũ, ce se ascunde între replicele mucóseî saũ d'asupra sfincterului vaginal. Când secrețiunea a ajuns la maximum, sfincterul cedéază și o cantitate mare de puroiũ fetid se scurge, formând o *adevêrată deblaclă*. Același lucru îl constatám, dacá femeea e examinată cu degetul saũ cu speculul. Si rêmânem surprinși când înainte de examen părțile genitale externe le vedem curate, iar introducând speculul, provocám o adevêrată inundațiune de puroiũ, ieșind din părțile profunde ale vaginului. In urma acestei scurgerî continue și abundente, organele genitale externe se iritéază, se edemațiază. Iritațiunea se propagă și la părțile din prejur, precum sunt cópsesele, perineul, etc., etc. In fine, acéstă vaginită granulósă trecută în ștate cronică și neglijată, póte da nascere, mai ales la femeile bêtrîne, la nisce leziuni mult mai grave, constituind a

II. Varietate **vaginita cronică adesivă**. Aci observám o producțiune fórte mare de granulațiuni, însoțite de pete echimotice numeróse. Epiteliul pavimentos cade, saũ cel puțin este redus la un strat de înveliș fórte subtire. Aceste granulațiuni exuberente crescând în mod continuũ, aũ tendința a se reuni între ele. De aci resultă o lipire a îndoiturilor mucóseî vaginale și decî o strîmtorare, dacá nu o atresie parțială saũ chiar totală a organului. Fenomenele se întîmplă mai ales la femeile bêtrîne, ce numai practică actul coitului. Când prin întîmplare ele sunt examinate, constatám că posedă o atresie fórte întinsă a vaginului. Eũ am rēmas surprins de un asemenea cas, ce mi s'a prezentat în circumstanțele urmátore: o femeie destul de bêtrînă, a venit să mă consulte, mărturisindu-mî *fără rușine* că dînsa, deși în acéstă etate, doresce însă a avea raporturi sexuale. Mai mulți bărbați însă i-aũ spus că nu are trup, și de aceia doresce a fi examinată. Cu tot desgustul ce mi-a inspirat acéstă femeie, totuși am examinat-o. Dar constat cu surprindere, că nu am putut intra în vagin de cât

cu pulpa degetului. Mi-a fost imposibil să descoper cel mai mic rudiment de gât uterin; tot vaginul era transformat într'o boltă foarte rezistentă, ce închisese aproape complet organul.

Este știut că în aceste vaginite senile, granulațiunile sudându-se între ele împrejurul colului, se transformă într'un adeverat țesut fibros, ce maschază în mod complet organul. Lucrul acesta se petrecuse și la femeea noastră, de unde rezultase acea boltă netedă și rezistentă, formată din țesut conjunctiv adult fibros.

Dar alte dăți, o asemenea transformare a granulațiunilor în țesut fibros nu se efectuază de cât în parte; restul rămâne sub forma de granulațiuni vasculare și cu infiltrațiuni de celule embrionare. De aci rezultă o secrețiune foarte abondentă de puroi fetid, însoțindu-se din când în când de emorații, provenite din ruperea vaselor fragile. În asemenea casuri, dacă practicăm examenul cu degetul, constatăm părți dure formate din țesut fibros, și părți moi fongóse formate din granulațiunile vasculare. Tóte acestea, unindu-se cu o scurgere sanguino-purulentă și fetidă, ne oferă tóte caracterele clasice ale unui cancer, pe când în realitate nu e de cât o formă particulară de vaginită cronică adesivă. Acéstă afecțiune e numită de Hildebrand *vaginita ulcerósă adesivă*, iar de Germani, *Colpitis adhaesiva cronica vetularum*.

Dăm aci următoarele figuri 17 și 18 luate din Aug. Martin, unde se ved tipuri de vaginită granulósă acută și cronică

Acestea sunt formele cele mai principale și din cele mai clasice ale vaginitelor. În trecăt reamintim vaginita *pustulósă și vesiculósă*. Prima constă în prezența unor pustule sub formă de ridicături ombilicate cari crăpându-se, pot fi urmate de mici ulceratiuni. Vaginita vesiculósă numită încă și erpetiformă, se caracterisă prin aparițiunea unor mici vezicule pline cu lichid, și rezultând din ridicarea epiteliului, provocată de infiltrarea unui exudat seros.

Cât privesce *vaginita foliculară*, caracterisată prin nisce mici noduli, considerați de Winckel ca foliculi limfatici, iar de Heitzmann ca glande mucóse, n'ar fi după Ruge de cât o variantă a vaginitei granulóse cronice.

Unii autori descriu într'un capitol aparte o vaginită gravidică. Dar acésta în realitate nu e de cât o vaginită granulósă acută, având ca sediū de predilecțiune fundurile de sac. Vaginita gravidică în general nu e sub dependența infecțiunei blenoragice, ci numai sub simpla influență a gestațiunei. Drept probă avem

că dînsa se însoțește de uretrită și nu prezintă nici o dată gonococul special; deci nu e în stare a contamina pe bărbat, care pôte practica coitul fără nici un pericol. Acéastă afecțiune este genantă prin scurgerea sea câte o dată forțe abondentă, precum și prin aceea, că lăsându-se în neglijență și fără îngrijiri igienice, pôte opune obstacol la ieșirea fetului, și să producă oftalmii purulente, în momentul expulsiei.

O altă formă de vaginită descrisă pentru prima óră de Winckel, este vaginita *kistică hiperplasică* sau *colpo-iperplasia kistică*. Dînsa a mai fost numită de Ruge *vaginită kistică*, iar de Zweifel *emfisem va-*

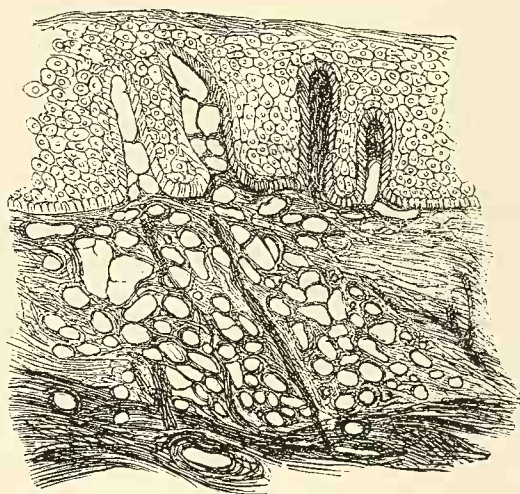


Fig. 19. Vaginită emfisematósă. După C. Ruge.

*ginal* sau *vaginită emfisematósă*. Leziunea constă în aceea, că pe părțile vaginului se produc o mulțime de mici ridicături granulose și aspre, formând adevărați kiști plini de un gaz, avînd o compozițiune analógă cu a aerului. Acești kiști au nisce dimensiuni mici și nu trec dincolo de volumul unei cireși. În momentul când facem examenul cu degetul, căpătăm senzațiunea ca cum am sparge nisce bășicuțe cu aer. De aci o crepitațiune emfisematósă care a și motivat numele bólei.

Vaginita emfisematósă se observă mai ales în timpul gravidității; pôte însă să apară și în afară de acéastă circumstanță.

Patogenia kiștilor gazoși ai vaginului este încă obscură. Până



acum nici o explicațiune nu este satisfăcătoare. Proveniența lor din glande nu se admite, știut fiind că aceste organe nu există în vagin. Alții între cari Chiari, le atribue dilațiunei unor spațuri limfatice. Ceea-ce însă e sigur, este faptul demonstrat de Ruge prin examenul microscopic, că această formă de vaginită prezintă imediat sub suprafața mucósei, nisce extravasate sanguine mai mult sau mai puțin considerabile. Se admite deci că acești kiști gazoși ai vaginului provin dintr'o trombosă locală, din care ar rezulta formațiunea unei vacuole. Mai multe din aceste vacuole se reunesc; dar conținutul lor, adică sângele extravasat descompundu-se, devine punctul de plecare al formațiunei de gaze în aceste vacuole, devenite acum kiști. După Pozzi, gazele din kiști ar proveni dintr'o desintegrațiune a țesuturilor. În fine Effinger admite chiar posibilitatea strebaterii directe a aerului exterior sub epiteliul vaginului, grație prezenței unor scrijilături microscopice (fig. 19).

Unii autori fac o varietate specială de *vaginită discantă sau exfoliantă*.

Este adevărat că în urma unei inflamațiuni prea violente a mucósei vaginului, precum și a țesutului conjunctiv celulo-mucos, se poate desvolta o vaginită flegmonosă despre care deja am vorbit. În acest cas putem observa deslipiri largi de lambouri din vagin, ca și cum mucósa ar fi disecată. Dar nu e vorba de această vaginită, care de sigur trebuie considerată ca o complicațiune a unui flegmon difus, ci de o varietate în adevăr curiosă, ce se produce în afară de oră ce inflamațiune acută. Vaginita discantă sau exfoliantă tip, se observă une-oră la femei în momentul periódei menstruale, sau a unor injecțiuni astringente. În aceste cazuri constatăm o expulsione de lambouri une-oră așa de întinse a mucósei vaginului, în cât ne reprezintă în mod fidel, o mulă sau un tipar complect al întregului canal vaginal. Când vom trata despre metrite, vom vedea că și acolo observăm o formă discantă a mucósei uterului. Trebuie dar să fim preveniți spre a nu lua una drept alta. Pe lângă cele-lalte caractere ce vom vedea, menționăm numai că lambourile vaginale vor fi recunoscute la microscop, prin prezența de celule mari epiteliiale și absența complectă de glande; acestea sunt foarte numeroase în lambourile mucósei uterine.

**Etiologia.** — Este incontestabil că una din cauzele cele mai frecvente a vaginitelor, este infecțiunea blenoragică. Avem însă vaginite de origină inflamatorie simplă, ca în cazuri de trauma-



tisme, corpî străini, etc.; vaginite consecutive febreleor exantematice, precum și vaginite datorite diferiților paraziți ca oxiuri, oidium albicans, etc., ce se întîlnesc mai ales la micile copile.

Forma granulösă de și mai frecventă la femeile gravide, nu formeză însă apanajul lor, căci pöte fi și consecința unei blenoragii.

Cât privește vaginitele cronice, ele de și succed mai tot d'a-una unei stări acute, totuși se pot desvolta d'a dreptul sub forma cronică. Mai observăm încă vaginite cronice simptomatice, ca în urma metritelor, neoplasmelor uterului, rectului, bășiceii udu-lui, etc. și a tot ce împedică circulațiunea micului basin.

S'a căutat aci ca și în vulvite a se da un rol óre-care diatezei scrofulöse, clorosei și anemieii, ca fiind capabile a da naștere acestor inflamațiuni.

Nu se scie însă dacă cel puțin clorosa și anemia nu sunt efectul vaginitelor în loc de a fi cauza. E probabil că scurgerile neîncetate și abondente pot slăbi pe bolnave, mai ales dacă adăogăm și starea de tristețe în care ele se găsesc, vedându-se atinse de o asemenea afecțiune murdară și rebelă la vindecare.

Am insistat deja asupra influenței ce scrofulosa și limfatismul au, ca fiind capabile a produce asupra unei femei o blenoragie, cum am zice din chiar senin, adică fără nici o inoculațiune prealabilă. Am văzut cum marele Ricord prevăzuse acest lucru. Astăzi faptul se confirmă prin tóte cercetările moderne. În adevăr, autorii sunt de acord că, un singur și acelaș țesut, pöte în anumite circumstanțe să presinte gonococului o rezistență diferită. Mai mult, microbi ordinari și inofensivi până la un moment dat, pot cu anume condițiuni să se desvolte și să capete o virulență ce nu le este proprie și nici că o aveaü până acum. Sănger a precisat zicënd că, vaginita gonoreică se presintă mai ales la fete și femei bătrîne, la femei gravide și la acelea cari au o constituție delicată, în particular la femeile blonde; într'un cuvânt în cazul de subțiime, de fineță și de desquamațiune a epiteliului. Noeggerath susține și el că, sănătatea perfectă ce se menține de mai mulți ani la o femeie, pöte să înceteze brusc, în urma unei iritațiuni a organelor sexuale: și că atunci apar simptomele unei inflamațiuni sub acută sau acută.

Deci nu e de mirat că în cazuri de iritație a mucöseii vaginale, acest țesut să ofere niște condițiuni din cele mai favorabile desvoltărei microbilor chiar banali; să le dea o putere virulentă pe care nu o aveaü, și să transmită bărbatului o uretrită

quasi-blenoragică, fără cu toate acestea femeia să fie într-o câtă vinovată.

Bacteriologia a arătat că sunt o mulțime de vaginite, ce se datorează saprofitilor, diferitelor bacterii, sarcinelor, diplococilor, stafilococilor alb și auriu, streptococului și chiar colibacilului. Că asociațiunea acestor microbi între dînșii fiind favorizată de anume modificări a țesuturilor, ei pot căpăta niște proprietăți de o mare virulență și să dea ast-fel formele cele mai grave de vaginite disecante și gangrenose. Și acesta fără cea mai mică intervențiune a gonococului.

Mai mult, un autor Otto von Herff, a arătat o anume specie de vaginită, datorită organismelor inferioare — microfiziilor ca *oidium albicans*, *monilia candida*, *photex vaginalis* și chiar simpla levrură. Acesta constituie vaginita numită *mycotică*; dînsa se observă mai ales la femeile bătrîne cari au vulva deschisă.

Mai există încă o cauză demnă de cunoscut în producerea vaginitelor banale. Acesta este pierderea contractilității sfincțerilor vaginali. În acest caz orificiul vulvo-vaginal fiind larg deschis, organele genitale vor fi mai apte a se infecta, lăsând liberă trecere de la exterior a microbilor și altor agenți morbiți. Pote chiar și frigul să aibă o influență în asemenea cazuri, exercitându-și acțiunea sa direct asupra canalului vaginal.

Orî-cum ar fi, observațiunile clinice sunt apröpe demonstrative, arătând că femeile cu vagin prea larg și în special cele cu rupturi ale perineului, sunt mult mai des atinse de vaginite de cât cele-l'alte. Aci mai ales jöcă mare rol strebateră microfiziilor cari, cu deosebire în lunile călduröse, produc vaginita mycotică a femeilor bătrîne.

**Simptomele.** Vaginita acută se manifestă local prin caracterele clasice ale inflamațiunei, adică mucösa e roșie, puțin tumefiată, dureri violente la explorație, un sentiment de căldură simțit de bolnavă și constatat de medic la introducerea degetului în vagin.

Pe lângă acesta, avem o scursöre muco-purulentă de o colöre cu atât mai verzue, cu cât starea inflamătoare e mai acută. Când fenomenele sunt intense, putem observa și simptome generale, dar mai ales simptome de invecinare ca tenesme vesicale, dureri abdominale în regiunea uterului și a anexelor. Acesta pledază în favörea unei inflamațiuni infectiöse blenoragică.

În vaginita cronică, simptomele nu sunt așa de alarmante. Totul se mărginesce mai mult într'o scursöre une-orî förte

abondentă și având de caracteristică că e lipsită de orî-ce viscositate; ea se apropie mai mult de aspectul de lapte bătut. Acésta o diferențiază de scursorile uterine și în special de a metritei colului, unde avem prezența unui mucus foarte viscos și resistant. Orî-care ar fi scurgerea vaginitelor, ea nici odată nu este colorată în verde ca în cea acută, și nici nu lasă pe rufe o pată grosă, de scrobélă. Scurgerile vaginale păteză rufele lăsând în jurul lor un mic cerc alb, iar une-orî puțin galben; când liquidul e prea purulent, atunci putem observa o ușoră colorațiune verde, dar nu așa de caracteristică ca în starea acută.

**Diagnosticul.** Dându-se fenomenele locale și simptomatologia specială a acestor leziuni, în general diagnosticul nu oferă mari dificultăți. Chestiunea mai importantă este dacă vaginata e blenoragică sau inflamatorie simplă. Singur examenul bacteriologic ar fi capabil a da lămuriri precise, de și după cum am arătat la vulvite, de multe orî nici dînsul nu e în stare a înlătura erorile. Clinicesce este admis că fenomenele vesicale, însoțind vaginitele, ar pleda în favórea unei inflamațiuni blenoragice. Și dacă la acésta mai constatăm și prezența unui edem pe un punct al organelor genitale, ar fi o presunțiune și mai mare de natura sa infecțiosă. Dar orî care ar fi semnele caracteristice, noi totuși trebuie să examinăm cu multă atențiune, dacă nu cum-va prezența unui corp strein și a altor stări particulare enumerate la etiologie, nu ne esplică natura simplă a acestor vaginite. Este sciut că de multe orî, în afară de orî-ce agent specific, cele mai inocente inflamațiuni pot îmbrăca acest caracter, fără să-l aibă.

**Prognosticul.** Este serios, căci mai tot-d'a-una vaginita acută are tendință a trece în stare cronică. Este încă grav fiind că inflamațiunea se póte propaga la uter și anexe, de unde cu mare greutate se mai scóte. Vaginita cronică, e și mai gravă, căci — având tóte relele celor acute — ea se stabilește în diferitele anfractuosități și criptele glandulare, în foliculii meatului urinar, în glanda lui Bartholin și gâtul uterului, formând acele leucorei cronice, ce aduc desesperarea bolnavei și a medicului, prin imposibilitatea de a le vindeca.

Mai este o chestiune relativ la prognostic: dacă o femeie cu vaginită cronică e capabilă a transmite blenoragia acută bărbatului, în urma coitului. Nu încape nici o îndoială, că puroiul blenoragic ascuns în glandele și criptele vaginale, póte foarte bine să producă o uretrită specifică, în momentul străbaterii sale în uretră. Dar chestiunea acésta este deja tratată la începutul volumului.



**Tratamentul.** Fie-care varietate de vaginită are indicațiunile sale terapeutice. Ca principiu general, vom căuta a descoperi cauza care a provocat sau întreține inflamațiunea. Examinând cu atenție descoperirea corpurilor străine — înlăturând lipsa îngrijirilor igienice și murdăria în care se găsesc unele femei, iar altora recomandându-le abstenență — vom rezolva o mare parte din capitolul tratamentului.

Pe lângă acesta, vaginitele acute și cele cronice au tratamentul lor a parte.

În vaginitele acute, tratamentul local constă în spălături antiseptice cu sublimat  $\frac{1}{1000}$  sau permanganat de potasă  $\frac{1}{250}$ . S'a mai recomandat acid fenic și chiar badijonarea mucóseii cu nitrat de argint  $\frac{1}{30}$ .

Vom evita, în această perioadă acută, examenul bolnavei cu speculum; pe de o parte că am provoca dureri prea mari, iar pe de altă că am putea determina escoriațiuni și chiar mici plăgi, ce ar fi punctul de plecare al inoculațiunilor și metastaselor.

Dar când starea acută mai încetază, putem obține bune rezultate prin tamponarea vaginului, izolând ast-fel contactul mucóseii.

Pentru vaginita cronică, vom întrebuința aprópe aceleași mijloce, însă cu o persistență mult mai mare. Aci pe lângă spălăturile obicnuite, vom recurge la soluțiunile de chlorur de zinc chiar în dosa de  $\frac{10}{100}$  cauterisând regiunile granulose. Badijeonările cu Tinctura de iod, s'a bucurat tot-d'a-unade frumoasă reputație. Vom căuta înainte ca și după irigațiuni, să întindem bine mucósa vaginală, spre a desdoi multiplele sale îndoituri, ca ast-fel să punem tótă suprafața sa în contact cu antisepticele topice, reprezentate prin tifon iodoformat, salolat, tampóne cu tanin și alumen, oxyd de zinc, glycerină creosotată, iodoformată, etc., etc.

Putem fără inconvenient să ne adresăm și la starea generală a bolnavei, dând diferite medicamente reconstituante — mai ales dacă ne aflăm în prezența unei diateze limfatice, clorotice, etc.

În vaginitele acute și în deosebi când avem fenomene din partea bășiceii, a uterului și a anexelor, putem da poțiuni calmante; în special băile de șețut calde, aduc mare ușurință bolnavelor. Femeea fiind gravidă, vom lupta cât se póte mai bine la anti-septisarea vaginului, pe de o parte a nu permite dezvoltarea de granulațiuni, iar pe de alta a preveni oftalmia noului născut.



### Cap. III. Tumorile vaginului.

Sunt afecțiunii relativ rare. Tumorile vaginului le dividem în *lichide*, *gazóse*, și *sanguine*. Tumorile gazóse și sanguine nu le vom descri, fiind deja tratate la afecțiunile vulvei și anume la capitolul kiștî gazoși și varice.

Intre tumorile lichide avem mai cu deosebire de studiat *kiștî vaginului*, *fibrómele*, *papilómele*, *sarcomul* și *cancerul* primitiv. Tot în tumorile solide ar trebui studiate și gomele tuberculóse ca și cele sifilitice, observate și descrise de Fournier și alți autori. Ele însă sunt fórte rare și nu se pot diagnostica cu precisiune de cât prin excludere, adică prin eliminarea probabilităței celor-l'alte tumori. Dar și atunci, încă singurul tratament instituit ca încercare, lámurește chestiunea mai mult ca orî-ce sfortare clinică. In orî-ce cas, din momentul ce vom avea o bănuială fie ea cât de mică va trebui să procedăm la examinarea minuțioasă a bolnavei, atât cu privire la antecedente, cât și la descoperirea altor leziuni pe corp saú organe, ca fiind de natură sifilitică ori tuberculosă. Weigert a găsit la o femeie de 78 ani, cu o tuberculosă a plămânului și peritoneului, tubercule situate pe partea superióră a vaginului, mucósa uterină fiind absolut sănátósă.

Să trecem acum la

#### § 1. Kiștî vaginului.

Patogenia acestor kiștî e fórte interesantă și a dat nascere la o mulțime de discuțiuni și teorii.

I *Huguier* cel d'întâiu prin 1847, a emis ideea că kiștîi vaginului rezultă dintr'o retențiune glandulară. El divizase chiar acești kiștî în superficiali și profunzi, după felul și sediul glandelor obstruate. Acéstă teorie, fórte simplă și logică în aparență, a fost mult timp primită și susținută de toți autorii clasici.

Cercetările microscopice însă ale lui Kölliker, Frey, Robin, Sinety și a tuturor autorilor moderni, arătând că vaginul este cu desevêrșire lipsit de orî-ce fel de glande, teoria lui Huguier n'a mai putut rezista. Cel mult Virchov a acordat acestor kiștî o origină *pseudo-glandulară*, și anume acelora, cari 'și au sediul mai mult către vulvă, ca provenind din obstrucțiunea unor cripte saú folliculi eratici, aparținând glandei lui Bartholin.

II. *Kaltenbach* atribue buzunarele kistice, ca fiind consecutive unor traumatisme saú revărsări sanguine. Gottardt a observat un kist care probabil provenise dintr'un trombus puerperal.

III. *Tillaux* consideră acești kiști, și în special aceia cu sediul pe părțile anterior al vaginului, sub simfisă, ca fiind rezultatul unor punși seróse accidentale, prin frecarea penisului. Dar Courty arătase deja dezvoltarea unor asemenea punși seróse, în urma actelor de coit violent și des repetat, precum se vede la prostituate. Deci ar fi vorba de adevărate igrome. Cum se esplică însă prezența acestor kiști la fete virgine și chiar la noul născute?

IV. *Dorn* susține că nu e vorba de buzunare seróse, ci de o revărsare de serositate traumatică, în spațiurile țesutului conjunctiv.

V. *Winckel* În 1871, este cel d'întâiu care vorbește despre acești kiști, că ar proveni din spațiuri limfatice și fiind căptușiți de endoteliu.

VI. *Skene* în 1880, a emis ideia unei înfundături a buretelului uretral, ca fiind punctul de plecare al acestor kiști.

VII. Un autor german Geyl, în 1894, susține că există glande în vagin, și că acești kiști sunt în adevăr de origină glandulară. El se bazază pe examenul făcut asupra unui kist ridicat dupe părțile lateral drept, la o femeie ajunsă la epoca menopauzei. Reproduc din Analele de Ginecologie următorul pasagiū dat de Geyl sub rubrica etiologia kiștilor vaginului. „Kistul ridicat și examinat presintă particularitățile următoare: la suprafața sa, mucósa vaginală nu presintă pretutindenī structura sa normală. În unele puncte stratul epitelial se vîră în adîncime și forma mari mase neregulate compuse din diferite celule epiteliale. La limită, aceste celule iaū forma cilindrică și sunt în raport cu canalele glandulare, cu părății căptușiți de celule cilindrice clare și nedelimitate. E vorba deci de o formațiune glandulară provenind din epiteliul vaginului. Mai profund și cu totul aprópe de canalele glandulare, găsim alte spațiuri glandulare în formă de acini. Acești acini iaū o dispoziție neregulată, și prin structura lor reamintesc adenomul mamelei. Imediat sub acești acini se găsesce părțile kistic în parte inflamă, intact pe alocurea numai, și acoperit pe suprafața sa de diferite varietăți de celule epiteliale. Aceste celule epiteliale străbat în adîncime și forméză mese cari se continuă cu canalele glandulare; găsim chiar aceste canale în masa epitelială; dînșiī sunt formați de celule epiteliale cilindrice clare, cu un mare nucleū rotund și granulos. Kistul este deci format pe socotela glandelor vaginului.

Autorul insistă asupra acestui fapt, că părțile kistului con-

ține el însuși glande. Kiștii vaginului sunt expuși ca și kiștii ovulului de a suferi transformarea malignă; de aci necesitatea de a'i extirpa.

VIII. Acastă teorie însă ar părea că se apropie de aceea a lui *von Preuschen* care susținea că, origina kiștilor vaginali se datorește unor depresiuni a mucoșei vaginale, în formă de funduri de sac glandulari. Autorul arată chiar că aceste depresiuni se presintă sub două forme: une-orî ca nisce cripte fôrte largi dar puțin profunde, iar altă dată străbat mai mult în adîncime, sub formă de funduri de sac.

Prin acăsta nu s'ar justifica vederile marelui clinician Huguier, care cel d'întăiî împărțise acești kiști în superficiali și profunzi?

IX. *Teoria lui Veit*. Acest autor declară în 1887 patogenia kiștilor vaginului, ca fiind de origină embrionară, și anume că ar proveni din resturi nai mult sau mai puțin persistente a corpurilor lui Wolff; de aci și numele de teoria Volffenă.

S'a demonstrat în adevăr în mod peremptoriu de Beigel în 1878, că conductele lui Gärtner adică canalele excretorii a corpurilor lui Wolff, persistă la femei. Aceste conducte se presintă sub forma fie de canale căptușite de epiteliu cilindrice, fie sub forma de fășii musculare lipsite de epiteliu. Ei pléacă de la corpul uterului, străbate colul și vin de se lățesc în canalul vaginal. Deschiderea de eșire a acestor canale nu s'a găsit încă. S'a descris de mai multe ori în timpul din urmă, mici canale deschizându-se fôrte aprópe de orificiul extern al canalului uretral; dar aceste conducte au cu totul altă semnificare.

Nu e deci îndoios că, conductele lui Gärtner, căptușite de epiteliu, pot să degenereze în kiști vaginali; dar nu se cunoște încă nimic sigur asupra frecvenței acestei degenerescente, nici asupra particularităților ce presintă (Schroeder).

Există însă o observațiune datorită lui Wats, ce pare a fi fôrte demonstrativă și pe care o reproducem din Lagueu. Într'un kist ce Wats a avut ocaziunea să observe, o sondă introdusă în buzunarul acestui kist, vêful său merse fôrte departe și se simțea în laturea stângă a abdomenului, între ombilic și spina iliacă anteră — superióră. Bazându-se pe anatomia comparată și pe casurile de persistență a canalului lui Gärtner, autorul admite că kistul vaginului se dezvoltase într'unul din resturile conductului lui Wolff.

În fine tot Veit și alții, au emis o opinie și mai problematică, de proveniența acestor kiști anume dintr'o dilatație a canalelor lui Müller, canalele de excrețiune a rinichilor primitivi.



S'a pus în adevăr întrebarea, dacă canalele lui Müller n'ar fi susceptibile în momentul funcționăriei, să lăse pe trajectul lor un fragment epitelial, care mai târziu să evolueze către formațiunea kistică. Origina Müllerienă ar explica prezența papilelor pe fața internă a unor kiști (Graefe, Quénu) precum și juxtaposițiunea pe aceeași tumoră a două feluri de epitelii: cilindric și pavimentos. Acest punct merită noi cercetări (Legueu).

Dar ori cum ar fi, teoria embrionară e mai ales bazată pe faptul că acești kiști se observă chiar în momentul născerei; că ei sunt multipli, cu un aspect moniliform și că au un conținut cu totul clar și transparent.

**Simptome.** — Avem două feluri de kiști: superficiale și profunde, divisiune stabilită deja de Huguier.

Kiștii superficiale sunt foarte mici: ca un bob de linte sau cel mult ca o mică alună. Ei pot fi multipli, începând de la 4—5 și mergând până la 15. Une-ori sunt dispuși în masă, sau iaă forma de mătăni. Aspectul lor e neted, luciu și cu o suprafață strălucitoare. Forma lor variază dupe baza de implantare: sunt sferice dacă sunt sesili, și devin din ce în ce ovalare, cu cât pediculul se subțiază și se lungesce.

În acest caz ei iaă aspectul cu totul polipos. Conținutul e mai mult seros, foarte puțin filant și excepțional brun închis. Une-ori, mai ales la femeile gravide, acești kiști pot să conțină și gaze, dând născere acelei vaginite emfisematose, descrisă de Winckel și despre care am vorbit.

Structura acestor kiști e formată din țesut conjunctiv, câte o dată foarte dezvoltat, ce servă de înveliș, iar interiorul e căptușit de celule cilindrice cari — câte odată — fiind prea turtite, iaă aspectul celulelor pavimentoase. Kaltenbach a găsit ridicături papilare, iar alții o degenerescență adenoidă a păretelui kistic.

Alte dăți în fine nu se găsește nici un înveliș epitelial pe fața lor internă, astfel că kiștii sémănă cu simple hiaturi pline cu un lichid seros transparent (Martin).

**Kiștii profunzi.** Se numesc astfel nu numai că se află în părțile mai profunde ale vaginului și anume minimum la 4—5 centimetri de orificiul vulvar, dar și prin aceea că au sediul sub mucosa vaginală, de care sunt separați printr'un țesut conjunctiv foarte gros. Lucrul este cu totul contrariu la kiștii superficiale, cari se găsește mai aproape de vulvă și în grosimea chiar a mucoasei iar nu sub dinsa. Pe lângă acestea, kiștii profunzi sunt unici, excepțional multipli, păreții foarte groși iar conținutul mai filant,



brun și de aspectul șocolatei. Sediul lor e de preferință în părțile anterior al vaginului, de unde și credința că el ar fi o pungă seroasă; volumul lor poate merge până la acela al unei portocale și chiar a unui pumn.

În structura acestor kiști, pe lângă prezența celulelor cilindrice variate, ce se găsește și în kiștii superficiali, avem un țesut foarte gros de țesut conjunctiv și fibre musculare netede. În fine după Sinety, în interiorul lor e posibil a observa forme epiteliale diverse, prezentând ridicături și muguri, întocmai comparabili cu ceea ce se ved în unii kiști ai ovarului.

Ca evoluție clinică, acești kiști, mai ales când sunt mici și superficiali, nu dau absolut nici un simptom ce le-ar putea trăda existența. Prezența lor nu aduce absolut nici o vătămare. Huguier, citat de Sinety, arată un cas unde o tumoră kistică a durat 17 ani, fără să fi adus vre-un inconvenient femeii precum nici bărbatului. În alte circumstanțe însă, prin sediul, volumul, sau evoluțiunea lor, aduc oarecare genă bolnavei. Acesta se manifestă printr'o senzațiune de greutate în regiunea perineală, tracțiuni lombare, fenomene de turburări din partea micțiunii, tenesme rectale, etc., etc. Cu cât tumorile vor avea un volum mai mare și vor fi situate mai aproape de orificiul vulvar, cu atât vor fi o piedică la îndeplinirea actului de coit și deci o cauză de sterilitate, vaginism, sau distocie în timpul facerei.

Martin în tratatul său citează un cas foarte interesant, de efectele ce pot produce niște asemenea kiști:

„Am constatat — zice autorul — la o femeie sterilă, prezența în fundul de sac vaginal stâng, a unui kist de mărimea unei nucii care proemina foarte mult în conduct, și venia să se aplice pe orificiul colului uterin întocmai ca o supapă, nu numai la exploratiunea digitală, dar încă și în momentul introducerii speculului cilindric“.

Tot acest autor spune că a operat, extirpând de 15 ori kiști vaginali puțin voluminoși, dintre cari cea mai mare parte provocase o adevărată procidentă completă a vaginului.

**Diagnosticul.** Nu e greu, dacă căutăm a ne da bine seama de sediul tumorii, aflat exclusiv în părțile vaginali. Când aceste tumori se găsesc în fundurile de sac, ele s'au luat din eroră drept polipi uterini, sau ai gâtului său.

Dar tocmai aci trebuie să fim atenți; a deosebi tumorile probabile în vagin, de acele proprii ale acestui organ.

În cazul când tumora face procidentă și apare sau chiar ese

din orificiul vulvar, se p $\acute{o}$ te lua drept un cistocel, sau rectocel. Introducerea unei sonde uretrale însă, ne va arăta de ce este vorba. Pe lângă ac $\acute{e}$ sta păreții cistocelului vor fi mai groși și sbârciți, iar nu netezi și întinși ca într'un kist. In fine cistocelul va fi reductibil și va crește sau se va micșora, după cantitatea de lichid sc $\acute{o}$ să sau introdusă în bășică; kistul va fi ireductibil și cu volumul constant, neinfluențându-se de nici o manoperă. Cât pentru rectocel, introducerea unui deget în vagin și altul în rect, va rezolva imediat chestiunea.

**Prognosticul.** Tot-d'a-una benign, afară de diferite complicațiuni ca supurație, ulcerarea păretelei, iritația vaginului, etc. Acești kiști, prin mersul lor escisiv de lent, pot fi suportați fără nici un inconvenient. Când însă ia $\acute{u}$  o dezvoltare prea mare, sau au un anume sedi $\acute{u}$ , împedcând actul coitului or favorisând sterilitatea, atunci prognosticul devine serios, nu atăt prin natura tumorii, cât prin volumul și accidentele la cari dau naștere, mai ales când produc prolapsul vaginal. In acest cas intervenția se impune cu deosebire daca ar fi vorba de femei tinere.

**Tratamentul.** Puncțiunea simplă a kistului nu dă rezultate definitive, căci mai tot-d'a-una se observă recidive. In cazul când tumora e pediculată, operațiunea e f $\acute{o}$ rte ușoră, putând face ablațiunea prin simpla aplicare a unui fir de legătură pe pedicul.

Dacă însă kistul e sesil, operațiunea e mai dificilă. De aceea s'a recomandat nu numai incisiunea largă, dar și escisiunea marginilor kistului, spre a lăsa fundul în evidență și a se cicatriza în mod treptat.

Dar și în cazul acesta marginile se pot reuni, și astfel cavitatea să se reformeze, iar cu d $\acute{i}$ nsa reproducerea kistului. De aceea Schroeder, a propus un alt procedeu pentru ablațiunea kiștilor vaginali. El circumscrie cu bisturiul păretele kistului ce privește vaginul și suturază baza tumorii — r $\acute{e}$ masă descoperită — de jur împrejur cu păretele vaginal, pentru a impiedica astfel o nouă obliterațiune și reproducerea cavității kistice.

Sunt kiști — complicațiune supărătoare — zice Martin, cari fără să fie născuți în împrejurimile imediate ale vaginului, vin cu t $\acute{o}$ te acestea, în dezvoltarea lor ulterioară, să facă ridicătură sub muc $\acute{o}$ sa vaginală. Aceste tumori, ce suntem obligați a le considera ca kiști de origină congenitală, pot să capete un volum considerabil, și prin situația lor în planșeul pelvien, să împingă peritoneul f $\acute{o}$ rte mult în sus, reprezentând astfel mari tumori extra-peritoneale.

Până în present, s'a atacat mai tot-d'a-una aceste tumori prin

vagin practicând incisiunea simplă și reunirea cu părțile vaginal prin sutură, lăsându-se atrofiei rolul de a asigura vindecarea. Dacă acest procedeu întâmpină dificultate, adaugă Martin, n'ăși ezita se recurg la laparatomie pentru extirparea acestor kiști. În asemenea cas, incisăm învelișul peritoneal, enucleăm tumora și suturăm perderea de substanță. După resecțiunea tegumentelor superioare a părții kistice, am putea să drenăm în jos partea imposibil de ridicat, și să separăm porțiunea sa superioară de cavitatea abdominală prin suturi.

Eu, un singur cas am observat de kist al vaginului, situat pe părțile sêu anterior și la o distanță de 5 c.m. de la intrarea vulvei. Volumul sêu nu era mai mare ca o alună. Am tratat acest kist prin deschiderea cu Pacquelinul, și am introdus în buzunar micî bandete de tifon iodoformat. Vindecarea s'a obținut în mod definitiv, neobservând nici o recidivă sau vre-o mică fistulă.

## § 2. Tumorile solide ale vaginului.

I. **Fibróme.** Păreții vaginali sunt constituiți din țesut conjunctiv și fibre musculare netede. Decî fibro-miómele, găsind elementele lor esențiale, se pot foarte bine desvolta în această regiune. Putem decî observa fibróme pure formate numai din țesut conjunctiv, mióme formate din fibre musculare netede, precum și fibro-mióme când ambele țesuturi se găsesc amestecate. În plus, aceste tumori adesea conțin vase foarte multe, grație bogăției rățelelor vasculare ce există în această regiune.

Cu toate acestea, fibrómele vaginului forméză afecțiunii foarte rare. Lawson Tait spune că n'a observat de cât 5 casuri.

În general, corpiî fibroși ai vaginului se desvoltă pe părțile posterior. Ei se pot observa însă și în alte puncte diverse. precum și pe păreții laterali. Ca sediū, pot fi găsiți imediat sub mucósă, în stratul fibro-muscular, sau în țesutul conjunctiv ce înconjóră vaginul. De aci am putea avea: *fibrom sub mucos, intersticial și profund.*

De obiceiū sesile, fibrómele au tendință a se pediculisa, luând caracterul unui adevărat polip. Volumul lor nu întrece dimensiunile unei nucî. Au însă tendință a deveni cu atât mai mari cu cât sunt mai profunđi.

**Simpptomele** sunt proprii fibrómelor uterului, pe cari le vom vedea. Însă, pe lângă emoragie și scurgeri mai mult sau mai puțin murdare, e posibil să avem fenomene din partea bășiceî udului



din orificiul vulvar, se p $\acute{o}$ te lua drept un cistocel, sau rectocel. Introducerea unei sonde uretrale însă, ne va arăta de ce este vorba. Pe lângă ac $\acute{e}$ sta p $\acute{a}$ reții cistocelului vor fi mai groși și sbâr-ciți, iar nu netezi și întinși ca într'un kist. In fine cistocelul va fi reductibil și va crește sau se va micșora, după cantitatea de lichid sc $\acute{o}$ să sau introdusă în bășică; kistul va fi ireductibil și cu volumul constant, neinfluențându-se de nici o manoperă. Cât pentru rectocel, introducerea unui deget în vagin și altul în rect, va rezolva imediat chestiunea.

**Prognosticul.** Tot-d'a-una benign, afară de diferite complicațiuni ca supurație, ulcerarea p $\acute{a}$ retelui, iritația vaginului, etc. Acești kiști, prin mersul lor escisiv de lent, pot fi suportați fără nici un inconvenient. Când însă ia $\acute{u}$  o dezvoltare prea mare, sau au un anume sedi $\acute{u}$ , împedcând actul coitului or favorisând sterilitatea, atunci prognosticul devine serios, nu at $\acute{a}$ t prin natura tumorii, cât prin volumul și accidentele la cari dau naștere, mai ales când produc prolapsul vaginal. In acest cas intervenția se impune cu deosebire daca ar fi vorba de femei tinere.

**Tratamentul.** Puncțiunea simplă a kistului nu dă rezultate definitive, căci mai tot-d'a-una se observă recidive. In cazul când tumora e pediculată, operațiunea e f $\acute{o}$ rte ușoră, putând face ablațiunea prin simpla aplicare a unui fir de legătură pe pedicul.

Dacă însă kistul e sesil, operațiunea e mai dificilă. De aceea s'a recomandat nu numai incisiunea largă, dar și escisiunea marginilor kistului, spre a lăsa fundul în evidență și a se cicatriza în mod treptat.

Dar și în cazul acesta marginile se pot reuni, și astfel cavitatea să se reformeze, iar cu d $\acute{i}$ nsa reproducerea kistului. De aceea Schroeder, a propus un alt procedeu pentru ablațiunea kiștilor vaginali. El circumscrie cu bisturiul p $\acute{a$ retele kistului ce privește vaginul și sutur $\acute{e}$ ză baza tumorii — r $\acute{e}$ masă descoperită — de jur împrejur cu p $\acute{a}$ retele vaginal, pentru a impiedica astfel o nouă obliterațiune și reproducerea cavității kistice.

Sunt kiști — complicațiune sup $\acute{a}$ rătore — zice Martin, cari fără să fie născuți în împrejurimile imediate ale vaginului, vin cu t $\acute{o}$ te acestea, în dezvoltarea lor ulterioară, să facă ridicătură sub muc $\acute{o}$ sa vaginală. Aceste tumori, ce suntem obligați a le considera ca kiști de origină congenitală, pot să capete un volum considerabil, și prin situația lor în planșeul pelvien, să împingă peritoneul f $\acute{o}$ rte mult în sus, reprezentând astfel mari tumori extra-peritoneale.

Până în present, s'a atacat mai tot-d'a-una aceste tumori prin



vagin practicând incisiunea simplă și reunirea cu părțile vaginal prin sutură, lăsându-se atrofiei rolul de a asigura vindecarea. Dacă acest procedeu întâmpină dificultate, adaugă Martin, n'ăși ezita se recurg la laparatomie pentru extirparea acestor kiști. În asemenea cas, incisăm invelișul peritoneal, enucleăm tumora și suturăm perderea de substanță. După resecțiunea tegumentelor superioare a părții kistice, am putea să drenăm în jos partea imposibil de ridicat, și să separăm porțiunea sa superioară de cavitatea abdominală prin suturi.

Eu, un singur cas am observat de kist al vaginului, situat pe părțile sevă anterior și la o distanță de 5 c.m. de la intrarea vulvei. Volumul sevă nu era mai mare ca o alună. Am tratat acest kist prin deschiderea cu Pacquelinul, și am introdus în buzunar mică bandete de tifon iodoformat. Vindecarea s'a obținut în mod definitiv, neobservând nici o recidivă sau vre-o mică fistulă.

## § 2. Tumorile solide ale vaginului.

I. **Fibróme.** Păreții vaginali sunt constituiți din țesut conjunctiv și fibre musculare netede. Decă fibro-miómele, găsind elementele lor esențiale, se pot foarte bine desvolta în această regiune. Putem decă observa fibróme pure formate numai din țesut conjunctiv, mióme formate din fibre musculare netede, precum și fibro-mióme când ambele țesuturi se găsesc amestecate. În plus, aceste tumori adesea conțin vase foarte multe, grație bogăției rățelelor vasculare ce există în această regiune.

Cu toate acestea, fibrómele vaginului forméză afecțiunii foarte rare. Lawson Tait spune că n'a observat de cât 5 casuri.

În general, corpiu fibroși ai vaginului se desvoltă pe părțile posterior. Ei se pot observa însă și în alte puncte diverse. precum și pe părții laterali. Ca sediū, pot fi găsiți imediat sub mucósă, în stratul fibro-muscular, sau în țesutul conjunctiv ce înconjoră vaginul. De aci am putea avea: *fibrom sub mucos, intersticial și profund.*

De obiceiū sesile, fibrómele au tendință a se pediculisa, luând caracterul unui adevărat polip. Volumul lor nu întrece dimensiunile unei nucă. Au însă tendință a deveni cu atât mai mari cu cât sunt mai profunđi.

**Simpptomele** sunt proprii fibrómelor uterului, pe cari le vom vedea. Însă, pe lângă emoragie și scurgeri mai mult sau mai puțin murdare, e posibil să avem fenomene din partea bășiceii udului

a rectului, genă în urma actului coitului, etc., etc. după volumul și sediul tumorei. De aceea, fibrómele vaginului ni se trădăză mult mai ușor ca cele uterine; pe lângă acesta se complică mai repede de inflamație, supurație și gangrenă.

**Diagnosticul.** Nu e greu dacă tumora are un volum mic. În acest cas putem introduce degetul, și imediat să constatăm inserțiunea bazei sale, fie sesilă sau pediculată pe pereții vaginali. Atunci vom evita a lua un fibrom sau polip al gâtului uterin drept al vaginului.

Când fibromul însă are un volum prea mare și umple întreaga cavitate vaginală, se înțelege că diagnosticul e greu și poate chiar imposibil. În adevăr, în acest cas, neputând introduce degetul spre a practica o explorație convenabilă, nu vom ști ce avem aface.

Dar chiar în afară de această eventualitate, diagnosticul încă poate fi dificil în următoarea circumstanță. Se știe că fibrómele uterului pot lua naștere pe orî-ce punct al suprafeței acestui organ. Să presupunem deci că un asemenea fibrom se dezvoltă în regiunea istmului, fie la partea sa anterioară sau posterioară. O asemenea tumoră dezvoltându-se în mod continuă, va împinge țesuturile înaintea sa, și va fini prin a face irupțiune în vagin, fie prin fundul de sac posterior sau anterior. Vom fi atenți deci, examinând bine baza tumorei, modul de implantație și diferite alte fenomene spre a evita confuziunea. Această ar fi foarte păgubitor pentru bolnavă, mai ales când am voi să intervenim, operația fiind foarte diferită.

În resumat, în diagnostic trebuie să stabilim trei lucruri:

I. Dacă fibromul e sub mucos, intersticial sau profund.

II. Dacă nu aparține vre-unui organ vecin, în special gâtului uterin sau corpului (istm).

III. Dacă tumora e sesilă orî pediculată.

Ar trebui să facem diagnosticul diferențial și cu un lipom, ce ar putea foarte bine să se desvolte în țesutul celulo-conjunctiv al pereților vaginali. Dar lipomul e așa de rar, în cât nici nu se descrie în autorii. Și apoi, confuziunea n'ar avea nici-un pericol, tratamentul fiind același. Vom reaminti însă că fibrómele au o consistență tare, egală și fără senzațiune de cea falsă fluctuație, ce ne oferă lipomul, care e datorită ghemurilor de țesut grosos din care e compus.

Pentru detalii mai mari să se vadă cap. Lipom în vol. II.

**Tratamentul.** Fibromul fiind o afecțiune benignă, îl putem lăsa

în pace atât timp, cât prezența sa nu aduce nici o supărare bolnavei. Și mai ales vom păstra această conduită, dacă femeia va fi înaintată în vîrstă, sau cel puțin va fi trecut menopauza. În cazul contrariu, dacă femeia e tînără, iar fibromul, prin volumul său sediul său, aduce genă fie în coit, în fecondație sau micțiune, și mai ales dacă prin creșterea sa are tendința a eși din vagin, producînd și un prolaps al acestui organ, atunci neapărat, fără nici o ezitare trebuie să practicăm ablațiunea.

Cînd tumora e pediculată, operația e ușoră. E de preferat în acest cas a pune prealabil un fir de legătură pe pedicul, și apoi să excisăm, spre a preveni emoragia consecutivă.

În cazul cînd fibromul e sesil, vom practica incisiuni largi, sau lambouri după adîncimea și volumul tumorei. Vom căuta să atacăm capsula fibrósă de care este învălită tumora, pentru a o enuclea întocmai ca un sâmbure de prună.

Dupe ablațiune, vom sutura bine marginele incisiunii. Vom asigura în mod serios emostasa, cunoscute fiind emoragiile ce însoțesc operațiunile în această regiune, din cauza marelui sale vascularității. Precauțiunii mari vom lua cînd va trebui să ridicăm fibróme din fundurile de sac anterior sau posterior, din cauza prezenței bășicei înainte și a peritoneului înapoi. În adevăr aceste organe mai mult se vor pogorâ, cu cât tumora va fi aparținînd corpului uterin. Dar în afară de acesta, există tumori ce se dezvoltă în intimitatea despărțitórei vesico-vaginale. Și casurile nu sunt rari, cînd prin cel mai minuțios examen să nu le putem diagnostica origina exactă, dacă sunt pure vaginale or aparțin acelei clase greu de recunoscut, constituind fibrómele *peri-uretrale* provenite din uretră sau chiar bășica udului.

În asemenea circumstanțe, nici odată nu trebuie să aplicăm o legătură în masă pe tumori. Vom căuta deci să procedăm prin incisiuni treptate și prudente și să ajungem la enuclearea fibromului, fără a deschide bășica or fundul de sac peritoneal.

**II. Papilómele.** Sunt mai rari ca orî ce altă tumoră. Ele constau în hipertrofia papilelor mucósele vaginale, într'un grad mai mult sau mai puțin mare. De un volum variabil, papilómele une orî sunt multiple și dau senzațiunea catifelată a păretelui afectat. Alte dată papila hipertrofiată se lungește, luînd aspectul unui deget de mînușă. După Lawson Tait, este mai cu sémă stroma papilei care e hipertrofiată; țesutul conjunctiv, vasele și fibrele nervóse, suferă o îngroșare însemnată, pe cînd învălișul epitelial pare că rămîne cu desăvârșire normal.



Simptomul principal e durerea, datorită acestei alterațiuni patologice a nervilor. Dînsa, zice Lawson Tait, e une-orî așa de acută, în cât face existența bolnavei insuportabilă. Contra lor nu e alt-ceva de cât distrugerea complectă, fie cu Pacquelin, caustice, acizî forți, etc., etc.

### § 3. Tumori maligne ale vaginului.

Acestea sunt reprezentate prin *sarcôme* și *cancer*.

Sarcomul e mult mai rar de cât cancerul. Mai tot-d'a-una consecutiv unui sarcom al uterului, el pôte să provie și dintr'o degenerescență a fibro-miomului vaginal. Sarcomul primitiv al vaginului e o excepciune, mai cu sémă cel melanic. În orî-ce cas se observă în general la fete mici de 3—4 ani; mai rar la adulte și excepțional la bătrîne. Ca orî-ce tumoră malignă, sarcomul ia caracterul difus. El are tendința a se lăți în suprafețe și adîncimi, și a coplesi organele vecine ca bășică, rect, cavitatea pelvienă și peritoneală. Pe lângă acesta se însoțesce de tôte caracterele neoplasmelor, ca emoragii, scursori fetide, prinderea ganglionilor, cachexie și la urmă mórtea.

**Cancerul** vaginului, mai tot-d'a-una e consecutiv unui cancer al gâtului uterin, infectând organul prin inoculație sau grefare.

Cancerul primitiv e fórte rar, ast-fel că Martin abia dá porțiã de 1 la 1000. Pozzi pe 475 bolnave de ginecologie, tratate în serviciul seú în 1894, agăsit numai douë casuri de cancer primitiv al vaginului. Dar și acest număr încă e mare. În adevêr, eú în serviciul meú de ginecologie de la Febr. 1895 — Febr. 1899, din 1500 bolnave, n'am găsit de cât un singur cas de cancer al vaginului, descris mai jos. În practica mea de oraș de 16 ani, n'am vêdut de cât iarăși un singur cas de cancer al vaginului coplesind și buzele mari, la o călugăriță de 80 ani.

Acésta se explică probabil din cauza lipsei de glande în vagin și din prezența invêlișului epitelial pavimentos, ce constituie un strat destul de tare și resistent; lucru cu totul opus de ceia-ce se găsesce în col și uter, de aceia și acest neoplasm se observă așa de des aci.

Cancerul primitiv se observă mai mult la femeî tinere, și are sediul de predilecție pe pãretele vaginal posterior în puncte diferite; pe când cel secundar ar coplesi mai de preferință, după Cruveilhier, pãretele anterior.

Ca forme clinice distingem trei varietăți de cancer: *forma*



*nodosă, papilară sau vegetantă și ulcerosă.* Forma ulcerosă, care e cea mai comună pentru mucose, este și în vagin cea mai frecventă. Or care ar fi însă tipul, caracteristica este că nici unul nu are tendința a rămâne izolat, ci formeză grupuri determinate la distanțe mai mult sau mai puțin mari, putând astfel să coplescă toți pereții vaginali, formând une-ori un fel de cerc sau inel astupă întregul canal. Mai mult, cancerul poate să treacă dincolo de pereții vaginali prin țesuturile circumvecine, și să meargă către planșeul pelvien, sau chiar prin anexele uterului, lăsând totuși acest organ intact. Dar mai adesea organele vecine nu sunt cruțate, căci atât uterul cât și bășica și rectul, sunt de o potrivă coplesite.

Eu am observat un caz foarte caracteristic de cancer primitiv al vaginului la o tânără femeie, și unde gâtul uterului de și presenta o ulceratie superficială, totuși nu avea nimic de specific. Forma și consistența lemnosă a acestui cancer nodos, m'a făcut să instituesc un tratament antisifilitic mixt, cu toate că n'aveam nici o iluziune asupra posibilității unui șancăr indurat primitiv, sau gomă terțiară. Iată observația mai pe larg, luată de D-nul Vasileseu.

### Observație.

Eliza Lăzărescu de ani 28, căsătorită, profesie menageră, intră la 13 Octombrie 1895 în serviciul D-lui Dr. Kiriac cu un cancer al vaginului.

Din antecedentele ereditare nu găsim o diateză cancerosă. La 14 ani avu primele menstrui, nedurerose, dura 4—5 zile, în mică cantitate. Intervalul era de 4 săptămâni.

La 17 ani se mărită, avu un singur copil după un an. Facerea la termen și ușoră. După 8 zile părăsește patul. De 11 ani n'a mai născut copii, și nici u'a avut vre-un avort.

Pacienta nu poate preciza a nune timpul de când neoplasmul a început a se forma. Cu toate astea cam de 4—5 luni simte nisce dureri în vagin, ceia-ce îi producea dureri mari în actul coitului. După puțin timp începu o ușoră emoragie, ce se mări încet încet, iar cu dînsa și durerile crescură. Acésta determină pe bolnavă a intra în serviciu la 13 Octombrie.

*Starea locală.* Tot peretele lateral stîng al vaginului și jumătate din cel posterior, este ocupat de nisce tumori boselate, de țarie cartilaginosă; către mijlocul lor intrăm cu degetul ca într'o peșteră ulcerată, sîngerîndă și foarte durerosă.

Examinată la specul, aplicînd o valvă pe latura dréptă a vaginului și degetul pe perețele posterior vedem:

1. Gâtul uterului, bine distinct de tumoră, are o ulceratie netedă pe totă

buza inferioară ce e lipită de pãretele posterior, așã cã acest fund este aprõpe cu totul închis. Gãtul este dur, ulcerația coprinde și fundul de sac lateral stâng.

Pe pãretele antero-lateral stâng al vaginului, existã o tumorã de mãrimea unei nucii, cu baza indurată, suprafața fõrte ulcerată. Acetã tumorã coprinde tõtã grosimea pãreților vaginului, întinđõndu-se în adãncime fãrã a-i putea da de limitã; dinsa merge pãnã în basin. Pe pãretele anterior existã o altã tumorã cu aceleași caractere, avẽnd o bazã cartilaginõsã dar mobilã. Suprafața ulcerată are o formã elipticã fõrte regulatã, marginile tãiate a pic.

În resumat: Se pare cã acetã tumorã a fost unicã la început, avẽnd mãrimea unui mër mic spintecat în douẽ.

Tușeul rectal ne aratã noduli cartilaginoși multipli, proeminenți în rect, fãrã ca mucõsa sã fie atinsã. Se constatã prelungiri cãtre fosa ischio-rectalã, dar iarãși fãrã sã ajungem la limitele tumorii. Pe fesã și cõpsa drẽptã existã varicosități. La partea superioarã, împingẽnd cãt putem degetul, nu putem trece de limita tumorii. Ganglionii inguinali nu sunt prinși. Constatãm însã în fosa iliacã stãngã o masã durã neregulatã durerõsã și atãt de fixã ca și cum ar fi bãtutã în cue. La explorațiune bolnava acusã dureri fõrte mari.

17 Octombrie. S'a cauterizat cu Pacquelinul tõtã suprafața sãngerãndã, apoi se introduce o bandeletã iodoformatã în vagin.

Se dã fricțiuni mercuriale pe corp.

25 Octombrie. Se injectezã în țesutul tumorii mai multe seringi Pravaz cu soluție de sublimat corosiv 1‰, în acest timp bolnava acusã dureri fõrte mari.

28 Octombrie. Bolnava iese nevindecatã.

**Simptomele.** Cancerul vaginal cãte odatã este fõrte insedios, așã cã nu provõcã absolut nici o durere bolnavei: de aci rezultã cã aceste nenorocite observã lucrul deja prea târđiũ. Adesea ele vin într'o periõdã fõrte înaintatã: cu fistule recto-vaginale or vesico-vaginale în cel mai înalt grad posibil. Din contra, în alte circumstanțe cancerul vaginului se însõțește de la început de dureri fõrte violente și cu un mers tot atãt de repede. Bõla o datã confirmatã, se caracterisã și se diagnosticezã prin tõte semnele clasice acestui neoplasm și asupra cãrora e de prisos a reveni, fiind pe larg descrise la capitolul *Cancer* în vol. II. Cu tõte acestea, ca noțiunii speciale vom cãuta sã vedem starea ganglionilor pelvieni, a gãtului uterin, a despãrțitõrelor rectale și vesicale, precum și gradul de infiltrare al pãreților vaginali.

**Tratamentul.** E mai mult paliativ; o extirpare totalã mai nici-o-datã nu putem face, afarã de casuri cu totul esecțiõnabile, unde tumora ar fi limitatã și ușor de extirpat. Dar chiar în asemenea cas, iluziunii nu trebuie sã ne facem, cãci mai des sã ne așteptãm la recidivã de cãt la o vindecare persistentã. Chestiunea devine delicatã în cas de coincidență a graviditãței cu cancerul.

Aci, cu tóte că facerea s'a putut efectua în multe casurî chiar înaintate de cancer, totuși dându-se posibilitatea de grave complicațiuni emoragice, septicemice și inoculațiuni asupra fetusuluî, e bine a recurge la o operație radicală, înainte ca femeia să nască. In casurî desesperante, putem procede la laparatomia cesarienă, pentru a scăpa viața copiluluî; sau fiind deja mort, la embriotomie, pentru a scăpa cel puțin momentan femeia de o mórte sigură.

Olshausen nu se dă înapoi a opera chiar casurî destul de înaintate, mergînd până și la însăși extirparea vaginuluî.

Iată procedeul său, ast-fel precum el însuși îl descrie în *Centrabl. f. Gyn.* 5 Ianuarie 1895 și reprodus în *Archives d'obstetrique et gynecologie*.

„Incisie transversală a perineuluî, apoi separarea despărțitóreî recto-vaginale până la cavitatea lui Douglas. Acéstă deslipire a rectuluî și a vaginuluî se face, în cas de dificultate, sub controlul unuî deget al ajutoruluî așezat în rect.

Dacă avem să extirpăm în același timp și uterul, atunci deschidem cavitatea lui Douglas, răsturnăm uterul înapoi și îl separăm de ligamentele largi, procedând de la trompe către col. Acestea făcute, secționăm cu fórfecile vaginul împrejurul canceruluî. Dupe aceia terminăm prin deslipirea coluluî de băsică.

Când nu vrem să ridicăm uterul, procedăm mai întâi ca adineaori, separând vaginul de rect până la unirea coluluî și a vaginuluî, avînd grije să liberăm ast-fel în lături vaginul de țesuturile subjacente, până ce tot neoplasmul și părțile adjacente sunt libere. Dupe aceea facem să comunice în punctul cel mai ușor, cavitatea vaginală și cavitatea artificială creată înapoiul vaginuluî. Ridicăm în urmă cancerul cu ajutorul fórfecilor.

Când cavitatea vaginală e strîmptă și în parte astupată de desvoltarea tumorei, înlesnim fórte mult operațiunea, dacă dupe deslipirea despărțitóreî, incisăm păretele posterior al vaginuluî de d'inainte înapoi până în vecinătatea neoplasmuluî. Depărtăm cele două lambourî de părțile sănătóse ast-fel formate, ceia ce pune sub ochi câmpul operator.

Avantajele acestuî mod de a procede sunt ușor de înțeles. Liberarea păreteluî bolnav, deschiderea cavităței lui Douglas și în parte ablațiunea uteruluî, se fac fără să atingem tumora; câștigăm loc pentru a opera și putem ast-fel să ridicăm partea bolnavă din păretele vaginal cu mai multă precisiune și siguranță. Afară de acésta împedicăm inocularea canceruluî prin grefare.

Autorul ține că Zuckerkandl în 1889, recomandase acest procedeu pentru a extirpa uterul, de preferință metodei vaginale, și că Fromel pusese acest consiliu în execuțiune. Dar emoragia, care însoțesce deslipirea recto-vaginală, este o condițiune defavorabilă. Póte cu toate acestea să convie, când e vorba de o multipară, în vârstă înaintată și cu vaginul prea larg.

Când din contra e vorba de cancer întins al păretelui vaginal posterior, emoragia nu mai este o contra-indicație, pentru că dinsa se întimplă și cu orî-ce alt procedeu și atunci acest procedeu (al lui Olshausen) nu oferă de cât avantaje“.

Mai există și metoda vaginală, pe care însă trebuie să o respingem, pentru cel mai puternic cuvânt, că nici odată să nu operăm în câmpul neoplasic. Prin acesta am favorisa recidiva prin inoculație directă și grefare. Cu toate acestea, dacă tumora e mică și bine limitată, putem recurge la aceste metode, circumscrind prin două incisiuni ovalare întregul neoplas, pe care apoi îl vom ridică. Dupe acesta vom căuta a reuni buzele plăgei, prin mai multe puncte de suturi.

Dar tocmai pentru asemenea casuri de pierderi mari de substanțe, când apropierea marginilor plăgei nu se póte face, Leprévost a imaginat următorul procedeu descris în Legueu. Autorul disecă mai întâi un lamboi semilunar, ocupând totă largimea perineului; concavitatea sa îmbrățișează furculița, iar convexitatea limitază anusul.

Mucósa vulvară e divizată pe linia mediană înaintea caronculelor mirtiforme, ast-fel că lamboul e cu totul liber și flotéză în părțile sale medii, pe când prin extremități se continuă cu buzele mari. Dupe aceia face ablațiunea despărțitoare de la fundul de sac posterior până la jumătatea circumferenței anterioare a sfincterului anal. Apoi acest lamboi perineal e tras în sus, pentru a întilni fundul de sac posterior al vaginului, și a fi fixat la lamboul vaginal superior prin puncte de suturi, ast-fel că fața sângerândă să privéscă vaginul, iar fața cutanată să fie întórsă către cavitatea rectului. In fine partea anterioară a rectului este ușor trasă în jos și fixată prin câte-va puncte de suturi la plagă perineală.

Ne-ar rămâne încă metoda prin calea sacrală; dar autorii nu sunt toți de acord, și nici că există proceduri anume recunoscute.



## CHESTIONAR

Bólele canalului vaginal. Considerațiuni generale. Direcțiunea și dispoziția păreților; folóse practice. Adâncimea fundurilor de sac; raportul peritoneului; consecințe. Divisiunea vaginului. Păreții și extremitățile sale. Formarea perineului. Structura vaginului: stratul extern, muscular și mucos. Caractere. Chestiunea glandelor vaginului. Discuțiuni. Diferite opinii și teorii. Vascularitatea vaginului. pag. 167—174

Traumatismele vaginului. Divisiune. Exemple. Vaginite. Considerațiuni. Divisiune. Vaginita acută, cronică, granulósă, adesivă, emfisematósă; caractere. Vaginita ulcerósă, foliculară, disecantă. Etiologia vaginitelor. Diferite opinii. Modul evoluțiunei și al manifestărei. Consecințe. Tratament . . . . . „ 174—189

Tumorile vaginului. Diviziune. Kiști vaginului. Opinia lui Huguier, Kaltenbach, Tillaux, Dohn, Winckel, Skene, Geyl, etc. Caractere și modul evoluțiunei. Intervențiuni.

Fibrómele, papilómele și tumorile maligne ale vaginului. Caractere, modul evoluțiunei, semne distinctive . . . . . „ 189—203

## Cap. IV. Fistulele vaginale.

Vaginul are raporturi strânse cu organele ce'l înconjóră.

În urma diferitelor cauze patologice sau accidentale, se pot stabili comunicațiuni anormale și directe între el și aceste organe. Faptul acesta constituie afecțiunea numită în mod generic *fistulă uro-genitală*.

Putem avea tot atâtea specii de fistule, câte sunt și organele cu cari vaginul se află în raport. Ast-fel, când bășica comunică cu vaginul, fistula este *vesico-vaginală*. Când e rectul în joc, fistula este *recto-vaginală*, iar când comunicarea se stabilește cu intestinul subțire prin fundul de sac al lui Douglas, fistula se numește *entero-vaginală*. S'ar mai putea observa și alte fistule pe cari le-am numi *salpingo-vaginale*, *pio-vaginale*, *vagino-peritoneale*, etc., după cum vaginul va comunica cu o trompă idropică, cu un flegmon retro-uterin, sau cu cavitatea peritoneală. Dar dintre toate, cele mai importante sunt de sigur fistulele vesico-vaginale și recto-vaginale. Importanța rezultă nu numai că dînsele sunt mai comune, dar și din aceia că cele mai multe cercetări și procedee operatorii au fost făcute asupra lor și mai ales asupra primelor.

La rigóre, aceste fistule fiind ale bășiceii și rectului, ar fi mai logic să nu le studiem în acest capitol, ci cu ocazia afecțiunilor acestor organe. De óre ce însă operațiunile ce se practică asupra lor, se fac mai mult pe vagin de cât pe bășică și rect, de aceia s'a luat obiceiul a se trata în capitolul de bóle ale vaginului. Incepem dară cu:

## § 1. Fistulele Vesico-Vaginale.

Există o mulțime de fistule, ce rezultă din diferite alterațiuni patologice ale bășiceii sau vaginului. Astfel este cunoscuta afecțiune foarte tenace și deseserantă numită *cistita cronică*. Dînsa cu timpul se complică de o ulcerăriune a mucóseii într'un loc limitat. Dar acest ulcer, încetul cu încetul, se întinde în mod considerabil și termină în cele din urmă a perfora despărțitorea vesico-vaginală, stabilind cu modul acesta o fistulă.

De asemenea neoplasmele vaginului și gâtului uterin, se însoțesc la un moment dat de acelaș rezultat, dând naștere iarăși la fistule. Ambele aceste categorii se numesc *fistule spontanate*.

Dar acestea fiind niște complicațiuni, în general nu se tratează; ele ne arată ultima fasă a bólei, care în curând va ucide pe individ. De aceia le lăsăm la o parte fără a ne ocupa de ele.

Iarăși vom lăsa la o parte și fistulele venite în urma diferitelor accidente sau plăgi, din pricină că dinsele nu au nici un anume sediū, nici același mecanism. De alt-fel, acestea le-am vădut când am tratat despre traumatismele și corpi străini ai vulvei și vaginului. Contra lor ne vom comporta dupe circumstanțe, fără a putea institui un tratament clasic.

Mai avem încă o varietate de fistule create de însuși chirurgul în scop terapeutic. În catarul cronic al bășiceii descris mai sus, *Simpson* cel d'întăiu a preconisat contra acestei afecțiuni, crearea unei fistule vesico-vaginale temporare. Scopul este de a sustrage organul de la orî ce contractiune și a pune ast-fel muschiul vesical într'un repaus absolut.

Tot în numărul fistulelor temporare vom cita acelea, cari rezultă din talia numită vaginală, și unde prin mijlocul acestei fistule, putem extrage diferiți corpi străini din bășică, în special calculi.

Dar noi vom trece peste tóte aceste feluri de fistule, ca și peste cele congenitale, cari prin raritatea lor nici nu sunt descrise, ne vom opri la o singură categorie și anume la acelea provenite în urma facerilor.

Ba încă, pentru a fi și mai expliciti, la acelea produse în momentul *expulsiunii fetului*.

Sunt casuri în adevăr, unde fistulele vesico-vaginale se datoresc unor întinse ulcerăriuni gangrenóse, orî diferite dezvoltate în timpul puerperalității, și deci cu totul în afară de meca-

nismul celor d'întâiu. Ele se însoțesc de desordine câte o-dată colosale.

Am văzut un cas — zice Schroeder — recunoscând această origină. Nu numai totă despărțitorea uro-genitală și uretra erau distruse, dar se produsese în acelaș timp și o fistulă recto-vaginală.

Terminăm deci repetând că, toate aceste varietăți de fistule vor fi lăsate la o parte, oprindu-ne exclusiv asupra aceloră determinate în momentul trecerei fetului prin vagin. Dar și din acestea vom da la o parte fistulele determinate tot în momentul expulsiunii, însă nu de fet, ci de mamos, fie în urma aplicării vițioase a forcepsului său cefalotribului, fie a unei pröste manipulari a acestor instrumente.

De alt-fel, în ginecologie când se zice fistulă vesico-vaginală, se înțelege aceea formată exclusiv de fet, în momentul expulsiunii sale. Ele sunt cele mai bine studiate, și în privința lor s'au imaginat procedeele cele mai diverse, bazate pe tot a-tâtea teorii și principii deosebite.

**Etiologia.** Fistula vesico-vaginală este constituită atunci, când despărțitorea ce separă cele două organe între ele se mortifică, se gangrenază.

Acest lucru cere neapărat, ca despărțitorea formată din părți moi, să fie coprinsă și apăsată între doi corpi soliđi. Aceștia sunt pubisul de o parte și capul fetal de alte parte. Compresiunea iarăși se cere a fi cât se póte mai îndelungată; alt-fel toate femeile ar avea fistule, căci la toate expulsiunea fetului determină öre-care compresiune în momentul trecerei sale prin vagin.

Se știe din patologia generală că, o compresiune forte dar de scurtă durată, nu provócă de ordinar gangrenă; pe când o alta mai slabă dar prelungită, adesea se însoțește de efectele cele mai desastrose.

În timpul acestei compresiuni, circulațiunea se întrerupe; o escară se forméză. Acesta deslipindu-se după 2—3 zile de la facere, lasă în loc o pierdere de substanțe, puind în comunicare vaginul cu bășica, fistula vesico-vaginală e formată.

Am ăis că se cere pentru crearea fistulei o compresiune îndelungată. Cu toate acestea, une ori accidentul pare a fi inevitabil, căci de și expulsarea este de scurtă durată, totuși mortificarea păreților se produce.

Lawson Tait spune că a avut un asemenea cas, contra căruia n'a reușit nici o încercare operatorie, nu numai pentru res-

taurare, dar nici pentru cea mai mică ameliorare. Intregul vagin era distrus de o necrosă întinsă, așa că rectul, uterul și ureterele, se deschideaū toate într'un cloac comun, aprópe de două police de adâncime și era captușit de pãreți cu o tãrie cartilaginósã.

În aceste condițiuni, leziunile fiind așa de întinse și considerabile, rămân în afarã de orĩ-ce intervențiune.

Dar asemenea casuri se observã fórtè rar și constituie adevãrate escepțiuni. E probabil cã atunci avem aface cu femeii de o constituție slabã, bêtrîne, în miserie fiziologicã; în fine cu ființe rêu hrãnite și ale cãror țesuturi, dupã cum ñice Schroeder, numai aũ nici un suc în ele.

Care e mecanismul intim al produciúnei fistulelor vesico-vaginale și cum ne explicãm diferitele varietãți? În timpul facerei, bãșica e împinsã, tîrãtã și óre-cum datã puțin afarã din micul basin. Atunci marginea sa inferiórã se așezã drept înapoiul simfisei, tocmai în locul unde capul fetal apasã mai mult. Une orĩ, dar casurile sunt rarĩ — o porțiune fórtè însemnatã din pãretele posterior al bãșicei póte sã fie comprimat, dând naștere la nisce largĩ și colosale fistule. Dar și într'un cas și în altul comunicarea se face între fundul bãșicei și vagin. De aci:

I-a varietate **fistulã vesico-vaginalã**. Primul cas care e cel mai comun, îl întãlnim la primipare. La ele vaginul fiind în general strîmpt, capul fetului e forțat a sta mai mult timp în loc, și deci a exercita o presiune a bãșicei pe simfisã.

Casul al doilea se întîmplã la multipare. La ele, bãșica fiind mai laxã, dînsa mai ușor se pogrã înapoiul simfisei. Nu se observã însã așa des din cauza lãrgimei vaginului, care permite o expulsiune mai repede a fetului.

Mai rarĩ sunt casurile ca bãșica sa sã lase așa de jos, în cãt vîrful sêu sã se gãsescã de desuptul punctului comprimat. În asemenea împrejurãri nu se póte face o fistulã urinarã, cãci dupã cum cu drept cuvênt ñice Schroeder, chiar dacã ar fi o presiune întinsã, dînsa se va exercita pe peritoneu, aducând perforațiunea acestuia, iar nu a bãșicei. Am avea deci:

A II-a varietate numitã **fistula vagino-peritonealã**.

A III-a varietate este **fistula uretro-vaginalã**. Acésta se întîmplã fórtè rar și anume când bãșica în loc de a se lãsa în jos, din contra se ridicã, tîrând ast-fel în sus meatul urinar și puindu'l înapoiul pubisului. Casul se întîmplã în special, când bãșica e plinã, lãsãndu-se neegolitã în timpul facerei.

Dacã fistula vesico-vaginalã e prea sus, și anume cãtre fun-



dul de sac, așa în cât marginea sa superiőră să fie formată de buza anterioră a colului, atunci avem :

A IV-a varietate numită **fistula vesico-vaginală uterină superficială (cervicală)** sau mai corect juxta-cervicală, în opoziție cu cea profundă, când buza colului e distrusă. Dar acesta formeză altă varietate, al cărui mecanism e următorul: Corpul uterului n'are nici o rațiune a intra în această combinație de fistulă; și nici că ar fi posibil acest lucru, dându-se situația ce el ocupă în abdomen; că orificiul său intern este foarte sus așezat d'asupra simfisei.

De aceia fistula vesico-uterină corporală nu există și nici nu este descrisă. Nu este însă tot ast-fel cu porțiunea sa cervicală, adică cu gâtul (colul) uterin.

În adevăr, se întâmplă că în momentul unor dureri energice, orificiul extern al colului să trecă pe d'asupra capului fetal și să fie prins în locul strîmpt, adică înapoiul simfisei. O compresiune decî exercitată pe acest organ, pôte determina necroza sa, cu atât mai mult cu cât buzele colului uterin în acest moment, sunt foarte ramolite și subțiate. Atunci două lucruri se pot întâmpla: sau că buza anterioră a colului e sfacelată împreună cu părțile vaginal și vesical, sau că vaginul nu ia parte și decî comunicarea se stabilește numai între bășică și colul uterin. Din primul cas rezultă :

A V-a varietate numită **fistulă vesico-vaginală uterină (cervicală) profundă**; din al II-lea cas rezultă :

A VI-a varietate numită **fistulă vesico-cervicală** iar după unii **vesico-uterină**.

Acestea sunt varietățile cele mai frecvente de fistule vesico-vaginale, exceptând prima varietate care incontestabil e cea mai comună. Între varietățile mult mai rari se numără *fistulele ureterale*.

În acest cas, uretra și bășica rămân intacte; una din uretere însă e singură coprinsă de presiune, care necrosându-se, canalul se deschide. Urina în loc să se verse în bășică se scurge aiurea. Și după cum acest canal ast-fel perforat comunică cu gâtul uterin sau cu vaginul vom avea :

A VII-a varietate **fistulă uretero-cervicală** sau a VIII-a **uretero-vaginală**.

Dar aceste fistule uretero-vaginale sunt cu totul excepționale. Ele au de obicei drept origină intervențiunile chirurgicale îndreptate contra cancerelor uterului sau a diferitelor afecțiuni a anexelor și ligamentelor largi. În adevăr, isterectomiile în special vaginale, extirparea anexelor prin această cale precum și

deschiderile largi a supurațiilor pelviene, pot fi însoțite de o fistulă ureterală. Acesta rezultă din faptul că uretera înconjurată de produsele neoplasice, și-a schimbat raportul normal sau chiar a contractat aderențe cu țesuturile ce au trebuit fi ridicate. Dar mai ales se observă când pentru a opri o emoragie arterială mare, punem la îndeplinire pense unde nimerim. În acest caz, uretera poate fi prinsă sau legată împreună cu vasele. De aci sfacel apoi fistulă.

Mai există încă o altă varietate cu totul excepțională și confus descrisă, din cauza neexplicării modului sâde formație. Este vorba

#### IX de fistule recto-vesicale.

Simon a observat în urma unei faceri laborioase, o ocluziune a celor două terțuri superioare ale vaginului și stabilirea unei fistule recto-vesicale. Schroeder însă crede, cu drept cuvânt, că niște asemenea fistule, mai des sunt datorite unor abcese parametrice, cari se deschid de o dată în bășică și în rect, de cât unei compresiuni fetale în timpul expulsării. Vom reveni.

Acesta este mecanismul după care se produc toate varietățile enumerate de fistule uro-genitale.

Acum să vedem cari sunt factorii, cari favorisază înlesnirea acestei compresiuni?

Primul loc îl ocupă basinurile strâmpte ori vițioase. În acest caz, capul fetal având diametrele mai mari în raport cu ale basinului, se angajază în mica strâmtore și nu poate înainta mai mult. Atunci el inevitabil va apăsa pe părțile moi, cari coprinse între două planuri osoase se vor necrosa, se vor gangrena. Cu deosebire compresiunea exercitată de capul fetului și în special de frunte, determină mai cu ușurința aceste leziuni.

Schroeder admite și presentația umerală, ca fiind capabilă a produce aceleași rezultate.

Surgerea prea repede a liquidului amniotic, încă jocă un rol important în această afacere.

Iată ce țice Schroeder:

„Înainte de scurgerea apelor amniotice, această presiune este minimă, din cauză că și forța expulsivă, care se transmite la copil e slabă. Decî facerile cu presentațiunii craniene, și unde muncile se prelungesc mult timp după ruptura buzunarului amniotic, sunt acelea cari produc mai adesea fistule.“

Însă cu tot concursul acestor factori, dacă arta obstetricală intervine la timp, fistulele la sigur pot fi prevenite.

Când dar vom avea aface cu un basin strâmt, cu un craniu

fetal mare și cu o inclavare prelungită, fistula uro-genitală se produce la sigur. Care este punctul osos contra căruia părțile moi sunt presate?

Mai tot-d'a-una, țice Schroeder, presiunea se exercită pe partea posterioară a marginii superioare a pubisului; și mai mult încă, pe mica spină ososă care se găsește alături de simfisă. Este excepțional a vedea țesuturile sdrobite pe alte părți a cingătorei pelviene, sau pe ramurile montante ale pubisului.

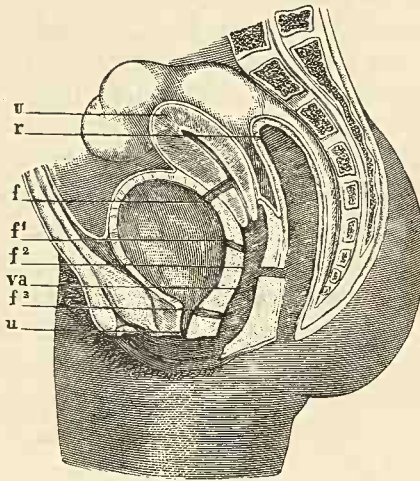


Fig. 20. Figură reprezentând sediul principalelor varietăți de fistule vaginale.

U. Uterul. u. Uretra. va. Vaginul. f. Fistulă vesico-uterină. f<sup>1</sup>. Fistulă vesico-vaginală. f<sup>2</sup>. Fistulă recto-vaginală. f<sup>3</sup>. Fistulă uretro-vaginală.

Vedem dar că stânca ososă, ce represintă punctul de sprijin, este aprópe constant, acelaș: forța impulsivă sau puterea, iarăș e aprópe constantă, fiind reprezentată prin capul fetal. Părțile moi însă variéză mult. Nu tot-d'a-una acelaș segment din despărțítorea vesico-vaginală va fi comprimat, necrosat; ci porțiunii diferite, după mecanismul deja arătat și din care au rezultat tóte varietățile de fistule vesico-vaginale.

Cu altă ocașiune am vėđut cuvėntul, pentru care în momentul producerei acestuți fenomen, rectul scapă de la acțiunea presiunii.



Causa este că aci avem excavațiunea sacrului, precum și o mobilitate óre-care a cocixului; grație acestor lucruri compresiunea nu se póte efectua. Cu bășica e cu totul alt-fel. Acest organ fiind apăsát pe simfisa pubienă, compresiunea e la maximum, din cauză că scheletul e cu totul fix și în afară de cea mai mică mobilitate posibilă.

Acesta e cuvântul, că în timpul facerilor dificile, fistulele vesico-vaginale sunt mult mai comune, în comparație cu cele rectale, cari constituie adevărate rarități și curiosități științifice.

**Anatomia patologică.** Nimic mai variat de cât aspectul și dimensiunile ce ne oferă fistulele uro-genitale.

În adevăr, une-orî perderea de substanță e așa de mică, în cât comunicarea între cele două organe e reprezentată printr'un orificiú, ce de multe-orî nu-l putem vedea, scăpând orî-cărei investigațiunii.

În alte casurî din contra, orificiul e destul de larg, permițând chiar introducerea degetului. În fine se póte observa o distrugere totală a despărțitórei vesico-vaginale, așa că de la meat până la gâtul uterin e o deschidere colosală, o adevărată gură de lup. Atunci cele două organe, bășică și vagin, forméză o singură cavitate. Între aceste două extreme putem vedea toate formele intermediare. Sediul fistulei este în raport cu varietățile, ast-fel că după locul ce ocupă, vom spune și genul la care aparține. În fistula vesico-vaginală tipică, orificiul bășiceii ocupă, linia mediană a despărțitórei vaginului și conduce la trigonul vesical, sau partea mijlocie a fundului bășiceii. Dar une-orî, după cum a arătat Spiegelberg, orificiul fistulos póte fórte des să se găsească pe părțile laterale ale vaginului și în special la drépta. Pentru rest am insistat destul la mecanism, spre a mai reveni.

Numărul fistulei în general e unic. N'am găsit descris, nici menționat, casurî de fistule vesico-vaginale cu orificiurî multiple. Trebuie însă a sci, că în urma diferitelor complicațiuni, se forméză bride sau bârne fibróse, cari plecate din diferite puncte ale vaginului sau chiar din marginele fistulei, trec de la un punct la altul, și imparte ast-fel orificiul fistulos în 2 sau chiar 3 părți, după numărul punților fibróse. Acésta ni s'ar impune drept fistule cu orificiú multiple, pe când în realitate e vorba de un proces cu totul artificial și secundar. Câte-odată, formațiunea unor asemenea bride fibróse, aduce un adevărat serviciú bolnavei, mai ales când desvoltarea lor se face dedesubtul orificiului fistulos. Cu acésta se produce o atresie a vaginului în acest punct. Dînsa



constitue o vindecare relativă și spontanată; urina iese prin meat în același timp cu fluxul menstrual, în tocmai ca și când practicăm oclusia vaginului pentru casuri desesperate, după cum vom vedea la tratament.

Forma orificiului e variabilă. Ca ordine de frecvență avem: forma ovală, longitudinală și cu totul rar forma în corn.

Marginele orificiului, când nu există nici o complicație, sunt rotunde, subțiri și tăioase; în cazul contrariu ele sunt foarte grose, calose și proeminente.

În fig. 20 luată din Sinety, se ved diferite varietăți de fistule urogenitale.

Ceia ce caracterisă această fistulă și cea ce tocmai le deosebesce de restul tuturilor fistulelor ce am studiat în Vol. I, este că margina sa e unică. În adevăr, mucósa vaginală și vesicală atât de intim s'a unit între ele, în cât numai există nici o inie de demarcație; cel mult găsim un mic lizereu de o culóre si-defie, dar reprezentat printr'o linie imperceptibilă. De aci mai rezultă că în fistula vesico-vaginală, nu se află nici un traject or cât de mic ar fi el, precum lucrul există în cele-lalte fistule. Aci, imediat din orificiul vaginal intrăm în cel vesical. Ba ce e mai mult, privind în vagin ne uităm direct în bășică.

**Simptome.** Semnul patognomic e format din două acte: pe de o parte femeia nu mai are sentimentul trebuinței de a urina, iar pe de alta dinsa se simte în permanență udă; faptele datorit trecerei continue a urinei prin vagin. Primul din acest act are mai puțină valóre ca secundul. Mai mult, foarte adesea se întâmplă că, în primele zile după facere, femeia să fie coprinsă de retențiune de urină, fără să aibă fistulă; și din contra, să urineze și totuși să aibă fistulă.

Nu e în adevăr nimic mai comun după facere ca o paresie a bășiceii. Decî retențiunea nu constitue un semn caracteristic. Cu toate acestea, o escară e în stare a produce acest fenomen prin acțiune reflexă. Dar încă o dată, acesta nu ne pôte autorisa a conchide la aparițiunea unei fistule, afară numai daca am asistat, saștim condițiunile în carî s'a efectuat facerea. Numai atunci putem bănui și lua faptul ca un semn precursor al fistulei.

Tot același lucru vom spune și la al II-lea cas, adică când femeia urinează și totuși are fistulă. Este știut și în afară de orice discuție, că escara produsă prin compresiune, nu se elimină de cât după 4 sașu chiar 8 zile. Decî în acest interval, femeia pôte foarte bine să urineze, și cu toate acestea să fie sub

iminența aparițiunei fistulei vesico-vaginale. Dar ce este mai mult, chiar dacă fistula e deja creată, femeia încă poate să urineze în mod normal, fără a putea bănuși grava infirmitate de care e coprinsă.

Eată diferitele circumstanțe unde ne putem înșela.

I. Dacă avem a face cu o fistulă uretro-vaginală, nici un fenomen de incontinență nu are rațiunea să apară: femeia își reține udul în mod fiziologic; însă numai în timpul micțiunei se simte puțin udă. Dar acest fapt în definitiv nu presintă nici o importanță, putându-se atribui unei relaxări a meatului său chiar unei stări normale: nimic mai comun ca prelingerea unei cantități de urină la intrarea vulvei, în timpul micțiunei. Singurul lucru ce ne-ar atrage atențiunea ar fi că, jetul său proiecțiunea urinei nu se face la o distanță depărtată. Dar și acesta e luat ca lucru secundar, putându-se atribui unei parese vesicale, sau chiar pozițiunei dorsale ce femeia parturientă e obligată a păstra. Și cu toate acestea dînsa are fistulă.

II. Să presupunem că am avut a face cu o fistulă vesico-vaginală pură. Dar și în acest cas ne putem găsi în fața mai multor posibilități:

a) Dacă fistula își are sediul în segmentul anterior al părțelului vesical, și dacă orificiul e destul de larg, atunci neapărat urina se va scurge în mod continuă și decî nici o îndoială n'ar mai avea loc. Când însă acest orificiū ar fi enorm de mic, de sigur cea mai mare cantitate de urină ar eși prin meat în mod normal, și numai o parte infinitesimală s'ar scurge prin orificiū; scurgere căreia nu s'ar da nici o importanță, luându-se drept o umețtație vaginală, așa de comună la parturiente.

b) Să presupunem însă că fistula se află mai sus, adică în segmentul posterior al bășiceii. Neapărat, probabilitatea ar fi ca scurgerea urinei să se facă în mod și mai regulat, și mai continuă. Cu toate acestea și aci avem mai multe excepțiuni.

Mai întăiut am putea avea casul, când fistula ar fi reprezentată prin o simplă fisură sau spintecătură. Atunci e posibil că, femeia avënd poziția dorsală, părțelele posterior al vaginului să se aplice pe cel anterior, și să închidă ast-fel strîmpta și mica linie ce pune în comunicație cele două organe. Cu modul acesta urina poate foarte bine să nu se scurgă în vagin, ci să iasă în timpul micțiunei; decî fistula va fi mascată.

c) Mai putem avea și o altă eventualitate și anume: fistula să fie vesico-vagino-cervicală superficială. În acest cas, dacă ori-

ficiul e foarte mic, e posibil ca gâtul (colul) uterin să se aplice pe acest orificiū, și ast-fel astupându'l, urina nu se pôte scurge în vagin, și deci fistula să rămâie ascunsă.

În cazul de fistulă uretero-vaginală bolnava n'are propriū vorbind incontinență de urină căci dînsa urineză foarte bine cu unul din rinichiū rēmas intact. Cel-l'alt a cărui ureteră e atinsă, va secreta urină, dar în loc de a se scurge în bășică va eși picătură cu picătură prin vagin. Mai mult, aceste fistule uretero-vaginale fiind în general provezute de un orificiū foarte mic, adesea dînsul se astupă în mod provisoriiū, așa că femeia nu se simte cătuși de puțin udă. Acēsta ne-ar face a crede că nu există fistulă, saū dacă a fost s'a vindecat în mod spontanat. Dar acēstă bucurie e foarte înșelătore, căci nu duréză de cât o zi, două, maximum trei, când urina din noū începe a curge. Eū am avut un cas tipic de o asemenea fistulă. E vorba de o damă P... din Brăila ce poseda o fistulă uretero-vaginală, al cărui orificiū se strîmpta câte odată așa de mult, în cât nici nu'l mai puteam constata. Femeia văzându-se perfect uscată se credea vindecată; dar a doua saū a treia zi din noū fenomenul apărea și de astă dată cu o intensitate mult mai mare. Un lucru demn de notat în asemenea casuri e următorul. Când orificiul se astupă, femeia se simte mult mai rēu; în plus observăm dureri în abdomen și o tumefacție datorită distensiunii uretereī obstruate, determinând chiar un fel de idronefrosă. În acest timp, când obstacolul e învins, se produce o adevărată *debaclă* de urină ce iese prin vagin, iar umflătura abdominală la moment dispare.

Lăsând la o parte tôte aceste casuri unele rari iar altele excepționale, rămâne drept simptom unic și patognomonic al fistuleī vesico-vaginale o *scurgere continuă a urinei și suprimarea actului de micțiune*.

Consecințele acestui singur fapt constitue isvorul celei mai mari nenorociri pentru femei. Și nenorocirea, e cu atât mai mare cu cât acēstă incontinență perpetuă nu rămâne izolată, ci mai tot-d'a-una se însoțesce de leziuni fie locale, saū a organelor vecine; aceste leziuni unele sunt mai teribile ca altele. Nimic mai greū de cât a descrie starea de mizerie a unei femei, atinsă de fistulă vesico-vaginală.

Eū nu cunosc o afecțiune mai infectă și mai degradătore pentru speța umană, ca fistulele vesicale. Nici însuși cancerul nu e de comparat cu o fistulă.

În adevăr, pe acest neoplasm adesea îl putem ridica și



individul, dacă nu pentru tot-d'a-una, dar cel puțin pentru un timp ore-care, are satisfacțiunea de a se vedea vindecat. Dar chiar admitând o recidivă sau o imposibilitate de a fi operat, încă această stare rămâne pe un plan mai jos de cât fistula inoperabilă. Cancerul în asemenea cas, represintă pentru mine o nenorocire mai mică ca o fistulă. Căci ce se întâmplă? În fața unui cancer inoperabil avem a lupta contra a două lucruri: contra ichorului canceros ce dă un miros din cele mai fetide, și apoi contra durerilor. Aplicațiunile locale și spălăturile largi antiseptice pe de oparte, iar narcoticele pe de alta, luptă destul de bine, cel puțin pentru un timp limitat, mai ales contra mirosului infect. Într'o fistulă însă, orî ce mijloc e ineficace, căci scurgerea de urină e continuă. Și știut este că descompunerea acestui lichid, dă un miros așa de fetid, în cât întrece nu numai pe acela al cancerului, dar chiar și pe al gangrenei umede.

Pe lângă mirosul extrem de fetid, procurat de fermentațiunea urinosă; pe lângă cantitatea enormă de deposite nisipoase, concrețiuni și chiar calculi vaginali, etc., bolnavele se găsește în prada unor teribile eriteme, exulcerații și chiar adevărate ulcere pe părțile externe ale organelor genitale, pe cõpse, pe perineu și chiar orificiul anal. Tõte acestea le împedică a-și căuta de afaceri, de ore ce nu le mai este posibil a umbla. Vecinic femeea e ținută în pat de teribile mâncărimi și usturimi. De aceia zic, mizeria în care duce pe femeie fistula vesico-vaginală, e mai mare de cât orî-ce alta bõlă de natura cea mai malignă posibilă. Cât pentru suferințele cancerului, ele în seurtă vreme vor înceta — prin desnodământul fatal ce va determina; suferințele însă ale fistulei sunt de durată lungă, căci din nenorocire nu omõră repede.

**Diagnosticul.** Nimic mai ușor de cât a recunoște o fistulă vesico-vaginală. În imensa majoritate a casurilor, fistula vesico-vaginală se diagnosticéază nu pipându-o și nici vèzându-o, dar de la distanță, de la ușă. *Diagnosticul fistulei se pune cu nasul, iar nu cu ochii și nici cu degetul.* În adevër, e destul a intra într'un salon de bolnave, pentru a spune la sigur că e vorba de o femeie cu asemenea fistulă: atât de pătrunzător și patognomonic e mirosul exalat de urina ce inundă bolnava.

Totuși un examen minuțios trebuie făcut, pentru a ne da sémă de varietatea, întinderea și complicațiunile fistulei. Introducând degetul în vagin, îl aplicăm pe peretele sèu anterior. Vom simți un orificiù anormal. Atunci introducem o sondă în bășică: vârful sèu va eși în vagin, lovind degetul nostru: Indoială nu



mai începe; fistula e demonstrată. În casuri, din nenorocire rari, de fistulă prea mică, vom introduce valva de specul pe părțile posterior al vaginului. Atunci făcând spălături vesicale cu lichide colorate, vom recunoște varietatea, urmărind punctul de eșire al lichidului. Prin această vom determina genul de fistulă cu care avem a face. Lichidul iese prin vagin? fistula e vesico-vaginală; iese prin gâtul uterului? avem fistulă uterină. Fistula uretero-vaginală e mai greu de recunoscut, căci lichidul numai iese prin vagin în mod manifest și abundent.

Când orificiul uretrei comunică cu gâtul uterin, Freund a arătat că introducând o laminarie în col, bolnava nu întârzie a fi coprinsă de dureri lombare. Lucrul se explică, prin aceea că laminaria astupând orificiul, acumularea de urină dilată uretera și produce un fel de idronefrosă; de aci durerile lombare.

**Prognosticul.** Partea cea mai gravă a prognosticului este aceea relativă la pozițiunea socială a femeii. Fistula vesico-vaginală este o infirmitate care de și ascunsă, se manifestă însă mai mult ca cele aparente. E destul ca o singură femeie să fie într'o sală de bolnave, pentru ca mirosul penetrant și infect al urinei în descompozițiune, să ne atragă și să descoperim imediat victima. În asemenea condițiuni deci, femeia devine în imposibilitate de a intra în societate, și a fortiori a-și păstra relațiunile sale conjugale; de aci și divorțul legitimat.

Dar lucrurile nu se opresc aci: femeia, într'o continuă suferință și în mijlocul acestei infecțiuni, începe a fi coprinsă de o tristeță morală, aducând încetul cu încetul depresiunea forțelor și desgustul de viață. Fărte adesea, mai tóte din aceste nenorocite, cu timpul devin ftisice, murind în cel mai complet marasm. Și acest sfârșit fatal se îndeplinesce cu atât mai repede, cu cât diferite încercări operatorii n'au reușit a aduce vindecarea infirmității.

În afară de acestea, sunt și alte complicațiuni ce întunecă prognosticul. În prima linie avem rețracțiunea globului vesical, care nemaî fiind obligat a se contracta, se atrofiază, prin lipsa rolului său fiziologic. Vin apoi fenomenele de cistită și infecție a mucósei, precum și inflamația pe cale ascendentă, ce póte merge până la rinichi, determinând pielo-nefrita și chiar nefrita intersticială.

Prognosticul chirurgical variază și dînsul. Noîl considerăm ca tot-d'a-una grav, căci din nenorocire, casurile ușore sunt mai puțin frecvente ca cele complicate.

Nu trebuie să avem nici o speranță de vindecarea spontanată a unei fistule odată confirmată. Sunt în adevăr autori cari susțin că, une-orî o fistulă și în special cele mici și longitudinale, se pot închide spontanat, prin burjonarea mărginilor orificiului, grație acțiunei iritante a urinei ce se scurge. Schroöder, Martin și Schulze susțin că fistulele vesico-cervicale s'ar vindeca mai tóte în mod spontanat, precum și cele vesico-uterine.

După noi acestea sunt escepțiuni. Cu tóte acestea, o dată am putut observa o mică fistulă la o țigancă, ce în adevăr, prin simple spălături s'a vindecat la perfecție. Dar escepțiunea nu forméază regula. Decî contra fistulelor vesico-vaginale nu ne rămâne de cât tratamentul operator, care va fi cu atât mai ușor, cu cât fistula e mai nouă, orificiul mai mic, mai puțin profund, marginile netede, păreții vaginali laxi și absență de bride fibróse și indurațiuni calóse.

### Tratamentul chirurgical al fistulelor vesico-vaginale.

Nu ne vom opri câtuși de puțin asupra încercărilor de a obține vindecarea acestor fistule, prin operațiuni nesângerânde. Vom menționa numai, pentru respectul istoric al chestiunei, procedeul lui Dessault. Acest autor căuta a obține afrontarea mărginilor fistulei, prin tampóne și diferite aparate unele mai complicate ca altele. Iarăși vom trece peste metoda cauterisărilor repetate cu nitrat de argint sau paste caustice aplicate în jurul marginilor fistulei. Acésta se făcea în speranță de a provoca dezvoltarea mugurilor cărnóși și în urmă reunirea lor secundară. Tóte n'aú dat nici odată vre-un rezultat satisfăcător.

Nu numai că asemenea conduita e cu desăvîrșire părăsită, dar este și desastroasă, în sensul că nisce asemenea iritațiuni repetate, nu dau ca efect de cât inflamațiunea marginilor și transformarea lor în calosități. Dar tocmai acésta constituie o piedică, pentru orî-ce intervențiune ulterióră în adevăratul sens chirurgical.

Autorii decî aú fost nevoiți să recurgă la avivarea directă a marginilor fistulei și la coaptarea lor prin puncte de sutură. Dar aci dificultățile erau fórte mari, din cauza subțimeii extreme a mărginilor fistulei și decî imposibilitate aprópe absolută pentru coaptare. Pe lângă acésta, odată cu avivarea părților, se atingea și mucósa vesicală. Incidentul acesta une-orî se însoțea de nisce emoragii așa de mari, în cât nu numai că compromitea opera-

țiunea, dar punea și viața bolnavelor în pericol. Dacă mai adăogăm apoi că firele erau trecute și prin bășică, și deci urina se infiltra în plagă prin punctele de sutură, lesne ne putem explica însuccesele ori-cărei intervențiuni și desesperarea operatorilor.

S'a făcut încercări d'a se umple pierderea de substanță prin lambouri, luate din buza cea mare și chiar cõpse, constituind *eliotroplastiile*. S'a făcut recurs la diferite incisiuni liberatrice în părțile laterale ale fistului; dar toate au fost inutile, căci toate n'au dat nici un bun rezultat. De aceia chirurgii desesperați de aceste însuccese, n'au ezitat a declara că, fistulele vesico-vaginale sunt în afară de resursele artei; sunt infirmități incurabile.

Singura operațiune la care se oprise autorii, era aceea recomandată și susținută de Vidal de Casis, și care consta în ocluziunea vaginului de desuptul fistulei. Operațiunea este cunoscută sub numele de *colpocleisis*. Dar această intervențiune era pôte mai penibilă de cât însăși infirmitatea, căci prin ea se suprima sexul femeii, făcând-o incapabilă de actul conjugal. Pe lângă acesta, în partea superiõră a vaginului obstruat, urina acumulându-se, era supusă la descompozițiuni, la formare de calculi, la infecțiuni, inflamațiuni și chiar abcese, cari de multe ori fie în mod spontanat, sau a unei noi intervențiuni, atresia vaginală artificială era distrusă. În *colpocleisis* menstruele femeii ies prin meatul urinar împreună cu urina; de aci noi cauze de infecțiune. Pe lângă aceste motive, cari fac ca operațiunea să nu fie durabila, mai sunt încă două: întâi, că femeia voind a-și ascunde această infirmitate, se lasă la satisfacerea plăcerilor sexuale. Atunci, în actul coitului cicatrița se pôte rupe. Dar cazul cel mai grav este când în timpul coitului uretra se pôte în destul dilata, pentru a permite intromisiunea penisului; sau în cazul cel mai ușor, strebaterea spermatozoizilor, cari pot feconda femeia și să determine o graviditate. Dacă faptul acesta nu se mărturisese, sau chirurgul nu intervine a distruge *colpocleisis*, consecințe funeste pot urma pentru bolnavă, dacă din nenorocire fetul n'a putut ieși prin vagin rupând cicatrița.

Cu toate aceste inconveniente și pericole a operațiunii lui Vidal de Casis, totuși și astăzi în casuri desesperate — în ciuda perfecționărilor moderne — încă une-ori suntem siliți a recurge la dînsa, ca ultimul mijloc de a îndulci cel puțin consecințele unei asemenea fatale infirmități. În adevăr, atunci când e vorba de distrugerii colosale și de prezența unor complicațiuni, cari fac imposibilă ori-ce încercare de avivare și coaptare, de sigur



femeia preferă suprimarea infecțiunii și a desgustului, sacrificându-și plăcerile sexului.

Numai încape îndoială, că acesta este cel mai mare sacrificiū ce pōte cine-va face, mai ales când e vorba, precum fōrte des se întemplă, ca fistulele vesico-vaginale să atingă femeī tinere.

De aceia lucrul cel mai bun este, a procura tōte mijlōcele acestor femeī, de a fi scutite de contractarea acestor infirmități, fapt care m'a făcut din sentiment de umanitate, să propuiū nisece mēsuri ce am publicat în jurnalul „Lupta“ în 1890.

Ce este în adevēr mai sdrobitor de cât a vedea femeī tinere, cari în loc de a produce 7—8 copii, dînsa la prima facere să rămână extropiată și nenorocită printr'o fistulă vesico-vaginală? Și unica cauză este, că sermana femeie a făcut pe drum saū în căruța, fără ca nici sōrta să'i vie în ajutor.

Dar să revenim.

Pentru a face să dispară acēstă stare desesperantă în care căzuseră toți autorii și pentru a distruge credința, că fistulele vesico-vaginale sunt operațiunii incurabile, Jobert de Lamballe, basat pe nisece date anatomice precise, aduse o adevērată revoluțiune în tratamentul fistulelor. El a fost cel d'întăiū care a putut obține vindecarea lor, printr'o metōdă specială, cunoscută în termenī clasici de *cisto-plastie*, saū *metōda lui Jobert de Lamballe*.

Noī nu vom descrie în tōte detaliile sale acēstă metōdă, căci astădi dînsa este înlocuită prin metōda americană, despre care vom vorbi. Cu tōte acestea vom arăta principiile și trāsurile sale generale.

Ceea-ce făcea incurabilitatea fistulelor, era faptul că țesutul celular interpus între pāretele anterior al vaginului și bășică este fōrte dens, așa că unirea acestor douē organe e prea intimă, și aprōpe imposibil a le separa. De aci rezultă că, după avivarea mărginilor, coaptarea suprafețelor sângerānde nu se obține de cât pe socotēla unei tracțiunii fōrte puternice. Dar acesta face că firele rupe țesuturile și reunirea nu se obține. Jobert de Lamballe dīc, bazāndu-se pe faptul că între fața anterioră a uterului—la extremitatea sa inferiōră—și între fața posteriōră a bășiceī, există un țesut celular fōrte gros și în special fōrte lax, autorul a profitat de acest fapt. El desinserēzā pāretele anterior al vaginului de inserțiunea sa pe gātul uterului. În urma acestui lucru, printr'o ușōră tracțiune înainte, bășica pōte ușor să alunece, și ast-fel buza posteriōră a fistuleī să se pue în contact cu cea anterioră fără nici o siluire, după ce prealabil ambele aū



fost avivate. Prin această metodă, căreia Jobert i-a dat numele de *cisto-plastic*, s'a putut obține mai multe vindecări, și a făcut mare răsădit în știință. Astăzi chiar putem cu profit recurge la această metodă în cazuri de pierderi largi de substanță, și unde din pricina unei prea mari tracțiunii, nu putem reuși a uza de toate perfecționările aduse de *metoda Americană*.

Mai avem următoarele două procedee. În cazul când prin orificiul fistulei avem ernia părții posterioare al bășicii, Lannelongue procedează astfel: Deschide mucoasa vesicală prolabată la o distanță suficientă de buza posterioară a fistulei, iar pe de altă parte și partea anterioară a vaginului. Părțile avivate sunt puse în contact prin puncte de suturi metalice.

**Procedeeul lui Freund.** Acest autor a pus un procedeu al său în practică, cu succes în două cazuri de fistule foarte întinse unde uterul era fixat și fără să pofă fi pogorât. Freund incizează fundul de sac posterior, apucă prin această cale fundul uterului, îl basculează înapoi și în jos, așa ca să restorne mitra în mod complet.

Fața posterioară a uterului vine astfel să se aplice pe perderea de substanță a fistulei vesico-vaginale, unde a fost cusută după avivarea prealabilă a marginilor uterului și a fistulei. Pentru a permite menstruelor să se scurgă, el spintecă fundul uterului. Resultatul obținut a fost satisfăcător. Fistula s'a astupat, bășica a păstrat urina, iar sângele menstrual a trecut ușor prin deschiderea făcută în fundul uterului.

#### **Metoda Americană.**

Acastă metodă, numită încă a lui Bozemann, deși adevăratul inventator este *Marion Sims*, se bazează pe două mari principii care o deosebesc de toate celelalte metode și a nume: *avivarea și modul aplicării suturilor*.

Condițiunea indispensabilă și care în mare parte asigură succesul metodei, este pe de o parte să se facă cu multe zile înainte, antisepsia zilnică și frecventă a părților genitale; să se combată toate inflamațiunile circumvecine, și să se vindece toate escoriațiunile și ulcerațiunile vulvare ale cōpselor, etc., iar pe de alta a se obține o lărgime mare a vaginului, fie cu ajutorul degetelor prin tampone, sau dilatațiunile speciale sub formă de bule, cilindre etc., etc.

Când credem că aceste condițiuni sunt îndeplinite, hotărâm operațiunea.

Chestiunea cloroformisării e discutată. Dînsa nu depinde

atât de actul operator cât de pozițiunea ce trebuie dată bolnavei, precum și de timpul îndelungat al operației. Și cu atât cloroformizarea devine imposibilă când, după adevărata metodă Americană, bolnava trebuie să ia poziția genu-pectorală, adică cu capul în jos și șeđutul în sus. De aceea de obicei, operațiunea se face fără cloroform. Noi însă la început adormim bolnava, iar mai la urmă când dînsa se deșteptă, nu o mai readormim, căci în acest timp fiind puțin amețită, nu este așa de sensibilă la durere; pe lângă acesta ne găsim aproape de finele operațiunei, ne fiind vorba de cât de aplicarea suturilor.

Odată bolnava aședată pe masă în poziția sacro-dorsală, laterală sau genu pectorală, căutăm prin toate mijlocele ca specule, degete, croșete, etc. a pune fistula în cea mai perfectă evidentă. Incepem — dacă e necesar — a distruge cu bisturiul toate cicatricile vicioase sau diferite alte aderențe ce ar exista în vagin.

Avivarea constituie de sigur punctul cel mai principal al acestei operațiuni, și se face în modul următor:

Prin mijlocul unui bisturiu drept sau curbat, înfigem vârful său la o distanță de câțiva centimetri de marginea fistulei, în părțile sănătoase ale vaginului. Mergem apoi șerpuiind pe de de subț, și scótem vârful instrumentului în mod tangent cu marginea fistulei. Dupe aceea, prin mișcări de ducere și întórcere ne coborâm sau ne urcăm, confecționând ast-fel un lamboiu pe una din părțile laterale ale fistulei. Trecem apoi la cea-l-altă jumătate, unde procedând în același mod, efectuăm aceiași operație.

Cu chipul acesta am determinat o suprafață sângerândă de jur împrejurul fistulei și fără să atingem marginele sale, atât mai puțin mucósa vesicală.

Dar acesta trebuie mărturisit, este un ideal greu de obținut. Se cere în adevăr, pe lângă o conformație specială a organelor, întinderea perfectă a părților, sediul fistulei, cu totul anterior și încă și o dexteritate proprie a chirurgului.

Principiul de a nu atinge mucósa vesicală aparține mai mult lui Marion Sims. În adevăr, Bozemann, și Simon nu se tem a aviva totă grosimea marginii fistulei coprinzând atât mucósa vaginală cât și cea vesicală. Noi tot-d'a-una am respectat pe acesta din urmă, din cauză că mi-a rămas adânc imprimat în memorie, o emoragie foarte abondentă ce am văđut producându-se la o operație, făcută, de un chirug al nostru ce atinsese mucósa vesicală. Dar în afară de acest inconvenient, ce de alt-fel ușor póte fi evitat, mai sunt încă și altele, inerente operațiunei. În adevăr, avivarea se

face cu multă greutate și une-orî în mod chiar imperfect; adesea rămân părți din mucósa vaginală neridicate, părți cari constituie o cauză de nereușită a operațiunei. Și lucrul se comite cu atât mai ușor, cu cât în timpul operațiunei, mica emoragie ce se produce, coloréză în roșu teritoriul peri-fistular. Acesta ne face a crede că totul este avivat, pe când în realitate rămân părți de mucósa neridicate. Iar când prin tampóne căutăm a curăța bine

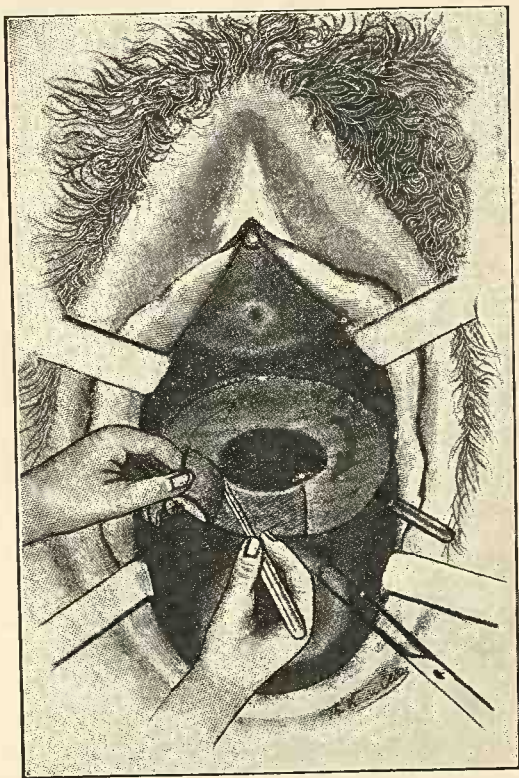


Fig. 21. Modul avivării fistulei vesico-vaginale, după metoda Americană (personală).

regiunea, atunci cădem într'o altă greșelă, anume că, părțile fiind foarte întinse, soluția de continuitate ni se oferă ici călea, cu un aspect cenușiu, impunându-se drept țesut cicatricial, pe când în realitate avivarea e efectuată. Decî voinđ a ridica aceste porțiuni, ne putem înșela, espunându-ne a distruge despărțitorea vesico-vaginală. Fiind decî preveniți de tóte aceste eventualități,



vom căuta a învinge orî-ce dificultate, silindu-ne a obține o avivare perfectă, fie cu bisturiul sau cu fórfecele.

Când părății vaginali sunt laxi iar fistula proidentă putem ridica lamboul direct cu degetele în loc de pense cu dinți, așa precum arată fig. 21.

Acestea constituie primul timp al operațiunei și care e de cea mai mare importanță. Dacă avivarea nu e *totală, întinsă și completă*, rezultatul operațiunei va fi nul.

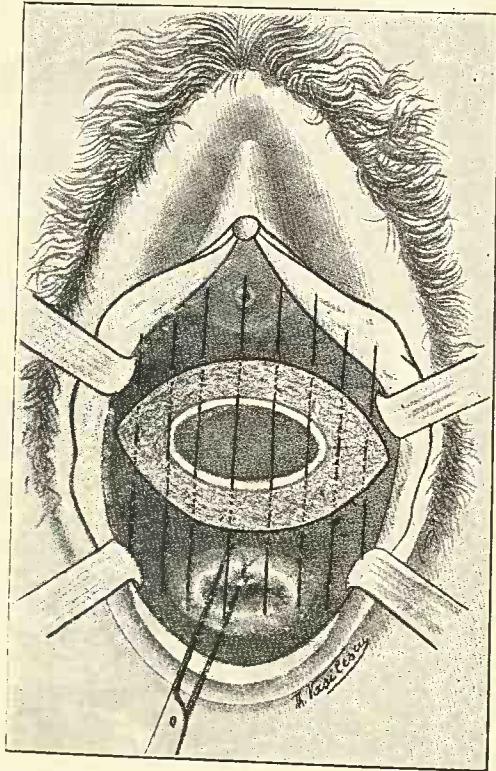


Fig. 22. Aplicarea suturilor în metoda Americană (personală).

**Al II-lea timp al operațiunei.** Constă în aplicarea suturilor. Se introduce vârful acului Reverdin, sau al unui instrument special numit *chasse-fil* (împinge firul), la o mică distanță de marginea avivată. Se împinge acul pe dedesubtul suprafeței sângerânde, scoțându-se vârful la câte-va milimetri de marginea fistulei. Trece în partea opusă unde iarăși, fără a atinge marginea fistulei, înfigem vârful alături de dînsa. Inaintăm iarăși pe dedesubtul su-



prafetei sângerânde și ieșim în punctul opus la o mică distanță dincolo de mucósa vaginală. Atunci, facem să înainteze printr'un mecanism special firul de argint; sau dacă am lucrat cu acul Reverdin, punem în deschidătura sa ansa unui fir de mătase. Inchidând acul, tragem firul. În tocmăi în acest mod aplicăm la o distanță de o  $\frac{1}{2}$  sau un em., mai multe puncte de sutură, după întinderea fistulei și lărgimea suprafeței avivate. În fig. 22 lucrul acesta se vede în mod foarte clar.

Nu ne rămâne acum de cât a inoda firele și operațiunea e terminată.

Acți însă trebuie insistat asupra unui lucru foarte important. Dacă ne-am mărgini a strânge firele în modul obicnuit, coaptarea suprafețelor sângerânde nu s'ar face în mod perfect, căci ele se vor sbârci; și acesta cu atât mai mult cu cât câmpul operator va fi fost mai larg. Decă cu totă avivarea complectă și perfectă, reunirea nu s'ar obține de loc, cel mult în parte; din pricina acesta putem avea lipiri imperfecte a punctelor suprafeței sângerânde. Dar tocmăi pentru a se obține un rezultat de coaptare totală, care singură e capabilă a asigura reușita operației, Bozemann adaugă nisce mici plăci metalice găurite și făcute ad-hoc, prin cari trec firele de argint. Nodurile acestor fire se fac pe partea laterală a uneia din plăci, unde rămân fixate prin nisce mici tuburi cilindrice de plumb, numite tuburile lui Gali, cari în urmă se turtesc printr'un anume instrument spre a asigura mai bine fixarea firelor. Acesta represintă o adevărată sutură împănată. Număi cu modul acesta, coaptarea devine perfectă și totală; număi ast-fel metoda Americană e considerată ca suverană, pentru vindecarea fistulelor vesico-vaginale.

Acesta este în câte-va cuvinte metoda Americană, dar pentru care se cere o instrumentațiune cu totul specială și meticolosă.

Mai cu deosebire la noi, unde nu dispunem de mijloce pentru a ne confecționa ori-când acele mici plachete și tuburile lui Gali, nu putem tot-d'a-una să executăm în totă splendoră sa această metodă.

De aceia eă am introdus o modificare nu în principiul său, dar în modul aplicării suturilor, pe cari le fac cu mătase lată și grosă.

Lată în ce constă acest procedeu. Avivarea o fac întocmai după metoda Americană; mai mult, merg chiar până la 2 și 3 c. m. cu această avivare de jur împrejurul fistulei. După aceia, coaptarea o fac prin două rînduri de suturi, unele profunde și altele

superficiale. Ideia de a se pune două rînduri de suturi în coaptarea fistulei, a fost deja recomandată de Simon. Dar procedeul meu diferă de al său, tocmai prin modul cum fac aceste suturi profunde. Iată cum procedez: la mijlocul suprafeței sîngerânde, introduc acul pe dedesubtul suprafeței avivate și îl scot la nivelul fistulei; trec apoi în partea diametral opusă a fistulei și mergînd iarăși pe dedesubtul soluțiunei de continuitate îl scot la mijlocul său, într'un punct diametral opus cu cel precedent. Deschid acul și pui un fir de mătase pe care-l trag afară în No. I. La o distanță de 1 sau 2 c. m. — după mărimea fistulei — introduc din nou acul ca și la început scoțîndu-l iarăși în partea opusă. Aci des-

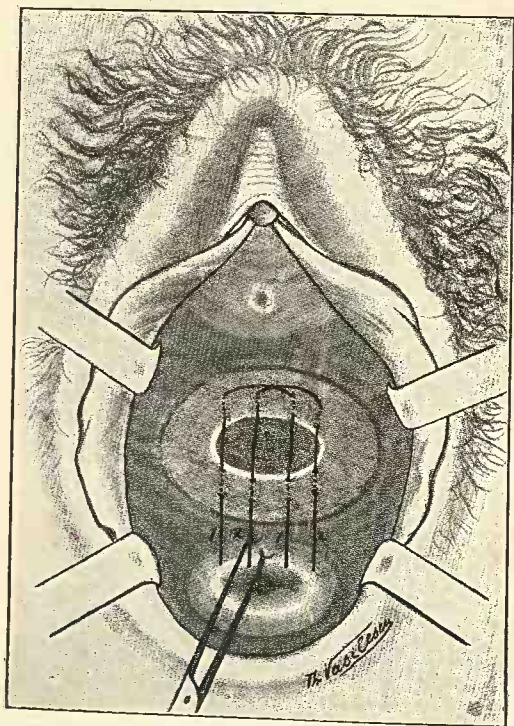


Fig. 23. Metóda Dr. I. Kiriac în aplicarea primului etagiú de suturi profunde sub intrante. Timpul I (personală).

chizînd acul, apuc extremitatea firului ce fusese lăsată în acest loc și o trag afară în cel-l'alt No. I. Cu modul acesta am format o ansă, care îmbrățișează jumătate din lărgimea suprafeței avivate a părții superioare a fistulei. (1, 1.)

La mijlocul acestei anse, introduc din nou acul și scoțându-l în acelaș punct, pun un nou fir pe care îl trag afară în No. 2. La 1 cm. în afară de prima ansă introduc iarăși acul și apuc capătul rămas liber al celui de al II-lea fir pe care tragându-l, formez a doua ansă în cel alt No. 2. Și tot ast-fel putem pune al III-lea fir cu care facem a III-a ansă, și așa mai departe după

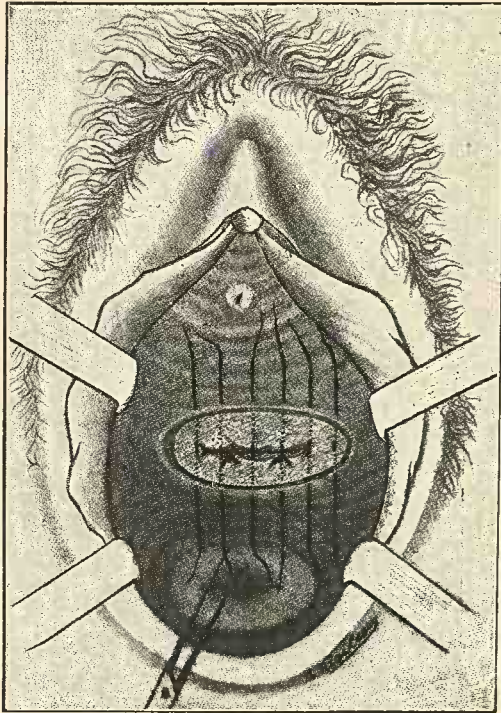


Fig. 24. Inodarea firelor profunde și trecerea firelor etagiului II-lea în metoda Dr. I. Kiriac. Timpul II-a (personală).

lărgimea fistulei. Acesta constituie cea-ce numesc suturi subintrante. Fig. 23 ne arată modul aplicării acestor suturi.

E lesne de înțeles, că strângând firele, cele două suprafețe sângerânde nefiind prea largi, ele se vor coapta în mod perfect fără sbârcituri sau stricțiuni siluită. O dată toate punctele strânse, iar extremitățile firelor tăiate, ne rămân buzele mărgi- nilor avivate depărtate.

Nu ne rămâne acum de cât a reuni aceste suprafețe sânge-



rânde ast-fel precum se vede în fig. 24. Aceste suprafețe fiind deja reduse prin firele în anșa precedentă, ușor le reunim puindu-le în contact direct prin mai multe puncte separate făcute în modul obicinuit, precum iarăși se arată în figură 24. Resultatul definitiv se vede în fig. 25.



Fig. 25. Inodarea firelor etagiului II-lea în metoda Dr. I. Kiriac.

Timpiu III-a (personală).

Cred că prin acest procedeu, care nu diferă absolut într-un nimic de metoda Americană, de cât prin modul aplicării punctelor de sutură, cari se fac în două etage, asigurăm de două ori reușita operațiunei. Intâiu prin suturile profunde în formă de ansă: Ele au șansa de a coapta părțile în mod perfect, grație faptului că fețele sângerânde sunt prinse de ansă, care strângându-se le pune în contact intim. Al doilea avantajii este că, presupunând chiar unele puncte ne reușite, acestea se completează prin



suturile superficiale, cari și ele la rîndul lor se vor coapta într'un mod mult mai ușor și repede, avînd o suprafață mai mică și deci mai apte pentru a se putea lipi.

Aceste prevederi teoretice au fost urmate de un deplin succes în următoarele cazuri, din cele mai desesperate. Într'unul din ele era vorba de o femeie, posedând o fistulă vesico-uterină superficială foarte întinsă; buza anterioară a colului era aproape distrusă, iar marginea posterioară a fistulei era în contact direct și făcea corp intim chiar cu uterul. Am practicat avivarea după procedeul American; am aplicat un singur rînd de suturi cu mătase și le-am fixat cu fire de argint precum prescrie Bozemann. Inșă ne avînd la dispoziție plăcile și tuburile lui Gali, ne-am mărginit a strînge nodurile după procedeul ordinar. Resultatul n'a fost satisfăcător—de sigur din cauza neperfectei coaptări, determinată ea însăși de sbîrciturile produse în timpul legăturii. Bolnava a continuat a-și face emisiunea urinei prin vagin.

Mai târziu i-am făcut o nouă operație. După ce am avivat din nou părțile vaginali, am aplicat sistemul nostru de suturi; resultatul a fost foarte satisfăcător prin reușita perfectă.

Al II-lea cas e cu privire la o femeie ce poseda o fistulă vesico-vaginală, a căreia margine posterioară era formată în totalitatea ei de buza anterioară a colului. Acid din cauza unei prea mari relaxări a vaginului și a număróselor îndoiturii ale mucósei, avivarea a fost foarte dificilă, ast-fel că am fost nevoiți a da bolnavei pozițiunea genu-pectorală, și am operat-o deci fără cloroform. După ce am obținut pe o întindere destul de largă avivarea fistulei și am ridicat o porțiune din mucósa colului rămasă liberă, am practicat iarăși procedeul nostru de suturi; resultatul a fost de asemenea încoronat de succes.

Pentru o mai bună probă dăm aci resumatul a două observațiuni ce le găsesce descrise mai detaliat în notele mele.

### Observația I.

*Maria Moraru*, 36 ani, din Transilvania. Măritată la 20 ani; a fost de 6 ori însărcinată făcînd trei copii la termen; acum un an din ultima facere a rămas cu această infirmitate.

Starea locală. Se constată între buzele mari o tumoră rotundă, de culóre roșie, de consistență mólce ce crește în timpul sforțurilor. Tumoră e reductibilă trecînd printr'un orificiu mare cât o piesă de cincî lei, ce represintă fistula. Pe suprafața mucósei vesicale erniate, ușor se găsesce orificiile ureterelor.

La 8 Septembrie 1896, se face avivarea fistulei după metoda Americană căutînd a se obține o suprafață sîngerîndă cât mai mare. Inapoi avivarea s'a

impins până la baza buzei anterioare a colului. Se procedează apoi la aplicarea suturilor, cari s'au făcut în 2 etaje; cel profund compus din 3 fire în ansă după metoda noastră, iar cele superficiale în număr de 4 după metoda obicinăită.

Suturile aplicate, s'a făcut proba cu injecțiuni colorate și s'a constatat că liquidul ieșea prin vagin, dar fără să se vadă orificiul cu toate încercările precum și toate pozițiunile date bolnavei. Operațiunea durând deja de două ore, obosiți și deserați, am lăsat acest orificiū nedescoperit rămând numai cu închiderea fistulei atât cât am putut.

La 11 Septembrie serviciul închizându-se din cauza reparațiilor, bolnava a ieșit cu aceeași incontinență de urină, dar fără să-i fi scos firele.

La 10 Octombrie bolnava revine în serviciul nostru, după ce s'ermana a bătut la ușa tuturilor spitalelor, dar fără să fi fost primită de nimeni. Din spusele ei însă reeșia, că cel puțin în aparență, udul s'ar fi conținut întru cât-va. Făcându-i examenul, am rămas surprinși constatând că părțile anterior al vaginului era perfect reconstituit, ne-oferind nici o urmă de pierdere de substanță; toate firele se eliminaseră spontanat; totuși urina continua să curgă. Bolnava pusă în pozițiunea dorso-sacrală, cu totă inspecțiunea minuțioasă, n'am putut descoperi orificiul. Dându-i însă pozițiunea genu-pectorală, imediat găsesc un mic orificiū la unghiul lateral stâng, dar prin care nu intra de cât vârful isterometrului.

La 1 Noembrie se intervine din nou, procedând la avivarea acestei fistulete și aplicând 3 puncte de sutură obicinuite. La 6 Noembrie pacienta nu mai pierde udul. Cu toate acestea când stă în picioare încă curge câte-va picături. La 10 Noembrie se scot firele și nu se mai constată nici o scurgere de urină. La 14 Ianuarie 1897 bolnava revine și se constată că posedă un mic traect fistulos, care se avivează și se suturează iarăși prin 3 puncte. De astă dată însă profunde, și în formă de ansă. S'a pus și un punct superficial. Acum reușita a fost deplină.

## Observația II.

*Marin Stan*, 35 ani, din Ploesci. S'a măritat la 15 ani și a avut 8 copii, cinci la termen și 3 prematuri. Ultima facere a fost gemelară, care i-a cauzat și infirmitatea.

*Starea locală.* Există pe părțile anterior al vaginului și către mijlocul său un orificiū fistulos de mărime medie.

4. Decembrie 1896 se operează făcându-se o avivare foarte largă în jurul fistulei după metoda Americană. Aplică însă 3 puncte de sutură în ansă după procedeul meu și 3 superficiale. Reușita a fost complectă așa că la 16 Decembrie, după ce prealabil firele au fost scose, bolnava a ieșit complect vindecată.

Este incontestabil că metoda Americană nu numai că satisface spiritul din punctul de vedere teoretic, dar și practica a arătat eficacitatea sa. Grație ei, o mulțime de fistule considerate ca incurabile, au putut fi vindecate prin acest mijloc.

Dar nu trebuie să exagerăm. În adevăr, metoda Americană pentru a reuși, cere o mulțime de condițiuni favorabile, dintre cari mai principale putem număra: ca fistula să nu fie prea întinsă. Cu cât fistula se apropie mai mult de porțiunea posterioară a vaginului, cu atât spațiul rămas între marginea fistulei și col e mai

mic și deci cu atât avivarea e mai dificilă, dacă nu imposibilă, cel puțin în această regiune. Dacă din contră marginea anterioară a fistulei e excesiv de subțire și une-ori lipită, dacă nu chiar aderență de simfisa pubienă, iarăși operațiunea este grea. Pe lângă acestea, se mai cere ca marginile fistulei să nu fie calóse, adică înconjurate de burelete fibróse.

În fine se cere ca întregul vagin să fie destul de larg, părțile săi flasci în mod moderat; să nu aibă îndoituri exagerate, și mai presus de toate să nu fie bride sau frîuri cicatriciale, întinse de la un părete la altul și de o consistență rigidă.

Atunci deci, și numai atunci metoda americană poate reuși cu deplin succes. Și încă, chiar aceste condițiuni îndeplinite, tot une-ori mai rămâne câte un mic traect fistulos la mijlocul său la marginea suprafețelor reunite. Dar acestea ușor se pot remedia printr'o operațiune parțială.

În afară de această metodă, mai există una bazată pe un principiu cu totul diferit, dar care e analog cu acela recomandat de Lawson Tait în rupturile perineului. Această metodă numită francesă și patronată de Ricard, constă pur și simplu în desdoirea despărțitórei vesico-vaginale. Iată cum se procedeză: Se pune mai întâiu prin mijloace apropiate fistula în cea mai mare evidență. Se fixeză marginile sale prin pense cu dinți (tire balle) cari se pun la cele două mari extremități ale orificiului. Atunci înfigem vârful bisturiului just în punctul de reunire al mucósei vaginale cu cea vesicálă. Îl facem apoi să înainteze la o adîncime convenabilă de 1, 2 și chiar 3 centimetri. După aceea cu multă precauțiune dirigem tăișul spre dreapta, șerpuind între vagin și bășică, până ajungem la un punct inferior al fistulei, diametral opus cu cel superior de unde am plecat. Trecem apoi în latuarea stîngă și lucrăm întocmai cum am făcut la dreapta. După ce ast-fel am desdoit despărțitorea, avem un lambou vaginal în formă de con de jur împrejurul fistulei, care nu ne rămâne de cât a'î lipi prin suprafețele sale sîngerânde cu ajutorul mai multor fire apropiate. Nu ne preocupăm de lamboul vesical pe care îl lăsăm a se cicatriza spontanat.

Dar suturile se pot face în două etage, ast-fel precum în special recomandă Fénoménoff. Primul rînd coprinde lamboul vesical, iar al II-lea cel vaginal. Ricard însă precum am arătat, pune un singur rînd, lăsând ca lamboul vesical să se cicatrizeze în mod spontanat sub protecțiunea oclusiunei lamboului vaginal. Suturile se fac cu mătase sau argint. În cas însă de a urma reco-



mandația lui Fénoménoff, suturile profunde neapărat trebuie făcute cu catgut spre a se putea resorbi. Pentru lamboul vaginal e absolut necesar ca acul să-l introducem de din afară înăuntru, și să străpungă lamboul la baza sa, adică la unghiul format de limita dedublării. După operație vom pune o sondă permanentă în bășică, preferind pe aceia a lui Pezzer (fig. 26 și 27).

Tóte aceste metode ce am descris intră în clasa aceloră făcute pe calea vaginală. Mai există însă și altele, cari de și mai rar întrebuintate, totuși trebuie a ne opri puțin asupra lor. Astfel avem *metódele prin calea supra-pubiică*. Aci avem două procedee: deschiderea bășiceii cu respectarea peritoneului, sau deschiderea sa prin laparatomie trans-pertioneală.

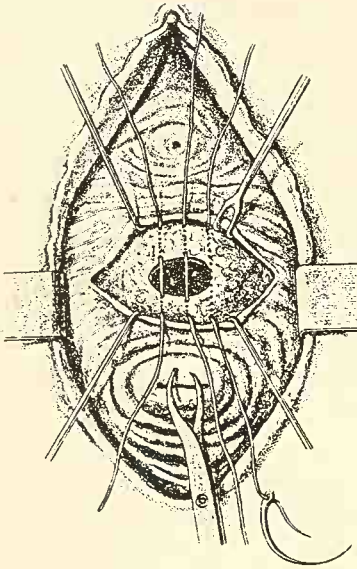


Fig. 26. Procedeu de dedublare după Fénoménoff. Sutura orificiului vesical.

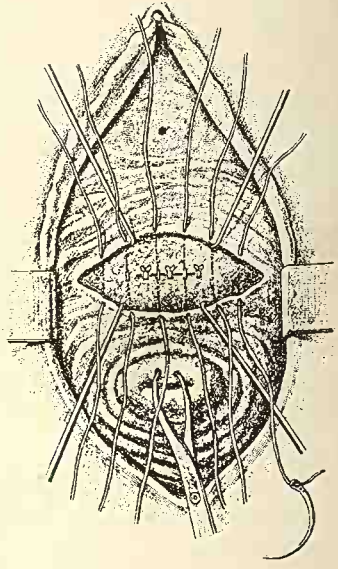


Fig. 27. Sutura orificiului vaginal.

(din Leguen).

În primul caz avem *talia ipogastrică simplă*, numită înca *operațiunea lui Trendelenburg*. Dînsa constă a deschide bășica și apoi a merge să avivăm fistula. Acéstă din urmă operație se face excisînd cu fórfecele curbe marginele fistulei, sau dacă e posibil să deslipim mucósa vesicală de peretele vaginei, cu ajutorul unui bisturiu eudat. După acésta reunim suprafețele sîngerînde prin



suturi. Dacă putem, căsem separat lamboul vaginal, iar apoi pe cel vesical. O singură dată am încercat acest procedeu, dar nu-mi a fost posibil a efectua avivarea din cauza adâncimeii la care se afla fistula. Dacă reușim, ne comportăm cu bășica ca pentru orice talie. E de preferat a face drenagiū în loc de a încheide organul.

Prin laparatomia trans-peritoneală, făcută de Dittel, se deschide mai întâiū peritoneul prin fața sa anterioară, iar apoi și peritoneul ce forméză fundul de sac vesico-uterin. Bardenhauer nu tae acest al doilea peritoneu, ci numai îl deslipește, ridicându-l în sus. Or cum ar fi, se caută a se ajunge la despărțitorea vesico-vaginală, pe dinapoiul păretelui posterior al bășiceii, prin fundul de sac al lui Douglas. O dată ajunși aci, descoperim fistula, pe care avivându-o, procedăm la coaptarea suprafețelor sângerânde prin anume suturi.

Maī există încă o metódă numită calea ischio-rectală, recomandată de Michaux. Dar asupra ei nu ne oprim, neavând încă confirmațiunea practică.

Cât privește tratamentul celor-lalte varietăți de fistule, nu ne vom opri mult asupra lor, căci pe de o parte sunt rari, iar pe de alta nu există o metódă clasică. Fie-care autor operéză după circumstanțe saū experiența proprie. Se va păstra însă ca regulă generală, aceleași principiiuri ale metodei Americane, adică avivare largă și suturi profunde speciale.

Cu tóte acestea, iată în resumat ce se póte aplica la fie-care gen de fistulă. Dacă fistula e uretro-vaginală, atunci am putea să ne dispensăm de orī-ce intervenție, de óre ce gâtul bășiceii fiind conservat, femeia nu perde în mod continuă urina, ci numai în momentul micțiunei, când o parte din urină trece prin vagin. Dar acest lucru la rigóre se póte trece cu vederea. In casul când am voi să operăm, nu ne rămâne de cât a reconstitui uretra prin lambouri din părțile vecine, după metodele cunoscute de auto-plastie (metóda Indiană).

In ce privește varietatea de fistulă vesico-cervicală superficială, adică când marginea posterioară a fistulei e formată de buza anterioară a colului, avivarea restului de fistulă se va face după metóda Americană, iar marginea sa posterioară, formată de gâtul uterului, se va aviva, ridicând o porțiune din buza colului, pe care apoi o vom afronta cu partea anterioară a fistulei, tot după aceeași metódă. Dificultățile în acest cas sunt extreme, din care causă și reușitele sunt rari. Noi putem zice că prin excep-

țiune, am reușit în două cazuri prin procedeul nostru propriu de aplicarea suturilor, precum am arătat.

Când avem a face cu o fistulă vesico-cervicală profundă, adică când buza anterioară a colului e distrusă în totalitatea sa, atunci ni se impune ocluzia vaginului, căci tentativele cari s'au făcut de a face reunirea fistulei cu buza anterioară a colului mai nică o dată n'a reușit. Dar chiar de s'ar obține succes, în asemenea cas încă e vorba de o adevărată ocluzie a vaginului, căci menstruele vor ieși tot prin uretră ca și în ocluziune.

Nă rămâne a vorbi de varietatea cea mai rară anume de fistula vesico-uterină. Acest cas e escesiv de rar; el constă în aceea că bășica în loc de a comunica cu vaginul, comunică cu uterul prin fața sa anterioară, ast-fel că urina se scurge prin gâtul uterului. În această varietate, dacă orificiul fistulos este accesibil și separarea bășiceii de uter posibilă, vom face avivarea și afrontarea după principiile stabilite. În cazul contrariu recurgem la operațiunea numită *istero-stomato-cleisis*, făcută pentru prima oară de Jobert de Lamballe. Dînsa constă în avivarea ambelor buze ale colului uterin, și reunirea lor consecutivă prin suturi.

Contra acestei operațiuni, care condamnă în mod definitiv femeia de a concepe, s'a mai obiectat și fenomene de dismenoree, mai ales în timpul menstruelor, prin faptul că fluxul menstrual ar întîmpina dificultăți a ieși prin orificiul fistulos, ce ar fi lipsit de toate proprietățile fiziologice ale istmului uterin. Dar aceste considerațiuni rămân pe un plan mai inferior, când e vorba de a scăpa femeia de cea mai desgustătoare stare, ce-î procură scurgerea continuă a urinei. Mai există încă o metodă numită *istero-cleisis-vesical* sau *incarceratiunea gâtului uterin în bășică*. Această operație recomandată de Courty, constă în a reuni buza anterioară a fistulei, cu buza posterioară a colului sau chiar cu partea vecină a vaginului. Prin această se introduce întregul gât uterin în bășică. Efectele sunt aceleași ca și în metoda precedentă.

Să revenim la fistulele vesico-vaginale. Cu toate silințele și talentele puse în joc, une ori nu putem ajunge sub nică un cuvînt la suprimarea acestei incontenente de urină, care e singurul fenomen ce amărește viața bolnavelor.

În asemenea cas, nu rămâne de cât a uza de diferite aparate protetice și în special de un urinal, care încă dă servicii relative destul de satisfăcătoare. Recurgerea la aceste mijloce e făcută de aceia, cari sunt contra ocluziunii vaginului, pe motivul că schimbă, ca să dicem ast-fel, sexul și destinațiunea femeii,

împedicându-o de la coit și concepție. Cu toate acestea, mulți preferă această operațiune, mai ales că e cerută și de bolnave, cărorora mai bine le convine o infirmitate ascunsă, de cât ținerea unei dăsaie între cōpse.

Oclusiunea vaginului său *colpocleisis* este foarte simplă. Dînsa după cum am arătat, se datorește lui Vidal de Cassis. El însă se mărginea nu în închiderea propriu zisă a vaginului, ci în lipirea simplă a buzelor mari. El făcea cu alte cuvinte o *episiorafie* sau mai corect o *episiostenosă*. Astăzi însă adevărata colpocleisis constă în avivarea largă a două suprafețe, luate una de pe părțile anterior, iar alta după cel posterior al vaginului, imediat de deșubtul orificiului fistulos. În urmă facem afrontarea lor după metoda Americană, fie în mod transversal sau antero-posterior. Cu modul acesta vaginul e foarte mult redus din lungimea sa, reducere care va fi în raport cu întinderea fistulei.

Acastă operațiune cu atât mai mult va fi suportată și mai puțin jienitoare pentru femei, cu cât oclusiunea va fi pusă mai sus, căci rămâne un spațiu de o lungime de 5—6 c. m. unde coitul se poate efectua. Totul însă depinde de sediul și întinderea fistulei, așa că une-orî pe lângă că nu putem conserva din vagin de cât 1—2 c. m. suntem siliți a face închiderea la intrarea vaginală, iar alte dăți a practica chiar oclusiunea vulvei. Această e și mai penibil și constituie o adevărată extropiere a sexului. Dar orî cum ar fi, d'asupra cicatricei rămâne un buzunar, unde urina se acumulează și de unde iese prin uretră — după ce acest buzunar s'a umplut. Tot pe aci ies și menstruele.

Dându-se fenomenele cunoscute din stagnațiunea urinei, rezultă că în aceste buzunare se vor forma calcule fosfatice, iar urina se va descompune și va deveni amoniacală. De aci tot atâtea inconveniente de prisos a le mai arăta. Putem însă lupta contra lor prin spălături vesicale antiseptice, în special cu acid boric.

Conchidem: operațiunea de colpocleisis va fi cu atât mai indicată, cu cât se va face mai sus; și cu atât mai rară cu cât ar trebui efectuată mai jos și a fortiori când va fi vorba a închide vulva.

În acest ultim caz buzunarul fiind prea mare, în el se va acumula urina și menstruele; de aci calcule, infecțiuni și ulcerațiuni, ce cu timpul vor distruge despărțitorea artificială. Pentru aceste motive *Rose*, un autor German, a avut o idee ingenioasă, dar care n'a luat curs în practică.

Iată ce propune acest autor: Înainte de a face oclusiunea vulvei sau vaginului, să determinăm o fistulă recto-vaginală, ast-



fel că urina și sângele menstrual să se acumuleze în rect. Ajunse aci, depozitele nu se vor scurge în mod continuă, de ôre-ce sfinterul anal prin tonicitatea lui e capabil a le reține și a nu le da drumul de cât în timpul defecațiunei. Acesta ar fi un adevărat cloac în totul analog cu al pasărilor.

Ne este permis, ȃce Schröder, să ne îndoim de valôrea acestei operațiuni; Kaltenbach însă, Cazin și Dittel, au obținut bune rezultate, cel puțin la început.

Eū am practicat oclusiunea vaginului în mai multe casuri cu bun succes; observațiile însă îmi lipsesc. Daū însă următoarele douē casuri ca fiind făcute cu sistemul meu de suturi în douē etage.

### Colpocleisis.

**Observația 1.** *Bucura Mitana*, 45 de ani; a avut 10 copii; posedă o fistulă vesico-vaginală profundă ce datēză de acum 10 luni în urma unei faceri. Intrēga vulvā e coprinsă de escoriațiuni. Tôtā mucôsa vulvară și vaginală ipertrofiată și quasi-prolbată. Prin examenul cu degetul, constatăm o deschidere largă a despărțitôrei vesico-vaginale în care intră cu forțe mare ușurință policele mai rămânând încă loc. Orificiul e rotund, marginile puțin calôse. În partea laterală drēptă există un infundibul unde intră vârful degetului. Acest infundibul este limitat înăuntru de o largă și resistentă bridă ce merge în formă de colônă de la părerele anterior la cel posterior al vaginului. Către fundul de sac stâng este un alt infundibul format pe de o parte de gâtul uterului, iar pe de alta de o bridă cicatricială mai tăiosă în partea externă. Buza anterioră a orificiului fistulos se găsesc la 5 c. m. de bureletul vaginului; buza sa posterioră e formată de gâtul uterului. Prin specul se vede orificiul uterin larg deschis, iar buza sa posterioră continuându-se cu fistula. Ne aflăm deci în fața celei mai complicate variațiuni numită *vesico-utero-vaginală*.

*La 15 Februarie* 1896, se operēză prin metoda Americană, dar nu tocmai pură, ci prin adăogire de unele incisii liberatrice, ca și micē lambouri apropiate. Dificultățile au fost escesive.

Resultatul operațiunei fiind nul, la 20 Februarie se procede la oclusiunea vaginului făcēndu-se colpocleisis în modul următor: S'au avivat părțile părțelui anterior și posterior al vaginului de desubtul fistulei, determinându-se largi suprafețe sângerânde. După acestă s'a reunīt în sens antero-posterior aceste suprafețe prin douē rînduri de suturi despre care am mai vorbit.

*La 11 Martie.* Până la acestă qi s'au dat bolnavei îngrijirile obicuinute constatându-se reușita deplină a operației. Tocmai la acestă dată s'au scos firele; reunirea este perfectă.

*La 19 Martie* bolnava iese complet vindecată, avēnd o cicatrice lineară și transversală fără să fi rămas nici-un punct prin care urina să se pôta scurge.

**Observația 2.** *Nița Ión Tôder*, 38 ani, menstruată la 16 ani, măritată la 17 ani, nasce 15 copii, plus 2 avorturi. Câte-va faceri au fost gemelare. Ultima nascere din August 95, a determinat infirmitatea de fistulă.

Vaginul relaxat. Prin fistulă se vede mucôsa vesicală erniată sub formă



de burelet; în fistulă intră în libertate două degete, indicatorul și mediul. Marginea posterioară a fistulei este formată de buza anterioară a colului ce e distrusă, nerămânând din col de cât un mic mamelon roșu, ce face ridicătură în interiorul bășiceii.

*La 20 Februarie* 1896, încerc operația fistulei prin metoda Americană, dar fără succes.

*La 9 Martie* proced la ocluziunea vaginului, efectuându-o întocmai după procedeul mai sus arătat. Am pus trei suturi profunde în ansă (sub intrante) și cinci superficiale.

*La 19 Martie* s'a făcut încercări în toate felurile cu injecțiuni colorante în bășică, dar fără a ieși prin vagin. De alt-fel bolnava ține bine urina ca și în starea normală. Lungimea rămasă a vaginului e destul de mare, căci organul posedă o adâncime de 8 cm.

*La 21 Martie* se scot toate firele dintre cari unele au produs ușore tăeturi, dar fără nici-un inconvenient. Reunirea ca și rezultatele au fost perfecte.

*La 28 Martie* bolnava iese pe deplin vindecată.

În fine ne mai rămâne a vorbi despre *fistulele ureterale*.

Am arătat că sunt două varietăți de aceste fistule: *uretero-vaginală și uretero-cervicală*.

Contra celei d'întâiu, Landau propune următorul procedeu:

El introduce prin vagin o sondă fină în capătul superior al uretereii. După aceea readuce extremitatea liberă a cateterului în segmentul vesical al uretereii, apoi în bășică și în sfârșit în uretră. Avivăm atunci marginele pierderei de substanță în locul unde cateterul e vizibil, și operăm sutura pe d'asupra instrumentului. Când această tentativă nu reușește, se incisează bășica, transformând ast-fel fistula ureterină în fistulă vesico-vaginală, la marginea superioară a căreia se îmbucă uretera. Avivăm ca de obicei și suturăm ast-fel ca să nu coprim uretera în legături. Bandel și Nicoladoni au operat cu succes urmând metoda lui Landau. Schede a obținut bune rezultate printr'un procedeu analog.

Dacă nu reușim prin toate aceste moduri, putem să stabilim în mod artificial o fistulă vesico-vaginală și să închidem transversal vaginul de desubtul orificiului fistulos, sau să extirpăm rinichiul corespondent uretereii lezate. Simon a recurs deja la acest mijloc extrem pentru a vindeca o fistulă uretero-abdominală

Relativ la cazuri de această natură, în loc de a extirpa rinichiul, putem pune în practică metoda lui de *Boari*. Acesta constă într'o greșă uretero-intestinală adică a îmbuca uretera într'o ansă intestinală. În această operație ce s'ar putea numi *ureterenterostomie* (!), fistula se îmbucă în intestinul subțire sau cel gros. Fără a ne permite a opune diferite obiecțiuni ce s'ar cauza prin

trecerea urinei în intestin și posibilitatea absorpțiunii sale, noi recomandăm citirea acestui procedeu ce se găsește în „La Presse Médicale“ No. 14 din 15 Februarie 1896. Nu am crezut util a'l reproduce, pe de o parte din cauza rarității casului, iar pe de alta că experiențele au fost făcute mai mult pe animale, și nici un alt autor n'a întreprins-o pe viu.

Trebue să scim că fistulele ureterale, mai ales acelea deschise în fundul de sac vaginal, adesea prin simple cauterisări și cu paciență, de multe ori se închid în mod spontanat. Să evităm însă o erore de diagnostic, pentru a nu lua o plagă a vaselor limfatice care, prin secrețiunea abondentă de serositate, s'ar impune drept o fistulă ureterală.

Relativ însă la tratamentul fistulelor ureterale, credem că metoda lui *Bazy* și *Novaro* apărută în 1893 sub numele de *uretero-cysto-neostomie*, ar fi singura la care am putea recurge.

Principiul este: facem laparatomia și descoperim uretera găurită. Deslipim peritoneul și lărgim fistula. După aceea împingem fundul de sac al bășiceii printr'un gros trocar Chassaignac prin extremitatea sa bontă introdusă în bășică; apropiem un punct al acestui fund de orificiul ureteral. Spintecăm atunci bășica și introducem în acest nou orificiū uretera, pe care apoi o lipim de organ prin câte-va puncte de sutură. Restul ea pentru orice laparatomie.

## § 2. Fistulele fecale vaginale.

Se înțelege prin acēsta, deviațiunea circulațiunei normale a excrementelor; cari în loc de a continua traectul intestinal pentru a eși afară, trec prin vagin.

În cazul când deschiderea se stabilește între rect și vagin, fistula se numește *recto-vaginală*. Dar eșirea materiilor fecale de și ese prin vagin, totuși acest organ nu comunică direct cu rectul ci indirect. În adevăr, se pôte stabili o asemenea comunicare cu uterul și deci vaginul servă numai ca un canal de trecere, fără să fie el în joc. Atunci fistula se numește *recto-uterină*. În fine vaginul nu comunică cu rectul, ci cu o ansă a intestinului subțire. În acest cas fistula pörtă numele de *entero-vaginală* și are orificiul său în fundul de sac posterior al vaginului.

Dintre tóte aceste trei categorii de fistule fecale vaginale, primele sunt cele mai frequente.

Am arătat deja în capitolul precedent, cum fistulele recto-vaginale sunt fórte rar consecința unei faceri. Se cer în ade-

văr condițiunii extra-ordinare ca ele să se producă. În orî-ce cas dînsele se însoțesc de rupturî fôrte întinse ale perineului, în care timp și despărțitorea recto-vaginală e distrusă pe o întindere mai mult saŭ mai puțin mare, ceea-ce face că materiile fecale ies d'adrepul prin vagin.

Mai de obicei aceste fistule sunt consecința traumatismelor, a ulceratiunilor, a stricturilor ano-rectale etc., etc. Une-orî orificiul de comunicare e fôrte mic, așa că nu permite de cât ieșirea de gazurî; alte dăți dînsul pôte lăsa liberă trecere liquidelor, iar une-orî tôte materiile solide ies cu cea mai mare înlesnire.

Sediul fistulei variază, putând merge de la regiunea cea mai inferiôră și anume sub sfincterienă, până d'asupra ridicătorului anusului și chiar până la extremitatea cea mai depărtată a fundului de sac posterior vaginal.

De aci diviziunea lor I) în fistule *recto-vulvare saŭ ano-labiale* când deschiderea se face fôrte jos pe vulvă în dreptul imenului saŭ al furculiței. Ele se mai numesc și *subsfincteriene*; II) fistule *recto-vaginale inferiøre* când orificiul se găsește pe segmentul inferior al vaginului și III) *fistule recto-vaginale superiøre* când orificiul se află fôrte sus în fundul de sac posterior, în vecinătatea gâtului uterin.

Cu acéstă ocaziune trebuie să fim preveniți a deosebi o fistulă recto-vaginală de un anus contra naturei vaginal, saŭ fistulă intestinală. Când o ansă de intestin subțire se prolabeză prin cavitatea lui Douglas în fundul de sac posterior al vaginului deschis; și când acéstă ansă comprimată se gangrenază, iar consecutiv se deschide, atunci avem un *anus contra naturei vaginal*; când aceeași ansă contractează aderențe cu fundul de sac al lui Douglas și în urmă păretele seŭ se deschide printr'un mic orificiŭ, avem o simplă *fistulă intestinală*. În cazul întâiŭ, tôte materiile fecale din intestinul subțire ies prin vagin, iar în al II-lea numai gazele.

**Diagnosticul** acestor varietăți de fistule recto-vaginale se stabilește în modul următor: Facem o injecțiune prin orificiul anal cu o seringă conținînd lapte saŭ materie colorantă. Dacă acest lichid iese imediat prin vagin, conchidem la o fistulă recto-vaginală. Același lucru l'am putea obține și în cazul de anus contra naturei saŭ fistulă intestinală, însă trebuie să injectăm o cantitate enorm de mare de liquid cu irigatorul, pentru ca să trecă prin tot intestinul gros și apoi să vie prin intestinul subțire și în urmă să iasă prin orificiul acestuia, creat în mod artificial în fundul de sac posterior al vaginului.

Am mai putea recurge și la examenul chimic al materiilor obținute, pentru a se vedea dacă conținutul este al intestinului subțire sau gros. In general însă, diagnosticul nu este dificil, căci o sondă introdusă prin orificiul, lesne va întâlni degetul explorator așezat în rect—fiind vorba de fistulă recto-vaginală; în cazul contrariu instrumentul ori-cât de lung ar fi și ar merge în sus, nu ar întâlni acest deget, de óre-ce dînsul (instrumentul) străbate în intestinul subțire, iar nu în rect.

**Tratamentul** este același ca și pentru fistulele vesico-vaginale prin metoda Americană, de dedublare, etc. In cas când fistula e complicată și de ruptura complectă a perineului, facem în acelaș timp și perineorafia după metoda lui Lawson Tait.

Dacă orificiul fistulos e jos și cu traject scurt, putem fără inconvenient să spintecăm întréga fistulă. După acésta vom căuta a desdoi și de o parte și de alta fie-care buză, pentru a reuni separat lambourile vaginale și cele rectale între dîsele.

Când însă sediul fistulei e prea sus, vom căuta a uza de cele-lalte metode deja descrise. In casuri imposibile nu ne rămâne de cât a ataca fistula prin calea sacrală făcînd în complectul său operațiunea lui Kraske. Ajunși la locul dorit, vom separa rectul de vagin, și prin avivări și suturi apropiate vom astupa fie-care orificiul în parte.

Pentru fistulele entero-vaginale și chiar recto-uteri ne, credem că cel mai bun lucru ar fi să recurgăm d'adrechtul la laparatomie. Aci două căi avem: sau facem operația radicală constând în separarea orificiilor și sutura lor izolată; sau în casuri grele preferim deviațiunea cursului materiilor fecale. Acésta metodă preconisată de Casamayor constă într'o entero-anastomosă și anume: stabilim o comunicare între partea intestinului d'asupra fistulei cu rectul, fie printr'o deschidere laterală, aplicând apoi o legătură strangulantă sub anastomosa pentru a suprima fistula: sau facem d'adrechtul resecția intestinului subțire și apoi îl introducem în cel gros.



## CHESTIONAR

**Fistulele vaginale. Considerațiuni generale.** Fistulele rari și nedeserise: Fistulă entero-vaginală, salpingo-vaginală, pio-vaginală, vagino-peritoneală. Fistule spontanate. Fistule chirurgicale și obstetricale. Etiologie. Condițiunile de îndeplinit pentru producerea fistulei vesico-vaginale. Gradul și durata compresiunii. Mecanismul. Rolul spinei pubisului. Varietăți. I. Fistulă vesico-vaginală. II. Vagino-peritoneală. III. Uretro-vaginală. IV. Uterină-superficială sau cervicală. V. Uterină profundă. VI. Vesico-uterină. VII. Uretero-cervicală. VIII. Uretero-vaginală. IX. Recto-vesicală . . . . . pag. 208—208

Rolul scurgerei premature a liquidului amniotic. Anatomia patologică. Formele și întinderea orificiului fistulos. Numărul orificiilor, caracterele marginilor orificiilor. Lipsa de traect fistulos. Simptome. Scurgerea continuă, epoca aparițiunei. Casurile când cu totă existența fistulei semnul patognomonic lipsesce. Condițiunile și formele fistulelor ce pot rămâne ascunse. Diagnosticul. Efectul scurgerei continue a urinei. Modul de a examina femeia pentru a descoperi fistula. Prognosticul considerat din punctul de vedere social și chirurgical. Tratamentul. Procedul lui Dessault. Metóda avivării directe. Metóda prin lambouri. Metóda lui Vidal de Cassis (colpocleisis). Inconveniente. Metóda lui Jobert de Lamballe sau cisto-plastia. Procedul lui Freund. Metóda Americană. Principii . . . . . „ 208—223

Metóda autorului prin două rînduri de suturi. Principiul metodei. Modul aplicării suturilor . . . . . „ 223—228

Metóda lui Ricard și Fénoménoff. Metóda supra pubienă. Procedul lui Trendelenburg; procedul lui Dittel. Tratamentul celorlalte varietăți de fistule: uretro-vaginală; utero-vaginală; uretero-vaginală. Metóda lui Jobert de Lamballe (istero-stomato-cleisis). Metóda lui Courty. Metóda lui Landau, Boari și Bazy . . . . . „ 228—236

Tratamentul fistulelor recto-vaginale. Diferite procedee . . . . . „ 236—238

## PARTEA III

---

### BOLELE UTERULUI

---

#### Cap. I. Scurte considerațiuni asupra dezvoltărei și viciilor de conformație a organelor genitale femeesci.

După ce am studiat bólele vulvei și ale vaginului, iar acum suntem pe punctul de a ataca marele capitol al bólelor uterului, credem necesar și suntem chiar obligați, a ne opri puțin asupra unor date embriologice, cu privire la dezvoltarea acestor organe.

Noi nu avem puterea a intra în amănunte embriologice ce întrec competența noastră. Lucrul acesta este de o specialitate pură și cu totul unilaterală.

Totuși din noțiunile simple ce am căpătat citind autori competenți în această materie, ca Gilis și Testut, vom face un scurt resumat. El va avea exclusiv în vedere pe de o parte espicarea casurilor patologice de vițiuni de conformație ce putem întâlni în practică, iar pe de alta, cunoștința unor organe de resturi embrionare, precum sunt *paraovariul*, *corpul lui Rosenmüller* și *canalele lui Gärtner*, cari în anume circumstanțe sunt capabile prin dezvoltarea lor anormală, să producă bóle — dacă nu curente, cel puțin atâta în cât să fim nevoiți a ne ocupa de ele.

Baza fundamentală a aparatului urinar a fost descoperită de Wolff în 1759. El a descris un organ glandular pereche, propriu tutulor vertebratelor, și care îndeplinește funcțiunea de rinichi primitivi. Organul acesta — care persistă la unele vertebrate inferioare ca batracieni, iar la altele neconservându-se de cât până la

nascere, cum sunt reptilele și pasările — are tendința a fi cu totul transitoriu, pe măsură ce ne urcăm pe treapta superioară a scării zoologice. În adevăr, la om, acest rinichiū primitiv — care apare către a doua săptămână a vieții embrionare — dispare cu totul după 40—50 zile, înlocuindu-se bine înțeles printr'un organ mult mai complet și complicat.

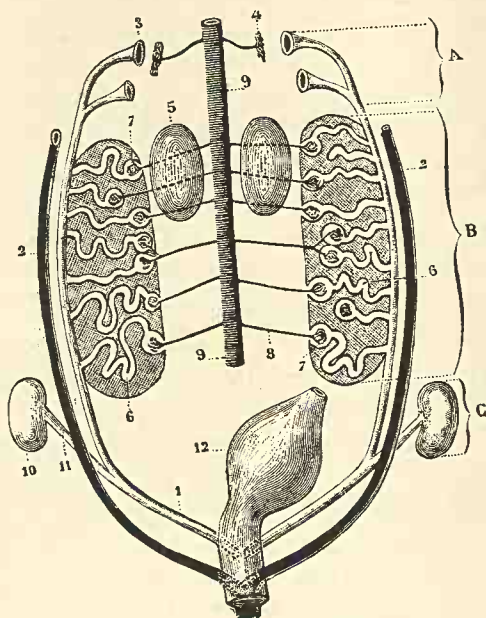


Fig. 28. Vedere generală a diferitelor aparate excretorii ce se succed în cursul dezvoltării (schematic).

A. Pronephros. B. Mezonephros (corpul lui Wolff). C. Metanephros (rinichiū definitiv).

1. Canalul lui Wolff. 2. Canalul lui Müller. 3. Pânția peritoneală a pronephrosului. 4. Glomerula pronephrosului. 5. Glanda genitală. 6. Canalul mezonephrosului. 7. Glomerula mezonephrosului. 8. Artera mezonephrosului. 9. Aorta. 10. Inceput de rinichi. 11. Uretra. 12. Bășica urinară (alantoidă).

Onoarea descoperitorului, a fost recompensată printr'un alt autor numit Rathke, care în 1825, fiind cel d'întâiu care a înțeles rolul acestui organ, i-a dat numele de *corpul lui Wolff*.

Există trei categorii de rinichi primitivi sau corpuri ale lui Wolff: *pronephros*, *mezonephros* și *metanephros*.

În fig. 28 luată din Testut vom putea vedea pe lângă multe alte detalii și acelea ce vom menționa.

**Pronefrosul**, format dintr'un canal longitudinal, ce se întinde de la cord până în cloacul urogenital — provădut de unul până la cinci tubi ciliați, așezați în unghiū drept pe traectul sēū, deschiđându-se în cavitatea peritoneală, printr'un fel de pālnie provădută de cili— este destinat a rămāne organ definitiv pentru unii pești osoși și alte vertebrate inferiōre.

**Mezonefros**, avēnd aceeași constituțiune ca și cel precedent, posedă o serie de tubi numiți tubii corpului lui Wolff. Dīnsul asemenea pōte să rămāe ca stare definitivă la unele vertebrale inferiōre: are însă posibilitatea, ca suferind ōre-care transformațiūni de dezvoltare, să devie un *metanefros* saū rinichiū definitiv.

**Metanefros** saū **rinichiul definitiv**. Este reprezentat prin cei doi corpī ai lui Wolff, așezați de fie-care parte a colōnei vertebrale. Ei aū suprafața brāzdată de strii transversale, luānd mai târđiū forma unor circumvoluțiūni neregulate.

Trebue să adāugām cā din momentul cānd încep a se desvolta organele genitale, rinichiul definitiv se desvoltă înapoi și d'asupra corpilor lui Wolff, rămānānd cu totul independent de evoluțiunea aparatului genital. Ūretera apare luāndu-și punctul de plecare dintr'un mugure, la care contribue conductul lui Wolff.

Se disting trei părți în fie-care corp al lui Wolff: o *bandedetă externă longitudinală*. Dīnsa conține în grosimea sa doi corpī tubulari: unul intern numit *canalul lui Wolff* — canal excretor al glandei— și altul în afară numit *canalul lui Müller*. *La partea internă* se află o altă bandedetă umflată în mijlocul sēū; acēsta este eminența sexuală saū glanda genitală. Intre aceste douē organe se găsește *masa principală a organului* saū corpul lui Wolff propriū đis.

Glanda genitală dā nascere testiculului saū ovarului, după cum fetul va fi bărbat saū femee. Modul formārei ovarului, îl vom vedea cānd vom descrie patogenia kiștilor ovarici.

Vom spune însă pentru moment, cā acēstă glandă genitală este acoperită de un epiteliū cu celule cilindrice, numit *epiteliul germinativ a lui Waldeyer*. După modul invaginațiunei acestui epiteliū se va nasce ovarul—dacă se va produce tuburile numite a lui Pflüger, din carī vor ieși ovoblastiī saū foliculiī lui de Graaf. In cazul contrariū, acēstă evoluțiune neefectuāndu-se, tubiī lui Pflüger vor deveni canaliculele seminifere, iar ovuliī se vor transforma în spermatoblasti, și ast-fel în loc de ovar va ieși un testicul.

Cāt privescē rolul corpului lui Wolff, el depinde iarășī după eum evoluțiunea embrionului va fi către sexul masculin saū fe-



minin. Ast-fel, canalele drepte, rete testis, canalele eferente și capul epididimului, provin din partea superioară a corpului lui Wolff. Partea sa inferioară se atrofiază și produce ca vestigiuri, organul lui Giraldes numit paradidym, care este un organ rudimentar tubulos, aflat aproape de capul epididimului. Mai rămâne încă un vestigiu tot din corpul lui Wolff, ce se găsește la cõda epididimului, în punctul de origină al canalului deferent; el põrtă numele de *vas aberans* sau *conductul deferent orb* a lui Cooper.

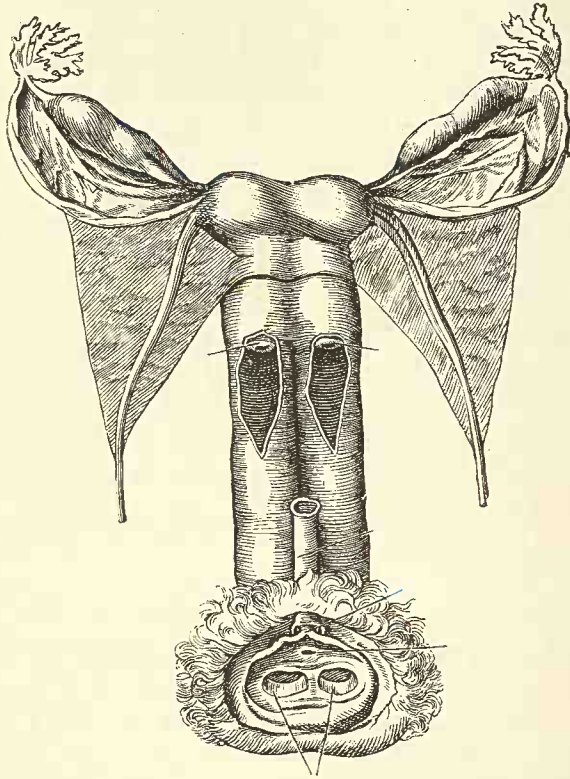


Fig. 29. Vagin și uter dublu.

Canalul lui Wolff produce canalul epididimului și canalul deferent. La partea sa inferioară presintă ușõre diverticule, ce vor produce mai târziu vesiculele seminale și canalele ejaculatorii.

Acum sã venim la canalul lui Müller.

Acest canal se desvoltã în conexiune strõnsã cu corpul lui Wolff; el se aflã la partea sa externã și merge împreunã cu

canalul corpului lui Wolff scoborându-se, dar păstrând o direcție paralelă. El finește prin a veni să se termine la extremitatea inferioară a vesiculei alantoide, ce mai târziu va deveni bășica udului.

Pe când canalul corpului lui Wolff e destinat pentru sexul masculin, acela a lui Müller servă exclusiv la dezvoltarea organelor genitale interne și a vaginului la femei. În adevăr, din canalul lui Müller nasc trompele, uterul și vaginul. Dar ambele aceste canale la început sunt cu totul separate, și rămân ast-fel în mod definitiv numai către extremitățile lor superioare, formând trompele, al căror orificiū abdominal neînchidându-se nici odată, constituie pavilionul trompei. Unirea canalelor lui

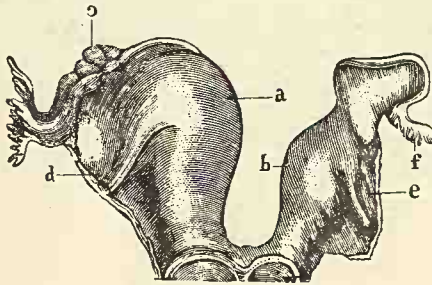


Fig. 30. a. Segment drept. b. Segment stâng. f, e. Ovarul și ligamentul rotund stâng. c. d. Ovarul și ligamentul rotund drept.

Müller pentru a forma uterul și vaginul, se face pe socotéla unei despărțitorī, care la un moment dat resorbindu-se, ne oferă starea normală de un vagin, un uter și două trompe.

După cum această despărțitoare rămâne definitivă sau nu se resorbe de cât pe anume teritorii, vom avea tot atâtea vicieri de conformație. Ast-fel, dacă despărțitorea care separă uterul și vaginul în două părți laterale, nu se resorbe, atunci avem vagin dublu și uter dublu, numit încă *didelf*.

În cazul acesta, cele două canale lipite între ele, aū fie-care comunicare deosebită cu exteriorul. Ele pot funcționa în mod normal, având menstruațiunea de o dată sau la epoce diferite, și putând fi ambele apte la copulație și fecundație.

În fig. 29 luată din Martin avem un exemplu de uter și vagin dublu.

Dacă despărțitorea persistă numai pe vagin — aceia a uterului resorbindu-se — atunci avem vagin dublu cu uter unic, sau vice-versa. Dacă reunirea nu se face pe nici un punct, ast-fel în cât canalele lui Müller rămân definitiv isolate, atunci avem *uter* sau *vagin bifid* sau *bipartitus*. Dacă numai unul din canalele lui Müller se dezvoltă, cel-l'alt rămânând înapoi sau atrofiindu-se, avem uter cu un corn (*uterus unicornis*). Când fusiunea canalelor lui Müller se face mai jos de punctul normal, atunci uterul până la o înălțime óre-care e spintecat în două, oferindu-ne două córne (*uter bicornis* sau *didelfus*), ca în fig. 30.

În fine cele două canale ale lui Müller în loc de a rămâne deschise, ele se obliteréză în porțiunea destinată uterului, sau nu iaă dezvoltarea cuvenită. În cazul întâiū avem absența uterului (*uterus deficiens*); iar în al doilea atrofia uterului — *uter-infantil*, *pubescens*. Alte dăți gâtul uterului, se găsește în dezvoltare normală, corpul fiind atrofiat sau chiar lipsind, etc., etc.

Ceea-ce ne intereséză este că, presupuind complectă dezvoltare a organelor, fie-care sex posedă unele rămășițe rudimentare din cel-alt sex. Acésta probéză înfrățirea și chiar ermafrodismul în care ne găsim în perióda embrionară. Ast-fel la bărbat, canalul lui Müller neavând nici un rol, el se atrofiază; nu însă în totalitate, așa că partea superióră persistă, formând pe testicul corpul numit *idatida nepediculată* a lui Morgagni. De asemenea, partea sa inferióră, forméză *utricula prostatică*, ce represintă *uterul masculin*.

La femee de asemenea găsim urme din sexul masculin. Așa, precum la bărbat canalul lui Müller se atrofiază numai în parte, tot ast-fel și la femee, porțiunea inferióră a corpului lui Wolff lasă un organ compus din micī mese celulare către hilul ovarului, căruiu Waldeyer i-a dat numele de *paroofor* sau *parovarium*, ce este analog cu *paradidymul* sau organul lui Giraldes la bărbat. Tot din corpul lui Wolff rezultă un alt organ mult mai mare, aședat în grosimea ligamentelor largī, între ovar și trompă, și care pórtă numele de *corpul lui Rosenmüller*. El e format dintr'un canal colector transversal și o mulțime de altele verticale, rezultând din persistența unei formațiuni superióre din canalul lui Wolff. Acest corp a lui Rosenmüller are ca omolog la bărbat canalul epididimului, conurile eferente și corpul lui Highmor cu canalele sale.

În fine tot din persistența unei porțiuni din corpul lui Wolff sau a canalului său, avem o mică vesiculă suspendată de un lung

pedicul ce putem întâlni pe una din frangele pavilionului trompei, sau pe aripa superioară a ligamentului larg, formând *idatida pediculată a lui Morgagni*, analoagă cu aceeași idatidă ce există la bărbat pe capul epididimului. În fig. 31 luată din Testut ni se reprezintă ligamentele largi cu ovarul și trompa, având între ele corpul lui Rosenmüller provădit de canaliculele sale, precum și idatida lui Morgagni, inserată la pavilionul trompei.

În sfârșit, când partea inferioară a canalului lui Wolff per-

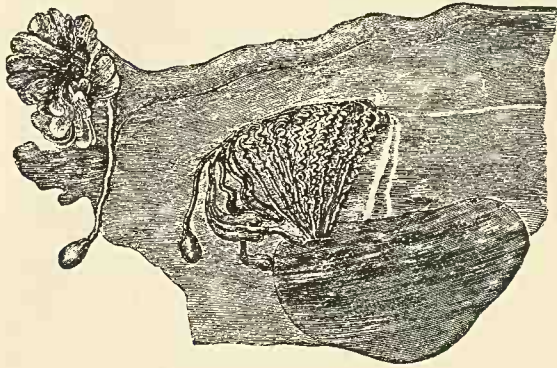


Fig. 31. Corpul lui Rosenmüller și idatida lui Morgagni.

sistă, atunci formeză două conducte așezate iarăși în grosimea organului lui Rosenmüller; de acolo merg în părțile laterale ale uterului, se pogoră pe pereții laterali ai vaginului și se termină prin extremitatea lor inferioară la vestibulul vulvei, sau în vecinătatea meatului urinar. Aceste canale, ce sunt constante la unele mamifere și rumegătoare, se numesc *canalele lui Gärtner*, care cel d'întâiu le-a descris în 1822.

Acésta este embriologia în scurt a organelor genitale interne și a vaginului.

Cât privește organele genitale externe (vulva), ele se dezvoltă cu totul independent de cele interne, și anume din ectoderm sau fóia externă a blastodermului, așa în cât absența sau prezența lor nu au nici o legătură cu cele precedente.

Tóte vișurile de conformație ce am arătat, până și ermafroditismul, le putem întâlni. Din nenorocire însă n'avem mijloce de a lupta contra lor. Tot ceia ce putem face, este a interveni contra atresiilor vulvei, a imperforațiunei imenului, a ocluziunei



congenitale a orificiului gâtului uterin, etc., pentru a înlătura accidentele ce se provăcă ca: ematocolpos, ematometria, ce sunt reprezentantul unor asemenea leziuni.

Mai putem încă interveni în cas de persistență a despărțitōrei vaginale, precum și în cazul de prezența unei bolți interpusă între gâtul uterului și vulvă, întrerupând sau chiar suprimând canalul vaginal. Când e vorba numai de prezența despărțitōrei verticale a vaginului, nu există nici un pericol pentru a o secționa, transformând vaginul din dublu în unic. Nu tot ast-fel însă va fi, dacă am avea a face cu oclusia vaginului. Aci nu putem întreprinde spintecarea acestei bolți, dacă nu suntem pe deplin convinși de existența uterului. În cazul contrariu, în speranța de a crea un vagin, putem intra direct în peritoneu, și am expune bolnava, fără a-i aduce nici un folos. Tot ce ne rămâne în asemenea casuri, este a lupta contra simptomelor ce apar la epoca menstruației, precum și în cazul de ematocele, sângele ne având pe unde ieși. De alt-fel, nisce asemenea vițiuri de conformație se însoțesc, dacă nu de o lipsă totală a organelor genitale interne, cel puțin de o atrofie și o stare rudimentară.

Noi am avut ocasiunea să întâlnim un cas de oclusiune congenitală a vaginului, a căruî observație, credem că merită a fi cunoscută.

*Tudora Bănică*, 27 ani din jud. Ialomița, intră în serviciul nostru la 1 Mai 1896. Părinții bolnavei trăesc și sunt sănătoși: au fost 12 copii, din cari numai 4 sunt în viață. Are 2 surori, una măritată și cu copii, iar alta nemăritată, dar cu menstruele regulate.

Bolnava declară că n'a avut nici odată menstrue, dar nici vre-o altă scurgere suplimentară, precum de asemenea nici dureri în basin, afară numai de nisce dureri în dreptul erniilor inguinale, ce posedă și unde există ovarele.

La 18 ani s'a măritat. Timp de 4 ani au trăit foarte bine, bărbatul practicând raporturile sexuale, fără ca nici el nici dînsa să se plângă de ceva, sau să bănuiască vre-o anomalie. Întemplantu-se însă ca bărbatul să se ducă la altă femeie, atunci observă că vaginul femeii sale e prea scurt. Acum începe certa, acuzând-o că d'aceea n'are copii, amenințând-o cu divorțul, etc. Pentru aceste cuvinte și în dorința de a i se face un vagin mai adînc, femeia intră în spital.

*Starea locală.* Organele genitale externe bune, afară numai de buzele mari, cari sunt mai proeminente. Constatăm că în părțile laterale ale muntelui Venus, sub tegumente și în grosimea părților există două tumori de mărimea unui măr, având aspectul de testicule; ele sunt așezate drept la orificiul extern al canalului inguinal. Examinându-se de aproape ne convingem că sunt ovarele. În urma deselor manipulări tumora din stînga a dispărut în abdomen. Atunci constatăm deschiderea canalului inguinal în care se introduce degetul. În partea dreaptă tumora persistă sub forma unei nuci, de consistența ovarului. Muntele Venus împreună cu cele două tumori are aspectul unor fese, iar în jos ipertrofia bu-

zilor merge descrescând pentru a se pierde la furculiță. Deschidând vulva, constatăm o suprafață albă cicatricială la furculiță și un burelet cu îndoituri proeminente în mijlocul intrării vaginului. Cu degetul ne convingem de o imperforațiune absolută a vaginului, prin prezența unei perdele fibröse, de grosime și rezistență foarte mare.

Ori-cât de forțat am împinge degetul, nu putem înainta mai mult ca 3 cm. Intinșând această membrană, observăm pe suprafața ei îndoituri luând aspectul de polipi pediculați răspândiți ici și colo. Meatul urinar deschis în formă de pâlnie, îndoituri de mucösă semănând cu cele anale, produse probabil princoit.

Prin examenul vaginal pe cât e permis precum și cel rectal n'am putut căpăta senzațiunea uterului și a anexelor, locul lor fiind gol. Aveam însă senzațiunea de bride transversale, mobile, ca nisce pachete de sföră, ce ar pleca de la o anexă la alta.

Restul conformațiunei nu presintă nimic de particular, afară numai că cõpsele sunt mai puțin arcate, apropiându-se de ale bărbatului. Mamelele perfect desvoltate.

*16 Mai. Laparatomia.* Se constată absența uterului, se simția însă în locul său o ușoră tumefacție în formă de ghem, dar foarte profund situată și care nu s'a putut vedea cu ochiul, de cât numai simțindu-se cu degetul. De la acest ghem pleacă două cordõne late, îndreptându-se spre ambele orificii interne a canalelor inguinale, unde s'a putut urmări cu degetul. S'a căutat să se reducă aceste ernii, însă nu s'a reușit în mod complect. Atunci am făcut chelotomia, scoțând și de o parte și de alta organele conținute, cari constau din trompe și ovar, având câte o jumătate de rudiment de uter. Se închide abdomenul prin 6 puncte, precum și orificiile inguinale prin 5 puncte.

*La 14 Iunie* pacienta iese vindecată de laparatomie, dar cu aceeași ocluzie vaginală, contra căreia n'am putut face nimic, de õre-ce a fi deschis bolta vaginală am fi intrat în peritoneu, ceia-ce n'am preferat.

## Cap. II. Considerațiuni generale anatomo-patologice asupra uterului.

Uterul, organ propriu al mamiferelor, are ca destinațiune pe de o parte a da loc ovulelor — în cas de fecondație — să se așede în el pentru a se desvolta, iar pe de alta a înlesni eșirea acestui ovul, când a ajuns la complecta sa maturitate. Uterul deci este organul de *gestațiune* pentru ovul și de *expulsiune* pentru fetus.

Uterul, organ în general unic, simetric și aședat pe linia mediană a abdomenului în escavațiunea micului basin, stă înaintea rectului, înapoiul bășiceii, d'asupra vaginului cu care se continuă, și dedesubtul anselor intestinului subțire, cari în parte plutesc pe periferia sa.

Chestiunea care a preocupat mult pe autori a fost a se determina în mod exact, locul ce ocupă acest organ în interiorul abdomenului.

Uterul e provędut de organe foarte puternice, cari au de scop

a-î asigura o anumită pozițiune. Ast-fel în lături avem cele două îndoituri ale peritoneului, cari îl învelesc în cea mai mare parte a fețelor sale laterale, anteriore și posterioare și cari fixându-se în laturile basinelui, constituie două fășii puternice cunoscute sub numele de ligamentele largi. Rolul acestor ligamente este a împedica uterul de a înclina într'o parte sau în alta. Dar pentru ca uterul să nu pótă cădea înainte, e provăduț înapoi de ligamentele utero-sacrale.

În același timp însă, dînsul, spre a nu fi expus a rămâne exclusiv sub influența acestor ligamente și deci în mod permanent să fie tras înapoi, posedă înainte ligamentele rotunde. Acestea înserându-se la pubis, îl împedică de a cădea înapoi. Cu modul acesta uterul grație, unui asemenea aparat, își asigură într'u cât-va pozițiunea sa stabilă.

Din cauză însă că aparatele ligamentóse sus citate nu represintă nisce bare rigide, ci sunt organe elastice, adică supuse la extensiune și retractiune, rezultă că pozițiunea uterului pótă fi schimbată dintr'un moment în altul, imediat ce survine o putere ceva mai însemnată. N'avem pentru moment să ne ocupăm de dislocările uterine, căci ele constituie stări patologice, pe cari le vom studia la capitolul deviațiunii și prolaps uterin.

Vom menționa de o cam dată numai acele deplasări transitorii, sau fiziologice. Ele rezultă exclusiv din starea de plenitudine sau vacuitate a organelor de cari uterul e înconjurat. Și insistăm asupra acestui lucru, pentru a arăta slaba rezistență ce opun ligamentele uterului, celor mai mici forțe ce intervin — în afară de graviditate și alte tumori, unde uterul din basin se urcă până la diafragm. Să luăm deci lucrul în mai mic.

Am văzut că uterul se află între rect, bășică, intestine și vagin. Dacă de exemplu bășica urinară este góală, atunci uterul și în special fundul său tînde a veni înainte, iar gâtul în direcție opusă, adică înapoi; și această pozițiune devine cu atât mai exagerată cu cât bășica e în completă vacuitate. În acest caz fundul e cu totul ascuns sub simfisă, iar gâtul situat așa de mult înapoi, în cât nu numai cu speculul nu e posibil a-l descoperi, dar nici chiar cu degetul nu-l putem găsi. Fenomene inverse se produc când bășica urinară e plină.

Să scim însă, că dacă bășica e cu totul plină, dînsa pótă să apese pe fundul uterului, ast-fel că gâtul său e împins în jos spre vagin. El pótă chiar să iasă la intrarea vulvei în cas de extremă plenitudine a bășiceii. E de prisos a insista asupra



stareii de plenitudine a rectului sau a intestinelor subțiri, căci efectul lor e lesne de prevădut: unul având ca rezultat împingerea uterului înainte, iar cele-lalte coborîrea lui. Dar tóte aceste deplasări, sunt transitorii, căci organele fiind puse în starea lor fiziologică, uterul își reia pozițiunea sa normală. Acésta este și scopul ce urmărim în clinică, ca atunci când voim să ne dăm bine séma de uter, trebuie prealabil să golim bășica, rectul și intestinele. În afară deci de aceste stări de vacuitate sau plenitudine excesivă a bășicei și rectului; în afară de o relaxare sau retracțiune prea mare a ligamentelor, vaginului și perineului; în afară în fine de o presiune abdominală exagerată, chestiunea importantă este de a se sci, care e statica sau situațiunea normală a uterului, considerând totul în starea lor obicnuită.

Chestiunea în esența ei este extrem de dificilă. Noi nu putem afirma că ceea-ce constatăm prin examenul clinic, ni se prezintă adevărata normă a lucrului; de altă parte iarăși nu putem susține că faptele observate la autopsie ne-ar da situațiunea justă a organului. Și probă avem că, tóte experiențele întreprinse de Kohlrausch pe cadavre congelate, după deschiderea prealabilă a cavității abdominale, n'au reușit să represinte în mod exact starea fiziologică a situațiunii sau *habitul uterin*.

Multe alte esperiențe au fost întreprinse și de alți autori între care de Carl Ruge la clinica lui Schroeder în 1886, și cari după Martin au dat tot ceea-ce putem dori mai mult ca basă, a condițiunilor fiziologice și patologice a viscerelor pelviene.

Se admite deci în mod general că uterul se află în micul basin și pe linia mediană; își are fundul întors către simfisa pubienă, puțin dedesubtul planului strimțorei superioare, iar gâtul mai mult sau mai puțin înapoi dirijat către coccix.

În privința celor-lalte considerațiuni anatomice ce ne pot interesa, vom reaminti pe scurt următoarele:

I. Forma uterului este aceea a unui con cu vârful trunchiat ce privesce în jos, iar corpul său baza în sus.

La unirea terțului inferior cu cele două treimi superioare există pe suprafața acestui con o ușoră depresiune circulară care-l divide în două părți neegale: una superioară mai voluminosă — e corpul uterului; alta inferioară — e gâtul sau colul uterin. Punctul unde aceste două porțiuni se unesc, adică în nivelul depresiunii circulare, se numește *istmul uterin*.

II. Direcțiunea uterului este iarăși importantă din punctul de vedere clinic.



Cu drept cuvânt Tillaux consideră două feluri de direcțiuni ale acestui organ: *extrinsecă* și *intrinsecă*.

Prin direcțiune extrinsecă se înțelege pozițiunea generală, pe care o are uterul în totalitatea lui, adică corp și col, cu organele vecine; intrinsecă este direcțiunea respectivă a acelor două părți din care dînsul se compune, adică corp și col. Ast-fel, direcțiunea extrinsecă a uterului se consideră ca fiind oblică de sus în jos și de dinainte înapoi, întocmai analogă cu direcțiunea axei strîmtorei superioare a basinului. Acésta după cum se știe este reprezentată printr'o linie, ce ar pleca de la ombilic la mijlocul escavațiunei sacrului. Dînsa are întocmai aceeași direcțiune ca și a uterului, adică de sus în jos și de dinainte înapoi.

Tillaux ȳice că aceste două direcțiuni se confundă; noi credem cu majoritatea autorilor, că ele sunt mai mult paralele. Faptul important este că vaginul avînd o direcțiune inversă de a uterului, face că ambele aceste organe forméză o curbă cu concavitatea anterioară, adică concentrică cu escavațiunea pelvienă. Lucrul ușor se esplică, dacă ne reamintim pozițiunea normală a uterului. În adevăr plecând de la simfisă, unde se află fundul acestui organ și mergând în jos și înapoi către gâtul uterului, iar de aci urmărind inserțiunea vaginului pînă la terminațiunea sa, adică la vulvă, obținem o linie aprópe curbă, care în adevăr e concentrică cu escavațiunea pelvienă.

Schimbarea direcțiunei extrinsece a uterului dă naștere la deviațiunile numite versiuni. Dacă fundul uterului se află cu totul înaintea, înapoi saũ în lături avem: anteversiune, retroversiune saũ lateroverșiune. În tóte aceste deviațiuni gâtul uterului se află într'un punct opus de al corpului. Ast-fel în anteverșiune fundul uterului fiind înaintea gâtului va fi înapoi; și vice-versa. Din contră, în lateroverșiuni fundul fiind la drépta, gâtul e inevitabil la stînga și așa mai departe.

Acésta rezultă de acolo că gâtul fiind fixat prin inserțiunea sa pe vagin, uterul se mișcă ca pe un fel de basculă. Deci pe cînd corpul vine înaintea, colul vine înapoi, etc. Tóte aceste deviațiuni numite versiuni sunt paralele cu áxa uterului.

Direcțiunea intrinsecă a uterului rezultă din pozițiunea respectivă pe care o ia corpul cu gâtul. După majoritatea autorilor se admite că, chiar în starea normală, corpul forméză un unghiu în partea anterioară cu gâtul. Cînd acest lucru devine mai pronunțat constituie stări patologice, numite *flexiuni*. Cînd dar numai corpul uterului se deviază înaintea, înapoi saũ în lături, iar

gâtul sѐu rѐmâne fix, adicǎ își pǎstreazǎ pozițiunea normalǎ, atunci avem flexiune corporalǎ; cȃnd din contra corpul uterului își pǎstreazǎ situațiunea normalǎ și singur numai gȃtul se deviazǎ, atunci avem *flexiunile cervicale* ante-retro sau laterale; iar cȃnd și corpul și gȃtul se flexezǎ unul pe altul formȃnd la nivelul istmului un unghiũ drept sau ascuțit, atunci avem *flexiune cervico-corporalǎ*, iarǎși ante-retro sau laterale. Cu alte cuvinte, pe cȃnd în versiuni deviațiunea corpului aduce inevitabil și direcțiunea colului într'un punct opus, în flexiuni din contra corpul se deviazǎ, independent de gȃt și vice versa.

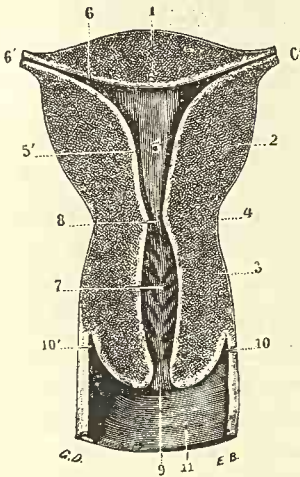


Fig. 32.

Secțiune frontalǎ a uterului unei femeii nuliparǎ (Segmentul posterior al secțiunii).

1. Fundul uterului. 2. Pǎreții laterali ai corpului. 3. Colul. 4. Istm. 5. Cavitatea corpului cu 5' marginele sale laterale; 6. Unghiurile sale superioare continuȃndu-se prin ostium uterinum cu extremitatea internǎ a trompelor lui Fallope (6'). 7. Arborele vieții, a cǎrei axǎ e ușor inclinatǎ în sus și la stȃnga. 8. Orificiul intern al colului. 9. Orificiul extern. 10, 10'. Fundurile de sac laterale ale vaginului. 11. Pǎretele posterior al acestui conduct.

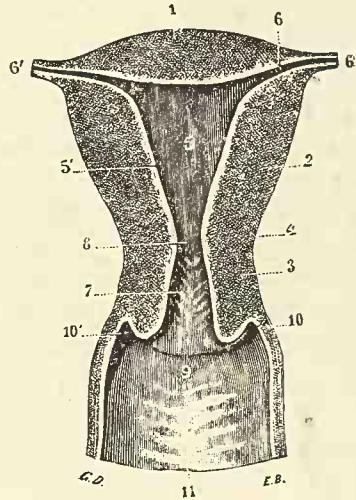


Fig. 33.

Secțiune frontalǎ a uterului unei femeii multiparǎ (Segmentul posterior al secțiunii).

Dimensiunile uterului, de și studiate cu multǎ îngrijire, nu s'au stabilit însǎ în mod precis, din cauzǎ cǎ dȃnsele variazǎ foarte mult dupē persoane. Se admite însǎ cǎ la femeile cari n'au avut copii, diametrul vertical, adicǎ înȃlțimea cavităței este de  $5\frac{1}{2}$  maximum 6 c. m; iar la acelea cari au avut copii dȃnșă pȃte-

merge 7 până la 8 c.m. Lungimea cavității gâtului e mai mare ca a corpului la virgine, la multipare e mai mică. În termenii generali cavitățile gâtului în lungime variază de la  $2\frac{1}{2}$ —4 c.m. Diametrul transvers al cavității se admite după Richet a fi pe jumătate mai mic ca cel vertical. Deci, pe un uter a căruia cavitățile e de 8 c.m. în sensul longitudinal, diametrul transvers va fi de 4 c.m.

E bine înțeles că aci e vorba de fundul uterului, unde cavitățile e mai largă, știut fiind că cu cât ne coborâm în jos către gât, cu atât dînsa se micșorează, devenind chiar virtuală. Lucrul îl putem constata ușor în timpul răzuirii uterine. În adevăr, introducând lingura în uter, aproape nu putem executa nici o mișcare de circumducțiune a instrumentului, până ce n'am ajuns la fundul organului. Noi am căutat a face un instrument special pentru determinarea diametrului transvers al cavității în diferitele sale porțiuni, dar n'am reușit din lipsă de mijloce.

În ceea ce privește capacitatea cavității uterine, dînsa este enorm de mică, căci abia poate conține 4—5 c.m.c. de liquid. Sappey restrânge și mai mult această capacitate. După dînsul, la virgine nu putem introduce de cât 2 până la 3 c.m.c. iar la multipare 5 c.m.c.

Grosimea pereților uterului variază de la un c.m. putând merge după Sappey până la 2 c.m.

Greutatea totală a uterului variază: în termen mediu e de 32 la 42 și 55 grame. La a noua lună a gravidității, această greutate se poate ridica de la 900 până chiar la 1500 grame. La femeile bătrîne, unde acest organ e atins de atrofie, dînsul poate să nu cântărească de cât 4—8 grame.

Uterul prezintă de studiat o suprafață exterioară și una interioară. Cea exterioară coprinde o față anterioară, una posterioară două margini laterale, o extremitate saŭ fund și una inferioară saŭ gât. Raporturile acestor fețe cu diferitele organe și în special cu peritoneul, le vom studia la bólele ligamentelor largi, când vom face și aplicațiuni patologice. Suprafața interioară reprezentată prin cavitățile uterină: această am vădut-o în capitolul precedent. În fig. 32—33 luate din Testut se vede conformația interioară a uterului.

Vasele uterului sunt foarte numeróse, așa că acest organ e mai vascularizat de cât orî care altul din organism, chiar și de cât cerebrul. După Sappey, prin faptul că din cele șase trunchiuri arteriale pe cari le vom vedea, trei din ele vin la organ prin marginea sa dréptă, iar trei prin cea stângă, dînsul se găsește provédut de două hiluri saŭ de un dublu pe-



dicul vascular. Din acest punct de vedere, circulațiunea uterului este mai bine asigurată de cât aceea a crebrului, care își primește toate vasele numai prin partea sa inferioară. Mai există încă un avantaj pentru uter: toate vasele dintr'o parte comunică în mod larg cu cele din partea opusă. De aci posibilitatea pentru fie-care din ele de a se înlocui, în cazul când un obstacol temporar sau permanent s'ar afla în acel loc.

Cele șase trunchiuri arteriale de cari este provăduț uterul sunt:

I. Două artere uterine cari vin din ipogastrica. Acestea aședate la partea inferioară a ligamentelor largi, se dirig aprópe transversal către partea inferioară a colului; se reflectéză apoi pentru a se duce oblic în sus, terminându-se la nivelul originii trompelor, unde se anastomoséză în plin canal cu arterele utero-ovariene. Din acéstă anastomosa rezultă o mare arcadă aplicată prin convexitatea sa la marginele uterului, și e remarcabilă mai cu sémă prin flexuositățile foarte numeroase și foarte pronunțate ce presintă. Din partea internă sau convexă a acestei arcade, pléacă o mulțime de rāmuri, cari străbat în grosimea tunicei musculare, și se răspândesc în toate părțile viscerului. Pe lângă acestea sunt două cari trec una înainte, alta înapoiul gâtului, pentru a se anastomosa cu rāmuri analóge venite din partea opusă. Tóte aceste divisiuni arteriale au o direcțiune eminentemente flexuosă.

II. Cele două artere utero-ovariene sunt mult mai mici, dar foarte lungi. Ele nasc din aorta abdominală.

III. Două arterii, care ocupă centrul ligamentelor rotunde, sunt iarăși subțiri și nasc din epigastrica.

Venele uterului sunt foarte numeroase. Ele sunt remarcabile prin aceea că aderă în mod intim de musculatura uterină, prin mijlocul unui țesut conjunctiv dens formând adevărate sinuse. După-ce ele primesc diferite rāmuri și se anastomoséză între dînsele pe mărginele laterale ale uterului, forméză două mari plexuri; unul superior ce urmăză trunchiul utero-ovarien; cele din drepta se varsă în vena cavă, iar cele din stânga în vena renală. Venele din plexul inferior, urmăză artera uterină și se varsă în vena ipogastrică. Pe lângă acestea mai există un plex, care urmăză ligamentele rotunde și arterele sale. El se varsă în venele epigastrice sau iliaca externă de o parte și de alta.

Vasele limfatice nasc toate din mucósa uterului și din păreții săi musculari. După Sappey, unele șerpuesc la superfiție,



altele în grosimea uterului și pot fi deosebite în superficiale și profunde. Ele formază pretutindenea o rețea foarte bogată. Devenite sub seroase, limfaticele se dirig de dinăuntru în afară, și străbat în ligamentele largi unde se divid în inferioare și superioare. Cele inferioare urmăză venele uterine. Unele se duc la ganglionii pelvienii laterali; iar altele la ganglionii așezați înaintea sacrului.

Limfaticele superioare, cari sunt mai numeroase și mai voluminoase, însoțesc venele utero-ovariene, terminându-se în ganglionii lombari. Vom reveni.

Nervii vin din plexul ipogastric și plexul ovaric și urmăză în general arterele.

### Cap. III. Leziunile uterului.

#### § 1. Leziunile traumatice ale uterului.

Din cunoștințele ce avem asupra situațiunei și deviațiunei uterului, ușor se poate vedea că acest organ, așezat în escavațiunea micului basîn, e foarte bine protejat de întreaga cingătoare ososă ce formază basînul.

Dacă mai adăugăm că uterul se află pus între bășică și rect, iar fundul sub ansele intestinale, lesne putem conchide cum acest organ e așa de bine garantat contra violențelor exterioare. În adevăr, el nu poate fi atins de cât foarte cu greu, pentru a nu dice de loc. De aceea contusiunile cele mai profunde ale abdomenului, precum și plăgile penetrante, mai lesne distrug orî-ce organ din cavitatea abdominală, de cât uterul, afară de casuri excepționale. Pentru ca uterul să fie atins, se cer nise condițiuni anumite, adică: primo ca el să aibă un volum destul de mare, spre a trece dincolo de strîmtoarea superioară; iar apoi, ca agentul vulnerant să aibă o direcțiune de sus în jos și de dinainte înapoi. Numai astfel s'ar putea reuși a se ataca uterul. Dar chiar și în acest cas, rănirea uterului inevitabil e însoțită de rănirea celor-l'alte organe, precum bășică, intestine, etc. Tot același lucru vom spune și în casurile de căderi pe abdomen. Aci iarăși uterul nu poate fi atins, de cât după ce mai întâiu cingătoarea ososă a fost distrusă, iar prin ea și cele-l'alte organe circumvecine.

Conchidem deci, că leziunile traumatice ale uterului sunt excepționale, dacă nu imposibile—organul găsindu-se în stare normală; că în momentul când asemenea fenomene se produc, ele sunt însoțite de distrugerii colosale ale celor-l'alte organe, ce în-

trec prin importanța lor pe ale uterului — mai tot-d'a-una fiind mortale.

Numai în cazul decii, când uterul ia o creștere mare de volum și ocupă un plan ridicat în abdomen, numai atunci el poate fi atins izolat de traumatisme, reprezentate prin contuziuni, plăgi sau rupturi, etc. Casurile acestea se întâmplă când avem a face cu uter gravid, sau cu fibróme mari intersticiale. În special în graviditate, o contuziune aplicată pe abdomen se reflectă direct asupra uterului. Ea e capabilă a produce plăgi contuse și rupturi, care pot fi complete și incomplete.

Sunt *complete* când cavitatea uterului e deschisă, iar *incomplete*, când soluțiunea de continuitate ocupă fie numai seroasa, adică peritoneul care-l însoțesce (plagă superficială), fie că leziunea se întinde și la întregul pãrete muscular până la mucosă (plagă profundă).

În afară de aceste leziuni traumatiche, prin contuziuni sau instrumente înțepătoare, mai avem plăgi obstetricale și chirurgicale.

Plăgile chirurgicale sunt involuntare și voluntare. Primele se produc din eróre în diferite circumstanțe de fibróme. De multe ori în tumorile uterine, practicând tracțiuni ne moderate în dorința de a avea cât mai mult sub ochi baza pediculului, putem produce o inversiune uterină. Atunci aplicând lanțul sau bisturiul, rămânem surprinși când împreună cu fibromul am ridicat și o parte din uter, recunoscută prin prezența seroșei peritoneale pe suprafața sa. Tot acelaș lucru se întâmplă trăgând cu forța spre a estrage placenta, căci putem determina o plagă penetrantă a uterului.

Dar cele mai frecvente dintre plăgile chirurgicale sunt cele produse în cazul de explorare cu isterometrul, sau cu lingura, în timpul rãzuirii uterului. Aceste perforațiuni au format cauza principală ce s'a ridicat contra rãzuirii uterului, făcând ca această operațiune să fie mult timp pãrăsită. Toți autorii sunt de acord că, dacă uterul își are pãreții normale, ei oferă destulă fermitate pentru a se opune străbaterii unui instrument bont, grație grosimei respectabile de unul până la două centimetre ce au acești pãreți. Ast-fel fiind lucrul, perforațiunile nu se produc, de cât printr'o violență exagerată și de o mână cu totul ne experimentată.

Din nenorocire însă, pãreții uterului sunt câte o dată foarte ramoliți și subțiați. Acesta se întâlnește mai ales în urma facerilor recente, a involuțiunilor incomplete, a endometritelor cronice cu stenosa orificiului intern, în tuberculosă și cancerile ute-

rine, etc., etc. In asemenea circumstanțe, cu t<sup>o</sup>tă atențiunea, și fără nici o sfortare, instrumentul perforază cu cea mai mare înlesnire uterul, producând o plagă penetrantă. Sunt multe casuri, unde acest accident a fost produs chiar de autori foarte reputați.

Mi s'a întâmplat și mie acest accident în următoarele circumstanțe. Primul cas e relativ la o femeie cu cancer uterin. Voind a face răzuirea, după câte-va manipulațiuni am intrat cu lingura la o adâncime colosală. Imediat am retras instrumentul și am suspendat operația. Bolnava n'a suferit întru nimic.

Din 200 de răzuirii ale uterului, ce am făcut pentru endometrite, mi s'a întâmplat iarăși o singură perforațiune: O femeie după ce a fost răzuită, voind a explora din nou uterul după interval de 15 zile, am fost surprins cum isterometrul a străbătut, absolut fără cea mai mică sfortare, până la mâner. Pe dată am scos instrumentul, n'am făcut nici o spălătură. Bolnava n'a prezentat absolut nici un fenomen inehietant.

Este însă constatat că aceste perforațiuni nu presintă în ele însăși nici o gravitate, cu condițiune ca instrumentele să fie bine aseptisate. Pericolul stă mai mult în complicațiunile de septicemie și străbaterea altor organe prin plagă, de cât în leziunea însăși. De alt-fel este sciut că plaga produsă prin isterometru saū o lingură mică, imediat ce instrumentul s'a retras, dînsa se închide, grație contractilităței fibrelor musculare. Când însă plaga e prea mare, atunci printr'însa p<sup>o</sup>te să ernieze epiploonul saū chiar o ansă intestinală. Acésta s'a întâmplat lui Hoffmann, unde epiploonul a făcut ernie prin plagă arătându-se până la orificiul colului. Bolnava a fost scăpată printr'o laparatomie, făcută 4 ore după accident și prin sutura perforațiunei. Olshausen vorbește chiar de ernia intestinului printr'o plagă uterină.

Pentru a preveni aceste accidente, nu numai că trebuie să manipulăm cu cea mai mare prudență, dar să asigurăm la perfecție sterilizarea instrumentelor. Iar când perforațiunea s'a produs, imediat trebuie să ne abținem de la orî-ce manipulare. În special să nu practicăm absolut nici o irigațiune intra-uterină, care e mult mai pericul<sup>o</sup>să de cât însăși perforațiunea. Prin spălătură, liquidul străbătând în cavitatea peritoneală, m<sup>o</sup>rtea p<sup>o</sup>te fi instantanee.

Acésta trebuie să avem cu atât mai mult în vedere, că uneori o injectiune forțată în uter, e capabilă ea însăși să producă o perforație. Ast-fel este cazul lui Gebhard, care relatéază că per-



forațiunea a fost produsă printr'o dușă intra-uterină. Bolnava a murit printr'o intoxicațiune mercurială.

Nouă ni s'a întîmplat întocmai un asemenea cas nenorocit în spital, unde din pricină că nu am avut instrumentele necesare, am fost siliți a face o injecție intra-uterină de clorur de zinc, după raclagiū, cu siringa obicînită de pansament. Imediat bolnava a fost coprinsă de peritonită și a sucombat după 48 ore. La autopsie am găsit plăci difuze de peritonită supra-acute, iar pe fundul uterului o echimosă cât o piesă de 50 bani, care probabil era locul perforat.

Plăgile chirurgicale voluntare se fac cu ocazia enucleerii miómelor, saū în operațiunea cesarienă. Intr'un cas, după laparatomie, am spintecat în două uterul, scoțând o cantitate enormă de fongosități sarcomatoase. După aceea am făcut sutura, iar bolnava s'a vindecat perfect. Reproduc această observație destul de importantă, făcînd un extract din condica de operație 1896.

Maria Preotésa de 45 ani, din Buzău, intră în serviciul meu cu următoarele: Posedă în gâtul uterului o tumoră ce'i umple întréga cavitate, avînd aspectul de polip. Acéstă tumoră e sîngerândă iar gâtul ipertrofiat și dur. Uterul mare cât un pumn, pare relativ mobil. E de consistență tare, dureros la presiune. Presintă pe suprafața sa mai multe ridicături, mai ales spre stînga, luându-se unele drept anexe. Durerile fiind escesive, bolnava cere operație.

La 19 Februarie 1896, excizez două tumori cartilaginose din păretele anterior al vaginului, dupe care aplic patru puncte de suturi. La 24 Februarie, fac raclagiul. Cavitatea uterină are 9 cm. Se scóte o enormă cantitate de fongosități, lambourii de mucósă și chiagiri de sînge. Dupe operație emoragia persistă.

Se face tratamentul obicînit.

La 20 Martie, procedez la *laparatomie*. Păreții abdominali fórte vasculari, pentru care am pus o mulțime de pense. Deschidînd peritoneul, constat mari aderențe între uter și anexe precum și părțile vecine. Distrug aderențele și caut a aduce organele în plagă. Nu reușesc de cât pentru trompe, ovarele erau fórte profunde și fără nici-un pedicul. Aplic câte o legătură emostatică cu mătase pe fie-care trompă în nivelul cornului uterin. Mobilizez din nou și pe cât posibil uterul, ce se găsește mult mai voluminos precum se credea, avînd mărimea a doi pumni și fără ridicături. Fac o incisie de 6 cm. cu bisturiul pe fața sa anterioară simulând operația cesarienă. De și emoragia nu era mare, totuși apuc cu clamele cele două buze, pe cari le depărtez în mod larg. Inconjur uterul cu comprese ferte în sublimat, spre a preveni căderea de produse patologice în peritoneu.

Introduc degetul în uter al cărui păreți erau fórte groși. Nu constat nici o tumoră, afară de o cantitate enormă de fongosități în aspect sarcomatos. Le ridic pe tóte, parte cu degetul, parte cu o lingură largă de Volkmann. Curăț bine cavitatea prin spălături; închid plaga prin 4 suturi profunde extra-mucóse. Completez coaptarea prin alte câte-va puncte pe serósă. După aceea fac isteropexia simplă prin două puncte de sutură. Inchid abdomenul, după toaleta prea



labilă. Prin vagin se scurge o cantitate enormă de fongosități și sânge. Se curăță prin spălături. Urmărilor operației au fost bune.

La 2 Iunie bolnava iese din spital fără a mai prezenta emoragii. A rămas însă cu ore-cari dureri în laturi, dar nu îngrijitoare.

Importanța acestei operațiuni constă în inocuitatea plăgei uterine ce am făcut în mod chirurgical și aseptice.

O altă categorie de plăgi chirurgicale ale uterului sunt acelea preconisate de Thiriar. Ele sunt făcute în scopul de a combate retro-deviațiunile uterului, fie de versiune sau flexiune.

Lucrul constă în ridicarea unui lamboiu în formă de con, coprinzând întregul părete uterin anterior sau posterior. Aceste plăgi numite *cunco-isterotomice* iarăși nu sunt grave, căci ele sunt făcute de chirurg, înconjurat de toate precauțiunile cerute de antisepsie sau asepsie. Vom reveni.

**Plăgile obstetricale** se produc spontanat în timpul facerii, sau prin diferite manipulări, ca aplicațiunile de forceps, debridările uterului prin incisiuni cu bisturiul, etc., în scop de a înlesni ieșirea fătului. Nu insistăm asupra rupturilor corpului uterin în timpul expulsiei fătului, căci acestea nu intră în cadrul ginecologiei. Intervențiunea trebuie făcută imediat prin laparotomie, dacă bolnava n'a murit instantaneu.

Părțile cari sunt mai mult expuse la asemenea leziuni sunt de sigur acelea ale gâtului uterin. Ele mai tot-d'a-una și în mod inevitabil se produc în timpul facerii. Sediul lor de predilecție este pe partea laterală stângă; acesta din cauza frecvenței pozițiunii fătului, ce de obicei este occipito-iliacă stângă anterioară. Mai rar aceste plăgi sunt la dreapta, și cu totul esecțiionale pe buza anterioară sau posterioară. Și mai rar încă sunt plăgile multiple sau stelate.

Tote aceste plăgi cunoscute sub numele de unilaterale, bilaterale, anteriore, posteriore și stelate sunt de trei grade.

**Gradul I. Plagă superficială.** Constă când soluțiunea de continuitate nu ocupă de cât marginea liberă a orificiului extern al colului. Ea nu produce de cât o simplă spintecătură a inelului ce circumscrie acest orificiu.

**Gradul II. Plagă profundă.** Este când soluțiunea de continuitate înaintază până la fundul de sac. În acest cas totă înălțimea porțiunii vaginale a colului este spintecată.

**Gradul III. Plagă perforantă.** Resultă când ruperea distruge și fundul de sac, întinzându-se până la țesutul celular peri-uterin,

Tóte plăgile uterului ce am studiat, se măi pot împărți în *directe* și *indirecte*. In primele intră tot ce am descris. Dar și ele se sub-divid în plăgi provenite din aplicarea traumei de din afară înăuntru, și vice-versa de din năuntru în afară, faptul nu are nevoie de nici o explicație. Exemplele sunt numeroase din cele arătate. O perforare a uterului cu isterometru, represintă o plagă directă de dinăuntru în afară; aceeași plagă rezultată dintr'un instrument ascuțit, ce ar fi atins uterul trecând prin părății abdominali, e o plagă de din afară înăuntru.

Plăgile indirecte sunt mult măi rări. Ele se produc când femeia cade de la o înălțime óre-care pe ședut, genunchi sau drept în picioare. In asemenea cas se póte determina o ruptură a uterului; se cer însă anume condițiune. Se observă de obicei la femeile însărcinate și ajunse în ultimele luni, precum și la acelea cu fibróme mari ale uterului.

**Simptomele.** Plăgile corpului uterin ne oferă o scenă dramatică și adesea mortală. Une-orí emoragia e așa de abundantă, că femeia piere ca trăsniță, pe de o parte din cauza anemieí profunde, iar une-orí de o mare spaimă, de un șoc teribil. Dacă ruperea vasului nu e mare, e posibil ca vindecarea să se obție cu încetul. S'a observat chiar rupturí uterine la femeí gravide, și unde plaga s'a cicatrisat, iar graviditatea și-a urmat cursul sėu normal.

Căt privesce plăgile gătului uterin, acestea sunt lipsite de orí-ce simptom subiectiv.

Ele în general se cicatrizéză repede și nu atrag prin nimic atențiunea bolnavelor. Probă e că aprópe nu există femei, care să fi avut copii și asupra cărora să nu constatăm rupturí ale colului unele chiar de gradul III. Și cu tóte acestea ele nu suferă întru nimic. E cu totul rar ca aceste plăgi cicatrisându-se, să dea nascere la un nodul provědut de o sensibilitate mare. La rigóre e posibil, ca în cicatrice să se închidă vre-un firíșor nervos, sau să se desvolte chiar vre-un mic nevrom; acésta ar fi punctul de plecare al atător durerí și fenomene isterogene, inherente unor asemenea leziuni.

Plăgile gătului uterin se diagnosticéză cu degetul sau cu ochii. Lucrul e ușor; n'avem de cât să constatăm gradul rupturėi prin tact sau vedere.

Putem însă fi înșelați în următóarele circumstanțe. La gătul uterului ca și la perineu putem avea rupturí întinse sub mucóse, carí scapă orí căreí explorațiunii.

**Tratamentul.** Pentru plăgile uterului tot-d'a-una trebuie intervenit prin laparatomie, mai ales când fenomenele ne indică acesta. Nu trebuie să ne bazăm pe vindecări spontanate. Casul lui Albarran — ce luăm din Legueu — e demonstrativ. Dînsul cîșe mai multe plăgi perforante ale unui uter gravid; la una din ele era complicată de ernia cordonului. Bolnava s'a vindecat și a născut mai târziu un copil viu. Tot aci găsim că Reusing, într'un cas de plagă intensă a unui uter gravid, a avut curagiul să facă imediat laparatomia. El scîșe din abdomen copilul ce eră liber în pîn-tece; ridică placenta, cîșe uterul și scapă bolnava de la o mîrte sigură.

Pentru plăgile chirurgicale vom avea aceeași conduită. Sănger într'un cas a cusut plaga uterină ce din eróre făcuse, și a obținut un frumos succes. Noi, precum am arătat în observație, am avut același succes, închizând imediat plaga ce în mod voluntar practicasem pe uter.

Dar plăgile făcute în timpul raclagiului? Aci ne putem abține cel puțin 24 de ore, căci asemenea plăgi pot să nu aibă urmări fatale, mai ales când s'a'u făcut în condițiunii aseptice. Nu va fi însă tot ast-fel, cu acele plăgi făcute de persóne streine și cu instrumente murdare, pentru a provoca avorturi. Acestea la sigur se complică de septicemie; decî la cea mai mică alarmă vom deschide pîn-tecele, și vom lucra în consecință. Cred că în loc de a practica isterectomia, putem uza de spălături largi ale peritoneului cu sublimat după metoda noastră, fiind siguri de un bun succes.

**Tratamentul plăgilor gâtului uterin.** Asupra acestora de obicei nu se intervine, căci ele în general se reunesc singure, imediat ce expulsivnea fetului s'a efectuat. Se ajută la acest lucru, practicând spălături largi vaginale, spre a împedica infecțiunea plăgei și decî nereunirea sa.

De când însă Emmet a arătat marele rol vătămător al acestor plăgi, ce permite eversiunea mucósei uterine și decî infectarea sa; iar Sănger că ele ar fi o cauză sigură de sterilitate, împedcând feconđația, astăđi se caută a se face diferite operațiuni, cu scopul de a reuni aceste plăgi și a reconstitui colul. Dar de ele vom vorbi în următorul capitol.

## CHESTIONAR

Desvoltarea embriologică a organelor genitale. Rolul corpului lui Wolff, pronefros, mezonefros și metanefros. Canalul lui Wolff, canalul lui Müller, rolul și destinațiunea lor. Diferite consecințe a nereunirei canalului lui Müller sau a persistenței despărțitoare inter-puse între ele: vagin dublu, uter dublu, uter dificiens, pubescens, etc. Origina paraovarului, corpul lui Rosenmüller și canalele lui Gärtner . . . . . pag. 241—249

Considerațiuni generale asupra rolului organului uterin și a situațiunei sale. Statica uterului. Forma și diviațiunea. Deviațiunile extrinsice și intrinsice ale uterului, versiuni și flexiuni. Conformațiunea exterioară și interioară a uterului. Vasele venoase și limfatice ale uterului. . . . . „ 249—256

Leziunile traumatice ale uterului. Considerațiuni generale. Diviziune: plăgi superficiale, profunde și penetrante. Plăgi chirurgicale. Condițiuni de producere. Exemple. Plăgi chirurgicale voluntare. Caractere. Plăgile gâtului uterin. Diviziune: superficiale, profunde și perforante. Simptome și tratament . . . . . „ 256—263

### Cap. IV. Leziunile inflamatorii ale uterului.

#### § 1. Despre metrite în general.

Nici unul din organele femeii nu e mai expus a contracta procesul inflamator, ca uterul.

Acest organ, prin situațiunea ce ocupă, prin rolul său fiziologic și prin forma și constituția sa, devine refugiul cel mai propice pentru stabilirea și desvoltarea inflamației. În adevăr, uterul în vecinătate și comunicare directă cu vaginul, este expus a se inflama la ori-ce moment de acest organ, care e lăcaș al tuturor necurătenilor și infunțiilor microbi. Dar chiar în afară de o contaminațiune directă, însăși secrețiunea normală a mucosei vaginale se poate conrupe, prin simpla stagnare, prin contactul aerului, o imprudență sau răcélă în timpul menstruelor, etc., etc. În asemenea casuri putem vedea, chiar la fete virgine, isbucnirea unei metrite, grație continuităței de țesuturi și deschiderea directă a uterului în vagin, prin orificiul colului. Acest organ, care vecinic stă deschis în partea cea mai profundă a vaginului, acolo tocmai unde toate secrețiunile se acumulează și tot-d'a-una se găsesc în abundență, el poate înlesni inflamațiunea uterului. Pe de altă parte,



uterul așezat fiind de desubtul meselor intestinale, încă are ocașiunea a fi influențat de inflamația și alterația acestor organe. Enteritele, disenterile, ulcerările și tuberculoza intestinală, etc., transmit procesul inflamator la uter. Și cu atât mai ușor lucrul se efectuează, cu cât adesea, în asemenea cazuri se stabilesc aderențe, și deci comunicarea devine mai directă între dînsele și el. Serósa peritoneală bolnavă, iarăși ne dă acelaș efect: ori-ce inflamație a acesteia, ușor se transmite uterului, ale cărui conexiuni cu dînsa sunt așa de intime.

La rîndul său, uterul, victimă a vaginului și intestinelor, nu rămâne nerăsbunat; mai tot-d'a-una când el se bolnăvesce primitiv, infectează pe vecinii săi, comunicându-le procesul inflamator de care e cuprins. Cine are metrită are vaginită, are turburări intestinale, are dureri peritoneale. Și ca proba avem că mai toate femeile nu se plîng atât de bóla uterului, cât de scurgeri și usturimi vaginale, de dificultate în funcțiunea organelor digestive, de dureri de stomac, dureri de cap, de còpse, etc., etc. Dar toate acestea nu sunt de cât rezultatul direct sau reflex, al cărui punct de plecare e uterul.

**Prin destinațiunea sa.** Organul uterin este expus la contractarea inflamației, mai mult ca or-ce parte a corpului. De la naștere până la finele vieții, femeia trebuie considerată ca bolnavă, tocmai din cauza uterului său. Lăsând la o parte prima copilărie — care nici ea nu este scutită de pericole — vedem uterul expus la fie-care periódă menstruală a se congestiona, a se irita, a se inflama. În fie-care lună tînăra fată pòte căpăta o metrită; și acésta numai din cauza menstruelor, numai din cauza funcțiunei fiziologice de care uterul său e inzestrat. La cea mai mică imprudență, urmază cea mai teribilă inflamație uterină.

Când ființa devine femeie, pericolul crește și mai mult, căci în fie-care zi, în fie-care moment, la fie-care raport sexual, dînsa pòte căpăta o metrită și adesea din cele mai rebele. De multe-ori primul contact amoroș lasă urme neșterse de o amară suvenir; de multe-ori prima séră de nuntă, face pe o nenorocită femeie, clientă pe ani întregi în serviciile de ginecologie. Mai trebuie óre să reamintim consecințele parturițiunei? Căci există vre o femeie care să fi făcut copii și să nu aibă o inflamație a uterului? Nici una; în afară pòte de acelea privilegiate de sórtă, cari dispunînd de mijlóce, își procură o îngrijire mai bună, de cât sărmana ce abia își tîrăse existența, ne cutezînd a se gîndi măcar la ideia de a vedea un medic.

Dar adesea chiar ființele bogate, cu tot ajutorul științifice, încă pot deveni bolnave; atât de grav e actul partuririunii, în cât une-ori desfide ori-ce îngrijire. Femeia din cea mai înaltă treptă socială pôte căpăta o bôlă uterină, ca și femeia cea mai de jos, ca și cea din urmă servitoare.

Uterul prin **forma și constituția sa** este organul prin excelență predispus la inflamație.

Provăduț în interiorul seú de o cavitate în forma unui fund de sac, dînsul devine receptacolul tuturilor secrețiunilor trecute în el din vagin, saú venite din trompe prin orificiile aflate la cele două unghiuri superioare ale sale. Pe lângă acesta, suprafața internă a uterului e căptușită de o membrană mucosă, ale cărei celule cilindrice, pe lângă că sunt provăduțe cu cili vibratili, mai aú și o dispoziție cu totul anfractuôsă. De aci rezultă că



Fig. 34. Secțiunea mucósei corpului uterin în afară de perióda menstruală.  
(După Sinety).

*a a.* Țesut conjunctiv. *b b.* Fășii de fibre musculare netede tăiate în diferite sensuri. *c c.* Secțiunea vaselor. *d d.* Invălișul epitelial. *e e.* Secțiunea glandelor.

agentul patogen o dată străbătuț în uter, e fixat óre-cum de cili vibratili, iar pe de alta că găsesce destule ascunđături în anfractuositățile mucósei uterine. Acesta e și cauza că tóte inflamațiile uterului aú o tendință iresistibilă a se perpetua, a deveni cronice.

În plus, mucósa uterină e atât de bogată în vase limfatice, încât unii autori au comparat-o cu un ganglion limfatic lăţit. Drept consecinţă avem că, microbul nu numai că e atras şi fixat de mucósa, dar póte în acelaş timp să fie şi repede absorbit de vasele limfatice, şi ast-fel să fie dus în teritoriul mult mai depărtate.

Dacă pe lângă acésta mai adăogăm şi prezenţa enormă de glande ce posedă mucósa uterină, glande ce merg în adîncime până la tunica musculară, înţelegem cum inflamaţiunea o dată intrată în aceste organe, se pierde în profunzime, de unde cu fórte multă greutate o mai putem scóte. În fig. 34 dată de Sinyetov avem o idee de compoziţia mucósei uterine.

Prezenţa numeróselor vase în uter, şi mai ales dispoziţia lor în sinusuri, ce represintă tot atâtea gură deschise pentru a primi şi absorbi or-ice proces morbid, fac ca inflamaţia acestui organ să devie din cele mai periculóse, mai ales când dînsa se complică de cea mai mică infecţie.

În fine am vădut că uterul este organul cel mai mult irigat de sânge arterial, graţie numeróselor ramuri şi trunchiuri arteriale venite din ipogastrică şi aortă. E posibil decî că prin acésta cale, să observăm o infecţie secundară, determinată prin migrarea unei embolii, care intrată în marea circulaţie, să vie a se opri în acest organ, provocând ast-fel o inflamaţie, capabilă a se termina prin abces sau chiar sfacel.

Din tóte acestea vedem că uterul prin *situaţia, fiziologia şi constituţia* sa, este în adevăr organul cel mai predispus pentru contractarea inflamaţiei.

Şi dacă mai adăogăm că tóte tumorile benigne sau maligne, fie ale uterului or a organelor în conexiune cu dînsul; că tóte deviaţiunile, viciile de conformaţie şi chiar turburările trofice îl pot influenţa în mod secundar, atunci uşor înţelegem cum tótă atenţiunea autorilor şi tot felul de studii şi cercetări au fost fixate asupra metritelor, cea mai frecventă şi mai rebelă din bólele uterine.

**Diviziunea metritelor.** Nicî o afecţiune inflamatorie n'a suferit o divisiune mai multiplă şi mai complicată ca metritele.

La început, când fenomenele clinice conduceau pe autori, singura bază în divisiunea metritelor au fost simptomele, cu cari acésta bólă se manifesta.

Ast-fel s'a stabilit *metrita catarală, emoragică şi purulentă*, după cum manifestaţiunea se făcea printr-o scurgere de mucosităţi,



sânge saū puroiū. O altă divisiune a fost făcută din punctul de vedere etiologic. De aci a rezultat *metrita gravidităței, puerperală, blenoragică, traumatică, a frigore*, etc. Tot în acest capitol intră *metrita accidentală*, desvoltată în urma explorațiunei uterine cu degetul, saū orî-ce alt instrument fără precauțiunii antiseptice; *metrita secundară* provocată de polipî, mióme, salpingite, ovarite, cancere și diferiți corpî streinî ai uterului, etc., etc. In perióda când diatesele aū început să jóce un mare rol în medicină, autorii, și în special Martineau, n'aū întârziat a admite *metrita artritică, erpetică, sifilitică, scrofulósă, tuberculósă*, etc., etc.

Cu timpul, anatomia patologică macroscopică, fiind singura care putea să dea mai ușor esplucațiunea fenomenelor, a condus pe autori a stabili o diviziune mai rațională, basată pe aspectul și leziunile ce presenta organul bolnav.

Ast-fel s'a admis o *metrită ulcerósă, granulósă, polipósă, fongósă*, etc., etc., după cum uterul bolnav presenta în interiorul său o ulcerăție, granulațiunii, prezența unui polip, saū o tumescență (bursuflare) a mucóseii sale. Tot pe basa anatomiei patologice s'a introdus *metrita congestivă și fluxionară*, când nu se constata în uterul bolnav de cât o simplă creștere de volum, datorită unei imbui-bării mai mare de sânge. Până și etatea bolnavei n'a fost dată uitărei, pentru a forma și ea o cauză a metritelor. Ast-fel avem metritele *virginale, pubescente și senile*, după cum inflamația apare la aurora, apogeul, saū declinul vieței genitale a femeii.

Fără a mai insista mult asupra numărului infinit de divisiunii ce s'aū succedat, vom spune că dintre tóte, aceia care a persistat mai mult și a rămas și azi încă ne atinsă, este diviziunea anatomică a metritelor, adică aceea de **metrita gâtului și a corpului uterin**.

In adevăr, de și din punctul de vedere istologic, aceste două afecțiuni se caracterisă aprópe prin aceleași leziuni, totuși *metrita gâtului saū cervicală*, își póte avea existența independentă de aceia a corpului. Mai toți autorii admit acest lucru și susțin că, orificiul intern se opune până la un óre-care punct la străbaterea micro-organismelor din gât în corp. Decî inflamațiunea acestui organ póte rămâne mult timp saū chiar tot-d'a-una limitată în acest punct, fără a trece în corp, grație obstacolului ce întâlnește în prezența orificiului sus citat, ce servă ca o adevărată barieră. Pe lângă acésta, *metrita gâtului* se manifestă prin nisce simptome și leziuni cu totul separate. Tóte acestea forméză o rațiune și mai mult în favórea conservărei inflamațiunei sepa-



rate a gâtului uterin, de a corpului. Mult mai greu este a admite o metrită a corpului independentă de a gâtului : căci în afară de casuri cu totul esecționale, metrita corpului e tot-d'a-una consecutivă unei metrite a gâtului.

O altă divisiune care iarăși a rămas și ađi consacrată, e cea bazată pe modul de aparițiune al bólei. În adevăr, de și în imensa majoritate a casurilor, inflamația uterului se stabilește încet și fără nici o alarmă, fiind deci tot-d'a-una cronică, există însă casuri, rari în adevăr, dar nu mai puțin probante, de metrită acută.

Un lucru trebuie arătat, că din toate divisiunile metritelor atât de numeroase și confuze, nici una nu s'a putut impune în mod definitiv. Acesta rezultă din aceia că pe de o parte, nu există un raport constant între simptome și leziuni, de óre-ce aceiași leziune póte da simptome diferite și vice-versa; iar pe de alta, că metritele fiind afecțiuni cronice, nu se putea sci mult asupra lor, precum nu se scié nici ađi în esența sa, ce este inflamațiunea cronică. Mai era încă o dificultate, anume că mucósa uterină saũ endometrul, fiind compusă în marea sa parte numai din celule epiteliale și glande, inflamațiunea acestor organe tot-d'a-una a lăsat și lasă chiar și ađi mult de discutat în studiul său.

Noi în studiul metritelor vom adopta clasificățiunea anatomo-istologică, admisă de toți autorii și astăđi în vigóre. Este adevărat că această clasificățiune nu e în concordanță absolută cu fenomenele clinice prin cari ni se manifestă bóla; dar totuși ea este singura care ne póte esplica mai ușor, cel puțin o parte din diversele fenomene de cari se însoțesc metritele.

Dacă dar la leziunile mucósei glandelor, a țesutului conjunctiv, etc., constatate cu ajutorul microscopului, nu corespund anume aceleași simptome, acesta nu e un cuvânt a respinge un fapt palpabil, pe care numai microscopul ni-l arată.

Este știut că metritele se însoțesc de o mulțime de simptome clinice ca scurgeri mucóse, emoragii, secrețiuni mucopurulente, etc., fără să fim în stare a susține că faptele observate sunt în legătură, de exemplu, cu alterățiunea mucósei, a glandei saũ a țesutului conjunctiv: căci aceleiași simptome pot fi produse de leziuni diferite și vice-versa. Ba ce e mai mult, une-óri toate fenomenele sunt negative, adică nu constatăm nici un simptom; și cu toate acestea metrita nu există mai puțin. Dar în mijlocul óri cărei confusiuni, încă nimic nu ne póte aduce óre-care lumină, de cât această divisiune bazată pe cercetările anatomo-patologice, de microscopie și bacteriologie.

Ca studiu general deci, vom descri inflamațiunea care se stabilește în toate părțile, sau mai bine zis, în toate părțile constitutive ale uterului; căci ori-care ar fi etiologia, leziunile sunt aproape aceleași cu ore-care mică diferențe. Vom studia deci: alterațiunile mucóse și a parenchimului însuși al uterului.

Acesta ne va da: *endometrita mucóasă, glandulară, intersticială și parenchimatósă* sau *metrita propriu zisă*.

Noi vom studia exclusiv leziunile în inflamațiile cronice ale uterului, rămânând a ne opri asupra celor acute la capitolul simptome, etiologie, etc.

## § 2. Endometritele corpului uterin.

### I. Endometrită cronică-mucóasă.

Mucósa uterină pe cât e de interesantă în studiul său, pe atât e plină de dificultăți, când e vorba a se face cercetări asupra ei. Acésta lesne se înțelege, dacă luăm în considerație diferitele faze în care se găsește o femeie, faze unde mucósa uterului schimbă și de aspect și de constituție. În adevăr, în timpul regulelor, a gravidității și chiar la epoce apropiate de menstrue, structura mucóse variază, nefiind aceeași la virgină, femei nulipară, multipară sau femei bătrână. Noi pentru înlesnirea studiului vom lua tipul considerat de autori ca normal, și nu ne vom ocupa de cât de mucósa proprie a corpului uterin, lăsând pe aceia a colului ce are o structură puțin deosebită și pentru care ne vom rezerva a vorbi la inflamația acestui organ.

Mucósa uterului plecată de la buzele externe ale colului, merge în sus, căptușind în mod regulat și complect totă suprafața internă a uterului; dînsa se continuă în nivelul ostiilor uterine cu aceia a trompelor.

De o culoare albă roșatică, mucósa uterului — îndoelnică pentru unii, neexistând pentru alții — astă-zî își are existența sa constantă. Dînsa ni se prezintă sub aspectul unui corp neted și unic, fără papile, fără vilosități sau ori-ce alte ridicături. Nu observăm pe suprafața sa de cât o mulțime de orificiuri sau depresiuni infundiforme, care reprezintă deschiderea tot atâtor guri de glande. Mucósa uterului aderă foarte intim cu stratul muscular subjacent. Acésta e și cauza pentru care a existat mară divergențe cu privire la grosimea sa, căci nu se putea bine distinge la secțiunii partea ce aparținea mucóse, de aceia a tunicei musculare, ambele aceste

tunicii oferind după Sappey aceeași culoare. De aceea, pe când Coste susținea că grosimea mucósei uterului este de 6—8 milimetri, astăzi autorii nu admit de cât maximum o grosime de  $1\frac{1}{2}$ —2 milimetri. Ba, ce e mai mult, nu totă suprafața sa e de aceeași grosime, ci numai partea de mijloc a cavității corpului, căci mergând către col sau unghiurile superioare, adică la deschiderea trompelor, mucósa se subțiează așa de mult, că abia are  $\frac{1}{2}$  milimetru de grosime.

Mucósa uterului considerată în intimitatea sa, e compusă dintr'un strat superficial sau epitelial, și dintr'un strat profund numit dermul sau chorionul mucósei.

Primul strat e format dintr'un singur rând de celule epiteliale cilindrice lungi și provădute cu cili vibratili. Dupe Sinety, existența acestor cili vibratili e constantă numai la femeia adultă; dinșii nu există la noile născute; cu multă probabilitate despar la femeile bătrâne.

E curios cum unii autori consideră în mod cu totul diferit mișcarea acestor cili.

Iată ce țice Testut: „Mișcarea lor se efectuează de sus în jos, voesc să zic de la fundul uterului către col, în sens invers prin urmare de direcțiunea ce urmăzează spermatozoizii.“

Sappey se exprimă ast-fel: „Stratul epitelial se compune dintr'un singur plan de celule vibratile. Extremitatea liberă a fie-căria din aceste celule este acoperită de 6—8 cili, ale căror mișcări se efectuează de la orificiul vaginal al uterului către trompe.“

Credem însă că opiniunea lui Sappey e mai admisibilă și mai conformă cu ideile admise în fecondațiune. Dar mai putem invoca și un alt fapt: Dacă această mișcare ar fi descendentă, de sigur că ar forma o piedică destul de puternică contra progresiunii micro-organismelor de a intra în cavitatea uterină; din nenorocire însă practica nu confirmă această ipoteză.

Faptul important însă pentru clinic este că, aceste celule epiteliale sunt un adevărat protector al straturilor subjacente, ast-fel că grație lor, inflamația pôte să rămâe limitată numai la mucósă, fără ca dînsul să trecă în țesutul conjunctiv sau muscular al uterului. Numai în cazul când ar interveni o soluție de continuitate, numai atunci inflamația de la mucósă se pôte propaga în adîncime, precum lucrul se observă în deslipirea placentei, sau a vre-unui traumatism, ca de exemplu în timpul răzuirii, explorațiunilor, or alte diferite manipulări, etc., etc.



**Dermul său chorionul mucósei.** Acesta este format de țesut conjunctiv ~~în~~ embrionar. Stratul cel mai superficial, acela care e așezat imediat sub epiteliu, este aproape exclusiv format de celule rotunde cu nucleu voluminos, plutind într-o mică cantitate de substanță amorfă și reunite unele cu altele prin mici prelungiri protoplasmice, anastomosate în răția (celule embrioplastice ale lui Robin). Mai profund aceste celule devin mai rari și sunt înlocuite încetul cu încetul prin celule fusiforme sau stelate. În acelaș timp fibrele conjunctive devin mai abondente și se așază în fășii ondulate, cari se confundă la limita externă a mucósei, cu fășile conjunctive ale tunicei musculare. Pentru a termina vom spune că întreaga suprafață mucóasă e acoperită de un liquid semi-transparent cu reacțiune alcalină, ținând în suspensiune leucocite și celule epiteliale deslipite din mucósa, care de și aderentă cu stratul muscular subjacent, este însă foarte friabilă și prin urmare ușor alterabilă.

Având aceste mici cunoștințe asupra constituțiunei mucósei uterine, se vedem ce leziuni se produc asupra sa, în timpul unei inflamațiuni cronice: vom studia deci:

*Anatomia patologică a endometritei cronice.*

Primul lucru ce se observă cu ochiul liber, este schimbarea de coloră normală a mucósei; dînsa în loc de a fi albicioasă, devine închisă roșie, ca drojdia de vin. Ici colea putem observa pete echimotice, rezultat de extravasate sanguine vechi sau inflamații acute. Al doilea fenomen este o îngroșare considerabilă a acestei mucóse, care de la un milimetru, maximum două ce are în starea normală, pôte merge până la 10 și chiar 15 m. m. Pe lângă acesta, mucósa în loc de a fi netedă și unică, acum devine mai umflată, iperemiată, plină de sânge, móle și friabilă. Ast-fel sbârcită, anfractuóasă, brăzdată de vilosități, și semînată de granulațiuni, dînsa pôte să ia aspectul de fongosități, une-ori de mărimea unei smeure. Acestea prin numărul și volumul lor, umple câte o dată în mod complect întreaga cavitate uterină. Unele din fongosități cresc în lungime, dar subțindu-se din ce în ce la baselor, așa că în loc de a rămâne sesile, ajung de forméază adevărate tumori polipóse. În or-ce cas, sediul lor de pediclețiune este pe păriletele posterior al cavităței uterine.

Forma acésta a atras încă de mult atenția ginecologilor; dînsa este care a determinat divisiunea endometritelor în: *fongosă, poliposă, vegetantă, etc., etc.* Dînsa este care a provocat o descriere clasică a acestei afecțiuni de către Aran; dînsa e în fine



care a hotărât pe Recamier, a procedea la distrugerea saŭ abraziunea lor, puind ast-fel bazele răzuirii uterine.

În ceea-ce privesce leziunile microscopicice ale acestei afecțiuni, e rar ca ele să fie limitate exclusiv asupra celulelor, fără a atinge glandele saŭ corionul mucósei. Cu tóte acestea, după majoritatea autorilor, există o alterațiune exclusivă a celulelor mucósei, fără ca cele-l'alte elemente să ia parte.

Primul lucru ce se observă este că epiteliul cilindric al mucósei își pierde ciliii vibratili și se transformă în epiteliu pavimentos. Acest lucru e contestat de unii; Sinety, spune că n'a observat nici odată acéstă transformațiune. El susține că aceste elemente sunt celulele țesutului conjunctiv subjacent, cari extrase prin răzuire, aŭ fost luate drept celule cilindrice transformate. După dînsul, singura leziune constă în disparițiunea cililor, iar nici de cum în transformarea celulelor.

Leziunile mai constante însă sunt cu privire la creșterea de volum a celulelor și a nucleilor lor. În gradul cel mai ușor observăm o simplă creștere de volum a celulelor și nucleilor, separate prin o substanță intercelulară cu aspect granulos. Alte dăți însă, celulele și nucleii se măresc, întocmai ca și acelea ale caducei, și se multiplică câte odată într'un mod așa de mare, în cât prin turtirea lor reciprocă iaŭ aspectul unor adevărate mese sarcomatoșe. Acésta a făcut pe unii autori ca Abele și Landau, să le ia drept neoplasii, pe când în' realitate sunt efectul unei inflamațiuni cronice.

Forma acésta descrisă mai întâiu de Recamier, a fost numită de Olshausen *endometrită cronică iperplastică, fongosă, vegetantă*, etc.

O cercetare mai minuțioasă asupra acestei ipertrofii a mucósei, ajunsă la gradul de fongosități arată că, ele sunt compuse din diferite elemente, ceea ce a și motivat divisiunea lor, admițându-se trei tipuri principale:

I. Fongosități compuse în mare parte din glande ipertrofiate și flexuoșe, dar fără să-și fi pierdut epiteliul.

II. Fongosități unde elementul predominant e format din celule embrionare; glandele și cele-l'alte elemente ale mucósei rămân intacte, saŭ prea puțin atinse. Acest țesut embrionar e cu totul analog cu structura ce ne-o presintă mugurii cărnoși din orî-ce plagă.

În fine al III-lea tip, e reprezentat prin fongosități, formate esențialmente numai din vase fine fôrte numeroșe și enorm dilatate.

Cunoscința acestor trei feluri de fungosități, ne explică diferitele fenomene clinice sub cari ni se prezintă de ordinar endometritele, precum și unele forme speciale ale acestei afecțiuni.

Ast-fel: dacă într'o endometrită predomină fungositatea din primul tip, atunci dînsa ni se va manifesta mai mult printr'o scurgere abondentă și mucosă — produs al secrețiunei glandulare — dîndu-ne forma cunoscută de *endometrită catarală*. Când din contra vom avea fungosități din tipul al II-lea, bóla va fi caracterisată printr'o secrețiune muco-purulentă — rezultat al distrugerii degenerescentei celulelor embrionare: *endometrita purulentă*. Iar când în fine, vom avea predominența de fungosități vasculare, atunci endometrita va avea caracterul emoragic, răsultând din ruperea vaselor friabile din cari dînsese se compun: *endometrita emoragică*. Mai mult, în această din urmă formă producându-se o extravasare mai abondentă de sânge, dînsul infiltrându-se sub stratul superficial al mucósei, acesta se póte deslipi în lambouri mai mult sau mai puțin mari; ea ne dă o formă particulară de endometrită numită *exfoliativă* sau *dismenorce membranosă*, caracterisată tocmai prin eliminarea de porțiuni mai mult sau mai puțin mari de mucosă uterină.

## II. *Endometrita cronică glandulară.*

Glandele corpului uterin sunt glande în tubi drepți; către partea lor profundă însă își pierd direcțiunea rectilină și devin mai tortuoase și spiroide.

Deschiderea acestor glande se face pe suprafața mucósei în mod perpendicular, sau puțin oblic, printr'un orificiú întru cât-va lătit. Fundul lor ușor umflat, une-orî bifid sau trifid, stă pe stratul muscular al uterului, iar câte odată își crează chiar loji printre fibrele musculare. Fața internă a acestor tubi glandulari e căptușită de celule epiteliale prismatice, avînd la extremitatea liberă un platoú, provécut de cilii vibratili, ce se mișcă de la fundul glandei către orificiul de deschidere.

### Leziunile în endometrita cronică glandulară.

Studiul acesta aparține în totul șcólei germane și în special lui Martin și Ruge din Berlin.

Dar mai cu deosebire Ruge, prin cercetările sale microscopice, pe lângă adaosul de cunoștințe noi asupra chestiunei, a

dat nascere la nise discuțiunii foarte vii. Este vorba de posibilitatea transformării inflamațiunii cronice în produs neoplasic, în specie în cancer. Iată cum stă lucrul.

Ruge a arătat că glandele uterului coprinse de inflamație cronică, presintă două feluri de alterațiuni: una care constă în creșterea de volum, și alta în creșterea de număr; cu alte cuvinte avem *iperetrofie* și *iperplasia glandulară*. Iperetrofia se poate presenta sub două forme: parțială și generală. Cea parțială constă în aceea că tubul glandular se dilată din distanță în distanță, luând aspectul moniliform. Aceste dilatațiuni presintă la suprafața mucósei nise ridicături lineare, papiliforme, reprezentând figurî dentelate sau ca dinții de ferestrău. În iperetrofia generală, creșterea de volum se face în totă lungimea și lărgimea glandei. Din acesta rezultă că tubul glandular în totalitatea sa, ia forma unui burghiu, unui șurp, unui *tire-bouchon*.

Dacă asupra iperetrofiei glandulare toți autorii sunt de acord și o primesc fără contest, nu e tot ast-fel pentru iperplasia; aici obiecțiunile sunt multiple și serioase. Această iperplasia sau creștere numerică a glandelor se face după Schroeder în trei moduri: sau că glandele primitive au dat loc la glande noi—prin o dezvoltare laterală excesivă; sau că celulele epiteliale de la suprafața glandelor se multiplică și forméză noi glande—străbătând în interiorul mucósei; sau în fine că la baza mucósei, proliferațiunii glandulare străbat până sau chiar în tunica musculară a uterului.

Sunt autori și în special Delbet, care cu drept cuvânt combat fenomenul iperplasic al glandelor, basându-se pe un raționament foarte solid. Drept vorbind, țice autorul, e foarte greu a constata această creștere numerică a glandelor. E adevărat că în unele forme de metrită, proliferațiunea glandelor e așa de mare, că fundurile de sac sunt lipite unele cu altele și fără nici o interpoziție de țesut conjunctiv. Din momentul însă ce glandele se măresc în lungime și lărgime, ele devin helicine, flexuoase, întortochiate, etc., ast-fel că aceiași secțiune microscopică poate să întâlnească de mai multe ori aceeași glandă, și să ne facă a crede la o creștere de număr, ceia ce în realitate nu există. De sigur la vederea unor secțiuni transversale, e imposibil a evita impresiunea că glandele sunt mai numeroase ca pe o mucósă normală. Dar cum putem afirma că acestea nu sunt îndoiturî sau ramuri, grefate pe glandele primitive? Pentru a se demonstra că în adevăr e vorba de noi invaginațiuni glandulare, ar trebui să se arate pe secțiuni exact



perpendiculare la suprafața mucóseï, că fie-care din fundurile lor de sac se deschid separat printr'un anume orificiũ. Dar nici o datã, ȃice Delbet, n'am vȃzut o secȃiune unde acest lucru sã fi fost clar; aȃa cã e mai uȃsor a crede cã vedem rãmurĩ de tubi glandularĩ de cãt glande nouĩ.

Noĩ nu putem lua parte la asemenea discuȃiuni, fiind de domeniul istologieĩ și interpretãrilor de vederĩ microscopice. Trecem deci la a doua chestiune.

Daca s'ar admite iperplasia glandularã, atunci numai e vorba de o endometritã, ci de un adenom. Dar cine ȃice adenom ȃice în același timp cancer sau epiteliom.

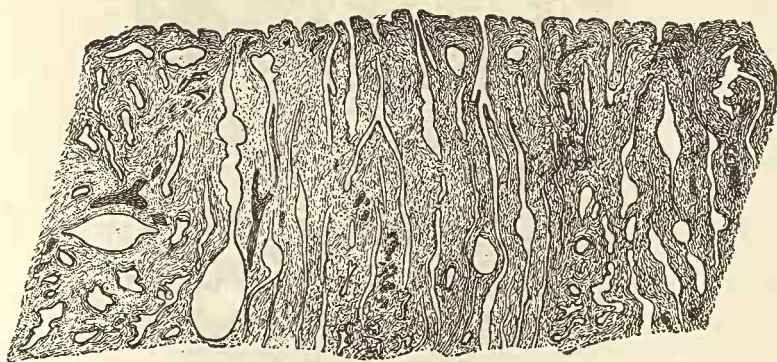


Fig. 35. Endometritã fongosã dominantã; la stãnga endometritã glandularã; la dreapta endometritã intersticialã.

(Dupã C. Ruge).

Nu intru mai mult în acẽstã chestiune de patologie generalã, cãci se gãsește pe larg tratatã în al II-lea volum al meu la capitoul Tumori <sup>1)</sup>. Acolo am expus credinȃele personale, și am susȃnut cã o inflamaȃie cronicã pȃte da naștere la un epiteliom. Cornil, bazat pe faptul cã celulele late aȃezate între învelișul epitelial al glandei și stratul de țesut conjunctiv periglandular, sunt tot-d'a-una conservate ori-care ar fi schimbarea de aspect al metritei glandulare, nu admite transformarea acesteia în cancer. Pentru noi însă, cancerul reprezentãnd o dezvoltare exageratã de celule epiteliale — fie într'un loc obiȃnuit, dar mai ales aiurea — nu res-

<sup>1)</sup> Vol. II pag. 57—162.



pingem posibilitatea transformării metritei cronice în acest neoplasm, dându-se după cum am arătat că, atât epiteliul glandular cât și însuși glandele se pot desvolta în porțiuni depărtate ale uterului. De alt-fel însuși Ruge admite un neoplasm (în specie adenom) benign sau malign, după cum hiperplasia glandulară e limitată într'o mică porțiune a mucoasei, sau că acesta e coplesită într'un mod total și difus.

Dar atunci, fiind vorba de o simplă apreciere, principiul rămâne, adică transformarea metritei cronice glandulare în adenom; dar de aci până la epiteliom nu e de câtun pas. In fig. 35 și 36

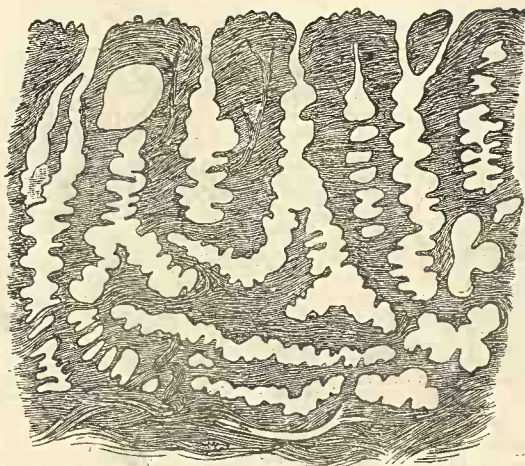


Fig. 35. Endometrită glandulară.

(După C. Ruge).

luate din Martin se văd modele de endometrite glandulare și fongóse.

### III. *Endometrita cronică intersticială.*

Acósta e caracterisată prin participarea la procesul inflamator a țesutului conjunctiv, care forméză stroma sau scheletul stratului profund al mucoasei uterine, numit chorion sau derm. Am arătat elementele constitutive ale acestui țesut când am studiat mucósa uterină; deci numai revenim.

Când inflamația se stabilește în acest țesut, observăm o

creștere foarte mare atât a celulelor cât și fibrelor conjunctive. În adevăr, celulele din mici și rotunde devin enorme, luând câte o dată aspectul de elemente fusiforme. Fășiile conjunctive intră și ele într-o proliferare considerabilă, putându-se transforma în țesut conjunctiv adult, în adevărate tracturi fibrinoase rigide și inextensibile. Procesul de infiltrație poate să fie circumscris sau difuz ca în or ce sclerosă, dându-ne aceleași două forme de *endometrite intersticială parțială, sau generală*. În urma dezvoltării acestui țesut, glandele sunt depărtate și comprimate; de aici rezultă

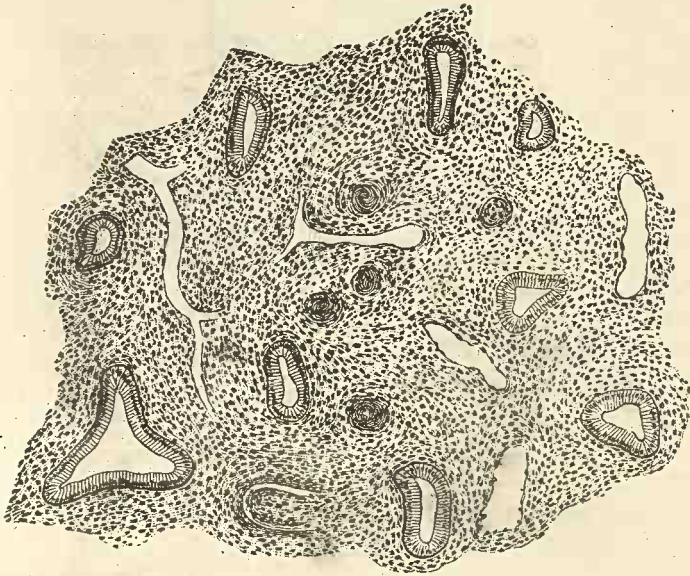


Fig. 37. Secțiune transversală în endometrita intersticială.

că la o secțiune microscopică ele par a fi mult mai rari ca în starea normală; avem ca manifestare clinică, absență de leucoree. Când sclerosarea țesutului conjunctiv e împinsă la maximum, atunci nu numai glandele dar și mucoasa uterină se atrofiază, și poate chiar să dispară pe alocurea. Acesta se observă mai ales la femeile bătrâne, și constituie o formă aparte numită de Klob și Heitzmann *endometrită atrofică*, iar de alții *psoriatică*. Se întâmplă însă că fășiile țesutului conjunctiv, în loc de a se hiperplasia, din contra se retractă. Atunci lumina tubului glandular se va

mări, iar la suprafața mucósei vom observa tot atâtea ridicături mamelonate, reprezentând orificiile glandelor dilatate, cari în cazul acesta vor secreta cu abundență. Din această cauză, sau când țesutul conjunctiv și glandele se desvoltă în aceeași proporție, vom avea prezența de leucoree în această formă, constituind un tip aparte numit *endometrită intersticială cronică intermediară sau mixtă*. Vasele sangiune însă în orice caz devin foarte friabile;

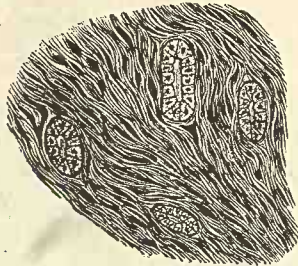


Fig. 38. Endometrita intersticială cronică.

(După Schroeder).

deci că consecința vom avea emoragii frecvente, une-ori chiar incoercibile. În fig. 37 și 38 luate din Martin avem modele de endometrită cronică intersticială.

#### IV. *Endometita cronică parenchimatósă sau metrita cronică propriu zisă.*

Țesutul propriu al uterului este format în esența lui din fibre musculare netede, dispuse în mod inextricabil. Ele sunt separate prin fâșii subțiri de țesut conjunctiv, care-î forméză stroma. Aci șerpuesc vase sangiune, foarte multe vase limfatice și nervi.

Repetăm și cu această ocazie că, inflamațiuni separate a părților constitutive ale uterului sunt rari. Mai tot-d'a-una se observă stări intermediare, adică forme unde două sau mai multe din aceste elemente sunt de o dată coprinse de inflamațiune. Și dacă lucrul este adevărat pentru endometrita mucósă glandulară și intersticială, a fortiori el va fi pentru inflamația țesutului propriu al uterului, adică pentru metrita cronică. Cu alte cuvinte,



precum endometrita mucosă e în același timp și glandulară ori intersticială, tot ast-fel și metrta cronică parenchimatósă are ca adjuvant pe cea internă, cu tóte formele sale de trecere.

Dar nu este acéstă chestiune care a preocupat pe autori. Faptul principal e de a se sei căruí element trebuie atribuit fenomenul de creștere de volum al uterului. In adevăr, semnul patognomonic al unei metrte cronice parenchimatóse, este ipertrofia uterului în întregimea sa. Și de óre-ce elementul nobil și principal al uterului e reprezentat prin fibrele musculare netede, s'ar putea crede că ipertrofia sa e datorită tocmăi creșterei de volum a acestor fibre. Fisiologia însă și principiile de patologie generală nu admit o ipertrofie a unui organ, de cât atunci când funcțiunea lui se mărește, adică când el e silit a lucra mai mult de cât e prescris în starea normală. Cordul se ipertrofiază, când e silit, în urma unor obstacole, să desvolte o forță în plus pentru a învinge. La un individ cu stricturi uretrale, bășica udu-lui se ipertrofiază, din pricină că acest organ e silit a efectua contracțiunii mai violente pentru emisiunea urinei. In sfirșit mus-chii brațului său gambei devin și ei mai voluminoși, când îi supunem la un exercițiu proporționat, dar în ori-ce cas mai mare ca cel normal.

In tóte aceste casuri se constată o ipertrofie a organului, datorită în adevăr unei creștere de volum a fibrelor sale musculare

In uter, a căruí parte constitutivă e formată de țesut muscular, observăm întocmai aceleași fenomene ca mai sus, atunci când el e obligat a lucra mai mult ca în starea fiziologică. In timpul gravidității, de la începutul său și până la sfirșit, uterul crește continuă de volum. Acéstă creștere e datorită în mod palpabil unei ipertrofii ale fibrelor sale musculare.

Dar în metrta cronică, aceleași fenomene se produc? Când vom studia etiologia, vom vedea că una din cauzele metritelor cronice e subinvoluția uterină. Aci putem admite că volumul mai mare al uterului e datorit fibrelor musculare iperplasiat e în timpul gravidității, și rămase neresorbite.

Dar pentru moment nu e vorba de aceste casuri, ci de efectul inflamațiunii în afară de puerperalitate.

Să vedem deci căruí fenomen se atribue ipertofia uterului, în metrta cronică propriu zisă.

Autorii diferă în acéstă privință.

Unii, ca Foerster, admit că tóte elementele iaú parte la ipertrofia uterului bolnav. Finn susține că numai elementul muscular



se hiperplasiară, iar Vinchow numește netrita parenchimatósă, o hiperplasia a țesutului fibro-muscular uterin. El consideră această boală că și un neoplasm, puind-o în aceeași linie cu fibro-miómele.

Astăzi se admite mai de toți opiniunea lui Rokitansky și Kiwich: că hipertrofia uterului se datorește exclusiv unei proliferări a țesutului conjunctiv. Istologia a arătat în adevăr că uterul posedă, între elementele sale musculare, fascii foarte fine și delicate de țesut conjunctiv, provădit cu celule mici caracteristice.

Când dar o iritațiune sau proces inflamator copleşese acest țesut, fenomenele ce se vor produce în uter vor fi în totul analoage cu acelea din ficat, rinichi, etc. adică, la început apare o creștere de volum a organului, iar mai târziu o atrofiere și îndurațiune. Cu alte cuvinte vom observa și în metrite, același lucru ca și în ciroză sau sclerosă. De aceea Noegerrath numește metrita o hipertrofie intersticială difuză; iar alții d'ă dreptul sclerosă uterului. Galard în lecțiunile sale clinice, pentru a da probă că în metrita parenchimatósă fibrele musculare nu iau parte la hipertrofie, a arătat că dinsele departe de a fi crescute de volum, din contra sunt mai palide și chiar cu totul dispărute. Sinety, care s'a ocupat foarte mult și a făcut studii speciale în această privință, susține că în metrita cronică parenchimatósă, leziunile constau pe de o parte într'o dilatare considerabilă a spațiilor limfatice, iar pe de alta într'o hiperplasia și sclerosă localizată a țesutului conjunctiv circumvascular.

Macroscopic se deosebesc două perioade în metrita cronică: una de *infiltrațiune* și alta de *îndurațiune*.

Perioda de infiltrațiune e caracterizată printr'o creștere de volum destul de simțitoare a organului. Această creștere de și în majoritatea casurilor e moderată — neatingând de cât excepțional mărimea unui pumn — alte dăți însă devine colosală. Ast-fel Veit citat de Schroeder, a descris un cas unde fundul uterului întrecea ombilicul aproape cu două police, pe când partea vaginală a colului se găsea așa de jos că a trebuit să se aplice un pesar.

Aceste cazuri, țice Sinety, trebuie considerate ca așa de extra-ordinare, în cât în absența unui examen istologic complet, nu trebuie admise de cât cu cea mai mare rezervă.

Uterul în această perioadă prezintă o hipertrofie aproape regulată. Țesutul său este mól și plin de sucuri plastice. El are o colorațiune roșietică, și tot parenchimul său este ramolit și imbuibat de sânge, ce se poate scurge în cantități considerabile, în momentul când secționăm uterul. Forma această corespunde cu

aceia ce autorii numiau altă dată *congestiune sanguină, angorjament uterin* sau după Scanzoni *stasă venoasă*.

În această perioadă toate vasele sanguine sunt dilatate și pline de sânge. În intimitatea țesutului uterin ca și împrejurul vaselor, se află o cantitate enormă de celule embrionare și fâșii conjunctive. Caracteristică însă este că, aceste elemente n'au atins încă starea adultă. De aceia ele fiind capabile a se resorbi, pot consecutiv să producă o regresivă sau disparițiune a bólei, fapt ce nu mai e posibil în a doua perioadă.

**Perioda de indurațiune sau de sclerosă a uterului.** Aceasta este caracterisată macroscopicese printr'o tãrie foarte pronunțată a uterului; ea pôte merge până a lua consistența lemnosă sau cartilaginosă. În această formă uterul de și indurat, pôte însă fi ipertrofiat sau atrofiat, după sensul în care se desvultă țesutul conjunctiv. În adevăr, dacă țesutul conjunctiv se depune în cantități mai mari către exterior atunci vom avea o îngroșare destul de simțitoare a organului în această direcțiune. Aceasta constituie *ipertrofia extrinsecă* a uterului. Dînsa se însoșește de o lãrgime tot atât de mare a cavităței sale. Când din contra ipertrofia se dirijeză către interior, atunci îngroșarea pãreților se face spre cavitata uterului, care pôte fi diminuată sau chiar ștersă. Aceasta este *ipertrofia intrinsecă*.

S'a constatat că în general, ipertrofia uterină în metrita cronică, se găsește de preferință acolo unde obstacolele sunt mai mici pentru desvultarea țesutului conjunctiv. De aceia această ipertrofie se observă mai des către cavitata uterului, unde există un spațiu relativ. Dar mai ales porțiunea vaginală a colului, este sediul de predilecțiune al ipertrofiei, căci aci obstacolele sunt reduse aprópe la zero. Din contra, dînsa se desvultă mai greu pe fundul uterului, din cauza aderenței peritoneului, a prezenței celor-lalte organe și în special a presiunii intra-abdominale, cari toate împreună represintă atãția agenți de resistență la progresiunea țesutului conjunctiv. Pe lângă acesta trebuie să menționăm că, sclerosă uterină pôte să ocupe teritoriile limitate ale organului. Ast-fel când colul vaginal e copleșit, în loc ca dînsul să fie ipertrofiat în mod egal, procesul se mãrginesce numai la una din buze, care se mărește și se lungesce luând întocmai aspectul unei trompe. De aci și numele de col *tapiroïd*, prin asemănarea ce are cu buza unui animal numit tapir. Alte dăți ipertrofia ocupă exclusiv porțiunea supra-vaginală a colului. Une-ori numai corpul uterului e atins, toate cele-lalte segmente rămãind intacte.

Dar și aci fenomene nu mai puțin importante se produc. În adevăr, ipertrofia în loc de a fi generală și difusă, dînsa ocupă ca mai sus, porțiunii limitate, dându-ne noduli unici sau multipli și de mărimi diferite, răspândiți fără regulă pe părțile uterin.

Eū am avut un cas din cele mai caracteristice de această formă, unde mărturisesc am pus diagnosticul de fibrom pediculat al uterului. Făcînd laparatomia, am dat peste tumoră și am extras'o. Dînsa însă era o porțiune de uter cronic inflamată iar nu un adevărat fibro-miom. În restul organului am constatat mai mulți alți noduli cartilajinoși, ceia ce a confirmat și mai mult existența metritei cronice parțială și multiplă.

### Cap. V. Endometrita gâtului uterin.

În gâtul uterului găsim aceleași elemente ca și în corpul uterului, însă dispuse în mod diferit. Acest lucru nu constituie numai un interes anatomic, dar și un interes clinic din cele mai importante.

Faptul cel mai principal constă în dispozițiunea fibrelor musculare. Pe linia mediană a fie-carei buze a colului există o ridicătură musculară longitudinală, în tocmăi ca o creastă de coș. Din ambele părți a acestei ridicături plécă o mulțime de ramuri iarăși musculare, semănînd în tocmăi cu nervurile unei frunze. Totalitatea acestor fibre musculare pörtă numele de *arboarele vieței* (arbor vitae). Fste de observat că nervurile buzei superioare, nu se aplică direct pe acelea ale buzei inferioare. Ele se îmbucă între dînsese, intrînd fie-care în spațiul liber a celor opuse. De aci rezultă că în starea normală, orificiul colului rămîne închis în mod destul de complet, prin dispozițiunea acestui arbore al vieței.

Mucósa colului urmăză în mod exact aceste ridicături și adîncături constituite de arboarele vieței. Prin urmare dînsa, în loc de a avea o suprafață netedă ca aceia a corpului, este cu totul inegală și anfractuósă, din cauza ridicăturilor arborescente musculare. Pe lângă acesta, mucósa gâtului uterin mai diferă și prin constituțiunea sa. În adevăr, epiteliul de și aparține tipului cilindric ciliat, însă acești cili sunt mult mai lungi pe suprafața exterioră; și cu cât mucósa strébate mai mult între anfractuositățile arborelui vieței, cu atît starea de epiteliu vibratil trece în stare de epiteliu caliciform. În sus către istm, epiteliul cilindric se continuă pe nesimțite cu acela al corpului uterin, pe cătă



vreme în jos își pierde caracterul, luând pe acela pavimentos stratificat și confundându-se cu cel al vaginului. Accentuăm fenomenul acesta, căci dînsul jîcă un rol foarte important în explicarea ulceratiunilor colului, asupra cărora vom reveni.

Chorionul mucóseî diferă, la rîndul sîu, de al uterului. El este mai sárac în elemente celulare și mai bogat în țesut conjunctiv adult, precum și în fibre elastice.

Glandele sunt enorm de numeroase, trecînd peste cifra de 10.000, dupá Schmidt. Ele aű acest lucru de particular, cã mai tóte, în loc de a fi simple adicã în tubi drepti, din contra sunt compuse, prezentând o dispozițiune numitã în grapã. Suprafața lor internã e cãptușitã de celule caliciforme, ceia-ce face a da naștere unei secrețiunii mucóse de o vîscositate colosalã. Grație acestei ultime proprietãți, mucositãțile colului nu se deslipesc de cãt cu cea mai mare greutate, în opozițiune cu secrețiunea mucóseî corpului, care e mult mai fluidã. Acest lucru a atras încã de mult atențiunea autorilor, și în special a lui Aran. Dînsul basat numai pe acest caracter, a stabilit semnul patognomonic ce se pãstreazã și azi, în diagnosticul diferențial între o metritã a colului de aceia a corpului. Acestea sunt glandele, al cãror conduct escretor astupãndu-se, se transformã în mici vesicule saű kiști. Dînsi aű fost luați de Nabod drept ovuli, pentru care și ađi sunt cunoscuți sub numele de *ovule lui Nabod*.

Leziunile anatomice în inflamațiunile cronice ale gâtului uterin sunt identice, și aű aceleași forme ca și ale corpului. Cu tóte acestea aci ni se presintã óre-carî particularitãți, asupra cãrora trebuie sã insistãm. În prima linie e de notat ca inflamațiunile intersticiiale și parenchimatóse sunt mult mai frecvente de cãt în corpul uterului. De aceea observãm mult mai des în aceste *cervicite*, ipertrofii ale gâtului fie difuse saű circumscrise, atingãnd cãte o datã mãrimi colosale. Contra acestor ipertrofii vaginale saű supra-vaginale, Huguier este cel întãiu care a atras atențiunea dãnd bólei numele sîu, și instituind în același timp și un procedeu propriu de tratament.

Leziunile microscopice ale parenchimului gâtului uterin ne oferã doue stadiuri. La început fibrele musculare sunt micșorate saű dispãrute, iar țesutul conjunctiv ia un aspect mucos. (Wyder, Olshausen). Vasele limfatice rêmãn dilatate, pe cãnd arterele se sclerosézã. De aci acele gãturi mai întãiu moi, sãngerãnde iar apoi fibroide și tari (Legueu). Mai târziu, tunica muscularã ca și țesutul conjunctiv împreună cu pãreții vasculari



intră într'o adevărată ipertrofie și iperplasie. De aci rezultă după Martin acea ipertrofie a porțiunii supra vaginale a colului, ce mai tot-d'a-una o însoțesc metritele cronice.

Personal, foarte adesea am găsit acest lucru în timpul laparatomiei făcută contra anexitelor. De și rar, se poate însă ca aceste elemente ipertrofiat, în special țesutul conjunctiv, să capete o putere retractilă inodulară. În acest cas buzele colului devin de o țarie cartilaginasă. Dar lucrul se observă mai mult la femeile bătrâne atinse de metrită cronică.

Când inflamațiunea se stabilește numai în mucosă, constituie ceea-ce Germanii numesc *cervicită*. Atunci observăm o tendință iresistibilă a acestei mucose de a face ernie, de a ieși afară din orificiul extern. Dînsa poate trece peste limitele normale; une ori acopere buzele colului, iar câte odată chiar fundurile de sac ale vaginului. Fenomenul acesta constituie ceea-ce Germanii numesc *eversio labiorum*. Acastă mucosă ast-fel ipertrofiată și erniată, devine foarte ușor sângerândă în timpul coitului, sau unei explorațiuni, ceea-ce s'ar putea impune drept un neoplasm. Contra acestei stări de lucruri, care se produce cu atât mai ușor cu cât prealabil există rupturi ale colului, Emmet a dezvoltat o teorie și sagacitate de spirit, instituind un tratament special, care poartă numele de operațiunea lui Emmet.

În fine când glandele colului sunt în particular afectate de inflamație, constituie *cervicita glandulară* sau *catarul cronic*. Aci observăm o tendință extremă la formațiunea de kiști, grație obliterațiunei canalului excretor. Am zis că acești kiști poartă numele de *ouăle lui Nabod*. Când kiști sunt prea numeroși și prea dezvoltati, dinșii se infiltrază în totă substanța colului și formeză ceea-ce se numește *degenerescentă kistică a gâtului uterin*.

Câte o dată leziunea constă în simple foliculite așa de numeroase, în cât transformă întregul col într'un corp ciuruit de mici ridicături nu mai mari ca bobele de meiș sau alice de plumb. Alte dăți însă constituie adevărați kiști de la unul până la mai mulți c. m., de diametru. Ei au un conținut mucos, tot-d'a-una gros, dar clar și transparent; alte dăți acest conținut e de o culóre închisă, iar prin excepțiune galben verduiu.

În cazul când kiștii capătă o lungime prea mare și ies din orificiul colului, poartă numele de *polipi glandulari*.

Ipertrofia acestor glande aducând o compresiune asupra țesuturilor vecine, provocă dureri mai mult sau mai puțin pronunțate. Aceste dureri devin manifeste mai ales când în urma

ipertrofiei se stabilește o stenoză, adică o strîmtorare saŭ chiar astupare a orificiului extern. În acest caz, înapoiul obstacolului se produce o stagnațiune de liquid. În fig. 39 făcută de D-nu Dr. Tatușescu dintr'o piesă unde am practicat operațiunea lui Schroeder, se pot vedea diferitele leziuni în metrita cronică cervicală parenchimatósă.

## Cap. VI. Ulcerațiunile gâtului uterin

Chestiunea cea mai principală în leziunile gâtului uterin și care a dat naștere la atâtea discuțiuni și teorii, este fără îndoială aceia relativă la ulcerațiunile mucósei sale.

Când speculul s'a introdus ca mijloc de explorațiune a organelor genitale externe, nu s'a întârziat a se constata aceste leziuni, așezate pe buzele și orificiul extern al gâtului uterin. Și cel întâiu autor, care le-a dat o importanță excesivă, considerându-le ca o entitate morbidă și chiar ca o cauză principală a endometritelor, a fost *Lisfranc* și întréga sa școlă. Dînsul susține că, pentru vindecarea metritelor, trebuiaŭ tratate ulcerațiunile colului.

Recamier considera aceste ulcerațiuni ca rezultat al căderei saŭ prolabareii uterului, ori a diferitelor infecțiuni uterine pe gât. Mai târziu Gosselin, iar după el Valex și Aran, aŭ arătat și susținut că aceste ulcerațiuni nu sunt de cât leziuni secundare, și anume efectul metritei cronice. Dînsa, prin liquidele iritante ce secretă și depune pe mucósă, produce consecutiv aceste ulcerațiuni pe col.

Este incontestabil, că există pe gâtul uterului adevărate ulcerațiuni datorite unor agenți specifici. Ele dau naștere ulcerațiunilor șanceróse, erpetice, canceróse, etc., etc. Dar pentru moment nu e vorba de ele, ci de acelea cari nu recunosc absolut nici o cauză specifică, fiind deci cu totul idiopatice. E vorba cu alte cuvinte de ulcerațiunile ce se observă concomitent cu prezența inflamațiunilor cronice fie ale uterului, fie ale gâtului său. Aci stă tótă discuțiunea și aci s'aŭ emis atâtea idei și teorii, pe cari le vom resuma în câte-va cuvinte. Trei teorii s'aŭ admis în această privință:

- I. Teoria erosiunii incomplete a corpului mucos al lui Malpighi.
- II. Teoria ectropionului mucósei cervicale.
- III. Teoria de anomalie congenitală.

Prima teorie e reprezentată prin Ruge și Veit. Acești autori aŭ arătat că aci nu e câtuși de puțin vorba de adevărate ulce-

rațiunii, ci pur și simplu de o eroziune sau despoiere a stratului de înveliș al papilelor. Dînșii au arătat prin microscop că, ceia-ce părea la ochiul liber ulceratiune, nu era de cât iluziune, căci acea suprafață era constituită de papilele dermului. Stratul celulelor epiteliale pavimentose și stratificate, ce acopere aceste papile în starea normală, pot în urma unor circumstanțe să se deslipescă și consecutiv să cadă, fie prin eroziune sau maceratiune; ele pun ast-fel în evidență papilele rămase goale, sau cel mult acoperite numai de ultimul strat profund, compus din celule cilindrice, ce capătă o lungime și iregularitate particulară. Dar de aci rezultă nise suprafețe cu aspect luciu translucid, cari însă nu pot fi considerate de cât ca pseudo-ulceratiuni.

Acastă teorie este în general admisă de toți, cu excepțiune de Doederlein. El susține că vârful papilei poate să presinte în adevăr o suprafață ulcerată punctiformă; baza papilei însă rămâne acoperită cu celule cilindrice.

A doua teorie — *ectropionul mucósei* e reprezentată prin Schmith și Roser. Dînsa iarăși pare a fi destul de logică. Acești autori susțin că în urma unei inflamațiuni cronice (cervicita internă), mucósa are multă tendință a face ernie prin orificiul colului, constituind ceia-ce se numesce un ectropion. Ajunsă aci, e lesne de admis, cum consecutiv dînsa se poate altera și să dea naștere la adevărate exulceratiuni. Alteratiunea ar consta în aceea că epiteliul cilindric al mucósei ectropiate și perde caracterile; el deveni încetul cu încetul pavimentos și ia cu totul caracterele mucósei externe a buzelor colului. În asemenea situație, acest epiteliu cilindric ușor se poate ulcera ca și acela al vaginului. Fenomenul acesta de transformațiune a mai fost numit *epidermisatiunea ectropionului*.

Teoria acésta are multe puncte mai superioare ca cea d'întâiu.

Mai întâiu ea ne explică prezența kiștilor glandulari cunoscuți sub numele de ouăle lui Nabod ce mai tot-d'a-una însoțesc ulceratiunile. Aceste glande găsindu-se în mucósa ectropiată, e destul obliteratiunea conductului lor pentru a se transforma în kiști. În prima teorie, existența unor asemenea kiști rămâne inexplicabilă.

Este adevărat că Ruge și Veit atribue formațiunea kiștilor ca provenind din invaginațiunea în profunđime a celulelor cilindrice ale papilelor. Aceste celule fiind mai vivace, ar fi capabile să producă noi glande, cari la rîndul lor obliterându-se, ar explica ouăle lui Nabod. Acésta însă, orî-ce s'ar dice, e o explicațiune mai





Fig. 39. 1. Glandă a gâtului uterin. 2. Stratul muscular intern. 3. Stratul muscular mijlociu sau plexiform. 4. Stratul muscular extern. 5. Stratul mucoș glandular. Imediat sub stratul de celule glandulare se găsește o infiltrație abundentă de celule embrionare rotunde și mici. Spațiul dintre tubii glandulari e ocupat de un țesut în care predomină elementele conjunctive iar fibrele musculare sunt răspândite în mod discret. Vasele sunt foarte numeroase și pereții vasculari îngroșați.  
(Dr. Tatușescu personală).



mult artificială. Dar chiar deam admite lucrul, atunci o altă chestiune se ridică. Astăzi în adevăr o asemenea invasiune de celule în locuri neobicinuite se consideră, după patologia generală, drept neoplasme, în special epiteliome.

În a doua linie, teoria ectropionului este iarăși mai conformă cu faptele clinice. Este vădit, în adevăr, că lichidele escretate în mod anormal, au tot-d'a-una proprietate iritantă asupra țesuturilor pe cari se depun. Drept probă avem fenomenul de intertrigo al cōpselor, exulcerațiunii pe perineu, etc., determinate de lichidul leucoreic ce umețeză aceste regiuni: a fortiori, nisce ulcerațiunii se vor produce pe mucósa ectropiată a colului, care e mult mai fină de cât celulele epidermice. S'a obiectat însă contra acestei teorii, că dacă lucrul ar fi ast-fel, atunci ar trebui ca nisce asemenea exulcerațiunii să se observe mai des pe buza posterióră a colului de cât pe cea anterióră. Dar tocmai acesta constituie puterea teoriei. În adevăr, pozițiunea normală a uterului este de ante-versiune. Deci buza anterióră a colului e pe un plan mai decliv ca cea posterióră. Prin urmare, dînsa fiind în contact mai direct cu secrețiunile uterine, ea este în consecință mai expusă la exulcerații.

Obiecțiunea cea mai serioasă și care încă nu s'a putut combate este că, mucósa cervicală nu póte să ernieze fără o dilacerațiune saū rupere prealabilă a buzelor colului. Faptul acesta a fost bine stabilit și susținut de Emmet, care nu admite ernia mucósei de cât în aceste condițiuni. Pentru această i se dă numele de *ectropion cicatricial*, respingând în totul ectropionul inflamator, adică ernia mucósei prin orificiul gâtului rămas intact.

Noi însă credem că lucrul e posibil și fără intervențiunea unei rupturi a colului. În adevăr, nu tóte femeile ce au avut copii posedă o asemenea rupere a gâtului uterin; dar tóte rămân cu o lărgime a orificiului uterin. De aci condițiuni favorabile pentru metrita cronică. Și dacă la acesta adăogăm că inflamația gâtului atacă de predilecție țesutul conjunctiv intermúscular, ce póte cu timpul căpeta putere retractilă, lesne ne explicăm cum acest orificiū rămânând deschis, prin el mucósa va ernia, fără să aibă trebuință de nici o rupere a buzelor gâtului uterin.

A treia teorie reprezentată prin Fischel, este bazată pe cunoscințele istologice a mucósei cervicale. În starea normală, epiteliul cilindric al mucósei ca și însăși glandele, se opresc în dreptul orificiului gâtului uterin, unde începe epiteliul pavimentos al vaginului. Dar Fischel tocmai acest lucru a arătat, că în-

tr'o mulțime de cazuri fenomenul nu se produce, așa că suprafața vaginală a gâtului uterin rămâne acoperită de epiteliu cilindric. Acesta constituie ceea ce dînsul numește *anomalie congenitală, ectropion istologic, ectropion fiziologic*.

De aci un alt autor Klotz, a dedus că în asemenea cazuri, pseudo-ulcerațiunea este de fapt constituită, grație frăgezimei acestor celule, ce nu au aceeași rezistență ca cele epiteliale pavimentose. Acesta ne mai explică și observațiunile clinice, că nu toate femeile copri nse de endometrite au ulcerațiuni ale colului. În adevăr, acelea cari posedă anomalia sus descrisă, sunt expuse la ulcerațiuni în urma celui mai ușor catar; pe când altele, al căror gât uterin e bine acoperit de celule pavimentose, nu oferă nici o ulcerațiune, chiar în urma celor mai rebele catere uterine și de lungă durată.

După cum vedem, această ultimă teorie se asemănă întru cât-va cu aceia a lui Ruge și Veit. Deosebirea este că în cea întâiu se cere o desquamare prealabilă a celulelor epiteliale, iar în cea de a doua, existența d'a dreptul a celulelor mucosei în urma unei stări congenitale anormale. Mai toți autorii însă admit ultima teorie a lui Fischel, respingînd pe cele-l'alte și în special pe a lui Emmet.

Concluziunea în privința acestei chestiuni este următoarea. Ulcerațiuni idiopatice ale gâtului uterin consecutive catarelor uterine nu există, fără anume condițiuni de anomalii congenitale. Tot ce se poate admite este o pseudo-ulcerațiune, datorită prezenței celulelor cilindrice explicate prin sus-citatele teorii. Aceste celule cilindrice, prin colorea lor roșie și aspectul particular, se impun drept ulcerațiuni, pe când în realitate nu sunt decât o iluziune.

Dar or cum ar fi, aceste pseudo-ulcerațiuni rezultate din desquamarea sau căderea stratului de epiteliu pavimentos sau cilindric, și care constituie eroziunea simplă în sensul cel mai strict al cuvîntului, poate cu timpul să dea naștere la produse patologice mai naintate, dacă vor fi neglijate sau în mod continuu iritate. Ast-fel papilele se pot hipertrofia, și să producă pe suprafața eclului, tot atîta mici ridicături cu un aspect grăunțos și aspru. Și după cum elementul vascular sau embrionar va predomină, vom avea ușore emoragii sau adevărați muguri inflamatori, dându-ne ulcerațiunile fungose, granulose, etc., etc.

Dar pe lângă aceste ulcerațiuni, autorii au căutat a descrie altele, al căror caracter e în afară de ori-ce discuțiune. S'a ad-

mis trei grupe de ulcerăriuni *benigne, specifice și neoplasice* sau *canceróse*. Întră cele benigne se susține, după unii, că pe col se pot desvolta erupțiuni diatesice, în tocmăi ca și acelea ce se observă pe tegumentul extern la persoanele artritice, erpetice, etc., etc.

În general nu se dă multă importanță acestor ulcerăriuni. Ele au fost puse în dubiū de cea mai mare parte din autori. S'a susținut că pe col nu avem aceeași structură ce ne oferă pielea. Mucósa colului e lipsită de o mulțime de elemente, între cari glande sebăcee, sudoripire, foliculii piloși, etc., etc. În orî-ce cas, chiar dacă une-orî aceste glande se observă, ele nu oferă aceeași dispozițiune ca cele cutanate.

Ulcerăriunile specifice coprind pe cele de natură scrofulósă, tuberculósă, șancrósă și sifilitică. De și acestea se întâlnesc destul de rar, se recunosc însă prin caracterele lor patognomonice ce sunt proprii fie-cărui agent. Anamnesa bolnavei, starea prezentă și prezența de alte leziuni analóge pe diferite regiuni ale corpului, ne vor înlesni în stabilirea diagnosticului diferențial. Ulcerăriunile venerice și sifilitice primitive sunt excesiv de rari, grație protecțiunei ce oferă gâtului celulele pavimentóse. Am arătat că sediul de predilecțiune al acestor leziuni e pe furculiță, iar nu pe gât. Vom menționa că după avisul tuturilor autorilor, șancărul primitiv infectant, când se desvoltă pe gât, are tendință iresistibilă către vindecarea spontanată și fără a lăsa nici o urmă. Manifestăriunile secundare ale sifilisului pe gât represintă iarăși o excepțiune, și nu se pot bănui de cât fiind însoțite de alte manifestăriuni în alte regiuni.

Ar trebui să ne oprim asupra ultimei categorii, care este și cea mai importantă, adică asupra ulcerăriunilor canceróse; dar acestea le vom vedea la tumorile uterine.

Dacă am voi să ne reprezentăm diferitele ulcerăriuni specifice ale colului, am putea fi conduși de următoarele puncte: Ulcerăriunia erpetică va fi de o culóre rosă, rotundă, superficială și izolată. Cea tuberculósă sau scrofulósă ni se va presenta cu mici însămânțări împrejur, cari vor fi tot atâția foliculii tuberculoși; marginele sale vor fi deslipite, iar suprafața murdară. Ulcerăriunia sifilitică neinfectantă, de culóre cenușie, va fi superficială și cu marginele neregulate. Ulcerul sifilitic primitiv va avea o formă adâncă, crateriformă, marginele lipite, și totul așezat pe o țarie caracteristică cartilaginósă. Ulcerăriunia cancerósă e friabilă, fongósă și fórte ușor sângerândă.

În fig. 40 și 41 se represintă modele de aceste ulcerăriuni.



## Etiologia și patogenia metritelor.

În afară de cauzele banale, ca acțiunea frigului, obosela, escesele de coit, epocile menstruale, traumatismele de tot felul, etc., etc., chestiunea principală este a se ști, dacă da sau nu, inflamațiunile uterului sunt de natură microbienă. Mai toți autorii răspund prin afirmațiune. Excepțiunile însă sunt multe,



Fig. 40. a, a, a. Ulcerațiuni erpetice.  
b. Șancăr indurat. c. Șancăr môle.

(Personală).



Fig. 41. a. Ulcer scrofulos. b. Ulcerație canceroasă.

(Personală).

mai cu sémă că pe calea inoculațiunilor nu se pôte reproduce aceeași bôlă, chiar când microbul este descoperit.

Noi am insistat destul de mult la capitolul vulvitelor și vaginitelor, precum și la începutul acestei lucrări, în cât e de prișos a măi reveni, căci am fi espuși a repeta același lucru. Tot ce putem adăoga este că, din 30 cercetări făcute în serviciul meū, luându-se secrețiuni din cavitatea gâtului uterin, în nici o cultură nu s'a găsit gonococul.

În endometrite, pentru înlesnirea studiului vom stabili trei ordine de fapte: Inflamațiuni în timpul puerperalității; inflamațiuni în afară de puerperalitate, și inflamațiuni parenchmului propriū dis al uterului.

**I. Endometrita puerperală.** Natura microbienă a acestei afecțiuni este astăzi pusă în afară de orî-ce îndoială. Prin nimic nu se pôte proba măi mult acest lucru, de cât prin faptul că de când principiile de antisepsie aū fost introduse cu rigurositate în arta obstetricală, pe atât infecțiunile puerperale aū descrescut, pentru a nu dice că aū dispărut cu desăvârșire. Ce putea fi măi de-



monstrativ pentru natura infecțiosă a bôlei, de cât faptul cum printr'o anchetă, se constata infecțiunea mai multor bolnave de o aceeași mósă, care a dat îngrijirile sale primei infectate? Dar pe lângă aceste fapte de observațiune și de clinică, s'a adăugat cercetările moderne de microscopie și bacteriologie în persóna lui Doederlein, Von Ott, Bumh și Babeș. Acești autori au arătat în mod palpabil prezența de microbi la tóte femeile parturiente coprinse de febră, și totala lor absență din lochii la láuzele apiretice. Dar pentru-ca acest lucru să fie în afară de ori-ce îndoială ar trebui să îndeplínescă douë condițiuni:

- I) ca agentul infecțios sau microbul să fie unul și același și
- II) că dînsul inoculându-se în serii, să producă la infinit aceeași bólă cu același simptom.

Dar metrita puerperală fiind o septicemie în cel mai înalt sens al cuvîntului, dînsa ca și aceia nu-și are microbul său specific. Mai mult, dacă une-ori s'a putut găsi streptococi ori stafilococi singuri sau asociați, alte dăți nu s'a găsit nimic din acestea. Și totuși endometrita puerperală era în tótă splendórea ei. De și Wertheim susține că dacă microbii nu se găsesc, cauza sunt imperfecțiunile tehnice și sagacitatea cercetătorului, noi suntem mai înclinați a crede și a adopta teoria lui Bouchard și a altora, cari afirmă că microbii nu lucréză asupra organismului atât prin ei însăși cât prin produsele lor de escrețiune, prin toxinele lor. Putem deci să ne aflăm în plină septicemie și totuși microbi să nu constatăm. E vorba atunci de simpla absorpțiune a ptomainelor și leucomainelor, cea ce e cunoscut sub numele de toxemie. Mai credem iarăși că în endometrita puerperală se cere asociațiune de microbi. Dar și în afară de acesta, în starea puerperală femeia se găsește în nisce ast-fel de condițiuni de debilitate și receptivitate, că aceiași microbi banali ce se află în organele sale genitale și cari în starea normală sunt cu totul inofensivi, acum pot căpăta o putere virulentă așa de mare, ca să dea nascere întregului cortej al endometritei puerperale. Profesorul Babeș a arătat că în endometrita puerperală cea mai infecțiosă n'a găsit ca agent patogen de cât cei mai simplii din sa-profiți. Acesta constituie *auto-infecțiunea*. Mai există însă și teoria *etero-infecțiunii*. Un microb de dinafară este introdus în organele genitale ale femeii fie prin rufe, instrumente sau chiar degetul chirurgului. În privința acesta cred că nimic nu e mai periculos de cât nenorocita modă a celor ce — mai mult pentru a-și da importanță — caută a-și introduce degetele și chiar mâna întregă în uter,

imediat după facere, pentru a se convinge că nimic nu a rămas din placentă. Nu sunt absolut contra acestui principiu când ar fi perfect justificat. Dar lesne ne închipuim că cea mai mică neglijență de cea mai riguroasă antisepsie imaginabilă, poate fi punctul de plecare al celor mai dezastróse consecințe : și acesta, când am fi putut lăsa în pace un locaș sfânt ca cavitatea uterină, ce prin înțelepciunea naturei e virgină de or ce infecțiune. Dar proba ne o dă cruda experiență că femeile din oraș, asistate de móșe mediocre, mai des mor de cât țărăncele, asistate de simple babe. Acestea ne îndrăsnind să umble în uter, scapă femeia. Acelea ne fiind îngerește aseptice, omórá femeia.

A doua condițiune pentru a se demonstra virulența specifică a acestei bóle, ar fi reproducerea ei în serii prin inoculațiune. Experiențele pe animale făcute de Strauss, Delbet și alți autori n'au reușit în acest scop. Causa a fost, că acești autori au experimentat pe epuróice și șóreci. Dar se știe că la aceste animale, fața internă a uterului își reia imediat starea normală după parturițiune. La speța umană însă, faptul rămâne demonstrat prin observațiunile clinice, că fiind lipsiți de principiile antiseptice, putem contamina o serie întregă de bolnave ca și într-o experiență de laborator.

Rămâne deci stabilit că endometrita puerperală e o bóla microbică și infecțioasă. Acest microb în majoritatea casurilor este introdus de din afară. După opiniunea lui Von Ott, vaginul se curăță de toți microbii săi, grație liquidelor ce se scurg în timpul facerei, ca și prin frecările produse de capul foetului, care întindând toate îndoiturile vaginale, nu mai rămâne în acest organ absolut nici un micro-organism.

Dar în afară de această metrită puerperală, datorită unei infecțiuni, mai există una ce recunósce drept cauză persistența în cavitatea uterină a unor resturi de placentă. Dînsa pórtă numele de *metrită deciduală*.

Tot același lucru se produce și în urma unui avort. Noi credem că opinia lui Lawson Tait e fórte mult justificată, când pune origina celor mai multe metrite pe socotéla unor fecondațiuni sterile, cari în definitiv sunt avorturi precoce. Tóte femeile de curând măritate, ce ni se plâng de o abondență mai mare de flux menstrual în prima saú a doua lună a căsătoriei, nu sunt de cât avorturi, de cât fecondațiuni sterile. Micul cotiledon ce rămâne în uter, e punctul de plecare al nesfîrșitelor endometrite. În ori-ce cas, aceste metrite deciduale se manifestă prin emora-

gii frecvente și abundente. Une-orî s'a vădut, mai ales la femeile bătrîne, că o asemenea afecțiune ia nu numai caracterele unui neoplas, dar se și transformă în cancer. De aci numele de *deciduum malign.* Vom reveni.

II. **Endometrita puerperală.** Aci agentul provocator este admis a fi gonococul lui Neiser. Din studiile anterioare, am arătat numeroasele opinii și teorii emise în această privință. Reamintim că după ultimele cercetări sediul de predilecțiune al gonococului sunt glandele. Cercetările tuturor autorilor au arătat că gâtul uterin al tuturor femeilor este, aproape fără excepțiune, depozitar al acestui microb, pe când cavitatea uterină ar fi mai scutită. Memorabilele cercetări ale lui Winter, au arătat că în 50 de utere amputate pentru fibro-miome, n'a găsit nici odată micro-organisme în cavitatea corpului. Pe lângă acestea Doederlein, în nici o secțiune microscopică a mucoasei corpului obținută prin raclaj, n'a găsit nici un fel de micro-organisme.

De asemenea Delbet dice: de patru orî am cules mucus din corpul uterului, pentru a face însămînțări pe agar sau gelatină (patru tubi pentru fie-care metrită, în total 16 tubi), dar numai un singur tub a dat cultură (stafilococ). Într'un cas tuburile au rămas sterile; examenul însă microscopic al mucusului a arătat existența de gonococi. În aceste cazuri cu toate precauțiunile ce am luat, nu puteam confirma că micro-organismele constatate nu veneau din col. De patru orî am colorat secțiuni de lambouri din mucoasa corpului obținute prin răzuire, și nici odată n'am putut găsi un singur micro-organism.

Și aci ca și în metrita puerperală, experiențele făcute pe animale n'au dat rezultate demonstrative. Ele n'au putut reproduce pe calea inoculațiunei bóla de care ne ocupăm. Pentru detalii mai mari, trimitem cititorul la capitolul vulvitelor și vaginitelor, unde chestiunea este tratată pe larg.

Pentru moment conchidem cu cei-l'alți autori, că endometritele gâtului sunt manifest microbiene. Acelea ale cavităței corpului rămâne a se demonstra prin noi cercetări. Opiniunea tuturor însă este, că aceste inflamațiuni trebuiesc tratate ca și cum ar fi microbiene.

Am arătat la începutul acestei lucrări, că dopul mucos al gâtului uterin precum și istmul, constituiesc o barieră adesea impenetrabilă orî-cărui microb ordinar. Microbul blenoragic însă nu recunoște nici un obstacol. El are liberă trecere pe întregul parcurs de la vulvă până în părțile cele mai profunde ale cavităței uterine și chiar în pavilionul trompei.



**III. Etiologia endometritei parenchimatöse.** Cu tóte că fapte demonstrative nu sunt, totuși noi admitem că microbii, saũ cel puțin toxinele lor, pot strěbate în parenchimul uterin prin mijlocul limfaticelor. Ajunși aci, vor determina leziunile ce caracteriză metrita cronică. In majoritatea casurilor însă și chiar 99% după Lawson Tait, metrita cronică este rezultatul unei sub-involuțiunii uterine, care persistă după o facere normală saũ avort.

Sciut este că regresiuinea uterină nu e perfectă la femeie de la 30—35 zile. Un mare număr de accidente pot să întârzie, saũ chiar să oprěscă în mod complect regresiuinea. Tóte inflamațiunile pelviene post-partum; preocupațiunile saũ emoțiunile de ordine morală; supresiunea laptelui; retențiunile de resturi placentare; obiceiul saũ exigențele vieței silind bolnave a se ridica repede după lăuzie; pușina atențiune dată avorturilor — cari în realitate sunt mai seriöse de cât o facere normală — constituie atâtea cauze cari întârzie regresiuinea uterului. Intregul acest număr de factori, lăsând uterul în stare de involuțiune, forméză tot atâtea cauze principale a endometritei parenchimatöse.

**Simptomatologia.** Este aprópe imposibil ca prin simptome să deducem forma endometritei. Acésta rezultă de acolo că tipurile nu rămân aceleași, ci se amestecă între ele; iar fenomenele generale variază și dínsele de la o persónă la alta. De aceia or cât s'a scris asupra simptomatologiei metritelor, totuși acest capitol e departe a se fi fost clarificat.

Noi vom căuta pre cât posibil, să dăm semnele principali dacă nu patognomonice, ce aparțin diferitelor tipuri de metrite ce am descris.

**Metrita acută.** Aci sunt mai mult fenomenele generală cari predomină. Bóla începe printr'un frison violent, mai cu deosebire când femeia e în stare de puerperalitate. In orí-ce cas, avem o ridicare bruscă de temperatură, puls frequent, vărsături, dureri în regiunea ipogastrică, tenesm vesical și rectal. In fine în metrita acută suferințele sunt fórté vii. Ele se concentréză mai mult în sfera organelor genitale interne și externe.

Courty dedea ca un semn patognomic o senzație de căldură arzătoare, ce ar pleca de la ipogastru până în vagin și chiar la vulvă. Metrita acută se însoțesce mai tot-d'a-una de o scurgere adesea sanghinolentă și fórté abondentă. Se întâmplă însă ca mucósa să fie așa de tumefiată, că astupă orificiul intern al colului. In acest cas nu constatăm aprópe nici o scurgeré. Drept consecință însă vom avea o creștere de volum a uterului prin



retenția secrețiilor. Menstruele pot fi brusc suprimate: în intervalul lor scurgerile devin muco-purulente. Cu aceste scurgeri vedem că apare mici lambouri de mucosă sfacelată, iar uneori o deslipire totală a acesteia, formând semnul caracteristic al metritei disecante. Mucosa eliminată ne reprezintă un tipar, o mulă fidelă a cavității uterine.

Prin tușeu: constatăm o ridicare de temperatură a vaginului. Mucosa sa câte o dată e uscată: alte dăți scaldată de o scurgere abondentă de muco-puroiū. Colul este gros, môle și edemațiat; orificiul întredeschis și foarte sensibil la presiune:

Prin examenul combinat constatăm că uterul e mărit de volum. El trece d'asupra simfisei și provocă o durere excesivă, mai ales dacă există în același timp o balonare a pântecelui, datorită de sigur iritațiunei peritoneale. După Aran, durerile sunt mult mai mari când parenchimul însuși al uterului este atins: în cazul de leziune simplă a mucosei — cas rar — durerile ar fi minime.

Examenul cu speculul trebuie evitat, căci exagerăm în van durerile fără mare profit, nici pentru noi nici pentru bolnavă. De alt-fel nu am constata de cât o colorațiune mai roșie lividă a colului, o tumefacție a buzelor, mici granulațiuni sau ușore ulcerațiuni. Mare parte însă din aceste lucruri le putem foarte bine aprecia cu degetul. Dar chiar și acest ultim mod de explorațiune adesea ne este interzis: metritele acute pot să apară pe virgine, fie în urma unei imprudențe în timpul menstruelor, sau a unei răceli, etc., etc.

**Metrita cronică.** În opoziție cu cea acută, metrita cronică se dezvoltă în mod foarte insidios, adesea fără conștiința bolnavei, așa că în momentul când dînsa ni se prezintă, bóla e deja foarte veche. În imensa majoritate a casurilor, bolnavele se plîng de fenomene cu totul depărtate, și absolut nici o legătură cu bóla uterină. Ast-fel multe din femei se caută de bóle de stomac, migrene, dureri de rinichi, etc., etc.

Pentru înlesnirea studiului s'a admis trei ordine de simptome în endometrite:

I. Turburări funcționale.

II. Simptome subiective.

III. Simptome obiective sau fizice.

Turburările funcționale coprind: *leucorea*, *neregularități în menstrue și emoragia*.

**Leucorea:** (póla albă, fleur blanche), este semnul cel mai con-

stant și mai frequent al endometritei, căci ori-care ar fi forma sa, glandele tot-d'a-una sunt atinse.

Acéstă scurgere este în raport cu întinderea leziunii și cu permeabilitatea orificiului intern al colului Ast-fel une ori bolnava abia constată câte-va pete pe cămașă, sau își simte prea puțin umețate părțile genitale externe; alte dată scursórea e mai abondentă, iar une-ori în cantitate așa de mare că bolnava e silită a se proteja cu cărpe sau bandaje. O asemenea scurgere abondentă silește adesea pe bolnave a se arăta medicului. Când leucorea e de proveniență pur uterină, liquidul e clar, aprópe fără consistență și nici miros fetid. Când însă se anestecă și secrețiunii vaginale, atunci tóte caracterele se schimbă.

Dacă endometrita este limitată numai la gâtul uterului, dînsa nu dă loc aprópe la nici o leucoree. Liquidul secretat e de o consistență vîscósă și atât de lipiciósă, în cât nu numai nu póte ieși singur, dar nici noi nu'l putem ridica cu pensa ori cu tamponul. În ori-ce cas, e fórte rar ca să observăm o leucoree purulentă sau chiar muco-purulentă. Endometritele în afară de o infecțiune secundară fie directă sau ascendentă, nu se însoțesc de supurație. Am vădút deja că cercetările numeróse a multor autori, au arătat că nu există microbi în cavitatea uterină.

**Turburările în menstruație.** Funcțiunea menstruală nu constituie un semn constant al endometritei. Trebuie însă a sci că rari sunt casurile unde o femeie cu endometrită confirmată, să nu ofere și de turburări menstruale. Aceste neregularități ni se presintă sub diferite forme. Câte odată epocele fixe se depártéză sau se apropie, cantitatea de sînge rêmăind aceiași. Alte dată femeia observă că scurgerea catamenială se micșoréză, mergênd chiar prin a dispăre pentru câte-va luni. Acésta e în legătură cu alterațiunile mai mult sau mai puțin profunde ale mucósei și întinderea lor. Mai póte încá proveni și din strîmtorarea, sau astuparea orificiului intern de mucosități, lambouri, mucósă sfacelată, sau alte deviațiuni uterine de cari endometritele se însoțesc. În aceste casuri, aparițiunea epocelor menstruale — reprezentate de multe ori numai prin câte-va picături de sînge — se însoțesc de dureri mai mult sau mai puțin violente; acésta constituie *dismenorea*. Prin *amenoree* se înțelege când epoca menstruală e reprezentată numai prin dureri, fără a se manifesta prin nici o picătură de sînge.

**Emoragiile.** Esté de sigur fenomenul care înspăimântă mai mult pe bolnave și le decide a se arăta medicului.

Emoragia constituie simptomul patagnomic al endometritei

fongóse. Scurgerea de sânge e cu atât mai violentă, cu cât aceste fongosități sunt formate de vase numeroase și cu pereți fragili. Dar și endometrita intersticială încă este caracterisată prin emoragii. În adevăr, în această formă, țesutul conjunctiv luând o dezvoltare prea mare și determinând o sclerosă circum-vasculară, e destul ca un mic vas să se deschidă, pentru a nu se mai putea închide. De aci emoragii câte odată incoercibile. Dar lucrul acesta de obicei se observă la femeii mai bătrîne, în timpul sau după menopausă. Endometrita fongósă propriu zisă e mai mult apanajul femeilor tinere, ce au rămas cu retenții placentare în urma facerilor sau a avorturilor.

Emoragiile se manifestă une-orî numai printr'o abundență în cantitatea și durata fluxului menstrual, când ia numele de *menoragie*. Dacă scurgerea sanguină vine în intervalul menstruelor, pörtă numele de *metroragie*. În fine une-orî femeia nu mai ține nici o socotelă de timpul regulelor, așa că tot-d'a-una e plină de sânge

Intensitatea acestor emoragii pöte fi așa de mare, că s'au văduț bolnave pierduând în spațiu de o lună, mai multe litruri de sânge.

**Simptomele subiective.** Primul și cel mai penibil din aceste simptome e reprezentat prin durere. Strict vorbind, endometritele propriu zise, nu trebuie și nici n'au rațiunea de a fi dureroase. Aceste dureri deci, sunt în legătură fie cu deviațiunile uterine, cu alte leziuni inflamatorii circumvecine, cu prinderea anexelor, sau mai în special cu existența unei endometrite parenchimatóse. Dar orî-cum ar fi, durerile la femeile coprinse de inflamațiunii uterine, sunt cele mai frequente, cele mai tenace și cu sediul cel mai bizar posibil. Unele dureri se pot ușor explica, grație traectului cunoscut al unor anumiți nervi. Ast-fel durerile inguinale sunt în legătură cu propagațiunea inflamațiunilor de la uter la trompe și ovare; durerile de la fața superiöră și internă a cöpselor se datoresc nervului crural; durerile iradiindu-se pe traectul nervului sciatic, ne va da sensațiuni dureroase pe fața posteriöră a cöpselor și chiar mai jos pe gambe; când plexul lombar e prins, vom avea dureri în regiunea rinichilor, în flancuri și ipogastru — dacă rămurile abdomino-genitale și obturatice vor fi prinse. În fine când sunt în joc ramurile posterioare ale nervilor sacrali, durerile se manifestă în jurul anusului sau a coccyxului, constituind bóla descrisă de Simson și Scanzoni sub numele de *coccyodynie*.

Töte aceste dureri repetăm, se datoresc nu atât endome-



tritei, cât diferitelor deviațiuni uterine, saũ unor nevralgii a plexurilor, or rãmurilor nervoase sus citate.

Rãmân însă neexplicate unele dureri numite simpatice, ce se observã la distanțe cu totul depãrtate de organul bolnav. Astfel sunt nevralgiile faciale, cefalalgiile, nevralgiile intercostale și chiar brachiale, pe cari deja Bassereau le puneã sub dependența unei metrite.

Mãi existã în fine o infinitate de simptome, ce însoțesc metritele și cari aũ rãmãs fãrã explicațiunii. În special sistemul nervos jãcã principalul rol, dând naștere la fenomene de cea mãi complectã isterie. Gellé a arãtat un cas chiar de pareplegie uterinã. În afarã de acésta, nu e organ splashnic, care sã nu sã resimtã de inflamația uterului. Numãi vorbim de fenomenele din partea rectului și a bãșiceii constãnd în turburãri de defecație și micțiune: lucrul s'ar explica pãnã la ore-care punct prin iritațiunile de învecinare. Dar cum rãmãne cu gastralgiile, dilatațiunile de stomac, atoniile intestinale, palpitațiunile, afoaniile, tusea uterinã, etc., etc.? Explicațiunile sunt teoretice. Cert este, cã iritabilitatea marelui simpatic jãcã mare rol. Noi însă suntem de opinia acelora, cari admit o intoxicație lentã și progresivã, datoritã absorpțiunei produselor patologice, inerente ori-cãreii metrite cronice.

Ori-cum ar fi explicațiunea, observațiunile clinice ne aratã cã nisee asemenea femeii, pe de-o-parte din cauza durerilor, iar pe de alta a scurgerilor mucóse saũ emorãgice, ele sunt coprinse de o slãbiciune crescãndã, de o pierdere a apetitului, de dispepsie și stare febricitantã ce le duc cãtre marasm: trãsurile feței se schimbã, figura ia un aspect trist, se sbãrcesce și constituie tipul clasic al *faciesului uterin*. În urma acestei descurajãri complete, unele bolnave devin cu totul irascibile, se supãrã ușor, plãng la cea mãi micã contrarietate, caracterul se iușese, așa cã devin insuportabile atãt pentru ele cât și pentru cei ce le înconjurã. Altele cad în melancolie și pot fini chiar prin a deveni ftisice.

**Simptomele obiective.** Ele variază dupã tipul și forma ce îmbracã metritele. Aceste simptome sunt *funcționale*, și *obiective* proprii și se saũ *fisice*. Acele funcționale constaũ în turburãri menstruale deja arãtate.

Mãi principale însă sunt cele reprezentate prin scurgeri, fie de un liquid mucos, muco-purulent saũ sanguin, dupã cum endometrita e glandularã, fongósã, etc. Une-orii nu se constatã nici un fel de scurgere, precum se vede în inflamațiunile acute la începutul lor, saũ în endometrite intersticiiale. Aci sclerosã țesu-



tului conjunctiv sufocând și glandele și vasele, suprimă ori-ce secrețiune. Forma acésta e cunoscută sub numele de *metrita atrofică*.

Semnele fizice constau în cele constatate prin explorarea degetului. In inflamațiunile acute, constatăm prin deget o ridicare sensibilă de căldură a vaginului; o tumefacție și un ramoliment al colului. Explorarea produce dureri violente, mai ales când facem examenul combinat. In acest cas constatăm o creștere de volum a uterului: el va fi sensibil și chiar dureros la cea mai mică explorațiune. Orificiul colului mai tot-d'a-una este întredeschis, cu buzele tumefiate și ramolite, lăsând a se scurge prin el mucosități pure sau sanguinolente. Alte dăți nu constatăm nici o scurgere, din cauza obstrucțiunei orificiului intern. In acest cas lichidele secretate se acumulează în uter; durerile devin atroce, din cauza contractiunilor uterului, ale cărui fibre musculare se găsesc escitate de materiile aflate în retențiune. Să nu uităm însă că adesea anexele, fiind și ele prinse, ne dau fenomenele ce le sunt proprii.

In inflamațiunile cronice, simptomele funcționale variază la infinit. Ele se manifestă câte o dată prin aparițiunea neregulată a menstruelor, iar alte dăți prin amenoree, dismenoree, menoragie și chiar metroragie.

Când endometrita e pură, adică fără alte complicațiuni, bolnava nu simte nici o durere și nu se plânge de cât de scursori mai mult sau mai puțin abundente.

Prin examenul cu degetul nu constatăm aproape nimic din partea vaginului, afară numai de casuri inveterate când se pot desvolta granulațiuni pe pereții săi. Gâtul uterului în endometrite, este întredeschis, permițând introducerea pulpei degetului. Mucósa e ramolită, iar pe suprafața sa simțim mici ridicături ca bóbele de meiú sau alice de plumb, de o consistență tare și cari nu sunt de cât foliculite cronice. Impingând pe col, bolnava nu simte durere, afară de cazul de metrită cronică parenchimatósă. Fundurile de sac de asemenea sunt libere și nedureróse.

In casuri mai naintate de endometrită intersticială, și a forțiori parenchimatósă, leziunile colului sunt mult mai accentuate fiind și el însuși atins de aceeași bôla. Cel d'întăiu lucru ce constatăm este o deschidere largă a orificiului colului, precum și unele rupturi de diferite grade pe cari deja le cunoșcem. Prin acest orificiú larg deschis, simțim mucósa erniată și bursuflată luând une-ori un aspect adevărat fungos.

Une-orî colul e foarte scurtat și mucósa de înveliș móle ; alte dáți e lung, ipertrofiat, de o consistență tare și cu buzele enorm deformate. Starea acésta constituie ceea-ce deja am numit col tapiroid.

Prin examenul bi-manual, constatăm o creștere de volum a uterului; el se presintă sub forma unui glob tare și dureros la presiune. In cazul când există retenție de lichide în cavitatea uterină, organul capătă un volum mult mai mare, trece d'asupra simfisei pubiene, și merge chiar până aprópe de ombilic. Atúnci păreții sêi sunt moi și mai puțin dureroși. Acésta se observă în forma ce deja am arătat a metritei cronice, sub numele de ipertrofie pasivă a uterului.

**Diagnosticul.** — Metrita acută nu e greú de cunoscut, dîndu-se aparițiunea bruscă și fenomenele generale de cari se însoțesce. Partea cea mai principală aci, ca și în cea cronică, este a evita confusiunea cu o graviditate la început. Lucrul câte odată este nu numai greú, dar imposibil : metrita acută se însoțesce de disurie, o stare de durere a mamelor, întocmai ca și cum ne-am afla la începutul gravidității. Cu tóte acestea, metrita se va recunósce prin modul aparițiunei sale care e brusc, prin starea socială a femeii, durerile escesive ce însoțesc bóla, fapte cari de ordinar nu sunt proprii gravidității. Am avut însă o mulțime de casuri, undé cu tótă prezența acestor semne și existența de dureri violente în anexe, totuși femeia era la începutul gravidității. Am de regulă următoarele : Când o femeie măritată, ce până în present a avut menstruele regulate, daca acestea încetéză însoțindu-se de disurie și chiar fenomene de dureri abdominale, dacă nu conchidem imediat la o groseță, cel puțin rămânem în rezervă. Tot-d'a-una însă când am fost afirmativi, n'am fost înșelați.

In orî-ce cas nu trebuie să ne precipităm ; și mai ales suntem datorî a nu face nici o explorațiune cu isterometrul, pentru a evita orî-ce accident.

Diagnosticul inflamațiunilor cronice trebuie făcut din mai multe puncte de vedere :

I. Dacă avem a face cu metrită.

II. Care este forma.

III. Separarea de alte bóle a organelor vecine.

I. Existența metritei se recunósce prin constatarea tuturilor simptomelor ce am enumerat. O femeie în general nulipară sau multipară, suferind de un timp mai mult sau mai puțin îndelungat de turburări diverse ale menstruelor, de fenomene generale ca

gastralgie, cefalalgie, dureri în lombe, în cõpse, etc.: având pe lângă acestea scurgeri leucoreice sau de altă natură; și când prin deget constatăm un col întredeschis, rupt, etc., nu e nici o îndoială că ne aflăm în fața unei inflamațiuni cronice a uterului. Dacă e vorba de endometrită simplă, constatăm numai scurgere de un liquid mucos în cantități variabile. Dacă este fongosă, avem scurgeri muco-purulente sau emoragice, după forma ce va fi în joc.

Fiind vorba de leucoree, autorii au căutat prin câte-va semne, să stabilescă proveniența liquidului, dacă vine din cavitatea uterului, din col sau vagin. Leucorea corpului uterin e fluidă, foarte puțin vîscosă și de o colóre albă gălbue. Aceia a colului e din contra foarte vîrtosă, grosă și așa de aderentă, în cât ne este imposibil a o deslipi în întregime cu pensa sau un tampon. Dînsa sémănă cu un albuș de ou și scrobesce mult rufe.

Scurgerea vaginală represintă un liquid alb lãptos și fluid, de o colóre galbenă verzue, iar une-ori purulentă. După Doederlein, liquidul uterin are o reacțiune alcalină, pe când al vaginului e acid.

Trebue să scim că tot după acest autor, în casuri de inflamațiuni vaginale, aciditatea liquidului dispare și devine alcalină, ca și a uterului. De aceea, trebue să recurgem la examenul direct cu speculul, pentru a vedea mai bine proveniența liquidului precum și daca există sau nu vaginită.

Schultze recomandă că în cas de îndoială, după ce prealabil am spălat vaginul, să aplicăm un tampon de vată pe orificiul colului, pe care se va depune liquidul din cavitatea uterului dacă există. Dar mai adesea tóte aceste feluri de liquide sunt amestecate, căci avem în același timp și leucoree uterină și a colului și a vaginului.

Metrita parenchimatósă se recunósce prin crescerea de volum a uterului, și mai ales prin durerile ce determinăm în acest organ, imprimând o mișcare în sus pe gâtul uterului; lucrul acesta nu se observă când e vorba de endometrită simplă. Mai avem încă un semn aprópe constant: este o creștere a cavităței uterului de la minimum de 7 cm., putënd merge chiar până la 9 și 10 cm.

În acéstă formă mai ales, diagnosticul este câte odată imposibil de făcut între o groseță și metrită parenchimatósă. Aci trebue să fim în cea mai mare rezervă, mai ales când scim că multe femei în dorința de a avorta, caută prin tóte mijlócele a induce pe medic în eróre.



Am avut multe casuri de surprisă de acest fel, viind-mi în serviciu femeii, cari după o ședere în spital au avortat, fiind însărcinate în a 3-a lună. Dincolo de acest termen, confusiunea e mai grea, căci graviditatea are semne mai precise și evidente. În ori-ce cas trebuie să luăm în considerație starea uterului și a colului. Un uter în gestațiune până la a 3-a lună, are păreții mai moi, mai flasci, dând senzațiunea unui organ edemațiat. În această perioadă putem constata un semn dat ca patognomonic și cunoscut sub numele de *balotare uterină* (nu fetală). Dînsa constă că imprimind o mișcare uterului prin împingerea pe col, el revine la locul său, isbind degetul explorator (choc en retour). Dar aceste semne le putem găsi și în metrita parenchimatósă. În adevăr, când metrita se complică de retențiunea liquidelor în cavitatea sa, atunci volumul devine mai mare, iar păreții mai moi și elastici ca și într'o graviditate. În asemenea cas, putem fără nici o dificultate să obținem fenomenul de balotare uterină, ceia ce ne-ar autorisa a crede că avem a face cu o groșeță, pe când în realitate e vorba de o simplă metrită parenchimatósă, complicată de idrometrie.

Starea gâtului uterin ne dă semne pôte ceva mai precise de cât acelea ale uterului. Ele constau în ramolirea și scurtarea sa. Stoltz susține, că scurtarea colului în groșeță nu se face de cât în ultima lună; după Scanzoni însă, cel puțin la femeile nulipare, porțiunea vaginală a colului se scurtază de la a 3-a lună și devine foarte sensibilă către a 4-a lună. Dar și în metritele cronice observăm o asemenea scurtare; ea însă nu este însoțită și de o ramolire a gâtului uterin. Aci iarăși trebuie să fim atenți și anume să nu confundăm ramolirea mucósei cu a păreților colului. În adevăr, în metrite constatăm un col ce ni s'ar impune ca fiind môle; însă fiind atenți, vom observa că acesta ocupă numai mucósa, pe când părțile subjacente sunt încă tari. În graviditate, totă grosimea colului devine môle, și începe treptat cu buzele orificiului extern și merge progresând. De alt-fel fenomenul stă în armonie cu creșterea uterului: într'o metrită, chiar în casurile cele mai dificile, nu constatăm nici de cum o armonie, ci din contra o disproporțiune. Adesea observăm o ramolire a întregii porțiuni vaginale, dar fără să corespundă cu o creștere mare a uterului, așa că pe când acesta relativ e mic, tot colul este môle și sters.

Dar imposibilitatea devine absolută când femeia e însărcinată în 3 luni și are în același timp și metrită. Atunci nu ne ră-



mâne de cât expectațiunea — afară de o sagacitate prea mare a medicului său o inspirațiune fericită.

Diagnosticul diferențial dintre metrită cu un fibrom, cancer, flegmasiile anexelor, sau țesutului peri-uterin, acestea le vom vedea când vom studia pe fie-care la rîndul lor.

Un diagnostic care adesea presintă o dificultate iarăși destul de serioasă, este a deosebi o metrită cronică de un cancer al uterului. Nu începe îndoială că, un cancer vegetant al colului ajuns în ultimul său grad, umplînd întregul fund de sac vaginal cu acele escremente în forma de ciuperci, iar bolnava fiind deja în cachexie, nu pôte fi vorba de nici o sfortare de spirit; lucrul se impune de la sine. Dar chestiunea este a deosebi forma ulcerosă a cancerului, de metrita cronică a colului. Și aci, ca și în cancer, putem avea ulcerațiune largă a organului, cu muguri cărnoși exuberenți, cu secrețiune fetidă analogă ichorului canceros și în fine cu producere de emoragii, cari tôte la un loc, simulază la perfecție un neoplasm. Afacerea, mărturisim e foarte delicată. Intr'un cas am fost așa de grozav înșelat, că am făcut amputația colului, crezându-mă în fața unui cancer, pe când în realitate era vorba de o veche metrită și alt-ceva. Resfrîngerea în afară a mucosei, ulcerațiunea sa, prezența de muguri cărnoși însoțiți de scurgeri sanguine, totul a contribuit să mă înșele. Mai mult, exista concomitent și o creștere relativă de volum a uterului. Câtă deceptiune nu am avut, când la câte-va zile după amputația colului, femeea avorteză!! Și nici o dată nu voi uita impresiunea negativă ce obținusem, că prin mijlocul de a ridica cu unghia porțiunii din mucosa quasi burgeonantă, nu reușisem. Și cu tôte acestea de și eram convins că acest lucru e patognomic, și cu cu tôte că nu l'am găsit, totuși m'am înșelat.

În adevăr, nimic mai sigur de cât acest semn dat de *Laroyenne* că, tot-d'a-una ne este posibil a ridica cu unghia particule din suprafața unei ulcerațiuni cancerose a colului. Când nu vom găsi decî acest semn, suntem în drept a nega neoplasmul, chiar în ciuda tuturilor celor-l'alte semne ce ar căuta să ne înșele. De sigur nu vom neglija explorația ganglionilor pelvienî și chiar supra-claviculari, precum și orî-ce alt examen minuțios apropiat, pe care de alt-fel îl vom vedea la locul competent. În casuri urgente, microscopul, prin analiza unui mic fragment luat din col, ne va fi de foarte mare ajutor.

Mai există încă un semn clinic dat de *Spiegelberg*, care e următorul: Intr'un cancer, orificiul colului nu se dilată. Decî fie

prin tije de laminarie sau dilatatoarele lui Hegar, vom conchide la un cancer atunci, când prin ele nu vom putea obține nici o dilatare a orificiului gâtului uterin. Dar acesta nu e un mijloc absolut sigur. Probă avem că un gât canceros se dilată în destul, pentru a permite chiar eșirea fetului, precum observațiunile au arătat în graviditate complicată de acest neoplasm.

Ar mai fi încă prezența de noduli tari în grosimea colului, precum și aderența mucoasei în nivelul lor. Dar și aci semnul acesta nu e de loc sigur. Sunt în adevăr metrite parenchimatose cu proces scleros, cari ne pot pune cele mai grele dificultăți în a deosebi existența unor noduli de tărie cartilaginosa de aceia ai cancerului.

**Prognosticul.** Tot-d'a-una grav, nu atât prin bóla însăși, cât prin complicațiunile din partea anexelor, țesutului peri-uterin, și a celor-l-alte simptome funcționale și obiective, pe cari le-am vădut.

Este încă grav din cauza sediului leziunilor. O dată inflamațiunea stabilită în fundul de sac glandular, sau în țesutul conjunctiv intermuscular, cu forțe multă greutate — și pôte chiar nici odată, procesul morbid mai e posibil a se stinge.

Pentru acesta noi credem că multă dreptate avea Scanzoni când zice, că el nici odată n'a văzut o metrită cronică vindecată. Este evident că parenchimul uterin o dată ce e atins de sclerosarea elementelor sale nobile, or-ce regresivitate devine imposibilă. O asemenea stare de lucruri însă rămâne nepăsătoare tratamentului în or-ce alte bóle. Óre cirosele și sclerozele, fie ele chiar de natură sifilitică, tratamentul specific mai are asupra lor vre-o acțiune? Nu; a fortiori deci o transformare a țesutului conjunctiv în țesut scleros cu putere retractilă, datorită unei inflamații cronice, rămâne d'asupra intervențiunilor noastre. Prin urmare asupra acestui punct suntem și noi de perfect acord.

Dar tocmai pentru a împedica realizarea acestui lucru, punem ca principiu că endometritele trebuie bine îngrijite și tratate la timp, pentru a pune o barieră la extensiunea sa în parenchimul uterin, precum și în țesuturile peri-uterine și mai ales în anexe.

În starea acută, metrita pôte deveni chiar mortală, dacă inflamațiunea se întinde cu violență, coplesind întréga mucosă peritoneală.

**Tratamentul.** Cel mai bun lucru e a preveni aparițiunea bólei. A evita deci cauzele ce am vădut în etiologie, forméază *Trata-*

*mentul profilactic*. El constă în îngrijiri igienice dirijate mai ales în primele luni ale mariajului și în timpul parturițiunii. Cu drept cuvânt toți autorii au protestat cu energie contra detestabilului sistem, că după căsătorie tinerii să plece în voiaj. Tînăra femeie e coprinsă de emoțiuni mari, neobișnuită fiind cu noua viață. Nu-i rămâne de cât a o transporta din otel în otel, pentru ca emoțiunea să fie la culme. De aceea, imediat o vedem că e coprinsă de emoragii, dureri pelviene, etc., cari după cercetările făcute, nu sunt de cât nise adevărate avorturi, ce mai tot-d'una sunt urmate de desvoltarea endometritelor.

Principiile de antisepsie riguroasă introduse în arta acuşmentului, și intervențiunile de a se scóte tóte resturile placentare, au contribuit mult la descrescerea acestei bóle.

În fața unei inflamațiuni a uterului, ce conduită trebuie să avem?

Acésta e chestiunea cea mai greu de resoltat. Și astă-đi încă autorii se împart în *intervenționisti* și *espectativi*.

De sigur, cel mai rațional lucru e a ridica, a distruge cauza ce a produs bóla. Dar cauzele endometritelor sunt multiple, iar sediul inflamației ascuns în straturī și adêncimi diferite.

Până la inventarea operațiunii numită răzuirea uterului, tóte endometritele se căutaū în mod medical, cu rezultate mai mult sau mai puțin satisfăcătoare. Astă-đi chiar, sunt mulți medici cari prin simple spălături vaginale și intra-uterine, luptă contra răzuirei uterului.

Fără nici o exagerare, noi susținem că, din numărul imens de metode și procedee ce s'au inventat contra acestei afecțiuni rebele, cel mai logic și radical este răzuirea uterului. Și pentru a întări și mai mult acéstă afirmațiune, reproduc cuvintele unui ginecolog de toți cunoscut ca cel mai reputat — Martin. Dînsul ȓice: când mucósa corpului nu se vindecă sub influența unui regim apropiat, a îngrijirilor igienice, a menajărilor sexuale, a irigațiunilor vaginale și a băilor de ședut, mă adresez la ridicarea mucósei bolnave prin operațiunea de răzuire. Și mai departe adaugă: Orî-ce alt mod de tratament mi s'a părut nu numai mai lung, dar chiar și inferior în privința rezultatelor; el nici-odată, atât cât am putut să-mi dau socóțela, nu valoréază pe acela al răzuirei.

Putem pune deci ca normă că, la început, dacă endometrita e simplă, mucósa într'un grad ușor atinsă, nu este nici un inconvenient să începem prin *metóda lui Sedilliot* și *Trousseau*, care con-



stă în irigațiuni largi vaginale. Astă-dî aceste irigațiuni se fac cu lichide antiseptice ca: sublimat, acid boric, creolină, permanganat de potasă, lisol, etc., etc. După irigațiuni, e bine a pune tamponé în special cu glicerină, care se bucură de o putere mare desconggestionantă.

Bolurile vaginale compuse din tanin, aristol, iodol, salol, etc., încă aũ curs în practică. Și de óre-ce mai tot-d'a-una endometritele se însotesc și de inflamații în jurul uterului precum și anexelor, aceleași irigațiuni largi sub formă de clisme și la o temperatură de 40—50 grade, aduc mari folóse. Noi am obținut în multe casuri rezultate destul de satisfăcătoare prin acéstă metóda.

Schultze a introdus irigațiunile intra-uterine cu lichide antiseptice, cari iarăși nu trebuiesc respinse.

Sneguiref din Moscua, a recomandat dușurile intra-uterine cu vapori de apă. Iată procedeul: se introduce o sondă în uter; extremitatea sa liberă se pune în comunicare cu un aparat din cele mai simple unde apa fierbând, vaporii strébat prin sondă în cavitatea uterului.

Incriminându-se acestui sistem de a produce largi escare, s'a înlocuit de *Schick* în 1897, prin apă fierbinte de 80—85°. Acéstă apă ce nu trebuie lăsată în contact cu mucósa de cât  $\frac{1}{2}$  minut, ar da rezultate fórte bune. În timpul irigațiunei se fac spălături largi în vagin cu apă rece, spre a preveni combustiunea acestui organ.

Cauterisarea mucósei uterului cu curenți galvanici n'are nici un apărător. Aceea însă cu caustice solide sau lichide, se bucură de bună reputație; ast-fel există creiónele medicamentóse ale lui *Becquerel* și *Rodier*; creiónele de nitrat de argint ale lui *Courty* și în sfîrșit pasta de clorur de zinc (pasta de *Canquoin*) a lui *Polailon* și *Dumontpalier* care s'a bucurat de un mare svon. În special contra acestei metóde—care constă a introduce în cavitatea uterină creióne formate dintr'o parte clorur de zinc și doué părți făină—s'a obiectat că dacă produce eliminarea totală a mucósei, determină în același timp și o atresie a cavităței uterului, ale cărei consecințe funeste e de prisos a le mai arăta.

Metóda cu injețiuni caustice lichide în uter aparține lui *Lisfranc* și *Vidal de Cassis*. Astă-dî *Rheinstoedter* și *Broeze* aũ înlocuit diferitele lichide ca acid fenic, nitrat de argint, acid cromatic, etc. prin soluțiuni de clorur de zinc 50% în care muind un tampon, îl introduce în uter și atinge tóttă mucósa. Noi în mai



multe cazuri am făcut chiar irigațiuni intra-uterine cu această soluție concentrată, fără nici un inconvenient imediat.

Trebue să reamintim metoda lui *Vulliet* din Geneva și *Landau* din Berlin. Prima constă a introduce tamponi mici de tifon iodoformat în cavitatea uterului, până când treptat obținem o dilatație destul de mare. Numărul tamponilor devine considerabil. Scoțând tamponii după 1—2 zile, cavitatea uterină devine atât de lărgită în cât — după afirmarea autorului — putem explora cu ochii toate punctele sale (?)

Metoda lui *Landau* constă a introduce în uter bandelele lungi de tifon iodoformat. Eu am reușit a introduce până la 4 metri de bandă în uter, fără a provoca nici un inconvenient bolnavei.

Iată dar o mulțime de metode care unite cu repausul, pot până la un punct fi de folos pentru bolnave. Dar iluziunii mari nu trebue să ne facem, căci beneficiile obținute sunt de scurtă durată.

Noi avem obiceiul a compara endometrita cu un ulcer cronic al gambei. Când ne aflăm în prima perioadă a ulcerului, simplele irigațiuni antiseptice pot aduce vindecarea. Mai târziu însă, găsindu-ne în fața unor muguri cărnoși, suntem siliți a recurge la cauterisări lichide sau solide, la aplicarea de topice, etc., etc. Dar când acești muguri devin foarte exuberanți, mai avem un moment de esitare pentru a-i ridica cu instrumentul tăios?

Tot astfel și cu endometritele. Când mucósa devine fungoasă, când pe suprafața sa se dezvoltă vegetațiuni sau escrescențe polipiforme, atunci nu simplele spălături și nici cauterisările ori aplicarea de tamponi le poate distruge, ci ridicarea lor directă printr'un instrument tăios, adică prin răzuire.

Acésta este óra a țice că răzuirea e tratamentul cel mai radical? Nici de cum. Răzuirea nu servă de cât a ridica fungositățile și mucósa bolnavă atât pe cât lingura le poate atinge. Știut însă este, că mucósa nu formeză o suprafață plană, ci prezintă îndoituri, unele destul de adânci mai ales în nivelul fundurilor de sac glandulară, care pot merge chiar până în țesutul muscular și unde lingura nu poate străbate. Va rămâne deci porțiunii bolnave neridicate, care cu timpul vor reproduce bóla, vor da naștere la recidivă. Prin urmare nici răzuirea nu e suverană.

De aceia noi întrebuițăm o metodă mixtă: după-ce prin lingura tăioasă ridicăm toate părțile bolnave ale mucósei, facem irigațiuni cu clorur de zinc 10 0/0. Prin acésta atacăm porțiunile nedistruse, dar în oricare cas presupuse mai puțin bolnave. Ele pot

fi influențate de acțiunea recunoscută ca bine-făcătoare a clorurului de zinc, favorisând chimiotaxia.

Când însă bóla e foarte veche, când ea și într'un ulcer cronic inflamația a ajuns până la os, atunci răzuirea devine insuficientă. Și în adevăr, în casuri de metrită intersticială și a fortiori parenchimatósă, lingura fiind incapabilă a ridica țesutul conjunctiv sclerosat, răzuirea e aproape inutilă. Totuși și în aceste casuri, autorii încă recomandă răzuirea. Se susține că prin ea, provocându-se o suprafață sângerândă și deschiderea limfaticelor, lichidele antiseptice se vor putea absorbi mai cu înlesnire. Aceste lichide împreună cu descongestionarea produsă prin răzuire, pot avea un efect salutar în părțile profunde. Acesta ar corespunde cu *circumvalația* în ulcerele cronice.

În casuri vechi, pe lângă răzuire se asociază și alte operațiuni complimentare ca de ex. : amputația colului în metritele parenchimatóse. Acestă operațiune preconisată de Lisfranc aduce cu timpul o descrescere destul de pronunțată a uterului mărit de volum. Putem recurge la abrasiunea mucóseï bolnave a colului constituind *operațiunea lui Schroeder*, sau la avivarea buzelor colului și la reunirea lor prin suturi, formând trachelorafia sau *operațiunea lui Emmet*.

Pe lângă acestea, băile termale în special cloruro-sodice, băile de nomol, de mare, etc., sunt de mult ajutor. Lawson Tait laudă foarte mult efectul sărurilor de potasă, cu deosebire a bromurului de potasă și clorat de potasă, cari ar avea un efect din cele mai salutarii.

Dar precum la un ulcer cronic — în cazul de complicațiune din partea óselor — nu ne rămâne de cât amputația, tot ast-fel și în metrita cronică neglijată, ori-ce tratament nu mai are nici un efect, așa că ridicarea bólei ar cere ridicarea organului.

Conchidem că de la început endometrita trebuie riguros combătută, nu numai pentru a nu-i da timp a se stabili în părțile profunde ale organului, dar a preveni și cele-l'alte complicațiuni din partea anexelor și a țesutului uterin, cari fac prognosticul și mai sombru și mai deseserant. Nu trebuie să ne amusăm cu mijlóce problematice, ca spălături, irigațiuni, etc., ci d'a dreptul să recurgem la răzuire urmată de cauterisațiuni. Acestă operație făcută în mod antiseptic nu póte aduce de cât bine bolnavei. Nu trebuie să considerăm răzuirea ca o operație simplă, ci să usăm de cele mai mari precauțiuni antiseptice. Vom avea tot-d'a-una present în spirit, că prin răzuire deschidem atâtea guri limfatice,

cară devin un pericol pentru bolnavă, dacă în loc de a absorbi principiul antiseptic, i-am introduce germeii infecțioși.

La prima ocazie voi încerca spălături uterine cu apă oxigenată, cu saț fără răzuirea mucoasei. Sunt sigur că efectul va fi bun, dându-se frumoșele rezultate ce am obținut în alte plăgi chirurgicale, complicate de septicemie.

Chestiunea răzuirei uterului are un istoric destul de important. Acesta m'a și determinat a face un memoriu asupra ei și din care voi reproduce părți mai principale. La urmă voi da un tablou de rezultatul obținut în 200 casuri de răzuiri ce am practicat în serviciul meu, lăsând la o parte multe altele făcute în diverse timpuri și în oraș. Aceste 200 casuri le-am ales ca fiind exclusiv tratate numai prin această metodă, pe care am adoptat-o și anume: *răzuirea combinată cu abstersiune și irigațiune cu clorur de zinc 10 0/0*.

Sciut este că Recamier în 1846, a avut curajul — într-o epocă când antisepsia nu era născută — să îndrăsnescă, cu un instrument tăios sub formă de lingură, să intre în cavitatea uterină și să smulgă, distrugând pe cât posibil producțiunile morbide, cari sub formă de fungosități întrețin această bolă rebelă.

Ca ori-ce operațiune nouă, răzuirea uterului a produs o impresiune profundă în lumea medicală, atrăgând asupra ei spiritul contradictoriu al multor confrăți. Cu toate acestea, chirurșii ca Cloquet, Aran, Follin și mai ales Nelaton, încetul cu încetul se convinseseră de eficacitatea invențiunei, și nu puțin contribuieră la vulgarizarea sa. Lucru însă foarte curios: pe când Richet, Maisonneuve, Demarquez și cu Follin — pe lângă autorii citați — publicară mai multe casuri de răzuiri uterine făcute cu foarte mare succes, când ăic, această operațiune era pe punctul de a căpăta sufragiu universal, de odată în 1860 nimeni nu mai vorbește de dînsa. Lumea medicală se înspăimântă de câte-va casuri mortale, datorite fie unei perforațiuni a uterului, a unei flegmasii a anexelor, saț a unei peritonite generalisate. Acestă serie neagră descurajază pe cei mai mulți, așa că abia vedem ici coela câte un chirurg vorbind de răzuire, în mod sficios, până când în cele din urmă dînsa încetază de a mai fi nu practică, dar nici menționată. Epitete ca operațiune îndrăsnită, barbară, escentrică, mortală, etc., sunt aruncate cu profusiune de inimicii acestei operațiuni, cari reușesc a o exclude din terapeutica endometritelor.

În Germania însă dînsa este reluată, și grație autorității



ginecologilor de talia lui Simon, Olshausen, Hegar, Kaltembach, Marion Sims, Schroeder, Fritsch și alții, răzuirea uterului se găsește răsbunată de disprețul celor unde se născuse. Și maximum răsbunării este când, în 1886 răzuirea uterului se apoteozază în Franța, fiind susținută cu multă căldură de Pozzi, Terrillon, Doleris, Charpantier, Poulet, Siredey, Sinety, Tillaux, Cusco și de toți chirurgii timpului.

Chestiunea este adusă și discutată în toate societățile savante, nu numai în Franța, dar chiar în Belgia, Elveția, Rusia, Anglia și America. Cu această ocaziune, puindu-se adevăratele baze ale acestei operațiuni, s'a stabilit în mod precis indicațiunile și contra-indicațiunile sale.

Mai cu deosebire răzuirea uterului era interzisă când anele erau deja bolnave, susținându-se că prin răzuire se poate aprinde o inflamațiune cronică dormitândă. Dar acesta în mod indirect, însemna o abrogare deghisată, căci casurile sunt escesiv de rari, în cari o inflamațiune a uterului să fie exclusiv de sine stătătoare, fără răsnet asupra trompelor ori ovarelor. Contra acestei obiecțiuni — a priori destul de serioasă — s'a ridicat Valton din Bruxel, care printr'un raționament logic susține că, tocmai în asemenea casuri trebuie recurs la răzuire, căci prin dilatațiunea gâtului uterin, nu numai că se înlesnesce scurgerea produselor patogene, dar prin faptul abraziunii fongosităților se deschid tot de odată vasele limfatice, prin mijlocul cărora agenții anti-septici putând fi absorbiți, au ocaziunea să distrugă efectele microbilor așezați în locuri depărtate, ca trompe, ovar, parametru etc. Cât privește cea-l'altă obiecțiune, că prin răzuire s'ar distruge mucósa uterului și ast-fel în locul său ar rămâne un țesut celulo-conjunctiv cu caracterele unei cicatrice inodulare, al cărui efect ar fi o atresie a cavității uterine, faptul e nefondat. În adevăr, nimeni nu poate să-și închipuiască o răzuire atâta de profundă și completă, în cât să determine ridicarea absolută și totală a mucósei uterine. Și din nenorocire, chiar acest lucru constituie un punct negru al răzuirei, căci el ne explică recidivele, din cauza ridicării incomplete a mucósei. Pe de altă parte istologia a probat, că e destul prezența unei porțiuni cât de mică rămasă din mucósă, pentru a servi la o regenerare totală. Deci nu aci este partea slabă a răzuirei. Dînsa se găsește în cercetările istologilor și în special ale lui Cornil, care a arătat că cuibul adevărat al bólei nu este atât mucósa cât fundurile de sac glandulare. Dar aceste funduri de sac sunt foarte profund situate, vârîte fiind chiar între



fibrelle musculare, așa că ori cât de puternică și tenace ar fi răzuirea, totuși bóla nu este atacată în adevăratul său domiciliu.

Tot istologia a arătat, că regenerarea mucósei este asigurată prin conservarea glandelor uterine. Decî iată adevărata și cea mai serioasă obiecțiune a răzuirei. Presupunind chiar distrugerea totală a întregii mucóse, încă n'am făcut nimic, căci bóla se găsesce mult mai adânc. Dînsa locuesce fundurile de sac glandulare, cari prin situațiunea și numărul lor considerabil, sunt în afară de acțiunea ori căruia instrument și decî capabile a desfide totul.

Conduși de această idee, unii autori dar în special Polalion și Dumontpalier, au înlocuit răzuirea printr'o substanță caustică din cele mai puternice și anume prin clorur de zinc amestecat cu făină de seară, cunoscută sub numele de pasta de Canquoin. Mijlocul acesta escesiv de energic a reușit în adevăr să determine o distrugere absolută și totală a mucósei, dar cu rezultate desastroúse. S'a constatat atresii complete a cavității uterine, rezultate din producerea unui țesut cicatricial permanent și definitiv. Și cu toate acestea recidivele încă n'au putut fi nimicite. A rămas însă lucrul demonstrat, că dintre toate causticele, clorurul de zinc ar fi cel mai eficace, atât contra gonococilor cât și a toxinelor, cari după toate probabilitățile sunt cauza acestor inflamațiuni rebele.

Acésta constituie metoda lui *Rheinstoedter* și *Broese*, cari în 1886 au reușit să o vulgarizeze prin numeroúsele succese ce ar fi obținut. Metóda constă a introduce în cavitatea uterină un instrument, avînd în vârful său vată muiată în clorur de zinc 50% cu care se face abstersiunea, căutându-se a se atinge fundul úterului, precum și toate punctele suprafeții cavității sale. Operațiunea se repetă odată sau de 2 ori pe săptămână, în mai multe ședințe, după indicațiuni. Autorii susțin că întrebunțînd metoda lor, nu mai e trebuința de nici o răzuire.

Noi fără a fi contra acestei metode, o credem însă insuficientă, atunci când mucósa uterină e provădută de numeroúse și serioúse fongosități. De aceia am adoptat metoda mixtă, care constă în răzuirea prealabilă a mucósei, urmată apoi de injecțiuni sau mai bine de adevărate spălături cu clorur de zinc. La început am făcut aceste spălături cu soluțiuni escesiv de concentrate și anume 50% în cantități de 200—300 grame, printr'o sondă uterină cu dublu curent. Fenomenul cel mai important pe care l'am constatat, a fost emoragii secundare; de aceea trep-

tat am diminuat dosa până când am ajuns la minimum clorul de zinc 10 gr., apă 100 gr. Acastă metódă am întrebuințat'o nu numai în endometritele emoragice, unde operațiunea este absolut suverană, dar chiar și în metritele cronice. Este sciut din punctul de vedere clinic, că endometritele emoragice sunt întreținute de prezența unor fongosități de formă și volum variabil, aflate pe mucósa uterină. Dar aceste fongosități prin nimic nu se pot distruge mai sigur de cât prin răzuire, care urmată de irigațiuni și abstersiuni cu clorur de zinc, ne dá rezultate sigure și definitive. Dar și în cele-l'alte forme de metrite cronice, unde réul e mult mai profund, precum și în casuri de retențiunii placentare și chiar infecțiunii puerperale, răzuirea urmată de spălăturile și abstersiunile cu clorur de zinc, ne-aũ dat rezultate satisfăcătoare, înlesnind absorbțiunea acestui liquid de tóte anfractuositățile și adâncimele părților bolnave. Proportiunea de 10% neavând putere escarificantă ci numai microbicidă, o credem cea mai sigură pentru scopul urmărit. Nu insistăm a descri în tóte detaliile modul răzuirei uterului. Reproduc însă un resumat din raportul meu științific anual, ce se găsește imprimat în Analele Eforiei, 1898.

„Metóda ce întrebuințăm în răzuirile uterului, ne este proprie. Dînsa constă în dilatarea extemporanee a orificiilor colului prin dilatatorul trivalv Scanzoni. După ridicarea produselor patologice; facem spălături intra-uterine cu sublimat  $\frac{1}{1000}$  prin mijlocul sondei Doléris. Preferăm această sondă, căci prin ea producem o dilatare fórte mare a gâtului uterin, prin care, în timpul spălăturilor, ies tóte lambourile de mucósă de orî-ce volum ar fi. După ácéta facem injecții cu o siringă de pansament în cantitate de 200 gr. cu o soluție de clorur zinc de  $\frac{10}{100}$ . Acastă injecție se practică iarăși prin acea sondă intra-uterină. Din noũ apoi spălături cu sublimat. Scoțîndu-se sonda intra-uterină, se face abstersiunea (écouvillonnage) cu ajutorul isterometrului învélit în vată și muat în clorur de zinc  $\frac{10}{100}$ .

Operația se termină întroducîndu-se o lungă bandeletă de tifon iodoformat în cavitate spre a servi ca drenaj. Pansamentul constă în punerea în vagin a câtor-va tampóne moderate de tifon iodoformat și un bandaj în T între cópse; în fața vaginului, vată multă. La tóte bolnavele, avem obiceiul ca imediat după operație, să le aplicăm urgent mercurial belladonat pe abdomen, pe de asupra guta-percă, apoi vată și un bandaj.

Mésurile chirurgicale înainte de operație sunt: antiseptisarea

complectă a vaginului prin spălături zilnice cu sublimat și băi generale. În ziua operației se rade tot părul organelor genitale.

După operație pansamentul se lasă în loc 48 ore. Atunci se scote bandeleta iodoformată. De aci în colo nu se fac de cât simple spălături cu sublimat, fără tamponarea vaginului. Bolnavele după 10 maximum 15 zile, părăsesc serviciul.

Resultatul acestei operațiuni diferă. E suveran în endometritele emoragice, satisfăcător în metritele eatarale și mai slab în cele purulente. Dar această din urmă formă fiind excesiv de rară, rămâne stabilit, că răzuirea uterului aduce folose reale bolnavelor, în ceia ce privește diferitele secrețiuni anormale.

Eficacitatea răzuirilor nu o cunoșcem în detaliu. Ar trebui bolnavele urmărite mult timp; dar acesta nu se poate într'un spital. Când inflamațiunile uterului se însoțesc de prinderea anexelor, raclajul are un efect iluzoriu asupra lor. E adevărat, că bolnavele cât stau în spital simt o forțe mare ameliorare în durerile din anexe; dar acesta o credem mai puțin a fi rezultatul răzuirei uterului, decât al repausului și al unei îngrijiri atente. Se scie, că Répin din Geneva a susținut, că raclajul are efect salutar asupra anexitelor, prin faptul absorbțiunei liquidelor antiseptice prin mijlocul limfaticelor, sau chiar mucósei uterine. Lucrul e probabil, dar noi nu suntem pe deplin convinși.

Dar dacă în asemenea casuri răzuirea nu aduce mult folos, trebuie să fim cu multă luare aminte, ca prin ea să nu provocăm desvoltare de anexite. Nimic în adevăr mai ușor de cât desvoltare de infecțiuni secundare, în urma unei răzuiri rău făcute și mai ales rău îngrijite. Cu precauțiuni mari antiseptice nu e nimic de temut. Am căutat să ținem un registru a parte de răzuirile ce am făcut de la deschiderea serviciului, 5 Februarie 1895 până în present 1898. În acest interval am practicat 162 raclajuri. Tóte bolnavele în momenteleșirei din spital au fost mulțămite. Dar importanța stă în urmărirea lor, pentru a vedea dacă ameliorările sau vindecările obținute prin raclaj s'au menținut, sau au fost trecătoare. Scopul nu ni s'a îndeplinit în totul. Cu tóte acestea, posedăm un óre-care număr de bolnave, cari au revenit declarându-ne satisfacțiunea lor mai ales că au rămas gravide. Ele se gasesc în condicile de operație, ce există în serviciu. Este incontestabil, că aceste bolnave având în general profesiunea de servitoare, ele nu se pot menaja să aibă îngrijirile igienice ca femeile din societate. De aci și recidivele ce une-ori se observă, trebuie atribuite acestor casuri.



Iată acum tabloul tutului răzuirilor ce am făcut până în prezent 1899, și cari se urcă la cifra de 200. Acest tablou însă îl voi imprimă la finele lucrării, dacă vom avea timpul necesar și dacă creșterea volumului nu va lua proporție prea mare.

### Tratamentul metritelor gâtului uterin.

Din cauza dispozițiunii fibrelor musculare ale acestui organ constituind arborele vieței, mucósa cervicală străbate prin toate aceste ramuri, infiltrându-se deci la adâncimi destul de pronunțate. Prin urmare răzuirea gâtului uterin este aproape fără efect, de óre ce lingura nu póte lucra de cât pe crestele acestui arbore; mucósa interpusă între ramuri rămâne neatinsă.

De aceea majoritatea autorilor se abțin de la răzuire, ca ne fiind eficace, saú cel mult reprezentând o muncă zadarnică. Ols-hausen și Fritsch susțin, că raclagiul gâtului uterin nu dă nici un rezultat, lingura nu atacă de cât crestele arborelui vieței ea lasă părțile mucósei, ascunsă între aceste creste, neatinsă. Voind deci să intervenim în mod chirurgical, singura operație logică și care s'a recomandat, este extirparea directă și totală a mucósei cervicale. Acésta constituie *operațiunea lui Schroeder*, care cel d'întâiu a preconisat și a pus în practică acésta idee.

Există mai multe procedee pentru extirparea mucósei cervicale. Dar iată mai întâiu în ce constă operația lui Schroeder. Femeia e pusă în poziția dorso-sacrală. După antisepsia perfectă a vaginului, apucăm buza anterioară a colului cu o pensă dințată. Cu bisturiul saú cu fórfecele, spintecăm și de o parte și de alta ambele comisuri ale colului, până la fundul de sac posterior al vaginului, exclusiv. Atunci ridicăm în sus cu pensa buza anterioară a colului, ast-fel ca suprafața mucósei cervicale să fie manifest pusă în fața ochilor noștri. Punem bisturiul la o distanță de 2—3 m. m. de baza lamboului și tragem o secțiune transversală de la un capăt la altul al mucósei cervicale. Aplicăm apoi vârful bisturiului pe una din extremități și cautam a ne dirige înainte către marginea liberă a buzei colului, căutând a rotunji incisiunea, până ce treptat ajungem la cea altă extremitate a incisiei transversale. Cu modul acesta am capatat o incisie semi-circulară având o bază transversală. Procedăm la disecțiunea mucósei conform traseului și căutam a o ridica în totalitatea ei, mergând până la stratul muscular.

După extirparea mucósei cervicale, ne rămâne o largă su-



prafață sângerândă compusă din două lambouri: Unul cervical, scurt și rigid, rezultat din secțiunea transversală a mucóseii, iar altul lung vaginal, móle și flotant, format din întreaga buză anterioră a colului. Reunim prin suturi apropiate marginile acestor

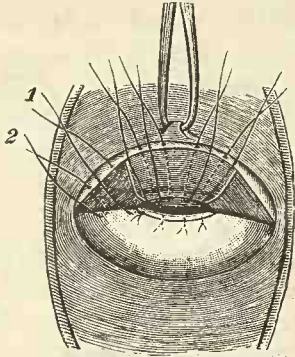


Fig. 42. Operația lui Schroeder.  
1. 2. Firele comisurilor.

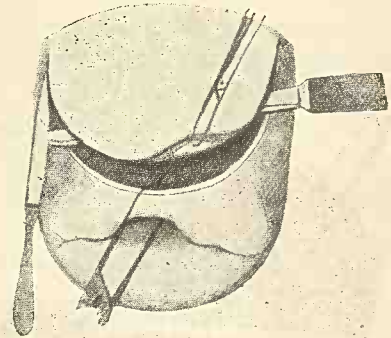


Fig. 43. Procedeeul Dr. I. Kiriac  
în operația lui Schroeder. Timpul I  
(personală).

două lambouri și operația e terminată. Dacă credem necesar, facem întocmai acelaș lucru și pe buza posterioară a colului. Unii adaogă 1-2 puncte separate pe comisuri. Vezi Fig. 42 luată din Martin.

Acastă operație foarte ingenioasă se practică în mod curent. Eă am aplicat-o în mai multe casuri cu frumos succes, introducând însă unele modificări.

Mă întâiū avem faptul că ne găsim în fața a două lambouri foarte disproporționate: unul cervical scurt și altul vaginal enorm de lung. Lăsând la o parte că afrontarea e dificilă — ceia-ce a îndemnat și pe alții la diferite moduri de punerea suturilor — dar chiar de am reuși, se produce totuși, în momentul lipirei marginii libere a lamboului vaginal de cel cervical un sul destul de larg; păreții săi nu se pot apropia: stofa este prea mare în lamboul vaginal. Pentru acesta eă am modificat procedeul precum urmază. Principiul constă în a scurta puțin lamboul vaginal.

Iată cum procedez: În loc de a ridica buza anterioră după spintecarea comisurilor, din contră o trag în jos și înainte către vulvă. Atunci aplic bisturiul la o distanță convenabilă de marginea buzei, și trag o incisie de la o extremitate la alta pe

suprafața vaginală a colului. Incep disecția mergând în adâncime spre a mă apropia de mucosă și a nu rămâne în grosimea muschiului, de și la rigóre acesta n'ar presenta nici un inconvenient, ba din contră e chiar de preferat. În ori-ce cas merg cu disecția până la o distanță convenabilă și până ce reușesc a ridica atâta suprafață din mucosă câtă doresc. Ajuns la rădăcina buzei, secționez cu bisturiul lamboul de mucosă. Acesta formeză timpul II.

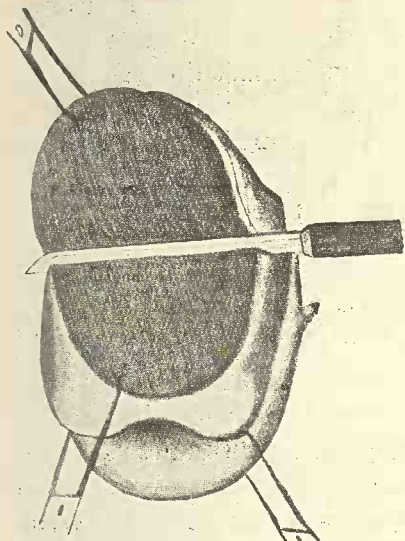


Fig. 44. Procedul Dr. I. Kiriac în operația lui Schroeder. Timpul II (personală).

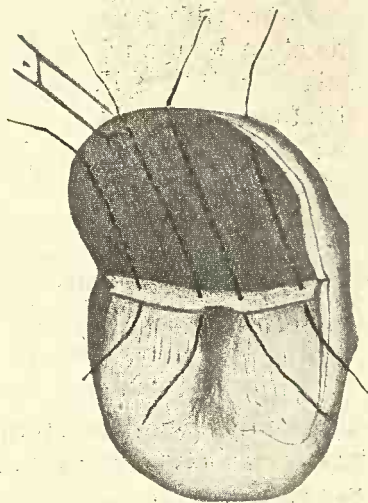


Fig. 45. Procedul Dr. I. Kiriac în operația lui Schroeder. Timpul III (personală).

Prin urmare, întâia deosebire de procedul Schroeder constă că, ridicarea mucosăi o fac cu totul invers și printr'o simplă incisiune. Cu alte cuvinte eū merg de din afară înăuntru și de din nainte înapoi, scurtând în acelaș timp lamboul anterior. Acesta se va coapta mai ușor, putându-se apropia de porțiunea cervicală fără îndoitură saū sul. În timpul III aplicăm suturile.

Daca vom să repetăm operația și pe buza posterioară a colului, vom procede bine înțeles în mod invers și anume: Comisurile fiind despicate, apucăm cu pensa de marginea liberă a buzei și o ridicăm în sus, ast-fel ca să privim suprafața sa vaginală, cea mucosă privind către orificiul colului. Aplicăm apoi

bisturiul la óre-care distanță de marginea liberă și tragem o incisie puțin rotundă de la o extremitate la alta, căutând a ne apropia de mucósa cervicală. Mergem tăind până la basa lamboului, când ridicând ceea-ce am disecat, operația e terminată prin coaptarea cuvenită cu ajutorul firelor necesari. Prin urmare aci confecționăm lamboul ca și pe cel anterior, cu deosebire că lucrăm de sus în jos, însă tot de din afară înăuntru și de d'inainte înapoi.

În fig. 43, 44 și 45 se vede în schemă procedeul nostru.

II. **Procedeul Bouilly.** După ce se ridică mucósa cervicală printr'un lamboi dreptunghiular, se oprește cu avivarea în dreptul comisurilor. El face acésta pentru a se opune unei retractiuni cicatriciale a lambourilor, ce a fost incriminată de uni, ea fiind capabilă să producă coarctarea orificiului extern al colului.

III. În cazul însă când întregul parenchim al colului e profund alterat; atunci când totul e copleșit de degenerescența kistică și o hipertrofie demăsurată, singurul lucru rămâne extirparea completă a organului.

**Amputația porțiunei vaginale** a colului a fost deja preconisată de Lisfranc; pentru acésta operația și pórtă numele său. Braum din Viena a patronat fórté mult acésta operație, aplicându-o nu numai pentru bóle directe ale colului, ci și pentru hipertrofiile uterine. S'a demonstrat că supresiunea colului vaginal, are o acțiune fórté bine-făcătoare asupra descreșterei volumului uterin.

De și s'a obiectat că acésta amputație să nu se facă cu ansa galvanică căci ar da naștere la stenose, totuși e în fórté multe casuri am recurs la amputația prin electricitate, fără să fi observat absolut nici un inconvenient. Operația o fac ast-fel: Trag colul în jos și înainte cu o pensă dințată, și aplic firul la o mică distanță de fundurile de sac. Resecția e perfectă; dînsa are forma unui con cu vârful înapoi și baza înainte. Operația e cu totul exangă.

Mulți însă preferă **procedeul lui Simon.** El nu diferă întru nimic de operația lui Schroeder. Deosebirea este că, în loc de a ridica numai mucósa cervicală, scótem împreună cu dînsa întregul țesut muscular al colului. Prin urmare, după extirpare lamboul vaginal nu rămâne format de cât din mucósa sa externă. Marginea sa liberă o reunim cu aceia a lamboului cervical, fie prin suturi obișnuite, sași prin cele sub-intrante recomandate de noi.

**Operația lui Emmet.** Acest autor a dezvoltat o activitate colosală, pentru a arăta că singura sorginte a tuturor infecțiilor uterine, constă în rupturile colului, consecutive facerilor sași avorturilor. Buzele acestui col cicatrizându-se separat, lasă deschis în mod fórté larg



văr endometrita se datorește prezenței cancerului aflat la gâtul uterului, sau e cu totul anterioară și independentă de dînsul recunoscînd cauze diferite. Noi înclinăm mai mult către ultimul punct. Este știut că în majoritatea cazurilor, cancerul se dezvoltă pe femeii cari deja au făcut mai mulți copii, cari au fost bolnave de diferite inflamațiuni a organelor genitale și deci vechi endometritice. Dealt-fel, dacă s'ar adevăra că endometrita este direct provocată de iritațiunea cancerului gâtului uterin, atunci lucrul ar deveni destul de grav, din două puncte de vedere: primo, un argument de propagațiune a acestui neoplasm la corp; secundo predispozițiunea endometritei pentru cancer. Dar acésta ar confirma că inflamațiunea forméază și ar fi cel mai bun așternut al oricărei infecțiuni și prin urmare și al cancerului. Ambele suposițiuni însă nu sunt demonstrate.

Resumând cele diuse ne rămîne convingerea, că pînă la proba contrarie cancerul gâtului uterin nu se propagă la corpul uterin.

Considerațiunile acestea au jucat și jocă încă și azi cel mai mare rol în tratamentul acestei afecțiuni. S'a căutat să se probeze inutilitatea extirpării întregului organ, cînd ar fi suficient numai aceea a părții coplesite, adică a gâtului iar nu și a corpului uterin.

La rigóre e posibil ca o asemenea propagațiune să se întindă și la corpul uterului; dar acésta nu s'ar putea produce de cât după un timp foarte îndelungat. Avem însă credința, că dacă fenomenul nu se realizéază, este că bolnavele mor mai înainte de a-și putea infecta și corpul uterului. Cu tóte acestea câte-va observațiuni mi-au probat contrariul. Totuși Ruge și Veit împreună cu Schroeder, au stabilit că, în casurile de cancer plecînd de la buza externă a colului, nu există exemplu de cancer simultaneu și al corpului uterin.

Trecînd peste acésta chestiune, să vedem care este modul obicînit prin care cancerul se propagă la organele vecine.

Am arătat că tendința iresistibilă, cel puțin a formei infiltrate și vegetante, este de a polifera la suprafațe și către exterior. Prin urmare cel d'întăi organ ce va suferi de consecințele invasiunii neoplasmului, va fi vaginul. Grație acestei proliferațiuni centrifuge și extensiune în suprafață, părțile vaginalli pot fi coplesite direct și în mod treptat de cotropirea acestor exuberente epiteliale. Une-orî distrugerea începe prin mucósa externă a colului. Dînsa treptat de la buzele orificiului merge pînă la fundu-



rile de sac ale vaginului; de acolo printr'un proces retrograd se întinde pe părțile anterior, posterior și chiar cei laterali ai vaginului. S'a vădut casuri de o copleșire împinsă în așa grad, în cât fongositățile canceróse nu numai că umpleau întregul vagin, dar ieșeau chiar afară din vulvă. Modul însă cel mai obicinuít este ca invasiunea să se mărginescă numai pe mucósa externă a colului, oprindu-se la fundurile de sac. Un alt cas de copleșire a vaginului — care constituie între altele o probă evidentă de puterea de inoculațiune a cancerului — este când vaginul se inoculează just în punctul și pe o porțiune limitată ce vine în contact cu buza corespondentă canceróasă a colului.

Acésta represintă o adevărată grefare a neoplasmului. De obicei lucrul se constată pe părțile posterior al vaginului. Examinând cu degetul și convingându-ne de acest fapt, constătam cu surprisă că porțiunea dintre inoculațiunea vaginală și fundurile de sac sunt cu totul libere, ne-atacate. Un asemenea caz tip am observat asupra unei femei. Dînsa avînd un cancer înaintat al colului, poseda o producțiune neoplasică fongósă pe părțile posterior al vaginului, drept la nivelul punctului de contact ce se stabilise cu buza anterioră canceróasă a colului. Tot teritoriul de la orificiul extern până la fundurile de sac era liber.

Forma infiltrată a cancerului are și dînsa proprietatea a ataca vaginul, dacă producțiunea țesutului conjunctiv îi permite a lua forma fongósă. În cazul contrariu, rămîind adică în stare schirósă saú de infiltrațiune difusă, vaginul scapă de copleșire; neoplasmul nu are tendința a se propaga în părțile și organele mai profunde.

Cât pentru forma ulceróasă cavitară, tendința sa după cum am arătat, nu este atît a ataca vaginul cât a róde și distruge buzele colului; dînsa forméază acea ulcerațiune vastă și profundă, cu posibilitatea a străbate chiar în interiorul cavităței uterine.

Odată ce fundurile de sac vaginale sunt copleșite, propagațiunea neoplasmului merge de atacă țesutul celulo-conjunctiv al basinului. Invasiunea începe de la baza ligamentelor largi: de aci treptat înaintéază în tóte direcțiunile până ce ajunge a forma o adevărată gangă retractilă. Dînsa înconjóră vase, nervi, ligamentele largi și tot țesutul celulo-conjunctiv al micului basin: ea deforméază tóte organele aflate într'însul. Fundul de sac al cavităței lui Douglas este aprópe șters prin sudarea foițelor peritoneale. Úterul deformat și tras înapoi de aceste frîne fibróse, este vîrit și ghemuit în mica cavitate a basinului ca și cum ar fi

turnat într'o masă de gips. În timpul acesta infecțiunea vaselor limfatice este la apogeul lor. Ca rezultat avem prinderea ganglionilor pelvienți; dînșii prin volumul și consistența lor cartilaginósă precum și prin numeroasele aderențe, nu numai că se opun la orî-ce operație radicală, dar contribue la exaltarea durerilor și a diferitelor compresii vasculare. În această periódă bolnavele sunt în prada celei mai teribile suferințe; ele sunt datorite invasiunii nervilor obturatorî, a sciaticului și a tuturilor rîmurilor emergente, sau cel puțin a constrictiunii lor de acea masă fibrósă și retractilă. În orî-ce cas efectul e același: producțiune de dureri exasperante și excruciante. Aceste dureri din basin se prelungesc în cîmpse și alte regiuni; contra lor nimic nu triumfă orî câte injecții de morfină am face. Tot în urma acestuî factor de compresie și invasiune a vaselor și venelor aflate în micul basin, se datorează edemurile ce se observă pe vulvă, iar une-orî pe întregul membru inferior. Această constituie *flegmatia alba dolens*. Dînsa ne arată ultimul grad nenorocit al cancerului.

S'a susținut de unî că mai cu deosebire în forma ulcerósă cavitară, neoplasmul în mersul său distructiv e capabil a determina o distrugere complectă a întreguluî pîrete uterin, și să-și facă invasiunea chiar în cavitatea peritoneală. Nu numai că lucrul acesta e rar — căci din norocire bolnavele mor înainte ca el să se efectueze — dar în orî-ce cas, peritoneul resistă foarte mult grație unei inflamațiuni precoce adese. Prin acest proces, cele două foi puindu-se în contact și reunindu-se, se forméză un obstacol puternic contra progresuluî cancerului în această cavitate. Nu este însă mai puțin adevărat, că fenomene de peritonită se declară: ele sunt cari, adăogînd durerea lor la cele-l'alte născute din invasiunea, constrictiunea și compresiunea nervilor, fac viața bolnavei și mai intolerabilă și mai exasperantă.

Relativ la aceste dureri trebuie să recunoscem că dînsele, în afară de orî-ce propagațiune de care am vorbit, pot să recunoscă drept cauză unică inflamațiunea anexelor. Am avut un cas foarte demonstrativ în această privință: el e relativ la o femeie din Târgoviște ce am avut în sanatoriul meu. Pe această femeie, ce avea un cancer foarte înaintat al gâtuluî uterin, n'am putut constata asupra ei nici o infiltrațiune în basin precum nici un edem în vulvă sau membre; totuși se plîngea de nisece dureri extraordinari de mari. Ele și-aveau sediul just în ambele fose-iliace. Am bănuir că suntan exele în joc — de și prin examenul bimanual nu le-am putut simți fiind situate prea sus. Bănuiala a fost ve-

rificată prin operațiunea ce i-am practicat. În adevăr, făcând laparatomia, am constatat un uter foarte voluminos; în acelaș timp însă anexele erau așa de aderente între ele și cu părțile vecine, în cât mi-a trebuit o luptă mare și îndelungată pentru a le aduce în plagă și a le extirpa. Voind a-i face după aceia isterectomia abdominală totală, am procedat la extirparea uterului. Acastă însă a prelungit destul de mult operația. A doua zi de dimineață, bolnava a sucombat în totă plenitudinea cunoscințelor sale. Probabil, cauza morței a fost starea de slăbiciune înaintată a bolnavei. Dînsa n'a putut rezista unui șoc operator atât de mare ce a determinat o asemenea operațiune obositoare.

Celelalte organe vecine ce pot fi copleșite de propagarea cancerului sunt: bășica udului, rectul și ureterele.

Rectul e mai adăpostit contra acestei invasiuni; cel puțin perforațiunile sale și stabilirea de fistule recto-vaginale se observă în mod excepțional. Din contră, bășica — grație situațiunei sale — este mult mai des atinsă de cancer, fie direct prin străbaterea acestuia prin fundul de sac anterior, fie prin distrugerea despărțitōrei vesico-vaginale. Consecințele sunt dezastrōse: nu numai stabilirea unei largi fistule vesico-vaginale măresce fetiditatea secrețiunilor, dar se adaugă exulcerațiunii, eczeme și iritațiunii a organelor genitale externe. Pe lângă acesta avem infecțiunea directă a mucōsei vesicale ce se pune în contact intim cu produsele neoplasmice. De aci cistite rebele și incurabile, nefrita ascendentă, etc. Din norocire această stare degradatōre și umilitōre nu durază mult; bolnava deja se află către sfârșitul său.

Dar o leziune pe atât de insidiōsă cât și de importantă este de sigur și aceea a ureterelor. Dînsese, la extremitatea lor inferiōră fiind foarte aprōpe de gâtul uterului — distanța ce le separă nefiind mai mare de 1—2 centimetri — adesea sunt atinse mai înainte ca orî-ce alt organ. Invasiunea constă în aceea că țesutul conjunctiv din prejur sclerosându-se, încolăcesce ureterele căutând ca și cum ar voi să le stranguleze. Din această micșorare gradată a lumenului lor, fără ca nici o dată să fie complet obstruate, rezultă o jenă în cursul urinei. Dar liquidul neputînd avea liberă trecere în bășică, se va acumula din ce în ce d'asupra acestui obstacol; el va determina ca o consecință fatală dilatațiunea ureterei, în punctele situate d'asupra stricturei. Acastă dilatațiune însă este mai mult pasivă fiind consecința unei atrofii a fibrelor musculare. Resultatul final este că treptat, întrēga ureteră până la basinetele suferă o distensiune așa de mare, în cât capătă un

orificiul colului, prin care ușor se pot introduce toți germeni patogeni posibili. De aceea, pentru a remedia acestui lucru, autorul a propus reconstituirea marginilor rupte ale colului. Intervențiunea poartă numele de *operația lui Emmet*. Acastă operație e tot ce poate fi mai simplu. Escisăm din fie-care buză a comisurii colului ce este ruptă, câte un lamboi din mucosa cervicală, producând

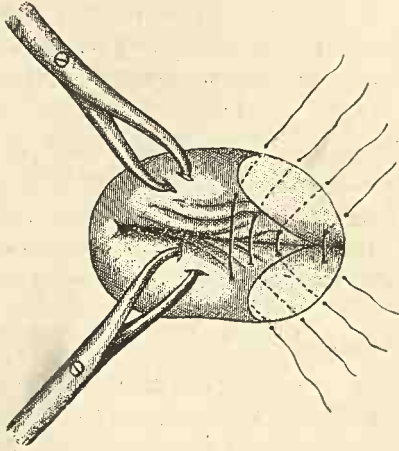


Fig. 46. Operațiunea lui Emmet (trachelorrhaphie).

ast-fel o suprafață sângerândă destul de convenabilă. Dupe acesta, coaptăm ambele buze prin câte-va puncte de sutură și totul e terminat. Fig. 46 luată din Pozzi arată acastă operațiune.

## CHESTIONAR

**Metritele în general.** Considerațiuni generale. Inflamația uterului prin situațiunea sa, prin destinațiune, formă și constituția sa. Diviziunea metritelor. Diviziune după fenomenele clinice: metrita catarală, emoragică, purulentă. Diviziune după cauze: metrita gravidității, puerperală, blenoragică, traumatică, a frigore, etc. După diateze: artritică, erpetică, sifilitică, scrofuloasă și tuberculoasă. Diviziunea metritelor din punctul de vedere macroscopic: metrita ulceroasă, granulosoasă, poliposoasă, fongosoasă, etc. Diviziunea anatomică a metritelor: metrita gâtului și metrita corpului uterin. Clasificarea metritelor: mucosoasă, glandulară, intersticială și parenchimatosoasă. . . . . pag.263—269



I) Endometrita cronică mucosă. Considerațiuni anatomice asupra mucosei uterine. Dermul său corionul mucosei. Anatomia patologică. Aspectul și culorea mucosei uterine. Modificările ce încercă mucosa în această afecțiune. Diferite tipuri de fongosități. Cause . . pag. 269—273

II) Endometrita cronică glandulară. Considerațiuni anatomice a glandelor uterine. Leziunile anatomo-patologice ale acestei afecțiuni. Alterațiunea glandelor după cercetările lui Ruge: ipertrofie și hiperplasia glandulară. Descripțiunea și formele acestor alterațiuni. Opiniunile autorilor asupra hiperplasiai glandulare. Opiniunea lui Schroeder și Delbet. Diferite discuțiuni . . . . . „ 273—276

III) Endometrita cronică intersticială. Caractere. Descripțiunea, cauzele. IV) Endometrita parenchimatósă. Considerațiuni generale asupra anatomiei uterului. Descrierea acestor metrite. Caractere. Iper-trofia uterină în această afecțiune. Causa acestei ipertrofii. Opiniunile diferiților autori. Perióda de infiltrațiune și de indurațiune în metrita parenchimatósă. Caracterele acestor perióde. Aspectul uterului. Iper-trofie extrinsecă și intrinsecă. Caractere . . . . . „ 276—282

Endometrita gâtului uterin. Considerațiuni anatomice. Elementele constitutive. Disposițiunea fibrelor musculare. Arborele vieței. Mucosa și corpul gâtului uterin. Leziunile macroscopice ale mucosei și ale parenchimatului. Aspectul și culorea mucosei. Caractere. Ce se numește cervicita? Cervicita glandulară. Caractere. Polipi glandulari. Simptome. Ulcerațiunile gâtului uterin. Diferite teorii: teoria ero-siunii incomplete a corpului mucos a lui Malpighi; teoria ectropio-nului mucosei cervicale, teoria anomaliei congenitală. Reprezentanța acestor teorii. Argumentele aduse de diferiți autori pentru susținerea acestor teorii. Caracterele ulcerațiunilor erpetice, scrofulóse, sifilitice și canceróse . . . . . „ 282—290

Etiologia și patogenia metritelor. Causa endometritei puerperale. Diferite opinii. Condițiunile de îndeplinit a acestei metrite în cas de a fi infecțiosă: microbul și inoculațiunile. Auto-infecțiunea și etero-infecțiunea Metrita deciduală. Endometrita nepuerperală. Rolul gonococului lui Neiser. Diferite cercetări. Obstacolul gonococului de a străbate în uter.

Endometrita parenchimatósă, cauze. Opinia lui Lawson Tait . . . . . „ 291—295

Simptomele. Metrita acută. fenomene generale și locale. Sem-nul lui Courty. Starea uterului. Metrita cronică. Turburări funcționale. Leucorea. Caractere. Turburările în menstruație. Caractere. Disme-noree, amenoree. Emoragiile. Menoragia. Metroragia. Semnificare. Simp-tomele obiective; durerea, semnificarea acestui simptom. Durerile simpatice. Explicațiunea. Consecințe. Facies uterin. Simptomele ob-jective: funcționale și fizice . . . . . „ 295—301

Diagnosticul. Punctele principale, dacă avem metrită, care-i forma și cum se poate separa de alte bóle a organelor vecine. Ulce-rațiuni idiopatice. Diferite opinii. Ulcerațiuni benigne, neaplasice și specifice. Caractere distinctive

Etiologia și patogenia metritelor. Teoria microbieniă. Endome-ritra puerperală. Cause. Cercetările moderne asupra naturei micro-biene a acestei afecțiuni. Diferite inoculațiuni. Endometrita ne-puer-

perală. Cause. Cercetările diferiților autori. Opiniuni. Endometrita parenchimatósă. Cause. Simptome funcționale, subiective și obiective.	
Caractere. Turburări menstruale. Emoragii . . . . .	pag. 301—315
Diagnosticul, semne diferențiale între metrite, Semnul lui Spiegelberg. Prognosticul și tratamentul. Diferite metode și principii de tratament. Metóda autorului. Operația lui Schroeder și Emmet.	
Procedeul autorului . . . . .	„ 315—319

## Cap. VII. Tumorile uterului.

Acestate se divid în trei categorii: *tumori lichide, gazóse și solide.*

Primele două categorii sunt mai adesea rezultatul unor vițuri de conformațiune congenitală. Pentru acésta mai toți autorii le descriu la acele capitole.

Noi însă am preferat, cređând lucrul mai sistematic, a le descri alături de tumorile uterului, cu atât mai mult că ele nu sunt tot-d'a-una consecința unor vițuri de conformație, ci a unor accidente traumatice, inflamatorii, etc.

În starea normală, uterul este un organ de recepțiune. În el se acumulează lichidele escretate de propriile sale glande. Dar tot dînsul primesce și alte secrețiuni mult mai importante, ca menstruele venite din partea trompelor. Pentru buna funcționare și mersul regulat al lucrului, se cere ca acest organ să aibă atât orificiul intern cât și cel extern libere. Numai ast-fel se póte cu ușurință scurge lichidele aflate în cavitatea sa. Orî de câte orî deci aceste orificiuri de scurgere vor fi astupate, atunci în mod fatal uterul devine sediul de acumulațiune al diferitelor secrețiuni. Când liquidul reținut în cavitatea uterului e format din serositățe saũ orî-ce alte secrețiuni glandulare, tumora se numesce *idrometru*; dacă liquidul acumulat e format numai din sânge, pórtă numele de *ematometru*, iar când în locul acestora se acumulează puroiũ, avem *piometru*.

**Etiologia.** O singură cauză există în producerea acestor afecțiuni: *astuparea completă și definitivă a orificiului intern și extern al uterului, fie în mod congenital saũ dobândit.* Acésta constituie ceea-ce se numesc stenosele saũ *atresiile uterine*. Unii le-aũ dat numele de *ginetresie*. (Auvard)?

O asemenea stare anormală se póte observa în mod congenital, cas de alt-fel mai frecuent, precum și în mod accidental.

În urma diferitelor operațiuni ce se practică pe gâtul ute-

I) Endometrita cronică mucosă. Considerațiuni anatomice asupra mucósei uterine. Dermul saú corionul mucósei. Anatomia patologică. Aspectul și colórea mucósei uterine. Modificările ce încercă mucósa în acéastă afecțiune. Diferite tipuri de fongosități. Cause . . . pag. 269—273

II) Endometrita cronică glandulară. Considerațiuni anatomice a glandelor uterine. Lesiunile anatomo-patologice ale acestei afecțiuni. Alterațiunea glandelor după cercetările lui Ruge: ipertrofie și hiperplasia glandulară. Descripțiunea și formele acestor alterațiuni. Opiniunile autorilor asupra hiperplasier glandulare. Opiniunea lui Schroeder și Delbet. Diferite discuțiuni . . . . . ” 273—276

III) Endometrita cronică intersticială. Caractere. Descripțiune, cauzele. IV) Endometrita parenchimatósă. Considerațiuni generale asupra anatomiei uterului. Descrierea acestor metrite. Caractere. Ipertrofia uterină în acéastă afecțiune. Causa acestei ipertrofii. Opiniunile diferiților autori. Perióda de infiltrațiune și de indurațiune în metrita parenchimatósă. Caracterele acestor perióde. Aspectul uterului. Ipertrofie extrinsecă și intrinsecă. Caractere . . . . . ” 276—282

**Endometrita gâtului uterin.** Considerațiuni anatomice. Elementele constitutive. Dispozițiunea fibrelor musculare. Arborele vieții. Mucósa și corpul gâtului uterin. Lesiunile macroscopice ale mucósei și ale parenchinului. Aspectul și culórea mucósei. Caractere. Ce se numesce cervicita? Cervicita glandulară. Caractere. Polipi glandulari. Simptome. Ulcerațiunile gâtului uterin. Diferite teorii: teoria eroziunii incomplete a corpului mucos a lui Malpighi; teoria ectropionului mucósei cervicale, teoria anomaliei congenitală. Representanții acestor teorii. Argumentele aduse de diferiți autori pentru susținerea acestor teorii. Caracterele ulceratiunilor erpetice, scrofulóse, sifilitice și canceróse . . . . . ” 282—290

**Etiologia și patogenia metritelor.** Causa endometritei puerperale. Diferite opiniuni. Condițiunile de îndeplinit a acestei metrite în cas de a fi infecțioasă: microbul și inoculațiunile. Auto-infecțiunea și etero-infecțiunea Metrita deciduală. Endometrita nepuerperală. Rolul gonococului lui Neiser. Diferite cercetări. Obstacolul gonococului de a străbate în uter.

Endometrita parenchimatósă, cauze. Opinia lui Lawson Tait . . . . . ” 291—295

Simptomele. Metrita acută. fenomene generale și locale. Semnul lui Courty. Starea uterului. Metrita cronică. Turburări funcționale. Leucorea. Caractere. Turburările în menstruație. Caractere. Dismenoree, amenoree. Emoragiile. Menoragiă. Metroragiă. Semnificarea. Simptomele obiective; durerea, semnificarea acestui simptom. Durerile simpatice. Explicațiunea. Consecințe. Facies uterin. Simptomele obiective: funcționale și fisice . . . . . ” 295—301

Diagnosticul. Punctele principale, dacă avem metrită, care-î forma și cum se póte separa de alte bóle a organelor vecine. Ulcerațiuni idiopatice. Diferite opiniuni. Ulcerațiuni benigne, neaplasice și specifice. Caractere distinctive

Etiologia și patogenia metritelor. Teoria microbieniă. Endometrita puerperală. Causa. Cercetările moderne asupra naturei microbiene a acestei afecțiuni. Diferite inoculațiuni. Endometrita nepuer-

perală. Cause. Cercetările diferiților autori. Opiniuni. Endometrita parenchimatósă. Cause. Simptome funcționale, subiective și obiective. Caractere. Turburări menstruale. Emoragii . . . . .	pag. 301—315
Diagnosticul, semne diferențiale între metrite, Semnul lui Spiegelberg. Prognosticul și tratamentul. Diferite metode și principii de tratament. Metóda autorului. Operația lui Schroeder și Emmet. Procedul autorului . . . . .	„ 315—319

## Cap. VII. Tumorile uterului.

Acestea se divid în trei categorii: *tumori lichide, gazóse și solide.*

Primele două categorii sunt mai adesea rezultatul unor vițuiri de conformațiune congenitală. Pentru acésta mai toți autorii le descriu la acele capitole.

Noi însă am preferat, cređând lucrul mai sistematic, a le descri alături de tumorile uterului, cu atât mai mult că ele nu sunt tot-d'a-una consecința unor vițuiri de conformație, ci a unor accidente traumatice, inflamatorii, etc.

În starea normală, uterul este un organ de recepțiune. În el se acumulează lichidele escretate de propriile sale glande. Dar tot dînsul primesce și alte secrețiuni mult mai importante, ca menstruele venite din partea trompelor. Pentru buna funcționare și mersul regulat al lucrului, se cere ca acest organ să aibă atât orificiul intern cât și cel extern libere. Numai ast-fel se póte cu ușurință scurge lichidele aflate în cavitatea sa. Orî de câte orî deci aceste orificiuri de scurgere vor fi astupate, atunci în mod fatal uterul devine sediul de acumulațiune al diferitelor secrețiuni. Când liquidul reținut în cavitatea uterului e format din serositate sau orî-ce alte secrețiuni glandulare, tumora se numește *idrometru*; daca liquidul acumulat e format numai din sânge, pórtă numele de *ematometru*, iar când în locul acestora se acumulează puroiú, avem *piometru*.

**Etiologia.** O singură cauză există în producerea acestor afecțiuni: *astuparea completă și definitivă* a orificiului intern și extern al uterului, fie în mod congenital sau dobândit. Acésta constituie ceea-ce se numesc stenosele sau *atresiúle uterine*. Unii le-au dat numele de *ginetresie*. (Auvard)?

O asemenea stare anormală se póte observa în mod congenital, cas de alt-fel mai frecúent, precum și în mod accidental.

În urma diferitelor operațiuni ce se practică pe gâtul ute-



rului, mai cu deosebire cu fierul roșu și ansa galvanică(?) de multe ori se produce o atresie a orificiului extern, însoțită apoi de toate consecințele sale. În tratamentul endometritei, metoda prin paste cu clorur de zinc a căzut tocmai din această cauză; dînsa se însoția de atresia orificiului intern, dacă nu chiar și de a întregii cavități uterine. Chiar însuși raclajul, făcut în condițiuni brutale, dînd naștere unei largi suprafețe sîngerînde, pôte avea acelaș efect prin rețracțiunea ulterioară a plăgei. În fine toate plăgile cervicale și din nivelul istmului, pot fi însoțite de atresii, în urma cicatrizării și rețracterii țesutului inodular.

În afară de aceste coarctățiuni sau atresii organice — dacă le putem numi ast-fel — mai există o altă categorie de atresii timpore. Ele rezultă din astuparea orificiilor prin prezența de fongosități, de muguri cărnoși, benigni sau maligni, etc., etc., cari dau aprópe același efect ca și cele d'întăiu. La rigóre și însuși tamponarea gâtului uterin de chirurg, încă represintă o specie de astupare provisorie. Dar ori-care ar fi patogenia atresiilor, rezultatul este același: produsul escrețiunilor patologice sau fiziologice ale mucósei uterine or a trompelor, ne avênd o scurgere liberă, se acumulează în cavitatea uterului și constitue tumora liquidă.

În mod general, tumorile idrometrice mai tot-d'a-una sunt primitive, căci mai tot-d'a-una orificiul intern sau istmul uterului se găsește atresiat. Idrometrie secundară este când obstacolul se află pe unul din porțiunile vaginului, precum ar fi o membrănă grósă congenitală sau dodândită, imperforățiune a imenului, etc. În acest cas liquidele escretate din trompe sau uter trec prin acest organ avênd orificiile libere, dar se opresc în vagin, formând *ematocolpos*. Când această cavitate însă a ajuns la maximum de distensiune, e posibil ca orificiul extern al gâtului uterin să se lărgescă, să se forțeze și ast-fel conținutul vaginal să străbată în mod ascendent în cavitatea uterului și să se producă un idrometru secundar. Lucrul se observă mai cu sémă când obstacolul vaginal ocupă partea cea mai de sus a canalului, adică segmentul superior. Tot secundar este și idrometrul, când orificiul intern al uterului fiind liber, atresia ocupă numai orificiul extern. Aci iarăși retențiunea primitivă se face în canalul cervical, și tocmai târziu dînsa revine în cavitatea uterului, prin forțarea și lărgirea în mod continuă a orificiului intern.

În afară de aceste cauze accidentale sau dobândite, mai există una ce s'ar putea numi fiziologică. Dînsa se observă la

femeile bătrâne după menopausă. În această perioadă a vieții, grație unei legi de patologie generală, țesutul conjunctiv tinde a deveni din ce în ce mai adult și mai fibros. Dînsul înzestrat de o nouă putere retractilă, provocă o stenoză sau atresie a orificiului intern al uterului. Acesta-î mecanismul *idrometricii femeilor bătrâne*.

Dar și în urma unei inflamațiuni persistente și cronice a uterului, încă putem observa același fenomen. Am arătat în studiul endometritelor că, cu timpul, afecțiunea poate produce stenoză orificiului intern. Consecința va fi iarăși o idrometrie, pe care acum o vom constata chiar și pe femeii tinere.

În ceia ce privesce calitatea liquidului conținut în cavitatea uterului, el poate fi pur sanghinolent, sero-mucos și chiar constituit din lochii. Puech a arătat că atresia urmăzează imediat după facere.

Când aceste lichide se află așezate d'asupra unui obstacol ca ematocolpos, sub care prealabil există o stare inflamatorie cronică, precum de exemplu vaginita, atunci liquidul, și mai ales sângele se descompune și dă naștere la formațiuni de puroi, formând *piometrul*. Tot la același rezultat ajungem, când pentru stabilirea diagnosticului facem puncție în tumoră fără precauțiuni rigurose antiseptice: de aci infecțiunea pungei și transformarea conținutului în puroi.

Alte dăți în fine, în urma extensiunii prea mari a inflamațiunii și descompunerii totale a conținutului, avem ca rezultat o desvoltare considerabilă de gaze. Fenomenul acesta constituie tumora gazoasă a uterului, numită *fisiometrie*.

**Simptomele.** Sunt generale și locale. În cas de atresie congenitală, simptomele rămân ascunse până la epoca pubertății. Este escisiv de rar ca o mică copilă să atragă atențiunea asupra manifestărei unei ast-fel de tumori. De ordinar, nimic nu presupune afecțiunea până în momentul maturității către 14—15 ani; și acesta prin absența menstruelor. Ele sunt înlocuite prin ceia-ce se numesce *molimen*, adică simple fenomene de congestiuni, agitațiune generală, dureri în lombe, în ipogastru, etc., dar fără nici o scurgere sanguină la exterior. Această criză duréază câte-va zile, pentru a reîncepe la luna viitoare, când din nou aceleași fenomene se repetă. Și tot ast-fel lucrurile se succed, până când părinții sau însăși pacienta observă că pântecul începe a crește, luând o desvoltare câte o dată destul de pronunțată.

Dacă e vorba de atresii dobândite, fenomenele se petrec în

același mod, cu deosebire că femeea, de unde până aci avea menstruele regulate, observă absența lor în lunele următoare. Faptul pe multe din ele le face a crede că ar fi însărcinate. Și lucrul e și mai bizar, când ni se presintă femei destul de mature, cari în loc de a se aștepta la o menopausă complectă, observă din contra ca pântecul se mărește; ele iaă această drept o graviditate surprinzătoare. Este evident că, pe măsură ce tumora crește, pe atât fenomenele dureroase caracteristice molimenului se repetă în fie-care lună. Ele se însoțesc în același timp de turburări în micțiune, constipație, vărsături, etc., etc.

Cât privește simptomele locale, ele sunt propriu orî-cărei tumorî ale uterului. Caracterele staă într'o tumoră mediană, d'asupra simfisei, de un volum mai mult sau mai puțin mare, de consistență elastică și semifluctuentă—în cas de idrometrie simplă; de o consistență tare și cu senzațiunea unor crepitațiuni ca și cum am sfărâma bulgări de zăpadă — dacă e vorba de un ematometru. Acastă tumoră se află pe linia mediană a regiunei ipogastrice, putënd atinge chiar și ombilicul. In casul însă când retențiunea ocupă și trompele, atunci tumora se lătesce în lături ocupând întregul basin. De asemenea, dacă nu există nici o complicațiune din partea peritoneului, tumora nu este sensibilă; la din contra, orî-ce explorațiune devine foarte dureroasă, bolnava fiind coprinsă și de vărsături, dacă seroasa peritoneală este iritată.

**Prognosticul.** Se pot observa casuri, unde atresiile uterine să nu se manifeste de cât prin absența menstruelor, însoțite de ore cari dureri mai mult sau mai puțin vii, ce apar la fie care epocă catamenială; și atâta totul. Acastă se întâmplă când sângele menstrual vine în mică cantitate, iar mucósa uterină fiind perfect sănătoasă îl absorbă, fără a'i permite să se acumuleze și cu atât mai puțin să formeze tumoră. In aceste condițiuni s'aă văzut femei deja mature, fără să fi avut vre o dată menstrue și fără cu tóte acestea să fi fost considerate ca bolnave.

Din nenorocire lucrurile nu se petrec tot-d'a-una ast-fel. Sângele la fie care epocă menstruală se acumulează în uter, și finește prin a constitui o tumoră din ce în ce mai voluminosă, putând atinge chiar ombilicul. Atunci ematometrul e în apogeul seă. Mai mult, prognosticul devine și mai grav, când la această se adaogă un reflux al sângelui în trompe, producând un emato-salpinx unilater al sau dublu. In fine casul devine și mai serios, când trompele întinse la maximum se sparg; atunci se produce un ematocel sau



chiar peritonită supra-acută; în acest cas prognosticul e cu totul desesperant.

În măsură egală, idrometrul are un prognostic mai benign ca un ematometru, și mult mai grav, dacă produsul intră în descompunere dând naștere unui piometru sau fisometru. Prognosticul este iarăși mai benign în casuri de atresii congenitale ca în cele dobândite: acestea se însoțesc de accidente mult mai serioase și de un mers mult mai repede.

**Diagnosticul.** În fața unei tinere fete, care ajunsă la pubertate e lipsită de epocele menstruale, înlocuite fiind de fenomene dismenoreice, precum și de o creștere a abdomenului ocupând linia mediană, avem tot dreptul a presupune un idro sau ematometru. Ce vom zice însă de următorul cas?

În luna Aprilie 1896, se prezintă în cabinetul meu o tînără fată de 17 ani însoțită de bunica-sa. Fata îmi povestește cu o inocență și sinceră naivitate (?) că de vre-o 7 luni i-a dispărut menstruele, în care timp a observat că treptat pântecul începe a-i crește. Dînsa îmi afirmă că cu câte-va luni înainte a avut un început de menstrue dar foarte incomplete și dureroase. A priori m'am gândit la un ematometru crezînd în inocența ei, mai ales că cerea cu insistență a fi operată. Examinînd'o însă mai de aproape, constat spre marea mea surprisă că era gravidă în VIII-a lună!!

Trebue deci a fi foarte circumspecți, și mai ales să fim preveniți de cursele ce ni se pot întinde. În adevăr, aflîndu-ne în fața unei virgine, pe lângă dificultățile ce avem pentru un examen complet, se mai adaogă și condițiunile sociale, cari ne impun o rezervă enormă în a ne pronunța în mod hotărât. Tocmai ast-fel a fost cazul ce am relatat. Cerînd a fi chemat în familie spre a examina din nou pe pacientă, și convingîndu-mă din nou de cele ce constataseam, am răspuns în modul următor, fiind forțat de părinți a spune ce am găsit și ce cred; am zis personal mamei: Dómnă, nu mă pot pronunța cu siguranță asupra bólei ce are fiica D-tale; *un singur lucru însă pot spune, că dacă fata D-tale ar fi măritată, aș zice la sigur că e însărcinată!* Restul ce a urmat se înțelege...

O situație identică ne oferă femeile deja măritate; cu deosebire că unele aș interes a ascunde graviditatea, pe când altele o doresc cu aviditate și se cred a fi în această poziție interesantă. E cu totul de prisos și chiar imposibil a insista asupra diagnosticului diferențial între o groseță și ematometru. Practica și bunul simț medical sunt singurile ce pot lămuri chestiunea.



În afară de aceste incidente, noi trebuie să stabilim diagnosticul pe de o parte al ematometrului pur, iar pe de alta al diferitelor sale varietăți și complicațiuni. Vom observa în prima linie starea imenului și imperforațiunea sa; astuparea vaginului prin una sau două membrane; sediul lor la segmentul inferior sau superior, în care cas vom constata existența unui ematocolpos.

Dacă nimic din acestea nu există, atunci vom procede la examinarea directă a uterului și în special la absența sau prezența gâtului uterin. În cazul afirmativ vom vedea dacă ematometrul e pur cervical. Aci vom găsi o tumoră în col, uterul fiind aproape normal. Și pentru a-l diferenția de un fibrom, vom recurge la explorarea cu isterometru posibilă în acest cas, imposibilă în ematometru, orificiul extern fiind închis. Când acumularea de lichid se face d'asupra orificiului intern, tumora ocupă linia mediană a abdomenului formând o tumoră globulosă, regulată și renitentă, putând atinge chiar nivelul omibilicului. În cazul de complicațiuni, ca ematosalpinx, tumora se va întinde în latură umplând întregul basin. Când există un viciu de formație ca vagin dublu sau uter dublu, ematometrul poate fi și el unilateral sau bilateral, diagnostic la care ajungem printr'un examen minuțios și atentiv.

Pentru a termina vom spune, că nu trebuie să uităm a uza de toate mijlocele și explorațiunile de cari dispunem în chirurgie. Nu vom uita examenul prin rect și chiar prin bășică, fie cu sonda sau cu degetul, dacă tușeul vaginal ne este oprit. Prin acesta ne vom da bine seama de întinderea și raportul ce are tumora uterului cu organele vecine. În cazul de piometru, vom avea în vedere starea generală a bolnavei și manifestarea fenomenelor inflamatorii clasice.

Când tumora în loc de a ne da matitate completă la percusie, ne va oferi o sonoritate mai mult sau mai puțin pronunțată, vom conchide la existența unui fisometru; vom exclude bine înțeles posibilitatea interpunerii unor anse intestinale între tumoră și perețele abdominal.

**Tratamentul.** Intervențiunea chirurgicală nu e permisă atât cât bolnava nu exprimă suferințe mari, iar tumoră nu există. În cazul contrariu, ne vom conforma după circumstanțe: ematocolpos va fi tratat prin punctiune sau incisia crucială a imenului, or a membranelor fibróse, ce împarte vaginul în una sau mai multe compartimente. Alte dăți vom perfora orificiul extern al uterului;

saŭ în absența colului vom ataca tumora prin fundul de sac anterior saŭ posterior al vaginului. Lipsind și acestea, unii recomandă deschiderea tumorei prin rect.

În cazuri complicate, ne putând aștepta deschiderea spontană — ce se poate face în diferite organe, unele mai periculoase ca altele — e mai bine a recurge d'adreeptul la laparatomie. Acesta făcută în condițiuni de perfectă antisepsie, poate da rezultatele cele mai satisfăcătoare. Vom lucra după circumstanțe și vedând și făcând.

### Cap. VIII. Tumorile solide ale uterului.

Uterul prin rolul său fiziologic și diferitele stări patologice la cară e supus, îl face să capete o predispozițiune la dezvoltarea de tumori solide.

Cea mai principală și mai frecventă din aceste tumori este *fibro-miomul*. Dînsa prin natura și epoca dezvoltării sale, se apropie foarte mult de hipertrofia prostatei la bărbat, cu care s'a și comparat. Chestiunea tumorilor uterului a atras de mult atențiunea chirurgilor. Studiul lor însă mai profund s'a făcut în ultimii timpă, grație extensiunii laparotomiilor, precum și a cercetărilor de anatomie patologică microscopică.

Din punctul de vedere clinic, tumorile solide ale uterului își conservă și azi vechea clasificăție de : tumori *benigne* și *maligne*. Alți autori au căutat să facă o divisiune anatomică, împărțindu-le după predominanța țesutului ce intră în compoziția lor, ast-fel ar fi : tumori *mucóse*, *glandulare*, *conjonctive*, *fibróse*, *musculare*, etc., etc. Acesta e cea mai logică și științifică clasificățiune ce se poate da. Totuși nu există nici o tumoră formată anume numai dintr'un țesut, ci din reunirea mai multora la un loc.

Noi propunem următoarea clasificățiune, care de și analógă cu cea anatomică, nu e însă așa de pretențioasă și subtilă. Noi împărțim tumorile uterului în două mari grupe :

1. Acelea cară se dezvoltă pe toate stratele de inveliș a cavității uterului până la stratul muscular, adică mucósă, glande, vase și țesutul conjunctiv; iar în a doua categorie punem tumorile ce se dezvoltă esclusiv în țesutul fibro-muscular, care constituie părății propriu și al uterului.

La tumorile din prima categorie le dăm numele de tumori

*endometrice*; iar celor din a doua categorie numele de tumori *mesometrice*.

Fie-care din aceste tumori pot fi benigne sau maligne, după predominanța țesutului din care e format, sau după deviațiunea acestui țesut de la tipul normal or fiziologic.

### § 1. Tumorile endometrice sau tumori mucóse.

Aceste tumori sunt cunoscute sub numele generic de polipi uterini. Ei s'au numit ast-fel din cauză că odată formați, au tendința iresistibilă a se lungi din ce în ce mai mult, a se subția prin baza lor și a-și forma un pedicul prin care rămâne inserați de pereții cavității uterine, pe când extremitatea liberă tinde a ieși afară prin orificiul colului. Deci numai întrunind aceste condițiuni de pediculizare, tumorile devin polipi; în cazul contrariu rămân simple tumori sesile.

Două sunt cauzele mai principale cari dau nascere acestor polipi: Inflamațiunile endometrului, și porțiuni placentare rămase în cavitatea uterului în urma unui avort sau facere la termen. Endometritele însă, în particular cele cronice, sunt cauzele mai frecvente, dacă nu unice, ale polipilor. Și după cum endometrita a coplesit unul din elementele mucóse, fixându-se mai cu predilecțiune asupra lui, acela va da nascere și polipului. Dar precum în endometrită avem varietățile și formele de mucósă, glandulară, intersticială, fongósă, etc.; tot ast-fel și polipii vor fi de același număr și varietăți. În adevăr, avem trei feluri de polipi uterini: polip *mucos*, *fibros* și *papilar*.

Polipii mucoși sunt formați din mucósa uterină cronic inflamată. Acastă mucósă umflată și burgeonândă, pe măsură ce se desvoltă, va lua caracterul unei tumori pediculate, formând polipul. El poate să se desvolte în cavitatea uterină, sau în canalul cervical al colului, care de alt-fel represintă și locul seú de predilecțiune.

Acești polipi oferă întocmai caracterele mucóse, uterine cronic inflamată. Vom avea deci o tumoră, al cărui inveliș foarte neregulat, va presenta ridicături și adâncături, caracteristice endometritei fongóse.

Un alt punct principal al acestor tumori este, că suprafața de inveliș nu mai posedă celule cu cili vibratili ca în starea nor-

mală a unei mucóse sănătóse, ci celulele cilindrice și chiar pavimentóse.

După predominența elementelor cari intră în constituțiunea acestor tumori, rezultă tot atâtea varietăți clinice. Ast-fel, când numărul glandelor mucósei predomină, *polipul se numesce glandular* sau *folicular*; când vasele sanguine iaă o desvoltare mai mare, formând prin ele însăși tumora, polipul se numesce *sanghin* sau *polip angiomasos*. Câte odată glandele ce forméză tumora se obstruéză, se dilată și iaă un aspect kistic. Atunci tumora pórtă numele de *polip kistic*.

În general acești polipi mucóși au un volum mic, mergend de la o alună și maximum până la o nucă. Forma lor e mai mult turtită de cât sferică, și au o colóre roșietică.

Mai adesea polipiș sunt unici de cât multipli. S'au vëdut însă casurî unde cavitatea uterină era plină cu desăvîrșire de nisce asemenea tumori. În fig. 47 dăm un model de polip unic; iar în fig. 48 ce aparține lui Beigel se vede un număr considerabil de acești polipi.

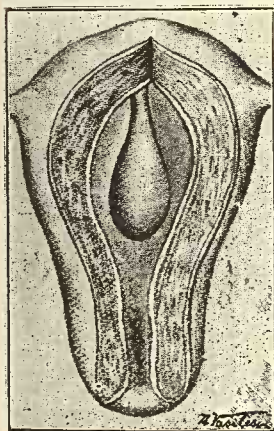


Fig. 47. Polip mucos solitar.

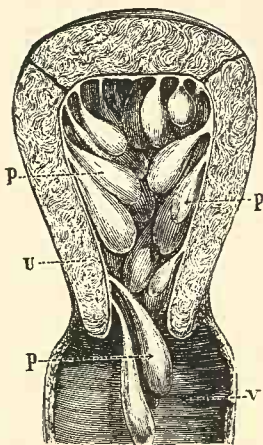


Fig. 48. Polipi mucóși multipli.

În ceia-ce privesce polipiș fibroși, nu trebuesc confundați cu fibrómele uterului, ce aparțin cu totul altei categorii de tumori. Ei sunt tot polipi mucóși, însă țesutul conjunctiv al mu-



cóseia o desvoltare mult mai mare de cât a celor-l'alte elemente. De aci și numirea de *polipi fibroși*.

Tot același lucru vom dice și de *polipii papilari*, formați de papilele mucóseii ipertrofiate, compuse ele însași de țesut conjunctiv, vase și epiteliu pavimentos stratificat; unii au observat chiar și prezența de fibre musculare netede.

**Polipi placentari sau fibrinoși.** S'au numit polipi placentari, din cauză că desvoltarea lor se atribue resturilor de placentă, rămase în cavitatea uterină în urma avorturilor sau a facerilor normale. Unii autori îi mai numesc pentru acest cuvînt și *deciduome*.

Numele de polipi fibrinoși a provenit din aceea, că în mijlocul lor și câte odată chiar la suprafață, s'a găsit prezența de fibrină, acoperită de elemente figurate, sau sub formă de fibrină simplă coagulată și depusă pe suprafața exterioară a tumorei acoperită de vilozități.

Aceste tumori iaă câte odată un caracter malign, prin acest fapt că vilozitățile din cari se compun și cari sunt un fel de papile ipertrofiate, au o tendință foarte mare către extensiune și distrucțiune. Decî, dînsele pot să copleșescă venele. Aci, după ce vegeteză și le astupă lumina, străbat chiar în grosimea pereților uterini, pe care-i subțiază reducându-i până la 2 sau 3 m. m. Lucrul ajuns aci, există posibilitatea unei perforațiuni spontane a uterului ce se va însoți de consecințe funeste.

**Simptome.** Partea cea mai principală a polipilor uterini, și aceea care atrage atențiunea bolnavelor, sunt scurgerile de sânge mai mult sau mai puțin abondente. Une-orî aceste scurgeri sunt foarte mici, iar alte dăți iaă caracterul de metroragii, cari une-orî de și cu totul esecpțional, pot însă deveni chiar mortale. Astfel Barnes și Klob ar fi observat: unul o femeie de 25 ani, iar cel-lalt una de 36 ani, cari au sucombat în urma unor emoragii cauzate de un polip relativ mic, dar ascuns în cavitatea uterină.

În general pierderile de sânge sunt în raport cu constituțiunea tumorei, adică cu desvoltarea prea mare de vase. Decî polipii mucoși și fongoși au pierderi de sânge mai simțitoare ca cei fibroși, la cari scurgerile sunt mai mici sau chiar de loc. Polipii glandulari dau o scursóre de mucus sau de puroi, dacă în adâncimea depresiunilor lor se găsește fongosități apropiate.

Afară de aceste scurgeri, polipii nu se manifestă prin nici un alt fenomen, exceptând póte óre-cari dureri spontane. Dar aceste dureri apar atunci, când polipul trece orificiul intern pentru

a intra în cavitatea cervicală. Mai avem încă dureri când pediculul tumorei subțiindu-se din ce în ce, se atrofiază până ce se rupe. Atunci tumora devenind liberă, femeea simte dureri ca și de facere, provenite din contracțiunii mai mult sau mai puțin violente ale uterului, care caută a expulsa din cavitatea sa acest corp strein.

Cele-lalte fenomene ce mai putem observa, sunt analóge cu ale endometritelor, asupra cărora e de prisos a insista.

Prin examenul cu degetul putem de multe ori simți o mică tumoră, care se află angajată în orificiul extern al uterului. Prin ajutorul speculului constatăm și mai bine acest lucru, observând toate caracterele de formă, mărime, etc., ce posedă tumora.

**Diagnosticul.** Tumorile polipóse ale uterului se diagnosticéază foarte ușor, când.ău sediul în orificiul extern al colului; și încă și mai ușor când trec de acest orificiú, adică când sunt chiar în vagin. In acest cas, tumora se simte cu multă înlesnire prin examenul cu degetul; la rigóre aplicând speculul, convingerea devine și mai deplină.

Când însă acești polipí sunt conținuți în cavitatea uterină, diagnosticul nu numai că e dificil, dar e chiar imposibil; cel mult nu putem de cât presupune existența unui polip, bazându-ne pe diferite semne și considerațiuni. Aci diagnosticul trebuie făcut între toate formele de endometrită; și numai în urma eslusiunii acestora, vom rămâne fixați asupra unui polip mucos, glandular, emoragic, etc., conform fenomenelor predominante. Dar dacă o greșală de diagnostic între un polip și diferite varietăți de metrită cronică nu aduce nici un prejudiciú bolnavei, nu este tot ast-fel când e vorba a ne pronunța între un polip și cancer uterin. In adevăr, nimic mai ușor de cât a se confunda aceste două afecțiuni între ele, mai ales când ne-am afla în fața unei femei deja înaintată în vârstă. Polipul uterin, prin emoragiile ce produce, durerile ce provócă, și une-ori fetiditatea secrețiunilor ieșite din cavitatea uterină, îmbracă cele trei caractere principale ale cancerului uterin. Și nimic nu ne ajută în deosebirea lor, dacă mai ales pacienta va fi trecut de 40 ani și ar fi coprinsă și de o stare cachectică, stare ce este capabilă a produce atât cancerul cât și polipul.

Este deci de cea mai înaltă importanță stabilirea adevăratului diagnostic, căci fiind vorba de un cancer, putem interveni de urgență, pentru a nu aștepta întinderea rēului în anexe sau organele vecine. Faptul se realizéază, dacă suntem induși în eróre

și credem că avem aface cu un polip. De aceia mai cu deosebire în asemenea casuri îndoióse, se cere neapărat a procede la dilatațiunea gradată sau forțată a uterului; a introduce degetul, a explora bine cavitatea organului și a ne da bine sémade cele constatate. Pentru o convingere și mai mare, vom estrage cu degetul sau lingura Volkmann porțiunii din tumoră, pentru a se face examenul istologic, care singurul ar putea să ne lumineze. O dificultate analogă există iarăși, când e vorba de un polip papilomatos situat pe gâtul uterului și păreții vaginali. Aceste tumori nu numai că se pot impune drept cancer, dar lucrul grav este că chiar atunci când microscopul arată natura sa benignă, totuși mai târziu tumora se transformă, luând toate caracterele de malignitate.

**Tratamentul.** Cel medical constă a combate emoragiile prin diferite mijloce ca ergotina, hidrastis canadensis, injecții fierbinți, etc. Când polipul este în vagin și bine pediculat, o simplă lovitură cu fórfecele e destul, pentru a-l extirpa în totalitate.

Când e posibil, e de preferat ca extirparea să se facă cu termo-cauterul sau ansa galvanică, mai ales dacă pediculul este gros. Luând între degete pediculul și simțind prezența de artere, putem prealabil să punem un fir de sutură, spre a preveni emoragiile secundare. In casuri particulare, estragem polipii prin ajutorul instrumentului numit strânge nod al lui Maiseauneuve sau chiar ecrasorul lui Chassaignac.

Polipul fiind intra-uterin, este evident că întâi trebuie făcută dilatația cavității, și apoi prin unul din mijlocele arătate să procedăm la estirparea sa. In acest cas mai cu sémă, trebuie luate cele mai rigurose precauțiuni antiseptice.

## § 2. Tumori fibróse ale uterului.

### I.

Aceste tumori sunt foarte frecvente. După Beayale ele ar atinge a cincea parte din femeile cari au trecut etatea de 35 ani. De aceia fibrómele au atras încă de mult atențiunea autorilor. La început, studiul s'a făcut mai mult din punctul de vedere clinic și simptomatic. Acum însă, cu progresele chirurgiei abdominale și a cercetărilor microscopice, acest studiu s'a complectat foarte mult. In special anatomia patologică, fiziologia, precum și raporturile ce aceste tumori afectează cu uterul și organele vecine, au făcut



progrese mari. Nu e de mirare ca într'un moment, bacteriologia să afirme în mod definitiv ceea ce azi abia se bănuiește, că tumorile fibróse ale uterului sunt de origină microbieniă. Fibrómele uterine sunt formate în esența lor din aceleași elemente constitutive cari forméză organul însuși, adică uterul. Și precum păreții acestui organ sunt compuși din fibre musculare netede și țesut conjunctiv, tot ast-fel și tumorile nu posedă alte elemente de cât acestea și nimica alt-ceva.

Singura deosebire însă și cea care tocmai caracteriséză aceste tumori, este că nici unul din elementele din cari se compune nu sunt repartisate în mod egal; dar nici fie care din ele în mod exclusiv nu póte forma tumora. De aceea, ambele aceste elemente găsindu-se tot-d'a-una amestecate în constituțiunea tumorei, e logic a adopta numirea ce li s'a dat, de **fibro-mióme** ale uterului.

Este adevărat că în unele casuri, elementul muscular are o predominență așa de mare, în cât tumora pare a fi formată numai din fibre musculare netede; alte ori este țesutul conjunctiv care forméză tótă tumora. In cazul întâi se numesce *mióme-uterine* sau *leio-mióme* după Virchow; iar în cazul al II-lea *tumori fibróse*, nume dat de Cruveilhier, sau *fibroizi* nume dat de Lebert.

Broca a propus numele de *isterome*. După noi, acéstă numire ar fi fórte potrivită, dacă n'ar da nascere la o mică confusiune.

In adevăr, prin isterom s'ar înțelege o tumora formată din hipertrofia tuturor elementelor ce forméză uterul, inclusiv mucósa, glande, vase, etc. In realitate însă lucrul nu e ast-fel, căci prin fibróme înțelegem tumori cari se desvoltă numai în grosimea păreților uterini, fără nici o participare — cel puțin primitivă — a elementelor ce forméză endometrul. Dacă ne-ar fi permis a introduce un neologism, noi am propune să le numim **mesisterome**, cuvânt ce exprimă mai bine realitatea.

Trecem peste tóte aceste numiri, cari în definitiv nu au o importanță prea mare.

Fibrómele uterine constitue tumorile cele mai variate ca *sediū*, *volum*, *număr*, *consistență* și ori ce altă dispozițiune.

**Sediul.** După tóte statisticele resultă că, sediul de predilecțiune al fibrómelor îl oferă păretele posterior al uterului. Marion Sims, susține din contra că păretele anterior ar fi mai des afectat. Dar s'a vedut tumori desvoltate în mod indiferent pe orice punct al suprafeței uterine, mergând de la col, în părțile laterale și chiar la origina trompelor.



**Numărul** fibrómelor variază. De unde tumora póte fi unică, putem observa un număr de 3—4 și chiar mai multe; ba se citéză casurî unde s'a găsit chiar 50 tumorî pe același uter. In acest cas organul este ca și ciuruit, nerémând aprópe nici un teritorîu liber fără a fi ocupat de tumoră. Pentru acest cuvînt, Pozzi a numit acéstă stare, *degenerescență fibrósă a uterului*.

Tot în acest autor găsim, că atunci chiar când clinicesce nu există de cât o tumoră, totuși e fórte rar a nu descoperi în grosimea organului, saũ la suprafața sa, un alt mic nucleu, care póte să rămăe indefinit latent, saũ să ia o desvoltare ulteriórá.

**Volumul.** Unele fibro-mióme nu sunt mai mari de cât o nucă saũ un măr. Ele par că rămân staționare pentru tot-d'a-una; altele din contra iaũ o creștere cât un cap de fetus, putënd chiar atinge un volum extra-ordinar de mare. S'aũ vëdut fibróme cântărind până la 50 kilo.

Acésta se observă mai ales în tumorile moi, varietatea fibro-kistică, saũ așa numitele Kistome de Germani. Totuși Hunter (din New-York) citat în Pozzi, a ridicat o tumoră fibrósă tare, cântărind 140 livre, pe când cadavrul după ridicarea tumoréi, cântărea numai 95 livre.

**Consistența.** Acésta depinde de predominența elementelor ce intră în constituția tumorilor. Cu cât ele posedă mai mult țesut conjunctiv, cu atât sunt mai ferme și dense, apropiindu-se de aceia a cartilagelor; une-orî ne oferă chiar consistența pietrósă. Dacă însă elementul muscular predomină, atunci ele sunt mai moi, dându-ne senzația unei false fluctuațiuni, putëndu-ne induce în eróre, cređënd că avem a face cu un adevèrat kist.

Din acest mod de a fi formate, rezultă și cele-l'alte caractere ale acestor tumorî. Ast-fel cele fibróse se taie cu greũ prin scalpel, producënd o scărțiitură și oferindu-ne o colorațiune albă cenușie saũ ca sidetul; cele miomatóse se taie cu mare înlesnire, presentându-ne o suprafață roșie vinósă și chiar sanguinolentă. In primele, exercitând o presiune pe suprafața de secțiune, nu obținem aprópe nimic, saũ cel mult un suc viscos, alb, asemenea cu liquidul sinovial; alte-dăți e fórte consistent, apropiându-se de albușul de ou. In tumorile moi, sucul se obține cu fórte multă înlesnire și are o culóre mai roșietică și spumósă.

## II.

**Modul de dezvoltare și caracterele fizice a fibrómelor.**

Unii autori au căutat să stabilească că, aceste tumori se dezvoltă în trei anumite puncte, adică: pe fața externă a părții uterine—sub peritoneu; pe fața sa internă—sub mucosă, și în

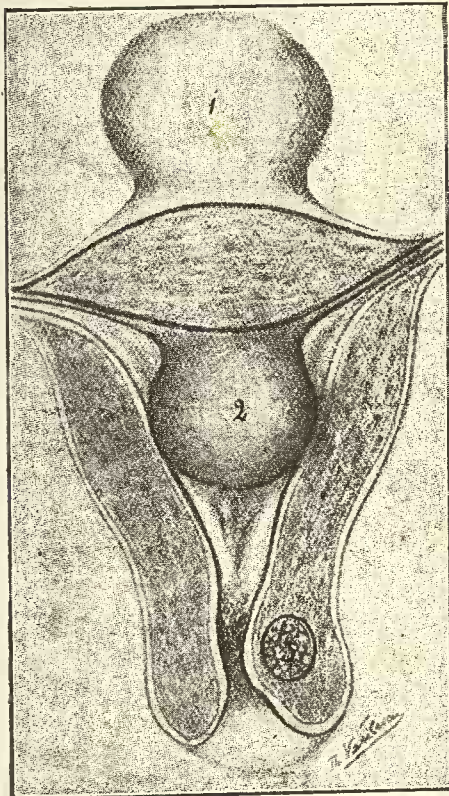


Fig. 49. Fibrom mucos și seros (personal).

fine chiar în centrul părților uterine. De aci ar rezulta cele trei mari varietăți de corpuri fibroase numite: *sub-seroși*, *intersticiali* și *sub-*

*mucosă*. In fig. 49 și 50 avem modele de diferite varietăți ale fibrómelor. Cercetările ulterioare însă arată, că primitiv fibro-miomul este tot-d'a-una intersticial; numai în urmă el ia o evoluțiune fie către mucosă sau serosă, după cum e mai aproape de aceste organe, sau după cum are să învingă rezistențe mai mult sau mai puțin mici.

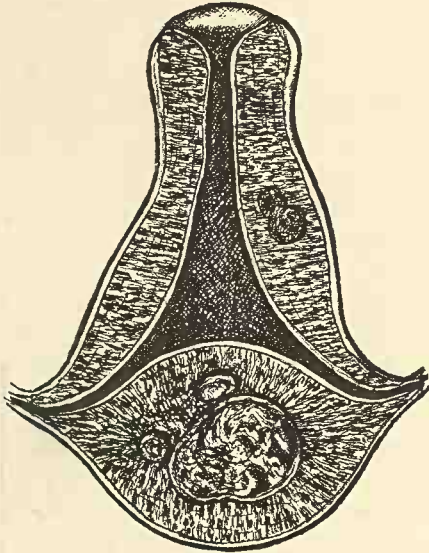


Fig. 50. Fibrom intersticial (personală).

Dacă facem o secțiune pe o tumoră fibrósă, și o privim cu ochiul liber, lucru care ne atrage atențiunea este că, pe această suprafață de secțiune observăm o mulțime de fășii încrucișate în diferite sensuri, dar cari toate ar fi dispuse în mod concentric împrejurul unui punct, ce ar forma un fel de ghem sau nodul. Câte odată nu se observă de cât un singur nod în aceiași tumoră; alte dăți însă două sau mai multe. In cazul întâi tumoră pörtă numele de *monoculară*, ori *mononucleară* sau cu un *singur sâmbure*; în al doilea cas, *polinucleară* sau cu *mai mulți sâmburi*.

Pentru a ne face o idee mai justă de acest aspect, autorii l'a comparat cu acela al unui ghem de sfóră, care după-ce l'am solidificat, am practica o secțiune orizontală asupra sa.

Un alt fapt iarăși important este că, făcând o incisiune pe tumoră, dăm peste un țesut celulo-conjunctiv. Acest țesut înconjură tumora de toate părțile formând ca un fel de cójă: prin ea tumora iese cu cea mai mare înlesnire, în urma celei mai ușore presiuni, întocmai ca un sâmbure dintr'o cireasă. Acesta este *zona celulară a corpului fibros*, considerată de unii ca o adevărată *bursă seroasă virtuală*. Grație ei, tumora e cu desăvârșire izolată de țesutul propriu al uterului, împedicându-o ast-fel a contracta ori-ce conexiuni intime cu acest organ. Decî fie-care tumoră fibroasă își are loja sa celulară conjunctivă. Observațiunile au arătat, că un fibro-miom e cu atât mai benign și ușor de operat, cu cât acest înveliși e mai complect și mai lax.

Une-ori în aceeași lojă sunt conținute mai multe tumori; alte dată însă fie-care din ele își are loja sa separată, precum se óte vedea în fig. 51. Dar lucrul nu este tot-d'a-una așa de regulat, căci în loc de loji cu totul separate, se observă numai fășii celulo-fibroze. Aceste fășii plécă de la capsula mumă dirigindu-se în diferite sensuri în grosimea tumorilor; ele forméză ast-fel mai mulți lobuli, întocmai cum se observă în ficat, rinichi, etc.

În casurile normale, adică când tumora s'a dezvoltat în cavitatea uterină, dînsa capătă o *formă sferoidală, rotundă*; alte dată însă devine *piriformă, ovoidă* sau *turtită*, după cum două sau mai multe tumori s'au dezvoltat în același loc și au exercitat presiuni reciproce, deformându-și ast-fel păreții lor prin compresiune. Câte o dată tumora este strébătută de un cerc de jur împrejurul seú, mergênd până la óre-care adâncime, dându-í o formă *bilobată* sau în *bisac*. Acesta se întâmplă când tumora fiind în cavitatea uterină, tînde a ieși afară prin vagin. În acest cas, gâtul uterin exercită asupra ei o presiune mai mult sau mai puțin mare. De aci cu timpul rezultă acest cerc mai mult sau mai puțin larg pe suprafața și în grosimea tumorei. Iar când dînsa este sub peritoneală, cercul se explică prin contractiunile ce exercită asupra ei fibrele musculare ale uterului. Acesta este o nouă probă că, corpii fibroși primitivi se dezvoltă în mijlocul păreților uterini. Ast-fel fiind, ele pe măsură ce cresc și tind a ieși afară, caută mai întâiu să depărteze aceste fibre și să-și facă loc printre ele. Dar în același timp, contractiunea energetică a fibrelor determină



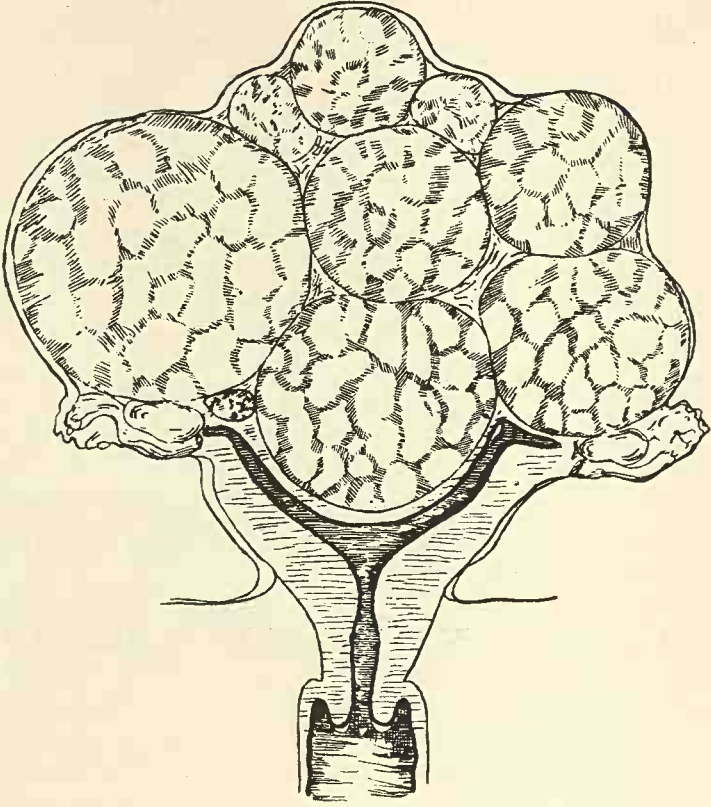


Fig. 51. Fibróme multiple cu loji separate (Bonnet și Petit).

sghiabul de care este vorba. Cu această ocaziune, vom adăuga încă o probă pentru dezvoltarea primitivă a acestor tumori în centrul uterului. Acesta e faptul că mai tot-d'a-una pe suprafața lor externă, ridicând seroasă, găsim urme de fibre musculare netede, provenind de sigur din lipirea prea intimă a acestora de tumoră; în momentul enucleerii sale spontanate, fibrele s'a u deslipit după uter rămânând pe dînsa. În fine mai putem observa pe suprafața externă a fibrómelor o mulțime și mici granulațiuni; ele nu sunt de cât rezultatul reunirei unor mici noduli, cari reprezintă tot atâtea tumori în miniatură.

Examenul istologic, după cum a arătat Vogel cel d'întâiu, nu ne oferă de cât prezența a două elemente: *țesut conjunctiv și fibre musculare netede*. Ele însă sunt în proporțiuni foarte variate, dar nici o dată pure așa că numai unul din ele să formeze tumora. Cu alte cuvinte, nu putem avea adevărate tumori fibróse sau miomatóse, ci combinate. Acesta și justifică numirea de *fibro-miome*.

Se admite însă că aceste două feluri de tumori — de și rar — pot exista și separat. Dar atunci corpiii fibroși puri ar avea punctul de plecare în porțiunea supravaginală a colului, care e mai bogată în țesut conjunctiv; iar miómele, exclusiv în corpul uterului, mai bogat în fibre musculare.

În orî-ce cas, prin cercetările minuțioase s'a constatat, că elementul muscular tot-d'a-una este inferior celui conjunctiv, oricare ar fi varietatea tumorei.

În adevăr, chiar în tumorile moi, cari clinicesc ni se prezintă ca mióme, încă țesutul muscular nu formază nici jumătate din partea sa constitutivă. Charles Robin susținea, că nu găsim nici a 10-a parte fibre musculare; restul este format cu totul de țesut conjunctiv. Dar acest țesut nu a ajuns în stare adultă, ci rămâne mai mult în cea embrionară; acesta procură caracterul de moliciune al acestor tumori. Causa ar fi după Robin, că elementul muscular al uterului nu se hipertrofiază și nici se mărește de număr, de cât numai în graviditate. De opinie cu desăvârșire contrarie este Lawson Tait, care în tratatul său susține, că termenii de tumori fibróse, fibróme sau fibrozii, trebuiesc suprimați din nomenclatura patologică. Cred, adoagă el, că după un examen minuțios al acestor tumori cunoscute sub numele de fibróme, se va găsi că elementul principal — afară de casuri cu totul excepționale — este *fibra musculară fusiformă cu nucleii săi caracteristici lungi*.

Dar or-cum ar fi, în tumorile moi, miomatóse, fibrele mus-

culare se pot foarte bine distinge: păstrează o dispozițiune paralelă și destul de regulată. Când însă țesutul conjunctiv devine adult, iar fașiile sale se condensază și se întăresc, atunci ele devin tortuoase, scurte și aproape imposibila obține o fășie ceva mai lungă. În acest caz predominanța o ia țesutul conjunctiv, prezentându-ne și el dispozițiunile cele mai neregulate, prin întorsăturile și flexuositățile infinite ce ne oferă; ele în general sunt lipsite, sau foarte sărace de celule.

Între cele două elemente fibros și muscular ce compun aceste tumori, se mai găsește câte odată o substanță a norii, cenușie, de un aspect granulos, având mare analogie cu acela ce infiltrază țesutul cartilajelor intervertebrale.

Acastă substanță, după Sinety, se găsește mai mult către centrul tumorei de cât la periferie.

În afară de aceste elemente, Recklinghausen a arătat în 1896, posibilitatea de a găsi în interiorul fibrómelor elemente glandulare. Lucrul n'ar fi greu de înțeles, când tumora se găsește în contiguitate cu mucósa uterină. În acest caz, e probabil că glandele să fie prinse de tumoră și să rămăe în corpul său. Recklinghausen susține însă, că prezența acestor elemente epiteliale nu sunt de cât resturi din corpul lui Wolff.

Dar dificultatea pentru explicarea fenomenului devine mare, când existența acestor elemente se găsește în tumori, al căror sediū e foarte depărtat de mucósa uterină. Ast-fel sunt câte-va cazuri arătate de Legueu și Marien. Reproducem următoarele linii din tratatul de ginecologie al lui Legueu: „Noi am găsit pe mai multe piese în centrul fibrómelor, elemente glandulare; dar asupra originii lor am ajuns la o concepție diferită. Aceste invaginațiuni glandulare au caracterele produțiunilor epiteliale a mucósei; și noi credem, că ele au luat naștere în mucósa, din care dînsele sunt o dependență. Când tumora prin faptul dezvoltării sale se depărtază de mucósă, dînșă tîraște cu ea aceste elemente glandulare, cari vor părea cu atât mai inexplicabile cu cât se vor găsi într'un teritoriū mai depărtat de cavitatea uterină. Aceste elemente se atrofiază mai târziu, sau se transformă; vom vedea mai departe rolul în evoluția lor“.

### Vascularisațiunea și modul de nutrire a tumorilor fibróse ale uterului.

În privința acésta au fost discuțiuni multe. S'a susținut cu drept cuvînt că, de óre-ce fibrómele uterine iaău mai tot-d'a-una o dezvoltare fórte mare, acésta nu se póte datori de cât unei nutrițiuni puternice, asigurată printr'o irigațiune sanguină pe o scară întinsă. De aci afirmarea prezenței de artere numeróse, precum și de nervi, semnalați de Dupuytren, confirmați de Bidder și descriși până la terminațiunea lor de Hertz și Lorey. Cu tóte acestea, în câte-va casuri nu s'a putut reuși a se injecta aceste vase. În adevăr, pe când materia colorantă străbătuse tóte părțile cele mai profunde din păreții uterini, totuși un fibrom intersticial aflat în acest organ, a rămas absolut incolor. Acésta probéză până la evidență lipsa desăvârșită de vase. Tot ceia-ce s'a putut constata, a fost prezența de vase arteriale, însă numai în zona celulo-conjunctivă saău de separațiune, pe care am descris-o în jurul tumorei. Aceste vase s'ar opri în nivelul păretelui extern al tumorei, fără a străbate în interiorul sėu.

Astă-zí însă e perfect demonstrat, că fibrómele conțin vase. Iată ce găsim în Legueu în acéastă privință: „În centrul fibromului tot-d'a-una există un vas. Une-orí e vorba de un capilar cu învăliș endotelial, saău un vas mai bine diferențiat și format de un endotelium de 1—2 și chiar 3 straturí de fibre musculare, și o tunică adventice. În mai multe puncte, acest vas central trimite nisce prelungiri dirijiate către periferia nodulului. Tunica adventice a vasului conține tot-d'a-una celule tinere în cale de dezvoltare. În jurul acestui vas central sunt aranjate, în formă de vîrtej, făși de fibre musculare netede. Acéastă aglomerațiune de fibre musculare în jurul unui vas, deja observate și notate de Klebs și Kleinwächter, arată o eră nouă în dezvoltarea acestor tumori“.

Ca compensațiune însă, fibrómele sunt brăzdate de un număr destul de considerabil de vene. Dînsele, plecate din acelea ale organului vecin, străbat în interiorul tumorei printr'un fel de prelungiri, precum lucrul se observă în falsele membrane.

Virchow susține, că la început orí-ce tumoră e provădută de vase; ele însă iaău o evoluțiune ulterióră, după cum va predomină elementul muscular saău conjunctiv. Așa, în primul cas, vasele se pot desvolta în așa grad, în cât tumora să fie brăz-



dată de o vastă rățea sanguină, dând cu totul tumorei un aspect cavernos. De aci numele de *fibróme cavernóse, sanguine*. Virchow le numesce *fibróme telangiectasice*. Când însă țesutul conjunctiv predomină și mai ales devine fibros, atunci vasele se sugrumă, lumenul se astupă; nu se mai găsește nici o urmă din ele în interiorul tumorei, saũ nu rămâne de cât numai trunchiurile lor în zona celulo-conjunctivă de separațiune. Fenomenul acesta a făcut pe Cruveilhier și Levret să susție, că fibrómele sunt lipsite de vase. Cu tóte acestea observațiunea a arătat că, chiar și tumorile fibróse pure, încă pot conține vase arteriale în interiorul lor. Acésta se întâmplă în următorul cas: Tumora, fie mononucleară saũ polinucleară, rămâne divisată în lobi prin prelungirea tracturilor celulo-fibróse, cari plécă de la învelișul comun saũ zona de separațiune primitivă. Atunci, vasele de la periferie urméză aceste fășii; ele brăzdză tumora cu o rățea sanguină destul de întinsă.

În termenii generali conclusiunea este că, în majoritatea casurilor nu trebuie să avem iluziuni de tumori uterine nevasculare, orî cât de abundant va fi țesutul conjunctiv. Mai tot-d'a-una în timpul operațiunei, ablațiunea acestor tumori se însoțesce de emoragii seriose. Decî să nu neglijem a avea la îndemână cele mai puternice mijlóce emostatice.

Presupunând însă că există tumori fibróse exangue, adică fără vase, atunci cum se explică creșterea lor, care câte odată capătă un volum fórte considerabil? În unele casuri Gusserow a arătat, că aceste tumori își iaũ materialul de nutrițiune, grație diferitelor aderențe ce ele contractéză cu organele vecine; decî ele nu aũ trebuința de intervențiunea vaselor aparatului genital propriu ȕis.

Dar când acest lucru nu există? Atunci creșterea ne-o putem explica în modul următor: Celulele centrale ale tumorei se hrănesc întocmai după modul cartilagelor, adică ele își trag elementele nutritive din celulele periferice. Ele decî cresc ca și un fel de paraziți, prin adăogirea și justa pozițiune a straturilor exerióre cari vin și acopere straturile centrale. Acésta însă are o limită. De aci rezultă că pe cât straturi nouă se adaogă, pe atât părțile centrale vor suferi în nutrițiunea lor, depártându-se de isvorul periferic. Resultatul este că dînsele cad în detritus, printr'o adevérată mortificațiune. Acésta ne explică faptul adesea observat, de găsirea în centrul tumorilor a unor cavități pline cu asemenea resturi.

De alt-fel și în foliculii tuberculoși, transformarea celulelor sale centrale într'o materie cazeiformă, nu se explică de cât tot prin acest mecanism de nutrițiune indirectă de celulă la celulă.

Dar dacă relativ la vascularizațiunea tumorilor uterine există oare-cari bănueli, nu e tot ast-fel cu vasele limfatice. Acestea nu numai că se găsesc în mare număr și în mod constant, dar iaă câte odată o dezvoltare considerabilă. Poirrier a arătat că în uterele miomatose, limfaticele sub-serose se hipertrofiază așa de mult, în cât capătă volumul unui police.

Acéstă dilatare enormă a spațiilor limfatice nu are nimic de extra-ordinar. Cercetările moderne aă arătat, că origina limfaticelor se află în fie-care spațiu saă ochiū ce forméză încrucișarea fășiilor conjunctive. Decī nimic mai natural ca ele să existe în mare abondență într'o tumoră uterină, a căreia bază este toemai formată pe dezvoltarea demăsurată a țesutului conjunctiv.

Dar or cum ar fi, constatarea acesteī dilatări a spațiilor limfatice — care forméză unul din caracterele cele mai principale a metritelor cronice, — pledéză foarte mult în favórea opiniunei emise de Virchow, că între metrita cronică și fibro-mióme există o asemănare anatomică foarte mare.

Când constatăm o asemenea creștere demăsurată a spațiilor limfatice într'un fibrom uterin, forméză o tumoră a parte numită *limfangiectasică*.

#### IV.

#### Transformațiunile patologice a fibro-miómelor uterine.

Acestea sunt în număr de șése: *ramolirea, indurațiunea, calcificatiunea, supurațiunea, gangrena, transformarea cancerósă și degenerescența kistică*.

**I. Ramolirea.** Chestiunea de a se sei cum se produce ramolimentul tumorilor uterine, a dat loc la lungi discuțiuni. S'a căutat a se stabili dacă procesul este da saă nu consecința unei inflamațiuni, saă al unui alt agent morbid.

Dacă e adevărat că tumorile fibróse pure sunt lipsite de vase sanguine, atunci nu putem admite dezvoltarea unei inflamațiuni într'un organ pus în asemenea condițiuni, precum încă nu e demonstrată inflamațiunea cartilagelor și a corneei.

Ast-fel fiind, inflamațiunea corpurilor fibroși n'ar putea să-și aibă locul de cât în zona celulo-conjunctivă de separațiune, interpusă între tumoră și țesutul uterin, căci numai acolo există vase; nici de cum însă în centrul tumorii, care e eminentamente fibros și format numai de celule conjunctive ca și fibro-cartilagele. Dar atunci, această inflamațiune periferică este ea capabilă ca printr'o cale indirectă atât de depărtată să aducă ramolirea întregii tumori? La rigóre putem răspunde afirmativ: dacă tumora întrégă se nutrește prin imbibițiune, și cu timpul, pe măsură ce crește, părțile sale centrale se depărtéză de periferie și pot suferi regresiuinea fiziologică, a fortiori acest fenomen se va produce și mai repede, când elementele nutritive de la periferie vor fi suprimate, grație copleșirei vaselor sanguine de procesul inflamator, desvoltat în zona celulo-conjunctivă din jurul tumorii. Acesta însă e o simplă ipoteză. Ramolirea tumorii se datorește mai mult intervențiunii următorilor trei factori și anume:

a) **Degenerescenta grăsoasă.** Virchow este cel d'întâi care a arătat că, în urma unor circumstanțe și cauze puțin cunoscute, fibrele musculare cari intră în constituția fibrómelor, se infiltréză de celule gresóse. Acestea alterând în totul elementul nobil muscular, prin copleșirea succesivă, îi distrug funcțiunea fiziologică, transformându'l la urmă într'o adevărată grăsime. Mai mult, acest autor a arătat că un asemenea proces degenerativ, póte să cotropéscă și însuși țesutul conjunctiv. Atunci întréga tumoră este transformată într'un fel de terciu gresos, ce cu timpul emulsionându-se determină ramolirea sa. E posibil ca acest proces degenerativ încetul cu încetul să reintre în torentul circulator, iar cu dînsul tumora să dispară în mod spontanat. Același autormăi susține, că fibrele musculare formând elementul activ și cel mai principal din tumoră, este destul degenerescenta lor, pentru ca tumora să dispară spontanat ca o consecință a ramolirei.

Bazați pe acest principiu, s'a explicat nu numai regresiuinea tumorilor în urma gravidității și a menopauzei fiziologice sau provocate, dar s'a și instituit diferite metode de tratament, în special electroterapia, avênd de scop tocmai provocarea unei asemenea degenerescente. Vom reveni.

Dar iată în mod mai detaliat, după Legueu, cum Virchow iar apoi Cornil explică fenomenul regresiv și chiar disparițiunea unui fibrom în urma facerei: în timpul gravidității, fibrómele participă într'o primă fază la hipertrofia generală a elementelor constitutive ale uterului. După acușment, ele se mic-



șoréză de volum, suferă degenerescența gresósă saú chiar dispar. Fășile musculare atinse la început de iperemie, de acéstă activitate nutritivă ce se apropie de inflamație, comprimă fășile in terpuse până a opri circulațiunea sanguină precum și sosirea elementelor nutritive. Aceste fășii rămân atrofiate, iar celulele lor contractile se mortifică. In urma acestuî prim stadiu, vasele turgide a muschilor ipertrofiați lasă să iasă din ele globule albe în mare cantitate. La limita părței sănătoșe și a părței necrosate globulele migratorii devin adevărate fagocite, cari se încarcă cu detritusurile precum și cu granulațiunile proteice și gresóse a fibrelor musculare, lipsite de viață și de rezistență. Ast-fel se pôte produce resorpțiunea unuî mare număr de lobuli, și micșorarea de volum a tumorei după acușment, saú chiar dispa rițiunea sa.

b) **Degerescența mixomatósă.** Acéstă constă în aceia, că fibromiómele pot să se infiltreze și să se transforme într'un țesut mucos. După Virchow, între ochiurile fășiilor țesutuluî conjunctiv prealabil ramolite, saú chiar în păreții vaselor după Pilliet, se depune un liquid conținând o cantitate mare de mucină.

Acest liquid clar și de o colóre gălbue, sémănă fórté mult cu limfa, avënd proprietatea a se coagula imediat în contact cu aerul. Spațiurile în cari este conținut liquidul, aú fost numite de Cruveilhier *geode*. Cu cât ele se măresc, cu atât fibrele musculare și conjunctive suferă în nutrițiunea lor. De aci consecutiv, necrosă, ramolire și resorbție. Acéstă transformațiune mixomatósă este excesiv de rară. După cum afirmă Gusserow, nu s'a mai vëđut nici un cas afară de cel relatat de Virchow. Cu tóte acestea când lucrul există, tumora constitue o varietate clinică numită de Vorms *mióme uterine idropice*; de Gueneau de Mussy *mióme complicate de idropisie uterină*, iar de Trélat *mióme-uterine idrorcice*. Aceste denumiri s'aú dat din cauza unuî fenomen bizar ce apare la bolnavă. El constă într'o scurgere de lichid prin uter saú fundul de sac posterior. Acest liquid clar, gălbuî, și câte o dată fórté abundant, este ușor coagulabil în mod spontanat.

Infine al treilea agent care contribue la ramolirea fibrómelor uterine este *edemul*. Acesta nu e alt ceva de cât iarăși o infiltrațiune de serositate mai mult saú mai puțin abundantă între fibrele musculare și conjunctive, dar într'un grad mult mai mic ca în degenerescența mixomatósă. In adevăr, edemul nu ajunge a determina acele lacune intersticiuale saú geode.

II. **Indurațiunea.** Acéstă stare cu totul contrarie celei prece-



dente, se caracteriză printr'o tărie foarte mare a tumorei, întocmai ca aceia a cartilagiului. Indurațiunea p<sup>o</sup>te fi primitivă sau secundară. Este primitivă când țesutul conjunctiv nu numai că de la început ia o prea mare dezvoltare, dar repede ajunge în stare adultă, fibr<sup>o</sup>să. În acest caz tumora suprimă toate vasele; totuși d<sup>in</sup>sa rămâne cu un volum mare și consistență foarte dură.

Indurațiunea secundară se produce în urma degenerescenței gres<sup>o</sup>se a fibrelor musculare. Atunci țesutul conjunctiv se retractă, iar tumora se micșorează din ce în ce, căpătând o consistență cartilagin<sup>o</sup>să.

Putem zice deci, că avem o *indurațiune primitivă ipertrofică și una secundară atrofică*.

**III. Calcificațiunea.** Se observă mai ales în tumorile intersticiiale și sub peritoneale, și în special în acelea cari au fost supuse degenerescenței mixomat<sup>o</sup>se sau de ramolire.

D<sup>in</sup>sa se p<sup>o</sup>te efectua în două moduri. De la periferie la centru — când se form<sup>o</sup>ază o adevărată c<sup>o</sup>je sau carapace; mai frecuent însă de la centru la periferie — când observăm incrustațiunii de fosfați, carbonați de calce și sulfati de calce depuși pe f<sup>o</sup>șiile fibro-conjunctive, sau în jurul unui vas capilar. Acesta dă tumorei aspectul unui adevărat zoofit, semănând cu un burete sau coraliu (mărgean), mai cu s<sup>o</sup>mă dupe ce tumora a fost supusă la macerațiune. Consistența acestor deposite calcare e așa de mare, în cât oferă o rezistență foarte considerabilă chiar la tăutura cu ferestrăul. Acesta a și făcut pe mulți a considera aceste deposite ca producțiuni osose. Freund susține, că ar fi găsit în ele cel mai principal element al sistemului osos, adică corpusculii osoși. Majoritatea autorilor însă admit, că aci e vorba numai de un deposit pur și simplu de săruri calcare, adică de o calcificațiune iar nici de cum de osificare.

Or cum ar fi, faptul clinic este că unele deposite se pot deslipi de scheletul fibros al tumorei și să formeze bucăți separate, întocmai ca niște mici pietricele mai mult sau mai puțin voluminoase. Dacă circumstanțele sunt favorabile, acele petricele pot cădea în uter sau chiar în organele vecine ca bășică or vagin, prin perforațiune secundară. Ast-fel se cit<sup>o</sup>ază în Schroeder, din scrierile lui Hippocrate, că o femeie thesaliană în etate de 60 ani, care tot-d'a-una fiind cuprinsă de dureri violente în timpul coitului, mâncând o dată din întâmplare puțin usturoi, a fost imediat coprinsă de dureri de facere, dar cari sau terminat prin eșirea din vagin a unei pietre destul de respectabile. Un alt

autor vechi, Salius, povestește și el cazul unei călugărițe, care de asemenea fiind coprinsă de dureri analoge facerei, a născut în loc de copil o piatră de mărimea unui ou de rață. Sunt încă o mulțime de alte cazuri de asemenea natură ce se găsesc citate în vechii autori. Dar mai curioase dintre toate este acela al unui felcer (oficier de santé), care chemat în grabă la o femeie ce trebuia să nască, dînsul imediat s'a grăbit a aplica forcepsul. Dar spre colosala lui surprindere constată, că în loc de a scöte un copil, extrage o piatră... cât capul lui de mare!?...

Töte aceste producțiuni sunt cunoscute în știință sub numele de pietre uterine, sau calculi uterini. Proveniența lor însă fiind azi bine cunoscută, Robert Lee, spre a evita confuziunea, le-a numit *tumori fibro-calcare*.

**IV. Supurațiunea și gangrena.** Din cele arătate, dîndu-se constițuțiunea tumorilor fibröse, inflamațiunea supurativă și a fortiori cea gangrenösă este cel puțin förte greu de susținut, ca putându-se desvolta în aceste tumori. Lucru ce se observă mai des este inflamația supurativă în zona periferică a tumorei. Lesne se înțelege că, acest proces luând o intensitate prea mare și copleșind de odată töte vasele nutritive, ar putea să producă nu numai supurațiunea zonei de izolare a tumorei, dar și a părților sale centrale, mergënd chiar până la sfacel. Dar în afară de aceste accidente secundare, s'a constatat supurațiuni și gangrene primitive în centrul tumorei, fără ca zona sa periferică să fie atinsă.

În cazul acesta, e probabil că inflamațiunea se desvoltă în urma unei tromboze, precum susținea deja Cruveilhier. Ea s'ar produce în mod spontanat — cum se întâmplă în timpul facerilor, în urma diferitelor traumatisme aplicate pe abdomen, ori explorațiuni intempestive, ca punctiunii, ruperea mucösei uterine cu instrumente murdare, etc., etc.

Cercetările moderne arată, că aceste supurațiuni și gangrene sunt de natură microbică.

Ast-fel Hartmann și Mignot, au găsit într'un miom supurat și gangrenat un microb anaerob. Acest microb constatat și în vagin, se crede a fi ajuns la miom prin limfatice. Din partea lor, Reymond și Deplat au găsit coli-bacilul — venit probabil în urma aderențelor intestinului cu tumora. Dar în alte circumstanțe, supurația și în special sfacelarea tumorei provine în mod mecanic, anume din traumatisme și torsiunea bruscă a pediculului — dacă e suficient lung iar tumora mobilă. Acésta se ob-

servă în particular în miómele sub peritoneale, singurele capabile a fi provăzute de asemenea pedicule.

Resultatul acestor complicațiuni inflamatorii câte o dată este salutar, căci puroiul o dată colectat, se póte scurge în mod spontanat prin uter sau organele vecine, iar une-orí chiar prin păreții abdominali. Un asemenea cas am observat pe sora unui confrate, S. R. Dînsa avênd un fibrom utero-vaginal, i-am extirpat pe acesta din urmă. Dupé cât-va timp însă (o lună) pacienta a fost cuprinsă de fenomene inflamatorii, terminându-se printr'un abces supra-pubien, care deschidându-se, comunica direct cu miomul uterin. Dupé mai mult timp și îngrijiri speciale, tumora treptat a descrescut, abcesul s'a închis iar femeea s'a vindecat și trăește și ađi.

Alte dáți, aceste deschideri se fac în regiuni mult mai depărtate de organele genitale, lucru de care trebuie să fim preveniți. Și cel mai bun exemplu în acéstă privință este cazul lui Martin. Este vorba de o femeie, cu un miom intrat în supurațiune. Puroiul treptat a perforat peretele posterior al uterului, și a mers până a róde în nivelul promontoriului osul sacru, de care uterul era fórte aderent; aci se produsese o fistulă.

Tot același lucru putem díce și când tumora intră în sfacel, căci se întâmplă une-orí, ca părți mai mult sau mai puțin mari de detrisuri să se elimeneze prin uter sau alte căi; tumora descrește, și bolnava se vindecă.

Adesea se întâmplă și accidente mortale, determinate prin lungi supurațiuni sau complicațiuni de septicemie, piemie, etc., cari slăbind pe bolnavă o tărăsce în cacheesie și o omóră. Personal cunosc doué asemenea casuri: unul în clientela din oraș, la care sfacelul s'a produs spontanat; iar altul în spitalul Colțea, pe o israelită, căreia făcându-i laparatomia și ne putênd estrage miomul, m'am mărginit a-l desinclava, deslipindu-l din escavația sacrală și fixându-l la păretele abdominal. Dupé un scurt timp a început să iasă prin vagin un liquid murdar și infect, care nu era alt-ceva de cât rezultatul sfacelărei miomului; bolnava a sucombat dupé o luptă de 3 luni, în cea mai complectă cacheesie.

Pentru a termina vom adăoga că examenul microscopic al produselor de putrefacțiune al acestor mióme, a arătat lui Bouch, prezența unei materii particulare, căreia i-a dat numele de *ino-stearină*. El chiar numește, pentru acest cuvênt, asemenea fibróme *ino-steatome*.

Intr'un singur cas un autor Stratari fi observat *degenerescență amiloidă* în tumori.



V. **Degenerescență cancerosă.** S'a discutat foarte mult și s'a făcut studii întinse, pentru a se ști în mod pozitiv, dacă o tumoră fibrasă a uterului poate din benignă ce este, să ia caracterul malign, adică să se transforme în cancer. S'a adus în adevăr multe observațiuni, căutându-se a se proba acest lucru. Dar cercetările minuțioase au arătat, că era vorba fie de o coplesire secundară a tumorei de la un cancer al colului, sau al corpului, fie de o infiltrațiune a tumorei prin mugurii canceroși plecați de la periferie și în special de la mucosa uterină. S'a constatat une-oră, că învâlișul întreg al tumorei era coplesit de degenerescență cancerosă, pe câtă vreme partea sa centrală, adică miomul propriu și era intact, plutind ast-fel în mijlocul acestei carapace cancerose. Cel mult se admite, că în mucosa uterină este posibil dezvoltarea de epiteliome numite glandulare, și că mugurii lor cu timpul pot străbate învâlișul și chiar substanța tumorei, precum de alt-fel se observă și în oră-ce alt organ. Dar atunci e vorba de o degenerescență secundară, iar nici de cum primitivă.

Sunt însă citate câte-va cazuri, unde fibromul s'a găsit canceros chiar în centrul său, fără ca periferia sau mucosa uterină să fie atinse. Acesta ar fi o probă de posibilitatea transformării cancerose primitive a acestor tumori. Dar asemenea cazuri pe lângă că sunt rari, sunt și în contradicție cu cercetările moderne. De aceea Schroeder se exprimă ast-fel în această privință. Casurile sunt rari și trebuie să primescă probabil interpretațiunea următoare: la începutul formațiunei miomului, câte-va funduri de sac glandulare au fost strangulate și separate de mucosă; tumora continuând a se dezvolta, aceste extremități glandulare au rămas în centrul miomului; ele în cele din urmă au suferit în acest nivel degenerescența carcinomatosă.

De alt-fel nici nu e posibil a se admite transformarea miomelor în cancer. Astăzi este perfect demonstrat — mai ales de Waldayer — că neoplasia cancerosă nu se poate dezvolta de cât în organele unde normal se găsesc celulele epiteliale. Fibro-miomul însă, nefiind esclusiv compus de cât din fibre musculare netede și țesut conjunctiv, el nu poate și nici nu-și permite legile embriologice a se transforma în cancer. Tot ceia-ce le este permis, și degenerescența la care foarte adesea sunt supuse aceste tumori, este transformarea lor în sarcom. Acesta în adevăr, după datele embriologice, (sarcomul) se dezvoltă în țesutul conjunctiv și în toate organele care provin din foia medie a blasto-



dermului. <sup>1)</sup> Dar tocmai acesta este transformarea cea mai des observată a fibro-miómelor; de aci a și rezultat numirea de *miosarcom* sau *fibro-miosarcom*. În acest caz, substanța intercelulară se umple cu celule rotunde, la început mici, apoi mari și cu nucleu numeroși. Ele străbat între fibrele musculare, le disociază, le întinde, până finesc a le face să dispară, ocupându-le dînsele locul în totă întinderea tumorei. În acest moment fibromiomul ia un aspect omogen, mai mult gălbuiu, de o consistență foarte môle și enorm de vascular. Faptul acesta e demonstrat nu numai prin cercetările microscopice, dar mai cu sémă prin observațiunile clinice, cari tot-d'a-una au rămas inatacabile. Aceste observațiuni constau în producțiuni metastatice de neoplazie sarcomatósă găsite și în alte organe, la autopsia persónelor mórte de miosarcóme uterine.

Kartz în special, a arătat transformațiunea unui fibro-miom în sarcom și generalizarea sa în același timp în plămâni.

**VI. Degenerescenta kistică.** Tumorile ajunse în această stare au făcut obiectul de cercetări și discuțiuni foarte importante, căutându-se a se lămuri mai cu sémă patogenia acestor cavități, unele enorme, ce se găsesc în centrul tumorilor. Ele au fost numite pe rând de Englesii *tumorî fibro-kistice*; de Germanii *kistome*, pe când Schroeder le dă numele de *tumorî mixte*. Ceia-ce s'a căutat mai cu sémă a se lămuri este faptul demonstrat, că aceste cavități orî cât de mari ar fi, ele nu sunt adevérați kiști; deci nu e vorba de o entitate morbidă nouă, ci o simplă modificațiune patologică a uneia și aceleași tumorî uterine. Cercetările microscopice au arătat, că aceste cavități nu numai nu posedă pe fața lor internă nici un învâliș epitelial, dar nu au nici părăți proprii. Dînșii sunt reprezentanți prin aceleași elemente din cari e formată tumora, adică țesut fibros și muscular. Și dacă în unele cazuri s'a găsit pe părății lor interni celule endoteliale, acesta provine din modul cum au luat naștere cavitățile kistice.

În privința acesta putem aplica teoria lui Broca asupra formăreii kiștilor în general, lucru ce am desvoltat în al doilea volum al meu. <sup>2)</sup>

În adevăr, unii din acești kiști se forméză în afară de existența unei cavități prealabile, pe când alții rezultă din dilatarea unei asemenea cavități deja existente.

Dar iată în câte-va cuvinte cum se petrec lucrurile: Am arătat

<sup>1)</sup> Vol. II pag. 112—120.

<sup>2)</sup> Vol. II pag. 152—158.

precedent, că în sînul acestor tumori se pôte desvolta o cantitate mai mult sau mai puțin mare de serum sau mucină, producînd degenerescența mixomatósă și edemul tumorilor. Când lucrurile nu merg mai departe, tóte spațurile interfasciculare ast-fel dilatate, ne oferă o mulțime de mici kișți separați unii de alții, dar plini cu un liquid sui-generis. Cu timpul însă, unele din fășiile de separațiune a acestor kișți încep a se rupe; atunci din mai multe mici locule se forméză o cavitate mai mare, reprezentând un busunar kistic. Este rar ca tóte acele mici kiste să se fusio-neze într'unul singur și să transforme întréga tumoră într'un kist unic. De ordinar găsim în centru o cavitate kistică mai mare, iar în restul corpului altele mai mici. Mai constatăm încă făși mai mult sau mai puțin gróse plecate de la un pãrete la altul; ele nu sunt de cât vestigiul fășiilor conjunctivo-fibróse ale tumorilor. Dupuytren le compara cu aspectul ce ni-l oferă colónele cãrnóse ale cordului. Aci, pe pãretele intern nu găsim nici o urmă de celule epiteliale; totul este format din țesut conjunctiv.

Printr'un mecanism aprópe analog putem introduce în acéstă categorie și kiștii resultați din ramolirea subită a tumorilor cari au suferit degenerescențe granulo-gresóse, prin suprimarea materialului nutritiv. In acest cas, daca nu intervine nici un microb specific spre a determina gangrena, se produce formațiunea unei simple mese moi; dînsa intrând în deliquescență, dă nascere prin topirea ei la formațiune de cavități sau geode, pline cu o materie mai mult sau mai puțin liquidă. Dar acésta în definitiv constituie o pungă kistică, însă iarăși falsă: dînsa nu are nici pãreți proprii și nici fața sa internă nu e cãptușită de celule epiteliale.

Alte dăți aceste cavități kistice au altă patogenie. Ele nasc nu din intersticiul ochiului celulo-conjunctiv, dar din însăși vasele limfatice. Lumina acestora se măresce atît de mult, în cât nu numai capătă grosimea unui deget, dar se transformă în adevărate buzunare enorme. Forma acésta a făcut pe Leopold și Fehling precum și pe Koeberle, să le numéscă *tumori fibróse limfangiectasice*. In acest cas putem găsi celule epiteliale pe foia internă a kiștilor; dar ele aparțin organului cari le-a produs, adică vaselor limfatice, iar nici de cum kistului însuși.

Origina acestor kiști se mai datorese și unei dilatațiuni exagerate a vaselor capilare; rezultatul este analog cu cel precedent. Virchow le-a dat numele de tumori *telangiectasice*.

In fine arterele, dar mai în special venele, pot suferi o ase-

menea dilatațiune cu formațiuni de pungă, când tumora ia în totul caracterele unui țesut erectil. Pentru acest cuvânt Cruveilhier le-a dat numele de *fibróme cavernóse, tumoră angiomatóse, sanguine* sau *erectile*.

Și într'un cas și în altul, produsul de secrețiune al tumorilor ast-fel inkistate în aceste pseudo-kiste, se póte vărsa în cavitatea uterină. Și dacă orificiul intern sau extern al acestui organ e astupat, atunci tótă cantitatea de liquid se va acumula în uter, formând une-oră tumori colosale. Ele sunt cunoscute sub numele de *uter kistic* sau *ematometru*, după cum lichidul va fi seros oră sanguin.

## V.

**Etiologia.** Nu se scie absolut nimic sigur cu privire la adevă-rata cauză producătoare a acestor tumoră. Tot ceia-ce s'a đis relativ la etate, sex, temperament, rasa umană, etc., etc., aű rămas simple su-pozițiuni, neputând nici una din ele să reziste obiecțiunilor făcute. Singură observațiunea a arătat, că fibrómele își aű maximum de frecuență de la 30 la 50 anı. Este în adevăr esecțiunal ca ele să apară înaintea aparițiunei menstruelor, precum și după încetarea fiziologică a acestora. Cu alte cuvinte, virginele și femeile prea bėtrıne ar fi scutite. Cu tóte acestea, din când în când se observă esecțiuni la regulă. Faptul s'a constatat mai ales la femeile Ame-ricane. De aci s'a susținut că rasa négră nu numai că e mai predispusă ca cea albă, dar la ele, fibrómele ar apare la o etate relativ puțin înaintată, adică la 20 anı. Schroeder, în sta-tistica sa, arată că din 798 casuri, a găsit două la fete de 19 anı și la 8 femei între 60—66 anı; maximum de frecuență, în număr de 407, ar fi între 40—50 anı.

În ceia-ce privesce abstențiunea de la plăcerile sexuale și deci implicit sterilitatea — factor pe care Bayle îl dădea ca o cauză predisponentă — nu are nici un fundament. Observațiunile clinice adesea aű arătat contrariul. În special, Schroeder în sta-tistica sa, dă că din 792 femei atinse de fibromiom, 614 adică 72½ 0/0 erau măritate, pe când numai 178, adică 22½ 0/0, nu erau măritate, fără însă a susține că nu avusese raporturi sexuale. S'a conchis deci, că sterilitatea nu numai nu e cauza desvoltărei miomu-lui, dar din contra, dınsa ar fi efectul fibrómelor. Și în adevăr din 604 femei afectate de aceste tumoră, numai 58 aű fost sterile, restul avusese copii; tóte la un loc născuse 1298 copii, adică fie-care din bolnave a avut mai mult ca 3 copii în termen mediú. În fine sunt și alte statistice, pe cari ne dispensăm a le mai cita, considerându-le ca fără mare importanță, cu atăt mai mult cu



cât multe din ele se contrađic. Ast-fel între altele, e statistica lui Fehling, făcută de Schumacker la clinica din Ball. Dînsa arată că fibro-miómele ar fi mai frecvente la celibatate de cât la femeile măritate.

Adevărul este că teoreticesce, sterilitatea ar fi mai capabilă să producă aceste tumori. In adevăr, după Cohnheim, există în organul uterin germenii embrionari (nucleii musculari și conjunctivi, cari rămân acolo închiși pentru un anume scop fiziologic. Grație acestor germenii, noi ne esplicăm enorma creștere de volum a uterului în timpul gestațiunei. Când dar fecondațiunea nu se produce și deci femeia rămâne sterilă, acești germenii cresc; crește însă nu în mod fiziologic ci anormal. Dar atunci ei dau nascere unei tumori, nu cu tendința a suferi involuția ca după o facere, ci din contra a crește la infinit.

Mai există încă o teorie care a jucat un rol mare și care ađi chiar circulă în sciință. Acésta este aceia a lui *Winckel* și *Ols-hausen*. După dînsii, agentul precursor al fibro-miómelor sunt de-sele congestiunii ale organelor genitale interne, în special ale uterului. Noi, la capitolul metritelor cronice, am atins acésta chestiune și am dat desvoltarea cuvenită, susținând că metritele pot fi punctul de plecare al fibro-miómelor. Obiecțiunea care se opune acestei teorii sprijinită și de *Virchow*, este: că dacă lucrul ar fi adevărat, atunci gâtul uterin, care e mai des afectat de inflamațiune, pentru ce e mai rar atins de fibróme de cât corpul? Dar acesta nu e un argument puternic, de óre-ce nici el nu e cu totul scutit. Dar mai mult, se susține că însuși congestiunile și stazele sanguine în organe mai depărtate, sunt capabile a da același rezultat. Ast-fel emfisemul, afecțiunile cordului, ale ficatului pot predispuce la fibro-mióme. *Winckel* a căutat să arate, că surmenajul intelectual și fisic, precum preocupările, studiile ne-întrerupte, melancolia, patinajul, cantul, șederii prelungite la piano, etc., aducând congestiunii în organele pelviene, predispuce la fibro-mióme.

In 1892 *Prochownik*, bazându-se numai pe 4 casuri, a emis ideea că sifilisul póte fi considerat ca factor capabil a produce fibro-mióme. Dînsul susține acésta idee prin faptul că, bolnavele sale fiind supuse la un tratament specific, tumorile ađi descrescut, iar metroragiile și durerile ađi încetat. Dar acésta e o simplă suposițiune, fără ca vre-un alt autor să fi mai dat casuri analóge.

Care este însă modul intim al formațiunei acestor tumori, cu alte cuvinte care e patogenia lor?



Teoria cea mai veche și care a jucat un mare rol, a fost aceea susținută cu multă ardore de Velpeau. El atribuia dezvoltarea tumorilor fibróse unei organizări a coagulului sanguin, de-pus în țesuturi.

Acest autor, împreună cu o întreagă școlă, susținea că, pre-cum după legarea unei artere, astuparea completă a vasului se obține prin organizarea ulterioară a coagulului sanguin, tot ast-fel este și dacă o picătură de sânge, sau limfă plastică dupe Ro-bin, se depune în intimitatea țesutului uterin; dînsa se pôte foarte bine organiza. Prin urmare, cu timpul acest deposit capătă o viață independentă. El începe a cresce și dă ast-fel nascere unei tumori. Cercetările moderne însă, demonstrând că această pretinsă organizare a coagulului sanguin nu e de cât rezultatul străbaterei vegetațiunilor venite din păreții vasculari, întréga teorie a cădút. De aceea ađi, aprópe nimeni nu mai admite o asemenea organi-sare a sângelui revărsat în țesuturi. Dînsa se consideră ca un fapt rău observat și falș interpretat. De alt-fel noi în vol. II la cap. Tumori, am dezvoltat pe larg această teorie și deci trecem peste dînsa.

Astă-đi teoria cea mai modernă și mai acreditată este aceea a lui Virchow. Acest autor atribue fibro-miómele unei arterio-sclerose locale. Părerea sa e cu atât mai adevărată, cu cât s'a căutat să se demonstreze, că femeile atinse de fibro-miomul, mai tóte oferă semne de un început de arterio-sclerosă generalisată. Pentru detalii asupra acestor caractere, trimitem pe cititor la Vol. I, cap. Ulcere.<sup>1)</sup>

Tóte cele-l'alte teorii cari ađi au curs în sciință, coroboréză cu ideia lui Virchow, căci tóte în definitiv sunt bazate pe ar-terio-sclerosă.

Ast-fel este teoria lui Klebs. Acest autor atribue dezvoltarea fibro-miómelor unei proliferațiunii a țesutului conjunctiv și mus-cular, ce se forméză în jurul vaselor capilare. Din această proli-ferare resultă unul sau mai mulți nuclei. Produsele acestea la rîndul lor forméză noduli, iar aceștia prin aglomerarea lor finesc a constituii tumora.

Gottschalk susține aprópe același lucru, cu deosebire că el, pe lângă proliferarea țesutului conjunctiv peri-vascular, adaugă și o proliferare endarterială. Decí, pe de o parte iritația locală a vasului, iar pe de alta turburarea circulatorie periferică, constitue

<sup>1)</sup> Vol. II. pag. 33-66.

doi agenți puternici în producerea tumorilor. Dar și aci nu e vorba de cât tot de o arterio-sclerosă.

Pentru Kleinwöchter, fibro-miomele s'ar forma prin aglomerațiunea și transformarea celulelor fusiforme în celule rotunde, ce se găsesc împrejurul capilarelor pe cale de obliterațiune. Pilliet în Franța a ajuns prin cercetările sale de control la același rezultat; el susține că fibro-miomul este o bôlă primitivă a rețelei vasculare uterine.

În definitiv, actuala patogenie a fibro-miomei rezidă într'o supra activitate a elementelor constitutive peri-vasculare, fie că ele aparțin capilarelor sau chiar însuși vaselor arteriale.

Dar noi cunoștem vechiul adagiū *ubi stimulus ibi fluxus*. Care este deci agentul intim al acestei stimulațiunii, capabilă a determina ipertrofia și la rigóre însăși ipergenesele elementelor fiziologice, pentru a ne oferi producerea unei asemenea stări morbide? De sigur iritația. Dar acest nume e vag și cu totul abstract. Tendința cercetărilor moderne este a concretiza lucrul. Și s'a ajuns la acest scop, prin punerea în joc al celui mai palpabil agent al or-cărei iritațiunii sau inflamație a țesuturilor, cu rezultatul sus indicat. Acest lucru concret este microbul. Când însuși calculele nefretice, vesicale și chiar salivare, s'a demonstrat a fi datorite depositului substanțelor minerale în jurul unui microb, de ce ôre ipertrofia celulelor și țesutului conjunctiv peri-vascular n'ar recunoșce aceeași origină? Și în adevăr, Galippe — sunt câți-va ani — a arătat existența de microbi în fibro-miome. Vedeler a găsit în secțiunea fibrómelor colorate prin ematoxină și eosină, aspecte ce reamintesc pe acelea a amibelor; el consideră acești ematozoari drept cauză a fibro-miomei.

Noi, de și nu posedăm cunoștințe speciale de bacteriologie, totuși suntem convinși că, adevărata cauză a fibro-miomei uterine este o arterio-sclerosă, determinată ea însăși printr'o iritațiune specifică, fie sub dependența unei anumite stări diatesice or constituționale. Tot-d'a-una însă va exista influența unui agent palpabil, ce nu pôte fi de cât un microb necunoscut. Trecem acum la altă chestiune.

Din punctul de vedere clinic, miomul într'un mod iresistibil tinde a lua următoarele trei căi, dându-ne tot atâtea varietăți:

1. Când rămâne în locul unde a luat naștere, adică în mijlocul țesutului uterin, *poartă numele de fibrom intersticial, intra parietal sau mural*. Aceste tumori une-orî sunt solitare, alte dăți însă multiple. Kivitsch și Cruveilhier au găsit până la 40 pe acelaș uter,

Schultze pe o femeie de 83 ani a găsit 50 de mióme. Când fibrómele sunt unice, ele prin faptul că posedă cele mai intime conexiuni cu țesutul uterin, sunt provădute de vase fórte numeróse. Din acéstă cauză iaú și desvoltări enorme, ajungênd une-orí la volume considerabile. Dar tendința unui fibrom nu este a rămânea locului ci a progresa. El caută a'și face drum fie către cavitatea peritoneală fie către mucósa uterină. Muschiul uterin însă îi oferă o mare rezistență. Prin urmare, dacă tumora s'a desvoltat just în mijlocul păretelui uterin, dînsa neputênd lupta contra rezistenței ce-í opune fibrele musculare, adesea rămâne definitiv ca tumoră intersticială. In cazul contrariú, tumora cu timpul devine sub serósă saú sub mucósă, după cum se găsesce în punete mai apropiate de aceste organe. Dar orí-care ar fi locul de origină, totuși muschiul uterin, prin contractiunile sale, caută a se opune la progresiunea tumorei tinđênd a o ține în loc. Cu timpul, tumora reușese a depărta fibrele musculare, făcêndu-și drum printre dînsele. Și din momentul când ea reușese a 'și angaja în acéstă butonieră ceva mai mult de cât jumétatea circumferenței sale, atunci contractiunea fibrelor musculare, de parte de a constitui un obstacol, acum se transformă în agentul cel mai favorabil, înlesnind progresiunea tumorei. O asemenea contractiune uterină tinde a împinge tumora în afară de butonieră, făcênd'o să alunece întocmai ca un sâmbure presat între degete.

Fibro-miomul deci, respins din sânul păreților uterini, nu rămâne în conexiune cu acest organ de cât printr'un pedicul mai mult saú mai puțin gros, format din țesut conjunctiv, câte-va fibre musculare și unele vase. După modul de vascularisațiune a acestui pedicul depinde mersul ulterior al tumorei. In adevêr, câte o dată pediculul conține vase fórte desvoltate, atingând grosimea unui creion saú chiar de 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> police după cum arată Herwitt. In acest cas tumora póte lua o creștere colosală, grație abondenței de materialuri nutritive venite prin aceste vase. Alte dăți însă pediculul e cu totul sérac: el posedă vase fórte rari și de un calibru mic. Atunci nutrițiunea fiind insuficientă, tumora suferă; dînsa ne oferă tóte metamorfosele de cari am vorbit.

Când tumora a scăpat din sînul țesutului uterin, dînsa își ia direcția către cavitatea peritoneală. Ea forméză a II-a varietate numită *fibrom sub peritoneal saú sub seros*. Dacă tumora posedă un pedicul lung, Virchow îi dă numele de *polip extern saú sub peritoneal*.



A III-a varietate este când tumora își face aparițiunea în cavitatea uterină. În acest cas avem aface cu un *fibrom sub mucos*. Aci două lucruri se întâmplă. Tumora are conexiuni foarte largi cu țesutul uterin; dînsa proeminând în cavitatea organului, se acoperă de mucosă pe care o împinge înaintea sa. Alte dați în loc de a fi sesilă își formeză un pedicul; atunci ia numele de *polip fibros*. Acest pedicul une-orî e format tot din țesutul uterin și prin urmare foarte vascular; alte dați țesutul uterin se atrofiază iar pediculul rămîne compus numai din mucosa uterină, sau țesutul conjunctiv sub mucos. În acest cas pediculul e foarte subțire și nevascular. Adesea el se rupe, lăsând tumora liberă în cavitatea uterină.

Acestea sunt varietățile cele mai principale de fibro-miome. Ele rezultă atunci, când tumora își are punctul de plecare în grosimea fundului uterin. Fibrómele cari nasc pe marginele laterale ale uterului, au tendința a străbate mai mult în grosimea ligamentelor largi deslipindule cele două foi din cari se compun.

În acest cas avem :

A IV-a varietate: *tumori fibróse intra-ligamentóse, sub-ligamentóse și extra-peritoneale*.

Ele au aceiași evoluție ca și cele precedente, putând fi sesile or pediculate. Une-orî pediculul care le ține legate cu uterul se rupe; atunci tumora rămîne izolată în grosimea ligamentelor largi. Acésta a făcut pe unii să le ia drept fibróme primitive a acestor ligamente, pe când în realitate ele aparțin uterului.

În fine tumorile cari nasc din porțiunea supra-vaginală a colului, au tendința a se infiltra în țesutul celular al basinului sau sub aponevroasă pelvienă (sacro recto-genitală a lui Delbet). Acestea formeză :

A V-a varietate numită de Pozzi *fibro-miome sub aponevrotice* sau *corpă fibroși pelvienă*. Fibrómele porțiunii vaginale a colului sunt rari. Causa ar fi după unii că acest organ conține foarte puține fibre musculare. Acésta însă nu e un cuvânt, de óre ce chiar fibrómele uterine adesea posedă mai puține fibre musculare de cât are colul în stare normală. Se susține deci, că frecvența tumorilor uterine în raport cu ale colului, rezultă din rolul fiziologic diferit ce aceste două porțiuni ale aceluiași organ au între ele.

În fine se pot observa fibróme și în porțiunea sub vaginală a colului și mai ales pe buza sa posterioară. Une-orî iaă o desvoltare enormă avînd un pedicul larg; acésta le permite a eși din



văgin și a atârna chiar între cõpse. Alte dăți tumora se infiltră pe grosimea pãreșilor vaginali, disecând despãrșitõrea recto-vaginală sau vesico-vaginală.

## VI.

### Raportul uterului și anexelor cu fibro-miomul.

Schimbãrile de direcșione ce fibro-miõmele cauzăzã uterului sunt fõrte importante. Ele îi imprimã o topografie specialã, transformând cu totul statica normalã a organului și eatã cum.

De îndatã ce tumora a trecut peste dimensiunile permise de a nu fi bãgatã în sémã; de îndatã ce ele au atins un volum dincolo de limita medie, atunci imprimã douë feluri de deviașuni: versiunii și flexiunii uterine. În adevër, câte odatã dacã tumora se aflã desvoltatã în pãretele posterior al uterului; dînsa trage acest organ înapoi imprimând o mișcare de basculã uterului; în urmã colul ia o direcșie în sus, și determinã ast-fel o retroversiune tipicã. Anteverșiunea și latero-versiunile se produc dupã același mecanism, cu condiție ca tumora sã se desvolte pe pãretele anterior, sau pe unul din pãrșile laterale ale uterului. Alte dăți însã tumora nu lucrăzã asupra întregului organ, ci numai asupra corpului pe care îl îndoeste în dreptul istmului. În acest cas avem retro-flexiune, antero-flexiune sau latero-flexiune, dupã cum tumora desvoltatã în pãretele posterior, anterior sau lateral al uterului, va produce o îndoiturã a corpului înapoi, înainte sau în lãturi, fãrã ca gâtul sã'și schimbe direcșionea normalã. Cu alte cuvinte vom avea flexiunii corporale. Dacã și gâtul se îndoesc privind cãtre corpul uterului deja flexat, atunci avem flexiunile cervico-corporale.

Pânã aci, tõte deviașunile de versiune sau flexiune se produc cãtre punctul unde tumora o lipitã de uter. Noi le numim deviașuni centripetale. Dar alte dăți și mai cu sémã când fibromul capãtã un volum mare, deviașunile se produc în sens opus situașionei sale; uterul în loc sã fie atras cãtre tumorã, din contrã este respins în sens contrariu. Acestora le dãm numele de deviașuni centrifugale.

Când tumora capãtã o desvoltare prea mare și nu mai põte fi conșinutã în micul basin, ci e silitã a se ridica trecând sus în cavitatea abdominalã, atunci dînsa ridicã în același timp și uterul. În urma acestei ascensiuni, gâtul uterin, grație inserșiei sale cu

păreții vaginali, resistă. Dar corpul silit fiind a urmări progresiunea tumorei; dînsul (gâtul) se subțiază din ce în ce în nivelul istmului; dînsul se reduce la o simplă fâșie de țesut celulo-fibros; și poate chiar să dispară cu desăvîșire. În cazul acesta tumora cu uterul rămân libere în cavitatea abdominală. Dar acesta se întîmplă esecțiunonal de rar; nu se citéază de cât un singur cas observat de Rokitansky. După majoritatea autorilor, ori-cari ar fi alterațiunile uterului, încă se găsește un mic cordon fibro-muscular, în care există vestigiul de cavitate. Grație acestui lucru, se recunósce că nu e vorba de un simplu pedicul, ci de o alungire escesivă a porțiunei supra-vaginale a corpului uterin. Acesta e de o importanță colosală în stabilirea diagnosticului diferențial.

Un fenomen cu totul invers se produce, când fibromul, în loc de a progresa către cavitatea abdominală, tinde a deveni sub mucos și deci a înainta către cavitatea uterină. În acest cas, prin faptul tendinței iresistibile a tumorei de a ieși din uter, dînsa forțéază orificiul intern al colului în tocmai ca într'o graviditate. Atunci, dacă tumora în loc de a avea un pedicul lung, are din contra o basă largă, adică e sesilă, dînsa căutând a ieși afară, trage după ea uterul. Dar în urma acestei mișcări imprimată de sus în jos, fundul uterin se resfrînge întocmai ca un deget de mînușă; acesta forméază ceia-ce se numesce inversiunea uterină.

Acestea sunt în general deviațiunile și deformațiunile uterine produse de corpi fibroși. Noi le numim deviațiuni *centripete*, *centrifuge*, *ascendente* și *descendente*.

Câte odată, după ablațiunea tumorei putem deosebi în mod clar diferitele porțiuni de uter rămase sănătóse. Putem iarăși cu ușurință distinge anexele, cari fie dis în trecăt, mai tot-d'a-una ne presintă óre-cari alterațiuni; în special ovarele aprópe fără esecțiune sunt coprinse de degenerescență sclerotică. Alte dáți însă nu mai este de loc posibil a distinge porțiuni din corpul uterului de acelea ale tumorei; totul forméază un singur corp. Mai mult, anexele nu numai că 'și perd cu totul pozițiunea normală, dar une-ori pe cele din drépta le găsim în stînga, sau aseunse prin diferitele organe vecine. Câte odată numai există nici un vestigiu și nici că e cu putință a descoperi ceva din trompe sau ovare; totul forméază o singură masă inextricabilă. Dar acesta se observa atunci când fibromul își are sediul dedesubtul inserțiunei anexelor. Tumora progresând, ridică împreună cu uterul și anexele, cari deformate și alterate pot a-

tinge chiar ombilicul. Din contră, tumora dezvoltându-se pe fundul uterului, numai el se ridică. În acest caz anexele pot să rămână în locul lor. Dar or cum ar fi, atât trompa cât și ovarul mai tot d'a-una se găsește bolnave prin infecțiune. De aceea în cursul operației nu e rar a găsi leziuni de salpingite, ovaro-salpingite sau anexite în cel mai înalt grad, cu aderențe, leziuni plastice sau supurative.

**Alterațiunile uterului în fibro-miome.** Muschiul uterin câte odată nu suferă nici o schimbare patologică de cât numai în punctul unde primitiv tumora s'a dezvoltat. Dar dacă aceste tumori devin foarte numeroase, atunci o mare parte sau chiar totalitatea corpului uterin fiind înțesată de nucleii miomatoși, constituie o stare particulară deja arătată și cunoscută sub numele de *degenerescenta fibro-miomatoasă uterină*. Alte dăți țesutul uterin în loc de a fi atins numai pe un teritoriū limitat, el intră într'o hipertrofie generală și foarte regulată; dînsul în întregimea lui se dezvoltă egal în toate părțile întocmai ca și un uter gravid. Fenomenul s'a numit de Guyon *graviditate fibrösă* iar de Polaillon *uter gigant*.

Dar pe lângă aceste alterațiuni se mai găsește și altele. Importanța și rolul ce ele jocă în stabilirea diagnosticului e mai presus de ori-ce îndoială. Iată-le :

**I. Mărirea constantă a cavității.** Este o consecință naturală a hipertrofiei și hiperplaziei părților uterine, cari pot dobândi dimensiuni considerabile.

În regulă generală — și ca semn patognomic al fibro-miometelor — există o adâncime reală a cavității uterine, ce poate merge de la 8—10 și chiar 15 cm. Această creștere a cavității uterine nu lipsește nici o dată, afară poate în tumorile sub seroase pediculate — când tumora umple totă cavitate uterină — sau când se stabilesc aderențe între tumoră și perețele opus al cavității uterine.

Al II-lea fenomen e cu privire la *alterațiunea mucósei uterine*. Cel d'întâiu autor este Kampe, care în 1884 a arătat că, fibromiomele produc asupra mucóselor leziuni analóge cu endometritele cronice glandulare. Dar deja înaintea acestuia, Wyder, în 1878 arătase o degenerescentă glandulară a mucósei, căreia îi deduse numele de *adenom difus*. Un alt autor Curatalo a arătat, că mucósa care e în contact cu tumora, prezintă leziuni de endometrită intersticială însoțită de atrofia și disparițiunea glandelor, pe când în celelalte porțiuni există metrită glandulară tipică hipertrofică.

S'a căutat a se arăta o legătură strânsă între leziunea mu-



cóseii și întinderea tumorilor uterine. S'a observat însă, că de multe ori leziuni foarte pronunțate ale mucóseii, se găsesc alături cu tumori de un volum foarte mic. Tot ceia-ce se știe sigur este, că aceste leziuni nici odată nu lipsesc în fibro-mióme, ori care ar fi numărul și volumul lor. În general leziunile principale constau în dezvoltarea de mari fongosități pe mucósa; ele sunt punctul de plecare al emoragiilor, formând semnul patognomonic al acestor tumori fibromatoase. Patogenia acestor alterațiuni se atribuie de unii la o simplă turburare circulatorie, datorită congestiunilor provocate de prezența tumorilor; după alții ele recunosc diferite alterațiuni trofice. Borissow, în afară de leziunile citate, a găsit pe mucósa o mare cantitate de vase dilatate și extravazări sanguine. Autorul explică lucrul astfel: tumora provocă congestiunea; această reprezentând primul stadiu al inflamației, favorizează dezvoltarea microbică. Pe măsură ce tumora crește, pe atât mucósa se congestionează, se inflamază și sângerază. De aci emoragii continue provenite nu din tumori, ci din mucósa uterului.

## VII.

**Simptomele.** Acestea variază foarte mult și stau în legătură cu diferitele specii de fibro-mióme. În teză generală, fibromul uterin prin el însuși e blând, căci nu dă aproape nici un simptom. Adesea la autopsia femeilor bătrâne se găsește nu unul, dar mai multe tumori fibroase așezate în pereții uterini, fără ca prin nimic să fi atras atențiunea bolnavelor în viață. Ba ce este mai mult, cunosc personal femeii purtătoare de fibro-mióme de un volum colosal, fără ca să se plângă absolut de nimic, de cât de o ușoră jenă. Acesta se observă mai cu deosebire în tumorile sub-seróse sau peritoneale.

Adevăratul simptom patognomonic al acestor tumori e reprezentat prin două fenomene constante: **emoragia și creșterea cavității uterine**. Dar și acestea luate izolat, nu au atâtă valoare, fiind comune și altor bóle. Trebuie deci combinate cu o totalitate de alte elemente, precum vom vedea la diagnostic. Dar or cum, să vedem în ce mod se manifestă aceste semne.

La început emoragia atrage atențiunea bolnavelor prin aceea că începând prin dismenoree, finesece printr'o prelungire mai mare a menstruației: *menoragie*. Mai târziu această durată se mărește și mai mult, mergând de la 8—10 zile: *metroragie*. După un timp



ore-care, bolnava observă că și în cursul lunei, adică atunci când menstruele au încetat, încă îi apare pentru o țî sașu a două o nouă scurgere de sânge. In fine bolnavele ajung a nu-și mai ține socotela epocelor menstruale ast-fel că după propria lor espresiune, tot-d'a-una sunt în sânge. Atunci ne aflăm în fața unei advărate *emoragii*.

Causa acestei scursori de sânge abondente o înțelegem ușor, dându-se alterațiunile destul de profunde ale mucósei uterine, care se transformă în enorme fongosități: lucru e deja arătat. Câte odată emoragia își are o origină mult mai periculoasă; dînsa în loc de a veni numai din mucósa alterată, provine din ruperea de vene ce se prelungește în grosimea mucósei; ele au un părete foarte subțire. Când dar aceste trunchiuri venóse, aflate în grosimea tumorei sașu țesutul conjunctiv periferic, se rup, dau loc la emoragii mortale. Ast-fel sunt casurile citate în Delbet, ale lui Duncan și Cruveilhier, precum și acelea a lui Klob, care a vėdut un sinus venos aflat la periferia tumorei, rupt cu ocașia unei fracturi a basinului. Une-orî concomitent cu emoragiile, sașu în locul acestora, bolnavele observă și o scurgere albă, mucóșă, leucoreică; acésta se întîmplă când glandele sunt mai mult prinse. Câte odată acest simptom nu numai că predomină, dar scurgerea vine în cantități așa de mari, în cât devine o adevărată surprisă. Acésta se întîmplă mai cu sémă în varietatea de fibro-mióme *idropice*, despre cari deja am vorbit.

Pe lângă aceste semne principale, bolnavele sunt cuprinse și de altele mult mai alarmante, cari le hotăresc a cere-orî-ce intervențiune. Acestea sunt **durerile**.

Deși multiple și recunoscând mecanisme diferite, le putem însă reuni în trei tipuri clinice: dureri de *compresiune*, de *expulsiune* și de *iritațiune*.

**Dureri de compresiune.** Ele se observă mai cu sémă în fibro-miómele intersticiale, cari desvoltate pe păretele posterior al uterului, cad în micul basin. Aci, luând o desvoltare destul de mare și neputând trece strîmtórea superióră pentru a se ridica în abdomen, ele se inclavéză. Atunci, în mod fatal, comprimă plexul sacral și dă nascere în prima linie la nevralgii sciatică, iar în urmă la diferite alte dureri urmând traectul cunoscut al nervilor ieșiți din acest plex. Iarășî, fibro-miómele intra-ligamentóse și cele sub aponevrotice, prin faptul situațiunei lor, determină compresiuni și mai mari, iar în consecință dureri intolerabile. Și probă că aceste dureri provin din simpla compresiune,

este că introducând degetele saŭ chiar mâna în rect, dacă reușim a disloca tumora, durerile încetéză imediat și ca prin minune.

Al doilea gen de dureri se presintă sub formă de **colici**. Ele rezultă când fibro-miomul este sub mucoș. Dînsul pediculisându-se saŭ cădënd în cavitatea uterină, tinde a ieși afară. În acest moment femeia simte întocmai senzațiunea durerilor ca în timpul facerei; pentru acest cuvînt se și numesc *colici uterine*. Aceste dureri sunt mult mai pronunțate în timpul menstruelor.

În fine, **durerile peritoneale** rezultă din iritațiunea pe care o produce tumora asupra peritoneului, în timpul desvoltărei sale abdominale. Aceste dureri câte-odată sunt așa de violente că se însoțesc de tôte fenomenele unei peritonite, — care se și produce, mai des însă în mod parțial.

Tot în acest grup intră și *durerile provenite din aderențele* ce tumora contractă cu epiploonul, saŭ ansele intestinale.

În fine, une-orî bolnavele sunt coprinse în mod subit de dureri escésiv de violente, numite *excruciente*, putând chiar determina mórtea. Acésta provine din torsiunea bruscă a pediculului asupra axei sale. Casurile acestea sunt rare, dar nu imposibile.

Găsim în Schroeder mai multe citațiuni, între cari aceia a lui James Cuppier. E vorba de torsiunea pediculului care provocând gangrena miomului, a determinat mórtea femeii — ce era gravidă. Küster menționéză un alt cas, unde pediculul se sucise de mai multe orî împrejurul axei sale; gâtul uterin, întins și lung, nu mai forma cu uterul de cât un cordon fórte subțire. Prin acest fenomen se explică și mecanismul curios ce se observă une-orî în aceste tumori constând în creșteri și turtiri alternative; de aci presentare de aceiași tumoră câte o dată mai mare saŭ mai mică. Se admite că în momentul unei torsiuni brusce, tôte vasele tumorii se umple de sânge, mărindu-î ast-fei volumul; când după aceia pediculul își reia situațiunea normală, circulațiunea se restabilește, iar sângele ieșind din tumoră, volumul acesteia descesce.

Numai puțin importante, în afară de dureri și emoragii, sunt și diferite *turburări funcționale* de cari se însoțesc fibrómele uterine. Dintre acestea, cele mai frecvente sunt fenomenele vesicale. Dînsese une-orî ni se manifestă prin disurie, strangurie și chiar prin retenție absolută de urină. Acésta se observă mai cu sémă în fibrómele porțiunei supra-vagiuale a colului și a părțelii anterior al uterului. Ele pe măsură ce se desvoltă, exercită

o presiune asupra corpului vesical ; dar și gâtul uterin apăsând pe uretră, pôte să determine fenomenele sus citate, până chiar și retențiunea. Fenomenul apare mai cu deosebire în timpul epocelor menstruale, când — probabil în urma congestiunii fiziologice — tumora capătă un volum mai mare. Alte dăți însă se observă același lucru și în fibrómele părțelului posterior al uterului; aci în loc de a ne aștepta la fenomene din partea rectului, observăm din contra fenomenele vesicale, fără a se putea incrimina compresiunea acestui organ de tumoră. Dar fenomene și mai grave se pot întâmpla, după cum a arătat cel d'întâiu Murphis din Londra; compresiunea întinđându-se asupra uretrilor, determină alterațiunii destul de serioase asupra rinichilor, manifestându-se prin accidente uremice, cari de multe ori copriind brusc pe bolnavă.

Tot prin mecanismul de compresiune ne explicăm fenomenele din partea rectului. Ele, începând cu dificultăți în defecațiune, pot merge treptat a determina constipațiunii opiniatre și chiar fenomene de obstrucțiune intestinală. În urma acestor constipațiunii rebele, bolnavele sunt supuse unei resorbțiunii continue de toxine, reprezentate prin ptomanie și leucomaine, ceia-ce determină o quasi cachexie. Acéstă intoxicație lentă a fost deja descrisă de Barnes, sub numele de *copremie*. Dînsa produce o stare particulară de suferințe și contribue mult în a da aspectul general al suferinței, imprimându-i un habitus caracteristic numit *facies uterin*.

Când tumora contractéază aderențe cu diferite anse intestinale, aceleași fenomene le putem observa. În plus, ansa se pôte angaja în bridele saū tractele formate de aderențe ; acésta dă naștere unei adevărate strangulațiunii.

Un lucru iarăși trebuie menționat. Dînsul, pe lângă alterațiunile renale, este unul din factorii cei mai puternici care întunecă prognosticul și intervențiunile operatorii. Este vorba de alterațiunea cordului, arătată de *Hoffmayer*. Faptul constă în dilatația cordului drept, în hipertrofia cardiacă și în fine în degenerescentă gresósă și atrofia fibrelor sale musculare.

Ca fenomene mai rari ce putem observa în fibro-miómele uterine, avem *ascita* și *edemul* membrelor inferióre. Ascita pôte să recunósă o compresiune directă a venei pórte — lucru mai rar — saū o iritațiune peritoneală produsă de tumoră ; acésta avênd un pedicul lung, posedă mișcări multiple în abdomen. În regulă generală ascita nu trebuie să existe într'un fibro-



miom; sau și când se găsește să fie într'o cantitate foarte mică. Când e în mare cantitate, ne arată o degenerescență malignă a tumorei: probă este că printr'o puncțiune, în loc de a extrage liquid pur ascitic, el este mai mult sanguinolent. Cât privește edemul membrelor inferioare, cazul cel mai ușor e când dînsul recunoște o compresiune directă a tumorei pe vasele basinului; în special venele iliace; cazul cel mai grav e când recunoște o alterațiune a rinichilor sau a cordului.

## VIII

**Prognosticul.** Ce devine o tumoră fibro-miomasă a uterului lăsată la mersul său natural? În tesă generală, aceste tumori sunt considerate de majoritatea autorilor — în urma faptelor clinice și a cercetărilor anatomo-patologice — ca fiind de bună natură. Transformarea lor în tumori maligne se observă foarte rar; în oricare cas malignitatea e mai adesea secundară iar nu primitivă. Punctul acesta a fost suficient dezvoltat la Capitolul transformării, pentru a nu mai reveni. Ast-fel fiind, fibro-miomele, neavînd nici un rezultat rău asupra organismului, ele pot fi lăsate libere, fără ca sănătatea individului să fie compromisă. Un singur punct defavorabil găsim în ele: posibilitatea transformării în sarcom. De și la rigóre, după datele patologiei generale, sarcomul nu e considerat ca o tumoră malignă, totuși nu pöte fi comparat cu un fibrom pur.

În afară de aceste eventualități, tumorile fibröse ale uterului sunt benigne, necompromițînd sănătatea bolnavelor. Și ca probă este, că adesea vedem femei purtînd asemenea tumori de ani îndelungați, fără ca să sufere întru ceva, de și volumul fibromului e une-orî colossal de mare. Mai mult, din capitolele precedente am văzut o mulțime de transformațiuni ce se produc în aceste tumori, transformări de multe orî favorabile. Grație lor tumora nu numai descrește de volum, dar pöte chiar să dispară cu totul. Și în special graviditatea și menopauza adesea aș procurat cele mai plăcute surprize, însoțindu-se de resorbțiunea câte odată totală acestor tumori. Se susține în adevăr că, de öre-ce uterul gravid în urma facerii revine la volumul său normal, grație involuțiunei, care constă în resorbțiunea elementelor ipertrofiate, s'a conchis a priori, că și fibro-miomele — cari în definitiv posedă aceleași elemente ale uterului normal, dar ipertrofiate — pot să sufere și ele aceiași regresiiune și decî la rigóre chiar să dispară. Observațiunea a



confirmat în mare parte aceste premise. De aceea ađi graviditatea se consideră de tođi ca un factor fôrte util contra tumorilor uterine. S'a constatat de observatoriđi cei mađi profunđi, că în timpul graviditađei tumorile fibróse cresc de volum; dar că în urmă după facere, ele treptat se micșorezá revenind la volumul primitiv. Adesea ele devin mađi mici de cum erau; ba câteodată — drept cea mađi plăcută surprisă — dînsele dispar cu desăvêșire.

Dar dacă graviditatea are acéstă acțiune bine-făcătoare asupra fibrómelor, făcându-le să dispară printr'o resorbțiune spontanată, nu e tot ast-fel cu influența ce aceste tumori aű asupra gestațiunei. Sunt casuri unde feconđațiunea și chiar graviditatea n'aű fost împedicate. S'aű vêđut femeđi născênd copii în mod fôrte normal, de și erau purtătoare de fibróme manifește. Dar acésta se întâmplă numai când tumora e sub-peritoneală; și încă cu condiție de a fi pediculată și să nu cadă în fundul de sac al lui Douglas. În tóte cele-l'alte casuri, fibrómele aű influență fôrte rea asupra graviditađei. Este lesne de înțeles că, dacă o asemenea tumoră ocupă fundul uterului și e aședată sub mucóșă, feconđațiunea se face cu fôrte multă greutate; copilul nu póte ajunge la termen, căci repede placenta se va deslipi; de aci avort în primele luni. Dar cazul e și mađi grav când fibrómele ocupă segmentul inferior al corpului; când sunt așezate în ligamentele largi; când sunt sub aponevrotice sau aű sediul în fundul de sac al lui Douglas. În asemenea circumstanțe, graviditatea póte să 'și urmeze cursul normal; dar pericolul este că fetul nu póte fi expulsat, din cauza enormului obstacol ce oferă fibro-miómele. Și ce este mađi rêű e că, mutilând chiar fetul, încă nu putem reuși a'l scóte afară în bucățđi. Atunci nu ne rêmâne de cât a practica operația Cesariană sau a lui Porro, operațiunii asupra gravitađei cărora e de prisos a insista.

Mađi există un agent bine-făcător asupra fibro-miómelor, capabil a determina dacă nu disparițiunea complectă, cel puțin regresivă fôrte simțitoare. Acésta este *menopausa*. S'a susținut, că de óre-ce în acéstă periódă a vieței organele genitale interne tind către atrofie, tumorile fibróse uterine s'ar părea că suferă și ele același proces. Și lucrul pare așa de logic în cât nu numai chirurgiđi, dar și însăși bolnavele așteptă cu nerăbdare acéstă epocă bine-făcătoare pentru bóla lor. Când timpul e prea depărtat pentru sosirea menopauseđi, s'a căutat a se provoca acéstă stare în mod artificial, făcându-se castrația femeđei. Aci însă rezultatele nu par a fi cu totul conchizătoare, din pricină că tu-

mora încă se hrănesce prin arterele uterine. Pe de altă parte, Gusserow a arătat că, aderențele ce se stabilesc între tumoră și diferitele organe, sunt suficiente a asigura nutrițiunea tumorii, chiar de am lega toate arterele ce se duc la uter.

Dar dacă prin natura lor sau prin diferitele metamorfoze bine-făcătoare, fibro-miomele uterine ne oferă un prognostic bun, sunt însă cazuri, și din nenorocire cele mai multe, când ele, cu toată benignitatea, totuși provocă suferințe destul de mari bolnavelor. În capitolul simptome, se găsesc o mulțime de motive care legitimizează stăruința bolnavelor și hotărîrea chirurgului de a extirpa aceste tumori. Dar mai presus de toate avem emoragiile și durerile. Ele dacă iaș o intensitate prea mare, alt mijloc nu este a le combate de cât operațiunea radicală. În adevăr, nu numai că emoragiile aduc pe bolnavă într'o stare de emaciațiune foarte mare, dar une-ori pot deveni mortale. Ast-fel Rokitsansky a vădut un caz, unde femeia a murit în urma deschiderei unei mari vene de sub mucósa uterină. Ce să mai dicem de acele dureri insuportabile determinate prin compresiunea progresivă și permanentă a tumorii, și contra căreia nu putem lupta, de cât lucrând direct asupra agentului, adică ridicând tumora?

Și dacă mai adăugăm diferite alte simptome funcționale, și posibilitatea alterării rinichilor și cordului, avem atâtea cuvinte destul de puternice pentru a sfătui pe bolnava a se supune operațiunii. Prin operație scăpăm femeia de tumoră, care cu toată benignitatea aparentă, totuși póte avea un sfîrșit fatal. De multe ori s'aũ vădut femei murind subit de peritonite acute, de accese uremice, de embolie și mai ales de așa cunoscutul șoc, care nu e de cât rezultat al degenerării cordului.

Un caz din cele mai demonstrative am avut acum în luna Iulie. E vorba de o vėduvă a unui fost confrate, purtătoare veche de un enorm fibrom intersticial. Când am fost chemat de fiica sa, pentru a vedea bolnava în strada Fetei, am găsit-o plângēndu-se de o cam dată de dureri vagi în cėfă și umėrul drept. După câte-va zile se declară dureri epatice foarte acute, precum și ușore fenomene de iritațiuni peritoneale. Pulsul însă era foarte regulat și plin. N'a prezentat nici o dată cea mai mică ascensiune termică. Am vădut-o pentru ultima dată pe la 11 ore dimineața. Durerile erau mult micșorate, pulsul și temperatura bune; începuse a avea vărsături bilióse, dar fără ca lucrul să-mi fi inspirat vre o închietudine. La orele 3 p. m. bolnava vorbind și în plină cunoștință, muri subit. În doială nu începe: mórtea a fost provocată de embolie.

## IX.

**Diagnosticul.** Nu e nimic mai ușor în unele cazuri; nimic însă mai greu în altele și cu totul imposibil în anumite circumstanțe. Acesta depinde neapărat de sediul ce ocupă tumora, de conexiunile ce contractează cu organele vecine, precum și de alte afecțiuni concomitente.

Propriū ȃis, semne absolut patagnomonice nu există în fibromiome, căci aceleași le găsim și în alte bóle cu totul diferite. Și pentru a proba acesta, n'avem de cât să luăm cele două mari simptome cari constituie stâlpii sau baza fibromiomelor, pentru a vedea cât de nesigure pot fi în anumite cazuri, și în consecință cât de insuficiente pentru a stabili un bun și precis diagnostic.

În adevăr, emoragia precum și leucorea cari s'aū dat ca factori inherenți fibromiomelor, se găsesc în o mulțime de alte afecțiuni uterine și chiar a anexelor. În special, endometrita fongosă, salpingitele, ematocelele, și mai cu deosebire cancerul uterului, etc., își manifestă existența tocmai prin aceste scurgeri sanguine, fie sub formă de menoragii, metroragii și chiar emoragii. Întocmai ca și tumorile fibróse. Pe de altă parte, am văzut la simptomatologie că pot exista tumori fibróse, cari în tot timpul evoluțiunii lor, să potă ajunge a capăta un volum destul de considerabil, fără ca să fie însoțite nu de emoragii, dar nici chiar de cea mai mică perturbare a organelor genitale interne.

Aprópe tot acelaș lucru vom ȃice de al doilea simptom dat ca patagnomic, adică de mărimea cavităței uterine.

În imensa majoritate a casurilor găsim constant o creștere destul de considerabilă a cavităței uterine în fibróme. Dar acesta nu va să ȃică că lucrul nu se găsește și în alte afecțiuni.

Eū preocupat de acéstă idee, am practicat peste 200 răzuiři ale uterului, și aprópe în tóte am găsit, prin mēsurarea cu isterometru, o adāncime a cavităței uterului de 7, 8 și chiar 11 centimetri, fără să fi fost vorba de cea mai mică urmă de tumoră. În special acest lucru se găsește în metritele cronice parenchimatóse cu forma ipertrofică extrinsecă, pe care pe larg am arătat-o. Cred, și lucrul e probabil, că în fibromiome, nu e vorba numai de o lungime a cavităței uterine, dar și de o lăr-



gime. Eu am căutat să mă conving de acest lucru și am voit să mi se construiască un instrument apropiat, dar n'am reușit din lipsă de mijloce. Totuși din practică am constatat că, în metrite, cu totă lungimea cavității uterine, nu poți manipula în totă libertatea lingura tăioasă în părțile laterale a acestei cavități. Acesta poate ar fi un semn ceva mai sigur al fibromiomelor, adică o lungime și lărgime a cavității uterine. Dar câte excepțiuni. Probă: cu totă existența fibromului, totuși mărimea cavității e mascată, fie prin prezența tumorei, fie prin aderențele ce acesta contractă cu uterul. În orî-ce cas, consecința este o micșorare a cavității în loc de lărgime.

Din aceste scurte considerațiuni s'ar părea că aprópe nici odată nu se poate pune un diagnostic sigur. Nu este însă ast-fel: în majoritatea casurilor lucrul e posibil: Se cere însă o anumită practică, și mai ales cunoșcerea tutulor celor-l'alte bóle atât ale uterului cât și organelor circumvecine. Dar și atunci, pentru a ajunge la un bun diagnostic, trebuie să luăm în parte fie-care varietate de fibro-miom după sediul său anatomic. Pentru înlesnirea studiului, noi treptat vom căuta a face diagnosticul: I, al tumorilor gâtului uterin; II, al corpului și III, al ligamentelor largi.

### I. Diagnosticul fibro-miomelor gâtului uterin.

Acestate, după cum am văzut la anatomia patologică, se împart în două: în tumori desvoltate în porțiunea vaginală și supra-vaginală a colului.

4) Corpii fibroși ai porțiunei vaginale a colului sunt poate cei mai ușor de diagnosticat. Aci iarăși avem două casuri, după cum tumora e pediculată sau sesilă. Când e pediculată, nu e posibil a se confunda de cât cel mult cu adevărații polipi foliculari. Dar aceștia fiind formați din obstrucțiunea foliculelor glandulare, vor avea o consistență cu totul móle, un aspect particular, apropiindu-i de forma unei alune or cirేశă cu un pedicul enorm de lung și subțire. Fibro-miomul are caractere cu totul opuse: ele sesil sau cu pedicul scurt; are o consistență tare și cu tendința a lua un volum destul de mare. Inconjurându-l cu degetul, vom constata sediul său pe buza anterioară sau posterioară a colului, care buză enorm subțiată se aplică pe tumora ca un fel de lizereu. Nimic dar mai ușor de cât constatarea celor două buze în jurul bazei tumorei, pentru a afirma existența unui fibrom. Puțină dificultate există când tumora e desvoltată în inte-



riorul cavității cervicale, prin care face ernie. Atunci, mai ales dacă are și o bază largă, se poate impune drept o inversiune a uterului. Diagnosticul diferențial se va stabili mai departe. Decî o tumoră aflată în grosimea uneia din buzele colului, cu saū fără pedicul, de o consistență fermă, de un volum relativ mare putând umple cavitatea vaginului, nedurerosă, nefriabilă, iar la vedere prin specul, de o culóre roșu vinosă, congestionată, etc., este un fibrom. A căuta să diferențiem această tumoră de excreșcențele saū vegetațiile banale or chiar cancerose, este a face un diagnostic diferențial cu totul gratuit, pentru cel care o singură dată a vădut ce este un cancer al colului saū o simplă vegetație.

Un diagnostic însă în adevăr științific este a stabili cazul, cînd fibromul plecat din una din buzele colului se infiltră în părțile vaginului, dedublând despărțitorea recto-vaginală saū vesicovaginală. Atunci lucrul devine foarte delicat și serios, confundându-se cu tumorile fibróse ale vaginului. Dar în afară că ambele aceste supozițiuni sunt foarte rare, totuși un fibrom inclus în părțile vaginului nu are caracterul de a fi bine limitat ca un fibrom vaginal; el este mai difus prelungindu-se în special către gătul uterin. O confusiune mai glumetă se întîmplă persónelor novice, cînd iaū drept fibróme incluse în despărțitorea recto-vaginală, niște simple glónțe formate de materii fecale. Pe lângă faptul că acestea din urmă se pot turti cu cea mai mare ușurință sub cea mai mică presiune a degetului, totuși pentru a preveni or ce confusiune ridiculă, e bine și chiar se impune, ca prealabil bolnava să ia un purgativ.

*B) Fibro-miómele porțiunei supra-vaginale a colului.* Varietatea această după cum am arătat, are foarte multă tendință a se infiltra în aponevroasa pelvienă, pentru care cuvînt s'aū și numit corpi fibroși pelvienî. Dînșii de și relativ benignî — fiind în afară de peritoneū — devin însă intolerabili pentru bolnavă. În adevăr o asemenea tumoră poate să causeze fenomene de compresiune, însoțite de dureri atroce, cînd se desvoltă în păriletele posterior; saū să se manifeste prin fenomene vesicali, reprezentate prin disurie, strangurie și chiar retențiunea complectă — dacă se desvoltă în păriletele anterior al colului, iritînd și comprimînd în mod continuă rezervoriul vesical. Și într'un cas și în altul, fibromiomul situat în această regiune, forméză una saū mai multe tumori de consistență foarte tare. Ele deforméză în mod colosal porțiunea vaginală și orificiul colului; ele fac să dispară fundurile de sac vaginale corespondente, pe cari le bombéză; în fine

prin conexiunile precoce ce contractează cu uterul, ele devin tumori imobile. În asemenea circumstanțe tumora simulază retro-flexiunile sau retro-versiunile în așa mod, în cât adesea e imposibil a face diagnosticul diferențial. Numai în cazul când aceste tumori sunt așezate în fundul de sac al lui Douglas, sau în cel vesico-uterin fără aderențe, putem deosebi uterul de fibrom. Acesta prin diferitele manipulațiunii și explorațiunii combinate adesea rămâne imobil; uterul flexat sau retro-versat este și trebuie să fie deplasaibil—afară de cazul când și el ar fi contractat aderențe cu organele vecine, căci atunci și dînsul devine ireductibil ca și fibromul. Ne mai rămâne încă a uza și de cateterismul uterului, care iarăși e un mijloc foarte prețios, de și une-orî în urma marelor deviațiuni lucrul devine imposibil.

Confusiunea unui fibro-miom cu un ematocel sau exudate peri-uterine e mai ușor a se evita, dându-se fenomenele brusce de aparițiune ale acestora, în raport cu cele lente și insidióse ale celor-l'alte. Cu tóte acestea, lucrul nu e ușor când ne aflăm în fața unor noduli sau tumori de volum variabil, aflate în jurul uterului. Acestea de și reliquate ale pelvi-peritonitelor și ematocelilor, totuși prin consistența lor dură și fenomenele compresive ce determină, se impun drept corpi fibroși, adesea fiindu-ne foarte greu ale diferenția. Tot același lucru vom dice de salpingite și ovarite cronice căzute în cavitatea lui Douglas; ele de asemenea prin consistența și durerile ce provócă, aduc mare confusiune în stabilirea justă a diagnosticului. De sigur aci trebuie luat mult în sémă modul aparițiunei bólei, dar mai ales mersul său. Inceputul fibrómelor pe cât e de lent și cronic, pe atît cele de cari vorbim e brusc și acut; și iarăși, pe când primele au un mers propriu și aprópe nimic nu oprește evoluțiunea lor, secundele din contra, printr'un tratament apropiat și mai ales prin repaos, tind a retroceda putând chiar să dispară. Faptul acesta chiar a adus confusiunea în unele spirite, crezând la vindecarea spontanată a fibro-miómelor, pe când în realitate după cum a arătat Gusserow, a fost o eróre de diagnostic. S'au luat drept fibróme niște simple tumori, rezultate din exudațiuni peritoneale, sau de altă natură cu totul diferită.

Nu mai puțin ne va fi de folos daca vom lua în considerație și etatea bolnavei. Este stabilit că în imensa majoritate a casurilor, tumorele peri-uterine la femeile tinere sunt mai des de natură inflamatorie; cele constatate pe bătrîne mai tot-d'a-una sunt neoplasmice.

## II. Diagnosticul fibro-miómelor corpului uterin.

Conform datelor de anatomie patologică, tumorile acestuî organ formând trei varietăți cu totul deosebite, și având aprópe fie-care simptomatologia sa specială, suntem forțați în consecința a face un diagnostic separat. Vom căuta deci a recunósce:

- I. Corpăi fibroși-uterinăi cu evoluție sub mucósă.
- II. " " " " " intersticială
- III. " " " " " sub serósă.

I. **Diagnosticul fibro-miómelor sub mucósă.** Aceștia sunt cei măi înșelători și măi greu de descoperit, măi ales la începutul dezvoltării lor. În adevăr, primul simptom prin care dînșii își manifestă existența, constă în aparițiunea scurgerilor de sânge, luând tóte formele de menoragii, metroragii sau chiar emoragii. Dar acest simptom la câte bóle de natură cu totul diferită nu aparține? E greu a se putea stabili dacă o metroragie aparține unei endometrite fongóse, unei salpingite, ematocel, avort recent sau chiar cancer uterin. Numaí o încordare de spirit și o anumită practică ne salvéză reputațiunea, în sensul că dacă nu putem fi afirmativi cel puțin să prevedem lucrul. Aci jócă cel măi mare rol antecedentele, modul aparițiunei bólei, starea locală, caracterele secrețiunelor precum și modul de a fi al bolnavei. Dar măi presus de tóte, etatea constitue unul din factorii cei măi importanți.

Dar să căutăm pe cât posibil a lámuri întru cât-va chestiunea. Măi întâi, scurgerea de sânge constatată aparține unui fibrom sau unei endometrite? Emoragia fibrósă se însoțește în general de colici uterine; ele se datoresc contractiunilor uterului cară tind a expulsa tumora. Emoragia endometritei vine fără dureri. Afară de acésta, emoragia endometritei apare în timpul menstruelor; cea fibromatósă vine în mod neregulat, în urma oboselelor sau emoțiunilor; dar repetăm, dînșia măi tot-d'a-una e însoțită de colici. E fórte rar ca într'o endometrită să nu provocăm dureri în jurul uterului prin examenul cu degetul, sau imprimând o mișcare pe col. Acest fapt nu'l vom constata într'un fibrom pur lipsit de complicațiuni. Măi avem de adăogat că în fibrom măi tot-d'a-una uterul e crescut de volum; în endometrită organul e aprópe în stare normală. În fine starea colului examinat cu atențiune, ne este demare folos. Într'o endometrită, gâtul uterului, pe lângă prezența ulceratiunilor și bursuflarea.



mucóseii, se găsește mărit de volum, ipertrofiat, adesea sclerosat, căci și el e cronic inflammat ca și însuși corpul; într'un fibrom pur nimic din toate acestea; din contră, colul e mai mic și chiar ramolit, câte o dată șters și cu orificiul larg deschis. Dar mai presus ca toate, elementul cel mai principal îl va juca etatea bolnavei: mai lesne vom admite o endometrită la o femeie tânără, de cât la una de 30—40 ani, și a fortiori la o alta după menopausă. În cazuri dificile, o explorație directă a cavității uterine ne va fi de mare folos: în fibrom dînsa va fi mărită; în endometrită nu va trece de 5—6 maxim 7 c. m. Dar și aci se ridică o altă dificultate. Acesta este când bănuim începutul unei sarcini și când prin urmare o asemenea explorație este interzisă. În fața unei asemenea îndoeli, e mai prudent a ne abține: timpul resolvă chestiunea în prima, a doua sau maximum a treia lună. Concomitent noi ne vom mărgini a combate prin mijloce blânde emoragia, dacă inspiră ore-care închietudine.

Cât pentru cele-l'alte eventualități, că emoragia ar fi consecința unei salpingite, ematocei sau cancer uterin, lucru mi se pare mai ușor, dându-se modul apariției acestor bóle precum și caracterele lor specifice, ca prezența de tumori și dureri în regiunea anexelor sau peri-uterine, etc.

Până aci am considerat fibro-miomul sub mucos la începutul evoluției sale.

Noi însă am arătat că tendința sa iresistibilă este de a eși afară. Deci în cazul acesta, o nouă serie de fenomene se presintă, și prin urmare un diagnostic special anume pentru această varietate se impune.

Fibro-miomul sub mucos ne presintă următoarele trei stadii: el pòte fi *sesil* sau *pediculat* când ia numele de polip fibros. Dar or cum ar fi, dînsul în creșterea sa înaintând către cavitatea uterină, pòte să și stabilească în mod definitiv domiciliul aci, când se numește *fibrom intra uterin*. În acest cas, simptomele sunt mult mai alarmante: scurgerile sanguine devin mai abondante, durerile mai violente iar colicele uterine fòrte frecvente și întinse. Diagnosticul acestor tumori nu pòte de cât a fi bănuít: pentru a ne asigura de prezența tumorei, trebuie neapărat a recurge la dilatația colului. Atunci, fie cu instrumente sau mai bine cu explorarea directă a degetului introdus în cavitatea uterină, vom putea descoperi tumora, arătând volumul și cele alte caractere precum consistența, cónexiunile cu pãreții uterini, lãrgimea pediculului, sau lipsa acestuia dacă tumora e cu totul sesilă, etc., etc.

A treia varietate de fibrom sub mucos, este când tumora provăzută de un lung pedicul trece de istm și își face aparițiunea la orificiul extern. Faptul bizar ce oferă această varietate constă în aceea că, tumora în timpul menstruelor ese din orificiul colului trecând în vagin; după încetarea menstruelor însă dînsa iarăși intră în cavitatea uterină. Din cauza acestui fenomen de aparițiune și disparițiune alternativă, s'a numit fibrom intermitent. Diagnosticul acestei varietăți e fôrte ușor, mai ales dacă fiind preveniți, vom căuta să examinăm femeea în timpul menstruelor. In cazul contrariu, prin explorațiune directă cu degetul — după o dilatare prealabilă — vom descoperi și recunôște cu multă înlesnire tumora. In fine cazul cel mai comun și frequent este când tumora provăzută de un lung pedicul ese cu totul din uter și se stabilește difinitiv în vagin. Aci dînsa continuă a crește și a se însoți în prima linie de marî scurgeri de sânge. Diagnosticul e fôrte ușor, nefiind trebuință de cât de explorațiunea cu degetul. Imediat vom constata o tumoră piriformă, pe a cărei bază vom da de un pedicul lung ce ne va conduce până în fundul uterului, saũ pe unul din pãreții sãilaterali ce'i servă ca punct de inserțiune. Urmãrind pediculul și descoperind locul inserțiuneii, vom face diagnosticul diferentiaľ cu un polip al gãtului uterin, singura afecțiune cu care s'ar putea confunda și care în adevăr merită să ne preocupe. Dar cazul devine mult mai serios și dificil, când tumora vaginală eșită din uter, în loc să aibă în lung pedicul, din contra îl are fôrte larg saũ de loc, fiind sesilă. Pericolul cel mare în acest cas este a nu se confunda cu o inversiune uterină. Vom uza deci de examenul cel mai minuțios, explorând cu multă atențiune raporturile bazei tumoreii cu cele două buze ale colului, cari întinse și subțiri vor fi aplicate pe tumoră. Să ne reamintim însă că și într'o inversiune putem constata întocmai același lucru: fundul uterin resfrânt se pôte contracta la bază, asupra căria aplicându-se buzele colului, simuléză la perfecție un fibrom pediculat saũ sesil. De aceea vom împinge explorația și mai departe, introducând isterometrul saũ degetul către fundul uterului; aci tot-d'a-una tumora va exista fiind vorba de fibrom, și va lipsi în cazul de inversiune. Se mai pune încă mult preț pe gradul de sensibilitate al tumoreii — fôrte exagerat mergând până a produce dureri — dacă e vorba de uter inversat, saũ din contra, lipsa absolută de cea mai mică sensibilitate în cazul de fibrom. Vom căuta în fine prin tôte mijlôcele, recurgând la examenul prin vagin, rect, bi-

manual, dând diferite pozițiuni bolnavei, etc., spre a ne convinge dacă uterul e sau nu la locul lui.

Dar dacă în cazuri simple putem evita erórea, e fórté greú și adesea imposibil, când fibromul erniat în vagin se complică și de o inversiune uterină. Și acésta e atât de adevérat că, medici cu experiență îndelungată n'aú putut stabili un diagnostic just, așa că voind a face ablațiunea fibromului, aú practicat isterectomia. E destul a fi preveniți pentru a ocoli pericolul.

Tumorile acestea intra-vaginale fiind câte o dată coprinse de sfacel, se pot impune drept cancer, din cauza produselor infecte la cari dău nascere, a ulceratiunilor, a aderențelor cu vaginul, a emoragiilor, etc., etc. Cu puțină atențiune însă, erórea ușor se va înlatura numai printr'un simplu dar minuțios examen local.

### III. Diagnosticul corpiilor fibroși intresticiali.

Dacă aceștia sunt mici și inclavați în grosimea țesutului uterin, nu numai că nu-i putem diagnostica, dar adesea nici nu suntem chemați pentru așa ceva, de óre-ce dînșii prin nimic nu-și manifestă existența lor. Lueru e așa de adevérat, că s'aú vedut o mulțime de cazuri de femei, la a căror autopsie s'aú găsit nu unul, dar une-ori un număr destul de considerabil de fibróme în uterul lor; și totuși fără ca ele să se fi plâns vre o dată în timpul vieței de cea mai mică jenă or simptom apropiat. Când însă tumora capătă un volum mai mare, sau chiar dacă mică fiind, însă prin natura sa dă nascere la emoragii, atunci cu tótă greutatea diagnosticului suntem chemați și siliți a-l stabili. In cazul acesta, dacă tumora nu e palpabilă, nu avem de cât semnele comune unei metrite, pentru care Pozzi le și numesce fibróme cu *tip metritic*. Mai avem încă a ne gândi la un cancer al corpului uterin, la retențiunii de placentă în urma avortului, precum și la tóte celelalte bóle ce se însoțesc de scurgeri sanguine. Caracterele acestor diferite emoragii le-am arătat deja, și am vedut că de multe-ori nu sunt suficiente pentru diagnosticul diferențial. Anamneza, modul aparițiunii bólei, etatea pacientei, etc. tóte vor trebui să între în joc, spre a ajunge la un bun rezultat. Dar une-ori singur microscopul póte lámuri chestiunea, prin examenul minuțios al micelor fragmente scóse din uter prin lingura taióasă. Schroeder mai recomandă un mijloc, care de și de o delicatețá fină, totuși într'o mână exersată devine fórté prețios. Dînsul constă a



introduce un isterometru în cavitatea uterină, și a explora diferitele teritorii a suprafeței sale. Locul său punctul ocupat de fibrom, va fi mai îngroșat și de o consistența manifest dură; celelalte puncte libere, sau coprinse de metrită, vor fi mai moi, mai elastice.

Corpii fibroși ai corpului uterin, afară de varietățile precedent descrise, ne oferă încă două, cari putem dice sunt cele mai importante și mai comune. Primul cas este când uterul în totalitatea lui e coprins de neoplasm; iar al doilea când fibromul se manifestă sub formă de tumori izolate, ocupând diferite teritorii ale uterului. Noi numim prima varietate *fibrom total* al uterului, iar a doua *fibrom parțial*.

Vom face deci diagnosticul separat al fiecăreia din aceste varietăți.

#### IV. Diagnosticul fibromului total al corpului uterin.

Caracteristica acestei varietăți precum numele indică, constă într'o ipertrofie generală și uniformă a întregului corp uterin, întocmai precum fenomenul se produce în timpul gravidității. Pentru acest cuvânt Guyon, a numit această stare *graviditate fibrôsă*.

Diagnosticul diferențial cel mai important este de făcut între o metrită parenchimatôsă cronică, o gravitate, o sub-involutie incompletă a uterului în urma facerei, și în fine cu un cancer al corpului uterin.

a) *Metrita cronică parenchimatôsă* prezintă aceeași formă globulôsă și regulată ca și un fibrom total. Singura deosebire ar fi că într'un fibrom, uterul va avea o consistență mult mai mare de cât a unei metrite, care în general e mai elastică. Metroragiile într'o metrită parenchimatôsă pură sunt mai rari de cât într'un fibrom intersticial total; simptomul predomină însoțindu-se și de durere. Anexele într'o metrită sunt mai des prinse de cât într'un fibrom, unde cel puțin la început ele sunt libere. Un uter cronic inflammat mai tot-d'a-una e dureros la palpație, pe când într'un fibrom pur fără complicațiunii inflamatorii, el e nedureros. Într'o metrită cronică cavitatea uterului în general e micșorată, căci aci e vorba de o ipertrofie intrinsecă a fibrelor musculare; într'un fibrom dînsa e mărită atât în lărgime cât și în lungime, de ôre-ce ipertrofia musculară este extrinsecă. Dar adesea tôte simptomele și semnele acestor afecțiunii sunt așa de

subtile în cât diagnosticul diferențial dacă nu e imposibil, cel puțin e foarte dificil. Atunci ne rămâne a lua în considerație simptomele funcționale. Cele din partea bășiceii udului sunt foarte pronunțate și precoce într'un fibrom: într'o metrită ele lipsesc cu totul sau nu apar de cât foarte târziu. Etatea bolnavei iarăși e de mare preț: la o femeie dincolo de 35 ani, cu simptomele sus arătate, mai lesne putem conchide la existența unui fibrom, de cât la alta mai tânără, unde mai ușor vom inclina către o metrită. Mai este încă un punct important și a nume că, într'o metrită uterul ipertrofiat progresază foarte încet: într'un fibrom creșterea organului înaintază în mod simțitor, așa că după o așteptare de 2—3 luni, această singură evoluțiune a uterului lămuresce diagnosticul.

b) *Graviditatea* cu fibromul total oferă une-orî nisee dificultăți așa de mari, că chirurghi bine reputați au comis grosolane erori. Și acesta cu atât mai mult cu cât fiind vorba de femei tinere, nu putem procede la explorațiunea directă a cavității uterine, de teamă a nu provoca un avort. Este adevărat că simptomul cel mai fidel al fibrómelor sunt metroragiile, pe când într'o graviditate caracteristica stă tocmai în suprimarea orî cărei scurgeri sanguine. Dar sunt unele casuri unde graviditatea la începutul său se însoțește de metroragie. Și ceea-ce e și mai grav este că une-orî, de și cu totul esecțiune, femeile în tot timpul gravidității continuă a avea menstrui și chiar metroragii.

Semnul cel mai important și care pôte servi ca bază diagnosticului diferențial, este raportul între mărimea uterului și starea gâtului uterin. Se știe că, imediat ce fecondațiunea s'a făcut, gâtul uterului suferă o schimbare totală în constituția sa anatomică, fiind în raport direct cu creșterea aprópe matematică a uterului în fie-care lună. De la început, colul începe a se ramoli de la orificiū către bază, ramolire pe care trebuie bine să o deosebim de ramolirea falsă ce o găsim une-orî în fibro-mióme și chiar în metrite. În adevăr, cu tóte că tumorile uterului ca și inflamațiunile cronice se pot însoți de indurațiunea colului, totuși în unele casuri constatăm o stare de moliciune a acestui organ. Dacă însă suntem cu atențiune, nu întârziem a ne convinge că aci e vorba mai mult de o bursuflare a mucóseii colului; părțile sale profunde prinse între degete, încă oferă óre-care rezistență. În graviditate acest lucru nu se observă. Aci ramolirea este totală, dînsa coprinde tóte părțile constitutive ale organului de la superfiicie în adâncime. De aceea, noi

numim prima stare ramolire falsă sau neoplasică, iar cea de a doua ramolire fiziologică de graviditate. Pe lângă acestea, mai este încă un caracter important și anume că, ramolirea falsă nu urmărește norma stabilită matematicesce ca în cea gravidică. Într'un miom care abia trece de simfisa pubienă, putem găsi un gât uterin quasi muiat în totalitatea sa; un asemenea lucru nu se întâmplă într'o graviditate. Dar să precisăm: având a face cu un uter care trece de simfisa pubienă, a cărei formă e regulată și având mărimea unui pumn, iar al căreia gât uterin e ramolit în totalitate cel puțin în a treia parte din lungimea sa, având și orificiul întredeschis, putem bănui dacă nu chiar să afirmăm, că e vorba de o graviditate, cel puțin în a treia lună. Voim a dice că în asemenea cas, de și avem metroragii, lipsa pigmentațiunii sînelui, a tumefacțiunii dureroase a mamelelor, precum și a celor-l'alte simptome ca gréță, vîrsături, schimbarea caracterului, etc., totuși bazați numai pe caracterele de ramolire ale colului și raportul său cu mărimea uterului, suntem îndreptățiți a bănui o graviditate. Și pentru a ne convinge mai mult, n'avem de cât a aștepta încă două luni; atunci diagnosticul se va putea pune cu siguranță absolută. Și iată cum: presupunând cazul cel mai dificil, când adică fibro-miomul ar fi îmbrăcat cu toate semnele gravidității, adică: lipsă de emcragii, pigmentarea sînelui, creșterea de volum și chiar prezența de colostrum, o hipertrofie totală și regulată a uterului cu ramolirea falsă a colului, etc., toate aceste semne, capabile a ne induce în eróre până maximum a 3-a sau a 4-a lună, dispar cu deservire la a 5-a lună: aci semnele pozitive ale sarcinei nu mai permit nici o îndoială. Un fibro-miom aflat d'asupra simfisei și putându-se confunda cu o sarcină, dînsul nu va putea provoca o creștere a uterului după două luni, pentru a ajunge la ombilic, precum va determina o graviditate. Dar chiar presupunând un asemenea lucru, încă ne rămîne starea gâtului uterin; dînsul, într'o sarcinăpresupusă în a 5-a lună, va fi pe jumătate ramolit și șters, ceia-ce nu va exista într'un fibrom. Apoi într'o sarcină semnele clasice devin din ce în ce mai pozitive, pe cînd într'un fibrom descresc; și mai presus de toate, în această epocă apar semnele sigure, în fața căreia nu pôte fi nici cea mai mică îndoială: pentru medic — balotarea fetului; pentru mamă — mișcările copilului. Ca semn obiectiv mai avem existența suflului placentar; dar acesta îl putem găsi și în fibro-miome, cînd sunt foarte vasculare, confundându-se cu suflul uterin. O ureche exer-



sată va percepe bătăile cordului fetal. În fine ca ultim semn-avem că, într'un uter fibromatos păreții se îngroșă din ce în ce-mai mult, pe când într'unul gravid păreții sunt subțiați. Deci, printr'un examen apropiat, putem ușor deosebi diferitele părți fetale, precum și senzațiunea de balotare, pe care o obținem imprimând o mișcare bruscă acestor părți solide conținute în li-liquidul amniotic. În casuri mai dificile, pentru a ne convinge de acest fenomen clasic, introducem degetul pe gâtul uterului: atunci imprimând o mișcare bruscă în sus, fetul se va deplasa și va veni să lovască pulpa degetului nostru.

Incheem însă acest capitol, asupra căruia ori cât s'ar dice de mult tot este insuficient. Sunt casuri dificile unde un diag-nostic sigur nu se poate pune. Și mai ales când fetul e mort iar-gâtul uterului ne oferă semne cu totul negative; atunci e greu de tot. De aceea cel mai bun lucru în asemenea casuri este es-pectațiunea așteptând termenul de 9 luni; natura va lămuri chestiunea.

Terminăm arătând că diagnosticul cel mai dificil al fibro-miomului este când groșea e complicată de retențiunea fetului mort și degenerescenta oului. Și pentru a da o probă de acesta, recurgem la autoritatea marelui ginecolog Schroeder, din al cărui tratat re-producem următoarele linii: „Am observat, dice autorul, un cas-unde antecedentele anunțau într'un mod frapant o retenție de un-ou; am fost forțat a recurge la dilatațiunea colului prin ajutorul unei spongii preparate: degetul explorator ajunge atunci direct pe o tumoră fibrasă, proeminentă prin păretele lateral stâng al uterului“.

c) Cu *involuția incompletă* a uterului în urma facerei, diag-nosticul fibromului e mult mai ușor. Navem de cât să sou-dăm bine antecedentele, să examinăm cu atențiune consistența uterului; dînsa fiind foarte môle și elastică, iar orificiul colului deschis, va stabili de o dată adevăratul diagnostic.

d) *Cancerul corpului uterin*. Trebuie să șcim mai întâiu că e rar; dar și când există, uterul nu va avea aceeași formă regulată și consistență uniformă ca în fibro-miom, ci mult mai neregulată și cu nucleii diseminați în diferite puncte. Este iarăși rar ca un cancer al corpului să nu se însoțescă și de un cancer al gâtului uterin. Dar afară de acesta, cancerul uterin se va însoți de emo-ragii profuse, cu un miros fetid caracteristic, de dureri lancinante și de o cachexie a întregului organism; un fibrom nici o dată nu dă naștere la asemenea lucruri, ori cât de mari ar fi emora-

giile. Mersul cancerului e mult mai repede; al fibromului e mai lent și nu se însoțesc de prinderea ganglionilor lombari, și nici nu produce acea fixitate lemnosă a organului precum o face cancerul. În casuri îndoișoare, examenul microscopic al fragmentelor extrase din cavitatea uterină, adăogat la simptomele clasice, stabilește lesne diagnosticul.

Până aci am considerat fibromul total al uterului având o mărime convenabilă. Când dînsul însă ia un volum mult mai mare și durează de un timp îndelungat, ast-fel că numai e posibil a l'confunda cu nici una din afecțiunile descrise, atunci ne rămâne a stabili diagnosticul diferențial între dînsul și cele-l'alte tumori a organelor vecine. Prealabil vom spune că în cele mai multe casuri, simptomele sunt așa de puțin clasice, în cât nu odată chirurgii cei mai experimentați s'aũ înșelat amarnic, neputînd stabili existența unui fibrom. Ba ce este mai mult, nu mai grație acestor erori de diagnostic se datorește intervențiile contra fibromelor. În adevăr, chirurgii creșdînd că aũ a face cu un kist al ovarului, imediat ce aũ deschis abdomenul și aflîndu-se în fața unui fibrom, mare parte din ei temîndu-se a întreprinde o operațiune necunoscută, s'aũ grăbit a închide pîntecele. Ast-fel s'a întâmplat lui Lisard în 1825; lui Diefenbach, lui Baker Brown, etc., etc. Până în 1837 Pozzi a reunit o statistică de 14 operațiuni cu diagnostic greșit, unde abdomenul a fost închis, dînd 5 morți. La acastă epocă Gandville îndrăsnesc a opera avînd un succes. În 1855 Kimbal, stabilind un diagnostic exact, este cel întâi care cu tot dinadinsul întreprinde isterectomia abdominală, unde bolnava se vindecă de și operațiunea a fost urmată de mare emoragie. După dînsul vine Koeberle, care stabilește manualul operator cu succese fôrte mari. Apoi Péan vulgariséză operația.

Trecînd peste acastă mică digresiune, să venim la punctul ce ne preocupă: cari sunt semnele pozitive ale unui fibro-miom total al uterului?

Pentru a răspunde, vom considera tipul clasic adică lipsit de orî-ce complicațiune. Fibro-miomul uterin total se presintă sub forma unei tumori regulate, piriformă, de o consistență fermă și avînd conexiuni intime cu uterul. Aplicînd un deget pe gâtul uterului și imprimînd mișcări de ascensiune sau pogorâre pe tumoră, degetul va simți în mod perfect transmițându-i-se pe pulpa sa tôte aceste mișcări provocate.

Dacă căutăm a introduce vîrfurile degetelor sau marginea cu-

bitală a mânei între tumoră și simfisa pubienă, nu reușim; spațiul este închis de porțiunea istmică a corpului uterin. Mai avem încă modul de evoluțiune al tumorii și forma abdomenului ce dînsa imprimă. Fibro-miomul uterin începe dezvoltarea sa just pe linia mediană. Dînsa pe măsură ce crește, se dezvoltă mai mult către fund, apropiindu-se de aspectul piriform și are tendința a proemina înaintea abdomenului.

Causele intrinseci cari fac diagnosticul dificil sunt următoarele: un fibro-miom uterin pe măsură ce se dezvoltă exercită o tracțiune continuă asupra corpului la nivelul istmului, astfel încât acesta lungindu-se din ce în ce, ajunge a forma un pedicul foarte subțire. Atunci introducând degetul în vagin și aplicându-l pe gâtul uterin, constatăm o mobilitate foarte mare a acestui organ, precum și lipsa transmisiunii mișcărilor imprimate pe tumoră asupra degetului. Acesta ne face a crede că tumora e independentă de uter, mai ales că în asemenea cazuri putem foarte ușor introduce degetele între tumoră și simfisa pubienă. Explorațiunea cu isterometrul în această circumstanță ne poate înșelări și mai mult în erorea noastră, de oare-ce dînsul departe de a ne arăta o mărire a cavității uterine, din contra ne oferă o mieșorare; cauza este că instrumentul se oprește în nivelul istmului transformat în pedicul. Invers, avînd a face cu o rigiditate sau spasm al muschilor abdominali, și neputînd introduce mîna înapoiul simfisei, ne-ar face să credem într'un fibrom uterin, ceea-ce în realitate e fals.

Am presupus pînă aci fibromul uterin avînd consistența fermă. În acest caz am putea să ne mai gândim la posibilitatea unei rinichiū sau splină deplasată descîndînd pînă în micul basin. Dar aceste lucruri deși mai rari, totuși trebuie să ne gândim la ele. Vom examina deci cu atențiune absența acestor organe din locul lor normal, unde în loc de matitate vom găsi sonoritate. Vom remarca și tendința tumorii care dupe deplasare caută a-și ocupa locul primitiv normal. Casul devine dificil cînd aceste organe deplasate vor fi contractat aderențe cu fundul uterului. Atunci explorațiunii minuțioase sunt necesare. În special examenul rectului ne va permite a constata prezența și forma uterului în locul său normal.

Un ajutor aplicînd o pensă cu dinți pe gâtul uterului și exercitînd tracțiuni, ne va fi de mare folos; ne vom convinge de existența uterului avînd degetul în rect și aplicat pe fundul său. Casul și mai dificil este cînd fibro-miomul uterin se separă cu



desăvârșire de porțiunea supra-vaginală a colului, rămânând cu totul independent de acest organ. Atunci nu e posibil nici un diagnostic diferențial, afară de o inspirațiune fericită. Tot-d'una un asemenea fibrom, se confundă cu tumoră ale altor diferite organe aflate în basin.

**Diagnosticul diferențial al fibro-miómelor complicate de degenerescență kistică, cu cele-l'alte tumoră similare.**

Când tumora e lipsită de orî-ce complicațiune, nu există alt semn patognomic de cât legătura intimă ce are cu corpul uterului. Acastă legătură se manifestă prin aceea că orî-ce mișcare aplicată pe tumoră se transmite degetului pus pe col, precum de asemenea împingând cu degetul pe col, mișcarea o simțim pe mîna pusă pe tumoră. Decî orî de câte orî vom constata semnul acesta, putem afirma cu siguranță că e vorba de o tumoră a uterului, fie dînsa solidă sau lichidă. Din nenorocire lucrurile se întîlnesc fôrte rar în mod așa de clasic. Tôtă dificultatea constă că une-orî, tumora posedă un pedicul așa de lung și subțire, că aprópe își pierde conexiunile cu uterul. Acésta ne face a crede în existența unui alt gen de tumoră, pe când în realitate dînsa e uterină. Dar dificultățile întrec orî-ce imaginațiune, când se întîmplă ca tumora să se deslipescă cu desăvârșire de uter prin ruperea pediculului și să rămăe liberă sau aderentă de alte organe în cavitatea abdominală. Alte dăți greșeli contrarii se comit, și ele sunt cele mai comune. De multe orî luăm tumoră uterine drept tumoră ale organelor vecine, grație aderențelor ce acestea contractă cu uterul. În asemenea condițiuni, fibro-miomul kistic, prin caracterele sale de a se presenta ca o tumoră liquidă de formă rotundă, etc., se pôte impune fôrte ușor drept kist al ovarului, ce ar fi contractat aderențe cu uterul. Tot ast-fel se confundă și cu un kist para-ovaric sau kist papilar al ligamentelor largi. În fine un kist al trompei căpătând un volum considerabil, încă se pôte confunda cu un kisto-fibrom al uterului, dacă dînsul contractéză aderențe cu acesta. În tóte aceste casurî diagnosticul e fôrte greú iar une-orî absolut imposibil. Și ca probă avem erorile ce s'au comis de cei mai reputați chirurghi; ele au și fost după cum am đis, punctul de plecare al miotomiilor și histerectomiilor abdominale.

Singurele elemente ce ne-ar putea servi în stabilirea diagnosticului ar fi următoarele:

I. Modul de dezvoltare al tumorii. În kisto-fibrom tumora începe pe linia mediană; într'un kist al ovarului, al trompelor sau ligamentelor largi, dînsa apare în părțile laterale, apoi treptat ocupă linia mediană, și foarte rar ajunge să fie perfect simetrică. Dar nîsce asemenea lămuriri nu le putem căpăta de cît din antecedentele bolnavei. Dînsa însă, fie din nebăgare de sémă, sau din cauza unei inteligențe mediocre, nu ne pôte da deslușirile cuvenite. Atunci ne rămîne examenul local, adică:

II. Într'un fibro-miom kistic, pediculul nici odată nu este așa de larg și nici o dată nu e în stare a ocupa vre-unul din fundurile de sac vaginale. Prin urmare, dacă constatăm acest lucru, adică o bombare a unuia din fundurile de sac și o continuitate de tumoră care ar merge în părțile laterale ale uterului către fosa iliacă, cu tótă conexiunea ce acéstă tumoră ar avea cu uterul, putem susține că dînsa mai ușor aparține ligamentului larg adică unui kist para-ovarie sau papilar, de cît unui fibrom-uterin.

III. Fibro-miomul are un mers mai repede de cît cele-lalte tumori menționate. Or cum ar fi, faciesul tumorilor ovarice se deosebesce de a celor uterine; acestea aduc bolnavei o stare de anemie mai mare de cît cele-lalte.

IV. Într'un fibro-miom, împingënd cu degetul pe gâtul uterului, constatăm că corpul acestui organ ne dă o senzațiune de un ce foarte greu. În celelalte tumori, cu tóte conexiunile ce ar avea cu acest organ, totuși printr'un examen minuțios și atentiv ne putem da sémă de situațiunea corpului uterin și caracterele sale.

V. Introducerea degetelor sau mânei între tumoră și simfiza pubienă e imposibilă în fibro-miome; ea e relativă sau cu totul liberă în celelalte tumori.

VI. Ca un ultim refugiu avem cateterismul uterin. El tot-d'a-una ne va arăta o mărime a cavităței uterului în casuri de fibróme; în cele-lalte tumori dînsa nu e mai mare ca 5-6-7 c. m. Fără îndoială semnul acesta ar fi cel mai sigur. De multe ori însă ne găsim în imposibilitate a-l practica, din cauza enormelor deviațiuni sau alte dificultăți.

VII. Ne rămîne încă a recurge la punctiunile exploratrice. Ele, de și ađi proscrise și condamnate cu drept cuvânt de toți ca fiind periculóse, totuși înainte se practicau mai des. S'a făcut chiar studii serióse asupra caracterelor de proveniență.

Cel d'întâiu autor e Koeberle din Strasburg, care în 1875 a dat următoarele elemente dupe cari putem conchide la origina liquidului. Ast-fel, liquidul din kiștii ovaricî aũ foarte puțină albumină; conțin însă o cantitate enormă de paralbumină. Acesta se caracterisă prin aceea că o dată precipitată prin acidul azotic, dînsa se disolvă adăogând peste acest precipitat acid acetic. Liquidul obținut dintr'un kist al trompei lui Fallope, conține foarte multă albumină și mai de loc paralbumină, ast-fel că acest liquid precipitat prin acidul azotic, el se precipită și mai mult adăugând acid acetic. Liquidul estras din kiștii ligamentului larg, conține foarte puțină albumină, dar aũ un esces de săruri; acesta l face a fi foarte limpede și clar. In fine liquidul estras din kiștii papilarî, se caracterisă prin consistența lor viscosă și culorea brună șocolatie.

Dar aceste aserțiuni s'aũ constatat din nefericire că nu sunt tot-d'a-una positive. De aceea ađi foarte rar se recurge la puncțiuni; adesea ele aũ fost urmate de accidente grave, une-orî chiar mortale, fie prin determinarea unei peritonite supra acute, provocare de trombose, embolii, etc.

### Diagnosticul corpilor fibroși intra-ligamentari.

Aci, după cum am arătat la anatomia patologică, avem douë varietăți și anume: tumori intra-ligamentare cari aũ tendința a se ridica în cavitatea abdominală, și tumori intra-ligamentare cari aũ tendința a se desvolta către baza ligamentelor largi, mergînd chiar a se infiltra pe sub aponevroza pelvienă.

Va trebui deci să stabilim diagnosticul fibrómelor intra-ligamentare cu evoluțiune abdominală și acele cu evoluțiune pelvienă. Și într'un cas și în altul trebuie să scim, că aceste tumori în imensa majoritate a casurilor sunt tumori tari, fără tendința la degenerescență kistică. Prin urmare diagnosticul se va face nu mai cu tumorile solide ale ligamentelor largi sau anexelor. Fibrómele intra-ligamentare abdominale încep a se desvolta în părțile laterale ale uterului; ele ocupă fundurile de sac vaginale corespondente. Consistența lor cartilaginósă se póte impune posibilităței unor fibróme periostice sau osóse ale pelvisului; eventualitate de alt fel escesiv de rară. Se mai pot confunda cu kiști para-ovaricî sau ai ligamentelor largi, orî a trompelor închise în grosimea acestor ligamente. Acestea din cauza neputinței de a se desvolta conform tendinței ce aũ, pot lua o consistență



destul de tare. Un fapt însă este propriu fibrómelor și a nume că ele nu aũ o formă cu totul rotundă și regulată; mai mult, ele rar sunt unice, ast-fel că adesea constatăm 2—3 și mai multe de aceste tumori, tóte în strânsă legătură cu uterul. De acest lucru ne putem și mai bine convinge prin examenul rectal, când vom determina fundul uterului și conexiunile acestuia cu tumorile.

Cât privesce diagnosticul fibro-miómelor intra-ligamentare cu evoluție pelvienă, ele se pot confunda pe de o parte cu nucleii de indurațiune rămași în urma pelvi-peritonitelor, ematocelelor sau flegmónelor; iar pe de alta cu diferitele deviațiuni uterine reprezentate prin versiuni sau flexiuni. În cazul întâiũ vom pune mare preț pe antecedentele bolnavei; din ele lesne vom putea deduce că ne aflăm în fața unor relicate de pelvi-peritonite sau ematocele, grație fenomenelor acute și brusce prin cari a început bóla.

Mai avem încă caracterele ce le constatăm prin examenul local. În casuri de fibróme, tumora e mai limitată; în celelalte ea e difusă întinđându-se până în fosa iliacă și presintă puncte dure iar altele mai moi; acésta nu se observă în fibróme. Cât privesce deosebirea deviațiunilor uterine de fibromióme, ne bazăm pe de o parte pe simptome, iar pe de alta pe gradul de fixitate al tumorei. În adevăr, dacă tumora fibrósă se desvoltă în partea anterioră a porțiunei supravaginale a colului — când s'ar putea lua drept anteversiune sau anteflexiune — avem întâiũ o acuitate fórte mare a simptomelor vesicale, cari de la disurie pot ajunge la retențiunea complectă a urinei; acest lucru nu se observă în deviațiuni; iar pe de alta că pe când fibromul e cu totul inclavat în acéstă regiune, anteversiunea sau anteflexiunea sunt reductibile, afară numai în cazul de aderențe vechi ce s'ar fi produs. Decĩ introducând un isterometru sau un redresor special, putem cu înlesnire să reducem tumora ce se credea a fi fibrom. Casul de sigur devine fórte dificil când există în acelaș timp și fibrom și deviațiune. Aci iarăși isterometrul ne va fi de mare ajutor. După Schroeder, introducând degetul sau mâna în rect, iar gâtul uterului apucat cu o pensă cu dinți și trăgând în jos, vom putea pe cât posibil să distingem ce aparține tumorei și ce aparține uterului.

Când tumora se desvoltă pe fața posterióră a porțiunei supra-vaginale a colului, acelaș diagnostic diferențial ar trebui se facem, însă aci cu retroversiunile și retroflexiunile, plus cu cele-

l'alte tumori ale ligamentelor largi și celor rotunde. Dar despre acestea din urmă vom vorbi la locul competent.

## X.

### Tratamentul fibro-miómelor uterine.

Nimic mai vast și putem dice chiar obositor, de cât chestiunea modului de tratare al acestor tumori. Grație observațiilor clinice și a însăși cercetărilor microscopice, lucrul este definitiv stabilit, că fibro-miómele sunt și rămân tumori benigne. Există în adevăr ici coela observațiunii de transformarea acestor tumori în sarcóme; degenerescenta însă cancerósă nu s'a putut încă proba. Ast-fel fiind, prima deducțiune este că aceste tumori nu trebuiesc atacate în mod chirurgical sever; pe cât posibil ele vor fi lăsate în pace. Și cu atât mai mult acéstă conduită ar părea logică, cu cât iarăși observațiunile și fiziologia patologică au arătat că, dincolo de óre-care limită a vârstei, și în special cu încetarea menstruelor, aceste tumori intră în perióda de regresiuine, putând chiar să dispară.

Considerațiunile acestea au fost punctul de plecare al introducerei atâtor metode exclusiv medicale. Unele din ele au mers chiar până a proclama abstențiunea complectă.

Dar cu progresele chirurgiei moderne, întregul acest arsenal medical este amenințat a dispărea. Tendința generală este ca tratamentul să se rezolve prin cuțitul tăios.

Este adevărat că vindecarea radicală a unui fibro-miom constă în ablațiunea sa totală; dar de aci, a nesocoti ori-ce altă medicațiune, și a pune ca principii intervențiunea cuțitului, este o exagerațiune și mare eróre.

Cum deci vom procede ?

Noi credem că fibro-miómele din punctul de vedere al tratamentului se pot împărți în următoarele grupe :

I. *Tumori inoperabile*; II. *Tumori operabile prin mica chirurgie* și III. *Tumori operabile prin marea chirurgie*.

I. In prima clasă intră o mulțime de varietăți ce am descris în capitolul precedent.

Să luăm de exemplu varietatea de fibrom intra-parietal saú intersticial al uterului. Considerăm cazul cel mai simplu de un asemenea fibrom unic saú multiplu, dar de un volum mic. Aci

putem încerca diferite mijloce nechirurgicale. Și acesta mai cu deosebire când nimic nu ar motiva o intervențiune energetică. A fortiori vom păstra această conduită, când tumora va fi difusă și aderentă, precum și atunci când dînsa s'ar infiltra în grosimea ligamentelor largi, formând un singur bloc întins de la o fosă iliacă la alta, și unde trompă, ovar, uter și cele alte țesuturi din prejur formeză la un loc o masă confusă și inextricabilă.

Pentru toate aceste varietăți s'aŭ pus în joc o mulțime de mijloce medicale. Unele aŭ de scop a exercita o acțiune curativă asupra bólei, iar altele a se adresa exclusiv contra simptomelor alarmante.

În grupa întâia vom menționa întrebuițarea fosforului, a arsenicului, a iodului, a sărurilor de potasă, precum și a băilor termale și cloruro-sodice. Dar toate aceste mijloce n'aŭ dat rezultate definitive. Cu toate acestea, noi nu suntem de idee a le părăsi, mai ales când bóla e recentă. Este știut că țesutul conjunctiv iperplasiat dar în prima sa periódă embrionară, e posibil ca dînsul să sufere o regresione prin medicațiunile menționate, în special prin cura de iod. Arsenicul și fosforul s'aŭ întrebuițat mai mult în scopul de a determina o degenerescență gresósă a fibromului, iar apoi consecutiv resorbția și disparițiunea sa. Eŭ cunosc personal un cas din cele mai extra-ordinare. E vorba de o dómna, care posedând un fibro-miom colosal de mare, ce mergea până la ombilic, a dispărut în totalitate, numai prin simplul fapt că a mers consecutiv la Lacul Sărat timp de 3 ani și luat la interior iodol, câte un gram pe zi. De alt-fel, stațiunile cu băi de nomol sunt deja destul de cunoscute în străinătate, ca unele ce aŭ adus de multe ori folóse reale la mulțime de femei atinse de fibróme uterine. Ast-fel sunt: Kreuznach, Franzesbad, Salins, Salies de Béarne, etc., etc.

Dar dintre toate mijlocele medicale, acelea cari aŭ jucat un rol considerabil și cari și ađi încă resistă chirurgiei, sunt *ergotina* și *electroterapia*.

Prin ambele aceste metode s'a căutat a se obține două lucruri esențiale: pe de o parte obstrucțiunea vaselor nutritive ale tumorei, iar pe de alta o contracțiune continuă și permanentă a fibrelor musculare. În primul cas supresiunea elementelor de hrană fiind asigurată, este evident că tumora numai póte progresa: prin al doilea factor, aceiași tumoră fiind mereu împinsă, ea va trebui, din intersticială ce primitiv era, să devie or sub mucósă or sub serósă. Dar și într'un cas și în altul beneficiile



vor fi mari; un fibro-miom expulsat în cavitatea uterină sau abdominală, e mult mai ușor de extirpat de cât rămăind închis în pereții uterini. Și înlesnirea cu atât va fi mai mare, cu cât tumora în progresiunea sa nu va rămâne lipită de uter de cât printr'un pedicul, printr'o simplă fâșie subțire. Dar acesta e un ideal care foarte rar s'a văzut realizându-se. Totuși să insistăm puțin asupra acestor două mari metode.

### I. Tratamentul fibro-miómelor prin ergotină.

Se susține că primul autor care a preconizat acest medicament, ca fiind capabil a combate nu numai emoragia ci și a înlesni disparițiunea tumorei, este *Hildebrandt* în 1872. Modul de a vedea al acestui autor a fost așa de bine primit și îmbrățișat cu atâta favoare, că și astăzi aproape nu e chirurg, care mai înainte de a recurge la operațiunea sângerândă, să nu supue pe bolnavă la tratamentul cu ergotină, la metoda lui *Hildebrandt*. Ergotina de obicei se dă în injecțiuni sub cutanate; se preferă regiunea abdomenului ca fiind mai aproape de tumoră. Pe calea digestivă se dă mai rar. Dosa obișnuită în injecțiuni este de la 10—20 ctg. iar pe dinăuntru 50 ctgr. până la 1 gram.

Eficacitatea acestei metode e pusă în afară de orice îndoială, când ne propunem a combate pur și simplu emoragiile. Noi nu am rămas mulțumiți de extractul fluid de *Hydrastis Canadensis*, de la care mai nici o dată n'am obținut efectul dorit.

Cât privesce însă chestiunea, dacă prin ergotină se poate obține micșorarea sau chiar disparițiunea tumorei, aci discuțiunile au fost mari. Unii autori au contestat cu desăvârșire orice efect curativ al ergotinei; alții din contra. Adevărul este că trebuie să facem o deosebire în această privință. Este știut că ergotina are o acțiune exclusivă asupra contractilității fibrelor musculare netede. Prin urmare este evident, că acele fibróme pur conjunctive formate mai mult din hipertrofia și hiperplasia țesutului conjunctiv, nu vor suferi nimic în evoluțiunea lor oricât de multă ergotină am introduce în organism. Și cu atât mai mult ele vor fi refractare, cu cât vor fi mai bine apărate de țesutul uterin, prin acea capsulă izolatorie, pe care am arătat-o. De alt-fel, *Spiegelberg* a susținut deja, că numai tumorile musculóse și rău incapacitate beneficiază de efectele ergotinei; cu alte cuvinte miómele pure, iar nu fibrómele adevărate.

Al doilea lucru ce trebuie luat în considerație, este iarăși timpul cât a fost întrebuințată ergotina precum și cantitatea introdusă în organism. Ar fi o eróre, saú cel puțin o pretențiune prea mare, a ne aștepta că după o lună ori două, precum și după ingerarea câtor-va grame de ergotină, să părăsim metoda prin faptul că tumóra n'a descreșcut. Este destul pentru a ne convinge de acésta, să arătăm că Schroeder a făcut 400 de injecțiuni într'un cas, iar Winckel un număr de 1500. Dar pentru acésta a trebuit nu o lună ori două, ci ani întregi, dându-se că aceste injecțiuni nu se pot face șilnic, fie din cauza durerilor, a abceselor saú altor considerațiuni.

Nu ne oprim asupra unei alte metode susținută de Schucking și Delore, de a introduce injecțiile cu ergotină direct în tumora fibrósă. Posibilitatea interpunerei între uter și părășii abdominali a unor anse intestinale, a bășiceii udului, precum și posibilitatea ruperii acului fie în tumoră saú aiurea; dar mai ales revărsarea injecțiunii în cavitatea peritoneală, sunt atâtea motive puternice cari ne îndemnă a nu recurge sub nici un cuvânt la acéstă metodă, care de alt-fel de toți e părășită.

## II. Tratamentul fibro-miómelor prin electricitate.

Iată încă o metodă, care prin logica bazei sale, a făcut mult șgomot în sciință avënd și chiar ađi apărători. Cel d'întâiu care a recomandat aplicarea electricității în chirurgie este Tripier, făcând uz de dînsa în ipertrofiile prostatei. Doctorul Apostoli însă s'a devotat atât de mult acestei chestiuni, că a bine meritat din partea tuturilor chirurgilor a fi considerat ca părintele metodei.

De și în timpul complectărei studiilor mele la Paris am asistat la câte-va ședințe de acest tratament, nu mă pot însă pronunța neavënd nici o experiență asupra lucrului. E de regretat că într'un serviciu special ca al nostru, nu există asemenea aparate.

Principiul pe care se baséză electricitatea, nu este încă perfect elucidat. Unii au susținut că e vorba de efectul unei compozițiuni și descompozițiuni chimice ce s'ar produce în intimitatea tumórei, cu ocasiunea trecerei și restabilirei circuitului electric printr'însa. Cu alte cuvinte, ar fi vorba de o adevărată electrolisă, ce însemnéază desfacerea elementelor compuse în corpși simpli. Alți autori însă, între cari și Apostoli, susțin că efectul

se datoresce unei acțiuni caustice a electricității; de aci numele de agent galvanocausic chimic. Dar ce însemnă acest lucru? Când de exemplu facem să trecă un curent electric prin apă și reușim a obține în epruvete diferite, oxigenul și hidrogenul din cari dînsa e compusă, fenomenul se numește *electrolisă*. Când însă un corp complex e supus la aceleași acțiuni, fenomenul cel mai principal constă în descompunerea sărurilor sale. Dar atunci s'a constatat că toți acizii vin la polul pozitiv, iar toate bazele la polul negativ. Fenomenul acesta de selecțiune sau mai bine zis predilecțiune al acizilor și bazelor pentru un anumit pol, se numește *electrolitic*. Deducțiunea practică este următoarea: polul pozitiv prin atracțiunea acizilor va da naștere la o escară neagră și tare; polul negativ, la o escară môle, capabilă a se deslipi <sup>1)</sup>.

Din cunoșcerea acestor lucruri s'a făcut aplicațiunea următoare: în tumorile fibróse ale uterului cu consistență môle, formate din fibre musculare și vase, vom face să trecă prin ele curentul pozitiv; dînsul, grație acelei escare propriie acizilor, va determina o cauterisațiune profundă ce va obstrua vasele; de aci suprimarea emoragiilor, plus distrugerea lentă și progresivă a însăși tumorei, prin repetarea succesivă a unor asemenea escare.

Din contră, în fibrómele pur conjunctive cu o consistență tare și nevasculară, vom face să fie străbătute de curentul negativ. Acesta va determina o escară môle inerentă bazelor; dînsa după eliminare va lăsa în locul său o cicatrice capabilă a se retracta. Fenomenul acesta repetindu-se de mai multe ori, va determina distrugerea prin fragmente a tumorei, și înlocuirea sa printr'un țesut cicatricial.

Procedeele sunt mai multe. Apostoli introduce în cavitatea uterului un isterometru, prin care face să trecă curentul pozitiv, dacă tumora este un miom; curentul negativ se aplică pe pânțele. Și pentru-ca acest curent să nu fie concentrat, se caută a se mări cât mai mult suprafața sa, preferindu-se o placă largă de pămînt argilos ce se pune pe abdomen. Ședința durază 10—15 minute, iar intensitatea curentului merge până la 100—150 milli-ampere. Unii au recomandat că în cazul când nu putem intra în cavitatea uterină, să străbatem oricum; de obicei se face o străpungere artificială prin unul din fundurile de sac ale vaginului pe unde ajungem în tumora uterină. Dar procedeul acesta

<sup>1)</sup> Veđi Vol. 1, pag. 92—93.



nu se recomandă, din cauza accidentelor ce e capabil să producă. Tot pentru aceste motive s'a respins de toți metoda Americană a lui Cutter ; dînsa constă a înfige ace direct în corpul uterului străpungând păreții abdominali. Astăzi de toți este admisă calea vaginală.

Când nu putem intra în cavitatea uterină, să ne mulțumim de procedeul lui *Danion*. El constă în a aplica reoforul pe gâtul uterin sau chiar pe păreții vaginali. S'a susținut la început, că curenții electrici trebuie să fie de natură chimică sau așa numiți galvanici. S'a constatat însă că și curenții faradici, magnetici sau prin influență, au același efect.

Resultatele electro-terapieii sunt incurajătoare, dându-se numărul cel mare de observațiuni și statistici asupra cărora nu insistăm. Destul este a fi convinși că metoda e logică și științifică. Se cere însă o stăruință din cele mai mari, ce nu se numără cu zile sau luni ci cu ani întregi. Ast-fel Vulliet spune în lecțiunile sale, că într'un cas de fibrom uterin, unde era sigur că are să intervie prin laparatomie, pentru a face isterectomia sau miotomia — tumora umplând întregul abdomen până d'asupra ombilicului — totul a intrat în rezoluțiune, grație unui tratament cu curenți electrici ; el însă n'a durat mai puțin ca 7 ani.

Iată dar ce mijloce avem la îndemână pentru a lupta contra fibro-miômelor uterine intersticiale difuze, aderente, și imposibil de ridicat.

S'a mai recomandat, pentru a combate exclusiv emoragiile de cari se însoțesc aceste tumori, a se practica direct răzuirea uterului. Acéstă metodă preconisată de Coe din New-York, este bazată pe constatarea anatomo-patologică a mucóseii uterine ; dînsa tot-d'a-una fiind într'o stare escesivă de congestiune, ea este care ar produce emoragiile, iar nici de cum tumora.

Noi însă, în afară că nu avem destulă încredere într'o asemenea aserțiune, mai suntem contra răzuirei și pentru următoarele două mari argumente :

I. Fibromul aduce o așa de mare deformațiune a cavității uterine, în cât introducerea unui instrument e foarte dificilă dacă nu periculósă ;

al II-lea, putem expune pe bolnavă la accidente de septicemie, orî cât de mari ar fi precauțiunile ce am lua. Noi știm, că tocmai grație unei asemenea stări congestive a organului uterin, cea mai mică infrațiune a celei mai rigurose antisepsii póte fi urmată de fenomene sub inflamatorii. Dar ele pot avea ca ur-

mare supurațiunea și chiar gangrena tumorii. E mult mai bine decî să combatem pe o altă cale emoragiile rebele. Prin această favorisăm în același timp și regresiuinea tumorii.

Să vorbim acum de a treia metódă numită *castrațiune*.

Luându-se în considerație observațiunile clinice, că fibromiomele intră într'o regresiuine fiziologică îndată ce femeia a intrat ea însăși în periódă de menopausă, *Batley* în 1872 a avut inspirațiunea să provóce această menopausă, prin ablațiunea ovarelor femeii, prin castrațiune. Concomitent cu acest autor, *Hegar* a practicat aceeași operație cu aceeași intenție. De aci discuțiuni

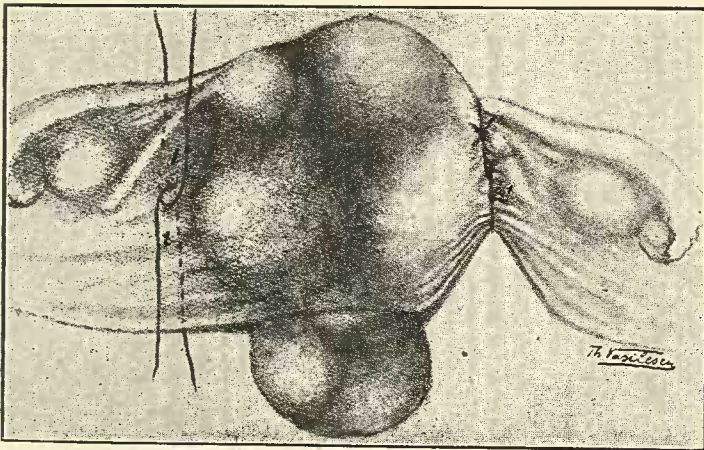


Fig. 52. Legături atrofiante în bloc contra fibrómelor uterine. Procedeu Dr. I. Kiriac (personală).

și certuri de prioritate, asupra cărora nu insistăm. Operațiunea e simplă: ea constă esclusiv în ridicarea ambelor ovare. Și de óre-ce se susține — lucru de care noi nu suntem convinși — că ovarele mai tot-d'a-una sunt sănătóse, operațiunea pórtă numele de ovariectomie normală, pentru a se deosebi de operațiunea făcută pentru ovarele bolnave.

Resultatele acestei operațiuni sunt destul de încurajátore, dându-se observațiunile și statisticele multor autori. Dînșii aú arátat că prin această menopausă artificială, aú obținut nu numai încetarea emoragiilor ci și descrescerea dacă nu disparițiunea tumorii. Toți decî sunt de acord de eficacitatea acestei metode. O singură restricțiune ar fi, și anume aceea arátată de *Pozzi*, că în fibro-

miómele telagiectasice, castrațiunea ar fi capabilă să expue pe bolnave la trombose.

Nu seiu prin ce întâmplare curiósă, dar tóte casurile de fibromiome intersticiale unde n'am putut face operațiunea radicală, nu ne-a fost cu puțință a practica castrațiunea ideală, din caúsă că anexele saú nu le-am putut găsi, saú că erau fórte mult aderente și profund situate.

De aceea noi am recurs la legarea în bloc a vaselor uterovariene, aplicând una saú doué legături de fie-care parte a cornului uterin, coprinđend în firul de mătase trompa și ligamentul ovarului iar une-orí și ligamentul rotund. Ca principiú caut a coprinde în ansa firului cât se póte mai mult din înălțimea și grosimea ligamentelor largi. Une-orí pun doué legături în lanț pogorându-mé ast-fel până la istmul uterin. In casuri dificile, minimum ce aplic este o simplă legătură pe extremitatea internă a trompei în nivelul cornului, rászind fața laterală a uterului.

Am făcut uz cu alte cuvinte, de legături atrofiante recomandate cu multă căldură de Küstner și alți autori, In fig. 52 daú schema metodei mele cu totul proprie. Resultatele ce am obținut aú fost fórte satisfăcátore, ast-fel precum se póte vedea din următorele observațiuni:

### Observația I.

*Maria Preotésa*, 45 ani, presintă uterul mare cât un pumn, dureros, mobilitate relativă, consistența fórte tare și cu mai multe ridicături. In stânga există o altă tumoră mai mică impunându-se drept anexe. Gâtul uterului ipertrofiat, orificiul larg deschis unde se simte o tumoră destul de mare și sângerândă. Din cauza durerilor escesive și a emoragiilor, bolnava cere operație.

*La 19 Februarie 1896* se exciséză doué tumori din colul uterului, practicându-se în același timp și raclajul uterin. S'a scos o cantitate mare de fongosități, lambouri de mucósă și chiaguri de sânge.

Hemoragiile persistând, practic *laparatomia la 20 Martie*. Constat o tumoră formată de uter de mărimea a doi pumni și aderentă de tóte părțile. Caut a aduce uterul în plagă dar nu reușesc. Totuși rup mai tóte aderențele. Ovarile n'aú fost cu puțință a se găsi; trompele însă s'aú descoperit. Am aplicat câte o legătură în dreptul fie căruí corn al uterului, prindându-se o grosime destul de mare din ligamentul larg.

Dupé aceia, luând precațiunile necesare, spintec uterul prin fața sa anterióră, făcend ast-fel operațiunea Cesarienă. Introduc degetul în uter și constat mai multe ridicături fongóse cărora le fac abraziunea. In păreții uterini sunt mai mulți noduli de diferite mărimi. Cos uterul prin 4 suturi profunde, iar apoi fixeaz uterul de abdomen, făcend istero-pexia prin 2 puncte. Fac toaleta și închid abdomenul prin 6 puncte de sutură în doué etage. Prin vagin se scurge o canti-



tate mare de fongosități și sânge. Se fac spălături și se introduce o bandeletă iodoformată în interiorul uterului. La 2 Iunie bolnava iese cu tumora aproape dispărută și fără urmă de emoragie.

### Observația II.

*Penca Dumitrof*, 35 ani, prezintă o tumoră mediană de mărimea unui cap mic de fet, de consistență môle dar ici coala cu producțiuni de o țarie cartilaginasă. Se diagnosticiază mio-sarcom al uterului.

*Laparatomie 2 Mai 1896.* Tumora aderentă din toate părțile, imposibil de ridicat. Distrug mare parte din aderențe și aplic câte o legătură în dreptul fie cărui corn uterin.

*La 9 Iulie* bolnava iese din spital cu tumora foarte mult redusă de volum, iar durerile cu totul încetate.

### Observația III.

*Ernestina Elias*, 34 ani, prezintă un uter ce trece cu 5 laturi de deget d'asupra simfisei. Diagnosticul *fibrôme* multiple și anexită dublă.

*Laparatomie 5 Iunie 1896.* Găsesc uterul mărit ca două pumni vîrit în partea cea mai profundă a basinului. Prezintă pe suprafața sa 4-5 tumori separate prin sghiaburi. În stînga găsesc anexele ce par intacte. În dreapta însă nu s'au putut descoperi. S'a căutat a se ridica uterul dar nu s'a reușit de cât în parte. Aplic două fire de legătură la fie care corn uterin, iar apoi fac isteropexia prin 2 fire. Inchid abdomenul prin 6 puncte.

La 27 Iunie pacienta iese vindecată.

La 30 August a fost revădută. Tumora aproape dispărută. Bolnava declară că absolut nu mai are nici o durere din acelea ce suferea înainte de operație.

### Observația IV.

*Ana Coman*, 37 ani. Fibrom intersticial al uterului. Tumora imediat d'asupra simfisei. Ambele anexe prinse.

*Laparatomie 12 Noembrie 1896.* Găsesc uterul de mărimea unui pumn mare, forma regulată, țarie lemnasă. Ambele anexe constitue alte tumori. Rup aderențe multiple, dar totuși uterul nu se poate ridica avînd un pedicul enorm de larg și profund. Anexele nu s'au vădut în mod clar fiind lipite de uter, mai ales cele din stînga. În dreapta s'a putut descoperi trompa; ovarul însă nu.

Aplic 2 legături la fie care corn uterin. Inchid abdomenul prin 7 puncte. Înainte de a se face pansamentul, bolnava se examinează cu speculul. Am introdus degetul în cavitatea uterului până la fund — orificiul fiind larg deschis. Descoper o tumoră netedă cât un măr, sângerândă. Nu s'a putut însă enuclea neavînd pedicul; s'a făcut spălături și s'a introdus o bandeletă de iodoform.

*La 14 Decembrie* bolnava părăsesce serviciul vindecată. Numai are nici emoragie nici durere.

Acestea sunt operațiunile ce se pot adresa fibrómelor intersticiale, când extirparea uterului nu este posibilă.

Trecem acum la tratamentul acestor tumori când ne prezintă varietatea de fibróme pediculate.

Aci avem două varietăți: *fibrómele gâtului uterin și fibrómele sub mucóse ale cavității uterine.*

I. Fibrómele gâtului uterin când sunt pediculate și fac ernie în cavitatea vaginală, extirpațiunea lor este de o simplitate mare aparținând în totul la mica chirurgie. În adevăr, dacă pediculul e foarte subțire, n'avem de cât să exercităm o ușoară tracțiune și mai multe mișcări de torsiune, pentru a rămânea în mână cu întreaga tumoră. Putem după circumstanțe să aplicăm la baza pediculului un fir dublu pentru a ne asigura și mai bine contra oricărei posibilități de emoragie. De obicei în secțiunea se face cu fórfecele fiind mai emostatice. Bisturiul se întrebuițeză mai



Fig 53. Tumoră fibrósă a cavității cervicale de volum neobicinuit (personală).

rar. Putem recurge la strânga nodul lui Maisonneuve, sau chiar aplicând o pensă lungă Richelot sau Terrier, care, după secțiunea tumorii, se lasă în loc 24—48 ore. Dacă însă inserțiunea fibromului în loc de a fi marginală, adică direct pe una din buzele colului, ar fi situată mult mai adânc în cavitatea cervicală, și mai ales în dreptul istmului, atunci prealabil vom procede

la dilatarea colului și pôte chiar la secțiunea sa bilaterală, pentru a avea sub ochi întréga basă a tumorei. Prin unul din procedeele arătate, de obicei cu fórfecele practicăm secțiunea și totul este terminat. In majoritatea casurilor, aceste varietăți de fibróme ale buzelor și ale cavităței cervicale sunt rari; în orî-ce cas ele aũ un volum destul de mic.

N'a fost însã tot ast-fel cu următorul caz ce am operat în serviciul meũ și care cred că este unic în raport cu volumul enorm al tumorei, ast-fel precum se vede în fig 53.

Iată în scurt observația :

*Constantina Marin*, intrã în serviciul nostru plângându-se de retenție urinară. Examinându-se se constată că întregul vagin era plin de o tumoră tare, quasi-cartilaginósă. La început, prin aspectul sêũ, s'a crezut la o inversiune uterină. Examinându-se de aprópe se constată că e vorba de un fibrom ce avea inserțiunea pe buza posterióră a colului, mergând în cavitatea cervicală. Pediculul era fórte larg. Luându-se precauțiunile necesare, se face *operație la 25 Iulie 1896*. Puindu-se în evidență pe cât posibil baza tumorei, se aplică, nu fără óre-care dificultate, 8 puncte subintrante după metoda nóstră. Strângându-se bine firele se secționézã tumora cu bisturiul fără să curgă nici o picătură de sânge.

La 10 August bolnava iese vindecată.

In asemenea casurî, când tumora oferă un volum mare, de multe orî suntem siliți a recurge la extracțiunea sa prin imbu-cătățire (morcellement). Se apucă tumora cu o pensă cu dinți: cu ajutorul fórfecelor ridicăm porțiuni mai mult sau mai puțin mari, până ce ajungem a descoperi pediculul, pe care 'l vom trata în consecință.

II. Când avem a face cu un fibrom al cavităței uterine dar iarăși pediculat, aceleași procedee întrebuițãm pentru extracțiunea sa. Aci însã se cere neapărat să avem o dilatație cât se pôte de mare a cavităței uterine. Acésta o obținem fie extemporaneũ sau în mod succesiv. Extemporaneũ se face cu dilatatórele lui Hegar sau cu dilatatorul trivalv. După acésta introducem degetul direct în cavitatea uterină; explorând bine, ne dãm séma de mărimea tumorei și mai ales de grosimea pediculului sêũ. In cazul când orificiul colului nu e suficient pentru a da trecere liberă tumorei, putem recurge la secțiunea cavităței acestuĩ organ. Se preferă procedeul lui Péan; el constă în a spinteca prin 2 incisuni laterale trecând dincolo de istm. O dată drumul larg deschis, apucăm tumora cu o pensă cu dinți și exercitãm tracțiuni moderate; să fim însã cu grije a nu provoca inversiunea uterului. Pe de altă parte, cu degetul indicator



vom căuta a face ocolul pediculului. După-ce ast-fel ne-am dat bine séma de situațiune avem la îndemână mai multe procedee. Putem de exemplu să aplicăm pe pedicul lanțul instrumentului numit ecrasorul lui Chassaignac. Trebuie bine luat séma în acest cas, ca lanțul să nu fie aplicat prea aprópe de pãretele uterin, căci în timpul manipulãrei și mai ales dacã exercitãm și o tracțiune pe tumorã, se pot prinde în incisiune pãreții uterului și să determinãm ast-fel perforarea sa. Alții preferã strãnge nodul lui Maisonneuve sau al lui Pozzi. E de preferat, dacã lucrul e posibil, a aplica unul sau mai multe puncte subintrante și în urmã a face secțiunii. Metodã veche însă e cea mai bunã. Dînsa constã ca avênd degetul indicator aplicat pe baza tumorii, să ne armãm cu nisee fórfecei curbe lungi; ele puse pe unghia degetului, facem secțiunii treptate și multiple împingãnd în același timp cu pulpa degetului țesuturile secționare. Cu modul acesta înconjurãnd de jur împrejur pediculul, obținem ablațiunea sa mai sigur și fãrã emoragie. Odatã tumora extrasã, facem o spãlãturã intra-uterinã și introducem o bandeletã iodoformatã în nivelul secțiunii; ea va servi ca emostasã. Dacã am facut incisiunea colului, reconstituim comisurile prin mai multe puncte de suturã.

În cazul când preferãm dilatațiunea cavitãței uterine în mod treptat, avem la dispoziție laminaria sau spongia preparatã. Mulți recomandã metoda lui Vulliet sau a lui Landau. Acestã constã a introduce în col și cavitãtea uterinã, fie mici sãculețe de mãrimii gradate de tifon iodoformat, sau dupã Landau simple bandetele. Odatã dilatațiunea fiind suficientã, procedãm la extragerea miomului, prin unul din procedeele arãtate mai sus.

Rãmãne acum a arãta ce conduitã trebuie să avem pentru acele tumori cari, deși proeminente în cavitãtea uterinã, sunt însă lipsite de cea mai micã urmã de pedicul. Acestea sunt fibromiomele sesile intersticiale, cari în același timp sunt și intra și extra parietale. Luãndu-se în considerație constituțiunea anatomicã a acestor fibróme, și anume cã dînsule sunt separate de țesutul uterin printr'o capsulã celulo-conjunctivã, care odatã ruptã, tumora iese întocmai ca un sêmbure de cirêșã. Amussat este cel d'întãiu care a propus o metodã ce și ađi pórtã numele sêu. Dînsa constã pur și simplu a spinteca printr'o incisiune largã fãcutã cu bisturiul și plecatã de la un capãt la altul al tumorii. Prin acêsta, secționãndu-se capsula fibromului, dînsul iese de la sine fie imediat sau dupã câte-va ñile. Dar acêstã enucle-

ațiune o putem obține în momentul chiar al operațiunei. În adevăr odată secțiunea făcută, n'avem de cât cu pulpa degetului saū cu o spatulă bontă, să deslipim în tóte direcțiunile capsula; tumora iese de la sine cu o facilitate extra-ordinară și chiar amu-

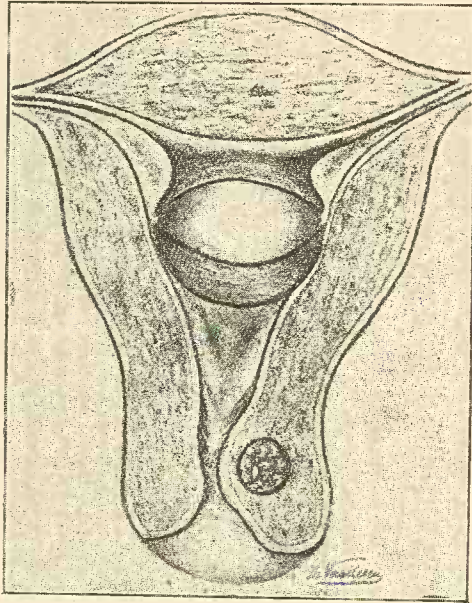


Fig. 54. Secțiunea unui fibrom sub mucos prin metoda lui Amussat (personală).

santă. Fig. 54 arată destul de clar felul și mecanismul acestei operațiuni.

Metóda acésta deși veche, căci datéză de la 1840 — astăzi încă se practică pe o scară destul de largă în America în persóna lui Atley. Acest autor a contribuit mult a o vulgarisa, precum odinióră făcuse Velpeau, Boyer, și Bérard. În Franța ea a fost reluată de Péan, Pozzi și alții, combinându-o la necesitate cu fragmentarea.

Când aceste tumori se desvoltă în porțiunea supra-vaginală a colului, ele pot da nascere la fenomene de compresiune fórte alarmante a organelor vecine. Dar și atunci tumora încă este susceptibilă d'a se estrage prin metoda lui Amussat.

Czerny inciséză fundul de sac corespondent al vaginului înainte ori înapoi; după ce izoléză bășica saū rectul,

ajunge pe tumoră. Atunci printr'o incizie transversală sau verticală, secționază capsula fibromului, după care apoi procede la enuclearea sa. Acésta constituie *miomectomia transvaginală a lui Czerny*.

### Tratamentul fibro-miómelor prin operațiuni de mare chirurgie.

Aci întreprindem adevărata cură radicală a tumorilor fibróse. În adevăr, în majoritatea casurilor nu practicăm numai ablațiunea miomului, dar și suprimarea organului ce-l pórtă, adică a uterului.

Sunt două căi pentru atingerea acestui scop: calea vaginală și calea abdominală.

I. *Calea vaginală*. Primul autor care a introdus în practică suprimarea fibro-miómelor de un volum mare, prin fragmentare, îmbucătățire sau așa numita morcelare, este Péan în 1882—83. Dînsul, bazat pe o practică chirurgicală întinsă, oferă publicului una din operațiunile cele mai îndrăsnețe. Metóda constă în aceea că, prin ajutorul penselor cu dinți se apucă tumora, din care se secționază cu fórfecele sau bisturiul în mod treptat bucăți de grosime, întindere și volum variabil. Cu modul acesta, fibromul atacat în tóte părțile sale și mereu tras către vulvă, se reușese a se distruge, exterminându-se în totalitatea sa. La sfîrșitul operațiunei rămîne o simplă carapace gólă, care nu este de cât însuși uterul golit de fibromul ce conținea. Dînsul e lăsat în loc, bine spălat și umplut cu tifóne antiseptice. După un timp órecare, carapacea retractându-se, se reduce la un mic ghem, reprezentând un uter inform. Prin mijlocul acestei operațiuni, Péan a arătat casuri, unde a extirpat tumori fibróse unele de un volum fórte mare, trecînd de ombilic.

S'aú făcut multe obiecțiuni contra acestei metóde. Cea mai principală a fost contra sistemului de a se lăsa în loc acea carapace uterină; dînsa în imensa majoritate a casurilor fiind atacată de instrumentele tăioase, constituie un pericol, prin perforațiunile și accidente septice la cari póte să dea nascere. Pentru acésta, metóda lui Péan s'a modificat în sensul că, concomitent sau consecutiv se ridică și uterul împreună cu tumora. Există deci două metóde: Sau facem d'a dreptul isterectomia vaginală totală, ridicînd uterul și tumora intactă; sau dacă lucrul nu e posibil, atunci facem preliminările isterectomieii și anume: După deschiderea fundurilor de sac anterior și posterior, după separarea bă-



șicei și a rectului, perforăm fundul de sac a lui Douglas. Atunci aplicăm una sau mai multe pense pe ligamentele largi de fie-care latură și cu acesta asigurăm în mod perfect emostasa. Introducerea acestor pense în arsenalul chirurgical, datorite lui Richelot, a simplificat mult operațiunea; ele au suprimat punerea legăturilor emostatice, care era de o dificultate mare și fără nici o siguranță. Dacă deci volumul tumorei permite extracțiunea, o scotem în același timp cu uterul. În cazul contrariu, micșorăm tumora prin îmbucătățire, iar la urmă când volumul este redus, scotem și uterul. Dacă morcelarea oferă dificultăți, autori ca Péan, Richelot, Segond, etc., odată ce ligamentele largi sunt prinse cu pense, ei nu ezită a spinteca uterul în două pe fața sa anterioară până la limita permisă. Apoi treptat ridicând din tumoră, uterul e tras înainte până ce fundul său devine aparent. Atunci se complectază incisiunea mediană spintecându-se în două întregul uter cu tumora, formând două mari valve. Se continuă înainte îmbucătățirea prin secțiuni cuneiforme atât a tumorei cât și uterului.

Acastă operațiune, făcută după prealabilă aplicare de pense emostatice pe ligamentele largi, de și întru cât-va se face în mod aprópe orbesce, totuși sunt mulți autori cari o recomandă, chiar pentru fibróme ce prin volumul lor ating ombilicul.

În orî-ce cas, această operație tot-d'a-una e lungă și capabilă a se complica de emoragii secundare, escare, prinderea de anse intestinale, uretere, bășică etc., etc. Noi n'am avut nici odată ocașiunea să o punem în practică.

### Tratamentul fibro-miómelor prin laparatomie.

Aci avem mai multe metode. Casul cel mai simplu care — de n'ar fi în joc laparatomia cu drept cuvânt s'ar considera ca o operațiune de mică chirurgie — este când tumora ne oferă varietatea sub peritoneală, și ar fi provădută de un pedicul lung și subțire așa în cât abia ar ține de uter. Și eulmea simplităței este când tumora ne având nici o aderență cu vre-un organ, reprezintă un adevărat corp flotant. Ei bine, în cazul acesta e destul a aplica un fir dublu sau câte-va puncte de sutură subintrante conform cu lățimea pediculului, și totul este terminat; tumora se ridică cu o ușurință copilărească. Ridicarea complectă a miomului făcută în aceste condițiuni, pórtă numele de *mictomie*.

Casul însă cel mai grav este când avem a face cu un miom

intersticial al uterului; când are un volum mare; când oferă aderențe; când e fix în basin și când în fine uterul nu p<sup>o</sup>te fi adus în plagă. In cazul acesta, dacă ne hotărâm a interveni, trebuie să ne așteptăm la cele mai mari dificultăți și incidente. Trei căi putem să alegem. Când ridicăm în parte ori totalitate tumora fibr<sup>o</sup>să, constituie *miotomia*; când împreună cu tumora ridicăm și uterul în nivelul porțiunei supra-vaginale a colului, formeză *istero-miectomia supra-vaginală*; sau în fine suprimând întreaga sferă genitală internă, ridicând anexele împreună cu uterul și gâtul său, constituie *isterectomia abdominală totală*.



Fig. 55. Bont uterin cu legătură elastică secționat orizontal (Auvard).

Dintre toate aceste operațiuni, putem dice că cea mai gravă este miotomia. In adevăr, miomul intersticial este o tumoră emnamente sângerândă; în timpul ablațiunei, dacă nu asigurăm la perfecție emostasa, bolnava p<sup>o</sup>te să rămâe m<sup>o</sup>rtă pe masa de operație în urma unei emorații fulgerătoare. Când este cu puțință a descoperi sau a crea un pedicul în tumoră, lucrul devine mai ușor, prin faptul aplicărei de clampe și pense lungi Terrier sau Richelot. In cazul contrariu nu ne rămâne de cât a uza de legătura elastică inventată de Kleber din Odesa în 1872. Se ia un tub elastic destul de gros și întins la extrem înconjurăm cu el tumora în porțiunea cea mai depărtată, practicând mai multe încolăcitură; după acesta strângem bine făcând un nod cu cele două căpătâe. Pentru-ca legătura să nu se slăbescă, asigurăm nodul printr'un altul făcut cu fir de mătase, precum arată fig. 55 sau prin strânge nodul special a lui Pozzi.

Pe de altă parte, pentru a împedica ca această legătură să nu treacă pe d'asupra tumorei, mai ales când începem a o secționa, introducem în tumoră nisece ace speciale în formă de săgétă, formând o cruce d'asupra legăturii elastice. Când suntem siguri că totul e în regulă, și armați fiind de toate cele-lalte mijloce de emostasă ca pense, clampe, etc., procedăm la decapitarea miomului. Acastă secțiune vom avea grijă a o face în mod cu-

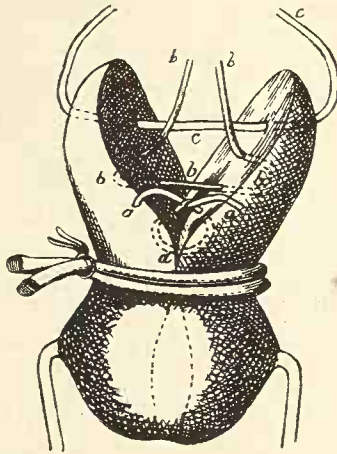


Fig. 56. Bont uterin scobit pentru a forma două lambouri. Trecerea suturilor în trei etaje: *a* I-iul etaj. *b* II-a etaj. *c* III-a etaj (Auvard).

neiform, vârful dirijat înainte către uter. După ce ast-fel am golit cavitatea uterină până în părțile cele mai adânci, ridicăm cu precauțiune tubul elastic, având totuși asigurate buzele tumorei prin aplicare de clampe; procedem apoi la emostasa definitivă.

Cât privesce tratamentul pediculului sunt două mari metode: aceea a lui *Schroeder* și a lui *Hegar*. Metóda lui *Schroeder*, cunoscută sub numele de intra-peritoneală, constă că, după ablațiunea tumorei căutam a obține un pedicul mic. Pe lângă acesta mergem scobind în păreții uterului, ast-fel în cât cele două buze provădute de largi suprafețe sângerânde, să se pótă coapta într'un mod cât se póte mai perfect. Fig. 56 ne arată un model.

După ce asigurăm bine emostasa, punem în contact cele două lambouri aplicând minimum două rînduri de suturi, unele profunde coprinđend substanța uterină, iar altele superficiale, prin



cară acoperim pe cele profunde cu foile peritoneo-viscerale. Pentru a avea la îndemână aceste foi, se ia precauțiunea ca la limita secțiunii tumorei, să se deslipéscă întâi un guler de peritoneu, care la finele operației va servi pentru scopul ce arătarăm. Acésta constituie metoda lui Chrobach. După toaleta generală proprie oricărei laparatomii, închidem abdomenul în mod complet. Dacă însă pediculul e prea larg, atunci uzăm de metoda lui Hegar: căutăm a trage în afară acest pedicul și a-l fixa la unghiul inferior al plăgei abdominale. Restul incisiunii este închis ca în orî-ce laparatomie. Fixarea pediculului la abdomen trebuie făcută cu mare îngrijire; se va închide bine plaga de jur împrejur pentru a nu se produce vre-o infecție secundară a peritoneului.

Mai există încă, relativ la tratamentul pediculului, o metodă mixtă numită procedeul lui Wölfler și Hacker. El constă în aceea că bontul făcut după metoda lui Schroeder și Chrobach este fixat în mod indirect la părilete abdominal prin două fire de mătase ce trece prin pedicul și părileții abdomenului. Tótă plaga abdominală este închisă afară de un mic orificiú interior; prin el se introduce o bandeletă saú un tub de drenaj, pus în contact cu pediculul.

Acesta este tratamentul putem dice cel mai grav al miómelor moi. Dacă însă vom avea a face cu un miom intersticial însă de formă dură, nodorósă, putem procede la enuclearea lui după metoda lui Amussat.

Noi am operat prin acésta metodă un cas fórte frumos și cu cel mai deplin succes.

Este vorba de sora unui amic al meu și coleg de spital doctorul T. Acésta femeie avea un uter fibromatos, complicat în acelaș timp și de un kist al ligamentelor largi.

După deschiderea abdomenului, constat prezența a trei mari fibróme tari în părileții uterului. Am aplicat legătură elastică în nivelul istmului uterin, iar după aceea am secționat cu bisturiul întregul părilete uterin d'asupra fie-cărei tumori. Printr'o ușoră expresiune, tumorile aú ieșit cu cea mai mare înlesnire avênd fie-care mărimea unui măr. Am secționat apoi kistul, din părileții căruia am resecat porțiunii fórte mari; l'am închis apoi prin mai multe puncte de suturi, răsfrângênd buzele înăuntru. Am regulat după aceea plăgile uterine; le-am suturat în mod perfect, asigurând coaptația și emostasa. Am ridicat legătura elastică, am închis abdomenul. Femeia și ađi este în perfectă sănătate. Operația am făcut-o în 1895 asitat de Dr. Turbure.

### III. Tratamentul fibro-miómelor prin isterectomie parțială supra-vaginală.

Acesta se aplică atunci când tumora deși interstițială, totuși uterul s'a ridicat așa de mult, în cât constituie în dreptul istmului un adevărat pedicul. Atunci lucrul devine foarte ușor. În adevăr, odată tumora scosă din abdomen, n'avem de cât să aplicăm una sau două pense fixe pe istm; secționăm cu bisturiul său cu fórfecele uterul d'asupra lor. Noi de multe ori, în locul penselor, aplicăm mai multe puncte subintrante.

Dacă anexele sunt bolnave, de o dată cu uterul le ridicăm și pe ele, după ce prealabil am asigurat emostasa fie prin pense lungi sau iarăși prin puncte subintrante. În cazul însă când pediculul ar fi prea larg și mai cu deosebire gros, atunci putem recurge iarăși la aplicarea legăturii elastice și a tuturilor celorlalte precauțiuni arătate mai sus. Ori-cum ar fi, tratamentul ulterior al pediculului se va face conform cu cele trei metode deja arătate: *Schroeder*, *Hegar*, *Wölfler* și *Hacker*.

Reproduc aici o observațiune ca model de tratament al fibromului prin această operație, pentru a se vedea modul cum procedăm.



Fig. 57. Histerectomie supra-vaginală a unui uter fibromatos (personală).

*Antîța Călinescu*, 41 ani, intră în serviciul nostru cu un fibro-mion al uterului. În abdomen se constată o tumoră care umple întregul basin; dînsa are o consistență cartilaginósă cu puține neregularități dar nedurerósă. Către partea laterală stîngă se constată altă tumoră mai móle lipită de uter și durerosă. La 21 Ianuarie 97 fac laparatomie. Descoper o tumoră mare, dar destul de mobilă, așa că se póte scóte afară. Aplic mai întîi o dublă legătură pe vasele utero-ova-

riene ce erau mai gróse ca un creion. Fac o incisie pe istmul colului cutnd a deslipi peritoneul. Aplic în același timp pense i fire preventive. Pentru a fi stpn pe col îl străpung cu mai multe fire gróse iindu-l în loc. Treptat apoi deslipesc partea posterioară. Cu fórfecele atac direct substanța colului, pn ce treptat ridic ntrga tumoră rmind cu ea în mână. Aplic mai multe legături pe ligamentele largi i scot afară tumora cu uter i anexe. Emoragia a fost fórte mică. Scobesc gtul uterului în formă de cui (con). Reunesc buzele prin mai multe puncte de sutură. Pe d'asupra reunesc cele două foite peritoneale, aplicându-le puncte de sutură  la Lambert. Toaleta fiind perfectă, închid abdomenul prin 9 puncte de sutură în 2 etage. Lungimea incisiei a fost de 12 c.m. Tumora extras a cntrit 1130 gr.

#### IV. Tratamentul fibro-miómelor prin isterectomie abdominală totală.

Acst operațiune are tendința a ocupa primul rang, i a fi considerată ca metóda de elecțiune în tratamentul radical al tumorilor uterine.

Există două metode pentru acst operațiune: una Frances i alta Americană.

Metóda Frances recomandată de Doyen, se face în modul următor: abdomenul odată deschis, iar tumora trasă afară, se face o punciune în fundul de sac a lui Douglas, în nivelul inserțiunii gtului uterin, fie direct sa pe vrful unei sonde introdusă în vagin. Se lărgesc incisiunea i apoi se introduce degetul în plagă. Prin mijlocul unor fórfece curbe, se rezece pretele vaginal mergnd pe col. Pe măsură ce înaintăm, apucăm cu pense or clampe preii vaginului. n același timp căutăm, iari printr'o pensă cu dini, să apucăm colul de buza anterioară i să  facem inversiunea. Ajungnd la fundul de sac anterior, deslipim bica i mergem înainte cu secțiunea, nconjurnd colul pn ajungem la punctul de unde am plecat. După acsta aplicăm pense sa legături emostatice pe ligamentul larg, trecnd în afară de anexe i dintr'o parte i din alta. Cu acsta operațiunea este terminată: ridicăm împreună cu tumora i întregul aparat genital intern. Reconstituim planșeul pelvien acoperind suprafața de seciune prin foitele peritoneale. Facem toaleta, introducem o bandelet prin vagin ce va servi ca drenaj, închidem abdomenul i totul e sfrit.

Metóda americană, preconisată în special de Kelly, i vulgarisată în Frana de Segond, se face în mod invers ca cea frances. După deschiderea abdomenului i punerea bolnavei



într'un plan inclinat ca în ori-ce laparatomie, se apucă tumora cu pense, cu dinți și se caută a se trage afară.

Atunci punem în evidență anexele din stânga; aplicăm legături pe artera utero-ovarienă, după care secționăm ligamentul larg de sus în jos. Aplicăm apoi alte legături succesive pe acest ligament, pe care treptat îl secționăm până ce ajungem la gâtul uterin. Aci, după ce prealabil am legat ligamentul rotund, prindem artera uterină. După aceia fórfecele sau bisturiul le aplicăm pe degetul indicator virit în plagă; tăiam păreții vaginali și liberăm colul de jur împrejur. Tragem apoi tumora la stânga, pentru a putea lucra la drépta. Acum mergem secționând ligamentele largi în acéstă parte, însă de jos în sus; prin aplicare de suturi treptate secționăm și prindem artera uterină, ligamentul rotund, artera utero-ovarienă în afară de anexe, scótem ast-fel întregul aparat genital intern împreună cu tumora.

Asigurăm emostasa din tóte părțile; reconstituim planșeul și terminăm ca în cazul precedent.

Operațiunea acésta de isterectomie abdominală totală este o întreprindere mai mult briliantă de cât utilă. Noi ne vom da opiniunea asupra ei la tratamentul anexitelor. Pentru moment ne mărginim a spune că, în afară de condițiunii simple, operațiunea în general e lungă; cu atât durata sa va fi mai mare, cu cât vor exista aderențe și inclavări ale tumorei. Sunt în adevăr casuri unde operațiunea duréză mai mult ca două ore. Ei bine, în asemenea casuri bolnavele pot muri de șoc traumatic. Cât pentru cele-l'alte incidente, ca leziuni de intestine, uretere, deschiderea bășiceii și a rectului, ele se produc și în cele-l'alte operațiuni complicate.

### Tratamentul fibro-miómelor inter-ligamentare.

Acestea nu pot fi atacate de cât prin laparatomie. După deschiderea abdomenului vom face o incisiune destul de lungă pe aceste ligamente pentru a ajunge la tumora. Atunci introducând degetele, vom căuta a deslipi tumora pentru a o estrage. În cazul când va avea conexiuni cu uterul printr'un pedicul, lucrul e ușor. Dacă însă tumora va fi sesilă, ne vom conduce după circumstanțe; vom căuta a practica miotomia după tóte regulele și procedeele ce am arătat.

Maî rămâne încă o chestiune în privința tumorilor fibróse ale uterului, anume când concomitent cu dînsele intervine graviditatea. Aci lucrul este fôrte încurcat și delicat. Toți autorii sunt de acord, că fiind vorba de fibrómele pediculate ale colului uterin, ele vor trebui extirpate la orî-ce periódă a gravidității. Nu este însă tot ast-fel pentru fibro-miómele intersticiale, sub mucóse, saũ sub peritoneale. Unii autori bazându-se pe faptul că în timpul gravidității fibrómele sunt atinse de regresiune, sunt de opiniune a sta în expectativă. Alții însă aũ arătat că aceste tumori, împedicând involuțiunea uterină după facere, femeile pot fi expuse la emoragii mortale. De aci intervențiunile precoce, provocarea avortului, orî a facerilor premature. S'a observat însă că dintre tóte tumorile, cele pëlviene și ale porțiunei supra-vaginale a colului sunt maî periculóse, prin faptul obstacolului ce opun la ieșirea fetului. În acest cas, e permis a interveni chiar în momentul muncilor, procedând la ridicarea tumorilor prin enucleațiune. În casuri desesperate, alt mijloc nu este de cât embriotomia, cefalotripsia, saũ după noi, a recurge d'a dreptul la operațiunea Cesarienă.

Acestea sunt în resumat intervențiunile contra fibrómelor uterine. Noi nu am însoțit fie-care metódă saũ procedeu de figurî explicative. Causa a fost pe de o parte evitarea cheltuelilor, iar pe de alta, că orî-ce reprezentare prin figurî este inutilă, dacă lucrul nu s'a vëzut și nu s'a practicat.

## CHESTIONAR

**Tumori lichide, gazóse și solide ale uterului.** Condițiunile pentru producerea tumorilor lichide: Astuparea orificiilor uterului. Diferite alte cauze. Atrezii congenitale și dobândite. Idrometru, piometru și fisiometru. Mecanism. Fenomene de retențiune. Molimen. Consecințe. Tratament . . . . . pag. 321--329

**Tumori solide ale uterului.** Diviziunea autorului în tumori endometrice și mesometrice. Polipii uterini: mucoși, fibroși și papilari. Compozițiune și caractere. Polip glandular, angiomas, kistic, fibros și placentar. Simptome. Emoragia; forme și caractere. Diagnosticul cu un cancer. Tratament . . . . . „ 327--332

**Tumori fibróse ale uterului.** Compoziția, diviziune. Diferite numiri. Isterome după Broca: mesisterome după autor. Considerațiuni după sediũ, volum, număr, consistență. Modul de dezvoltare; fibrom sub-seros, sub-mucos și intersticial. Zona de separarea fibromului;

- rolul și importanța. Raportul între fibrele conjunctive și musculare în fibrom. Opinia lui Robin și Lawson Tait. Mecanismul prezenței de glande în fibróme . . . . . pag. 332—341
- Vascularisarea și nutrirea fibrómelor.** Considerațiuni. Diferite opinii și teorii; probe pentru și contra. Opinia lui Virchow. Fibróme telangiectasice, limfangiectasice. Mecanismul creșterii fibromului. Ramolirea, supurația, gangrena, transformarea canceróasă și degenerescența kistică. Mecanism și diferite forme. Opiniuni diverse . . . . . „ 341—352
- Etiologia.** Sexul. Raportul între nulipare și multipare. Statistici. Opinia lui Cohnheim, Prochownik. Patogenia. Teoria lui Velpeau, Virchow, Klebs, Gottschalk, Kleinwoechter. Teoria modernă. Opinia autorului. Mecanismul peregrinării miomului intersticial. Fibrómele intra-ligamentare, sub-aponevrotice și a porțiunii vaginale a gâtului uterin . . . . . „ 352—358
- Raportul uterului și a anexelor cu fibrómele.** Deviațiuni centripete, centrifuge, ascendente și descendente (autorul). Mecanismul. Alterațiunile uterului: creșterea cavității și leziunile mucóse. Starea vaselor. Consecințe . . . . . „ 358—361
- Simptome.** Emoragia; caractere, menoragie, metroragie. Cause. Durerea. Caractere. Dureri compresive, colici uterine, peritoneale, excruciante, torsiunea pediculului, consecințe. Turburări funcționale din partea bășiceii și rectului. Copremia, facies uterin. Alterațiunile renale și cardiace . . . . . „ 361—365
- Prognosticul.** Considerațiuni. Rolul gravidității și al menopauzei. Opiniuni și observațiuni. Mórte prin embolie; cazul autorului . . . . . „ 365—368
- Diagnosticul.** Considerațiuni generale. Diagnosticul diferențial al uterului formelor de fibróme cu metrita, cancer, graviditate, kiști ovarici, resturi de pelvi-peritonită și ematocel, etc. . . . . „ 368—386
- Tratamentul.** Considerațiuni ale autorului. Metode prin ergotină și electricitate. Castrația. Procedul autorului. Metóda lui Amussat. Isterectomia vaginală și abdominală. Diferite procedee, etc., etc. . . . . „ 386—407

## Cap. IX. Tumorile maligne ale uterului.

### § 1. Cancerul uterin.

#### I.

Dintre chestiunile ginecologice cari au dat naștere la discuțiuni multiple și variate, de sigur este și cancerul uterin.

De netăgăduit este, că microscopul a adus lumină foarte mare asupra acestei afecțiuni, nu numai în privința genezei, dar și în explicarea diferitelor forme clinice. Cu toate acestea, încă nu s'a



putut reuși vulgarisarea unei definițiuni anatomo-patologice. În adevăr, și astăzi încă, definițiunea cancerului uterin precum și a tuturilor celorlalte tumori maligne, este bazată pe observațiunea clinică.

Pentru noi clinicianii, ori de câte ori întâlnim o producțiune morbidă pe gâtul uterin—representată printr'o ulceratiune sau vegetatiune—de atâtea ori vom zice că e cancer, când vom constata că perderea de substanță posedă cel puțin următoarele trei caractere: *Să fie persistentă, să aibă tendință la extensiune și să fie capabilă a se reproduce după extirpare.*

Acesta este cancerul adevărat și care omăra pe individ. Indiferent este pentru noi aranjarea capricioasă sau desordonată a celulelor, sau a orî cărui alt element ce ne-ar arăta microscopul. Ba ce e mai mult, noi tot cancer vom țice, chiar și atunci când într'un asemenea produs, microscopul n'ar găsi nimic normal.

Origina cancerului pare a exista în ruperea echilibrului ce ține înlănțuite părțile constitutive ale organismului.

În starea normală, fie-care țesut are destinațiunea sa; el nu pôte să vegeteze și să ia o creștere prea mare, în afară de aceea ce i-a fost imprimată de impulsul normal. De îndată ce un element óre-care iese din acéstă regulă și crește în mod exuberent, acéstă nouă producțiune va avea tendința să copleșescă pe celelalte; să le distrugă. Dar treptat cu acéstă distrugere, dînsa produce cu timpul infectarea organismului, peirea individului.

Care este însă cauza intimă a acestui esces de creștere a unui țesut în detrimentul celui-l'alt?

Noi nu intrăm în studiul patogeniei cancerului; lucrul acesta se găsește pe larg descris în vol. II<sup>1)</sup>.

Reamintim numai că, teoria cea mai acreditată este aceea a lui Cohnheim. Ea e bazată pe inclusiunea primordială a unor anumite elemente, cari mult timp rămîind în stare latentă, la un moment dat proliferéză și produce neoplasmul numit cancer. Și mai cu deosebire lucrul acesta pare a se adevări prin faptul, că în general, aparițiunea cancerului se observă mai des în punctele unde organele se continuă între ele, sau unde mucósa se modifică pentru a lua caracterele tegumentelor. Clinica a arătat, că neoplasmul se dezvoltă de preferință în punctele de unire a organelor în timpul vieței embrionare. Ast-fel este gâtul uterului,

<sup>1)</sup> Vol. II, pag. 56—82.

regiunea anală, pilorul, etc. E probabil deci că, în momentul fuziunea acestor porțiuni a organelor, mici părțile de elemente rămân închise în acest loc; ele sunt cari dau naștere fenomenului numit de *inclusiune*.

Tendința modernă și scopul tuturilor cercetărilor actuale, este de a se putea demonstra că mecanismul intim al cancerului ar sta în prezența unor paraziți, în special ciuperci. Lucrul e posibil. Dar iată ce s'ar putea obiecta: O bătă demonstrată ca fiind de natură parasitară, noi am putea în majoritatea casurilor să o distrugem, grație agenților microbiciși; aceștia introduși în organism, au destulă putere să distrugă microbii, fără a vătăma organismului. Dacă însă agentul producțiunii materiei cancerose rezultă din însăși proliferațiunea țesutului, atunci nici unul din mijlocele arătate nu va putea lucra contra lui. În acest cas, n'ar fi vorba de uciderea vre-unui parazit, ci a însăși țesutului proliferat. Dar ast-fel fiind lucrul, distrugând țesutul, distrugem însăși organismul.

Fără a ne opri mai mult asupra acestei chestiuni de patologie filosofică, noi rămânem la concluziunile practice, că iritațiunile des repetate, sunt adevărata cauză a producerei cancerului uterin. În adevăr, această bătă se observă de predilecțiune în timpul activității vieții uterine. Deci cancerul e mult mai des observat pe femei din momentul pubertății până la menopauză. Escesele de coit, ulcerațiunile neglijate, rupturile colului, facerile multiple și mai cu deosebire lipsa îngrijirilor igienice, sunt atâtea cauze de iritațiuni continue, la cari gâtul uterului fiind supus, dezvoltarea cancerului e foarte mult favorisată. Este lucru demonstrat, că această neoplasmă atacă de preferință clasa de jos a femeilor. Ele ne având principiile necesare de igienă, aproape nici odată nu și-au practicat vre-o spălătură antiseptică a vaginului. Am avut casuri, unde femei inculte nu numai mi-au mărturisit că nici o dată nu și-au făcut vre-o spălătură în vagin, dar considerau acesta ca un fel de sacrilegiu, prin faptul că spălându-se, și ar ridica *mirul* ce i s'a pus în timpul botezului.

În vol. II, am arătat opinia noastră personală relativ la acest lucru, prin faptul observațiunilor rari de cancer al uterului la prostituate. Acestea în adevăr, de și prin profesiunea lor sunt supuse la atâtea condițiuni favorabile pentru contractarea cancerului, totuși ele sunt cari dau contingentul cel mai rar. Causa am presupus-o a sta în frecventele spălături antiseptice ce-și fac în vagin, aproape după fie-care coit, fie pentru a nu rămânea însărcinate sau a nu contracta alte bóle. Dar frica acesta le servă

mult a le conserva de aparițiunea cancerului. Din contră, femeile din clasa de jos și în deosebi țărăncile — cari sunt de o neglijență extra-ordinară — cu tótă onestitatea lor, totuși devin prada acestei bóle infecte și omorátore. Nu începe îndoiială că femeile din înalta societate, dacă sunt mai rar atinse ca cele-l'alte de cancer, acésta se datoresce îngrijirilor igienice de cari ele se înconjură. Trecând peste aceste mici considerațiuni, să revenim la subiectul nostru.

Cancerul uterin s'a divizat în mod natural și logic în *cancer al gâtului și al corpului uterin*. Diviziunea acésta e justificată nu numai pe datele anatomice — cari stabilește o separațiune clară a uterului în gât și corp — dar și pe observațiunile zilnice ; ele ne arată existența cu totul independentă a cancerului limitat numai la gâtul uterului sau la corpul său.

Deși cercetările microscopice au adus o lumină destul de mare asupra cancerului uterin — arătând diferitele forme, rezultate din atacarea unor anumite elemente din cari acest organ e compus — totuși formele clinice, ce încă de mult s'au observat, au rămas intacte ne fiind întru nimic schimbate.

Se admite și ađi, ceia-ce de mult s'a observat că, în cancerul gâtului uterin avem trei varietăți : *una vegetantă, alta infiltrată și alta ulcerosă*. Fie-care din aceste varietăți își au un anume sediú. Dar tocmă aci microscopul a venit în ajutorul cliniceí, arătându-ne patogenia fie-căreia din aceste varietăți. În adevăr, din punctul de vedere istologic avem două mari clase de cancer al gâtului : unul ce se dezvoltă pe fața externă și a parenchimului său, și altul ce 'și are punctul de plecare în interiorul cavităței sale. Am avea deci *un cancer intra-cavitar și altul extra-cavitar*. La acesta din urmă ar corespunde primele două forme clinice, adică cancer vegetant și infiltrat ; în clasa intra-cavitară ar corespunde forma clinică numită ulcerosă.

**I. Forma vegetantă.** Dînsa ia naștere în totul pe fața externă a gâtului uterin. Precum însă acésta față este învelită sau mai bine đis constituită de mucósa vaginală — ce de la fundurile de sac se reflectază pe acest gât — rezultă că constituirea istologică a acestei varietăți de cancer, va fi identică cu aceea ce s'ar dezvolta pe însăși părății vaginálí. În adevăr, așa și este. Ast-fel varietatea vegetantă e formată în totalitatea ei de o proliferațiune exagerată și disproporționată a celulelor epiteliale pavimentóse din care se compune mucósa externă a colului, analógă — cu aceea a vaginului.



Lucrul fiind așa, evoluțiunea ulterioară a acestei varietăți va fi întocmai cu aceea a epitelului pavimentos ce deja am descris în Vol II <sup>1)</sup>).

Vom avea deci un epiteliom pavimentos lobulat și altul tubulat.

Epiteliomul pavimentos lobulat e caracterizat prin aceea că într'însul găsim absolut toate elementele normale din piele, dar dispuse în mod invers. Prin urmare stratul cornat în loc să fie la periferie, este pus la centru; stratul lui Malpighi se găsește la periferie în loc de a fi înăuntru ca în starea normală. De aceea pe o secțiune de epiteliom pavimentos lobulat vom

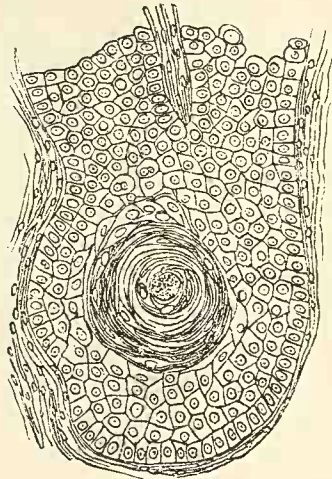


Fig. 58. Epiteliom pavimentos.

găsi mai întâi un țesut conjunctiv, iar în urmă mergând de la periferie la centru, dăm de corpul mucos a lui Malpighi cu elementele sale, adică celule cilindrice, dințate, stratul granulos și în fine stratul cornat. Acesta din urmă, în centrul tumorei, ia o dispozițiune concentrică ca foile de ceapă formând ceea ce Lebert a numit glob epidermic. El constituie caracteristica epiteliumului pavimentos lobulat precum arată fig. 58 luată din Cornil și Ranvier și reprodusă în al II-lea volum al meu.

<sup>1)</sup> Vezi Vol. II, pag. 88—91.

Acest glob epidermic este rezultatul cheratinisărei celulelor din stratul granulos, grație prezenței eleidinei ca și în starea normală. Când această substanță — eleidina — lipsește, atunci globul epidermic în loc de a fi cheratinizat, devine coloid, môle și formează o varietate a parte numită *epiteliom mucos*. Alte dăți, stroma conjunctivă ce le servă de suport ia un caracter cu totul embrionar și produce vegetații în tumoră numite vilosități. De aci numele de *epiteliom vilos*.

Epiteliomul pavimentos tubulat se caracterisă microscopicece prin aceea că stroma saŭ țesutul conjunctiv fibros, formează nise cavitați în formă de tubi, plini cu celule pavimentose su-

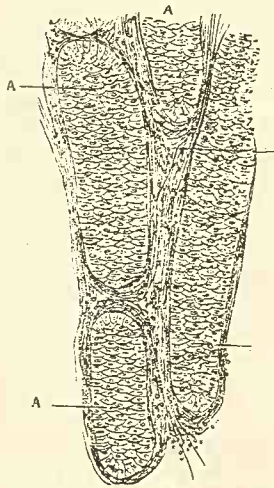


Fig. 59. Epiteliom tubulat.

date și anastomosate unele cu altele, dar fără să sufere evoluțiunea epidermică, ast-fel precum se vede în fig. 59 luată din Cornil și Ranvier.

În cancerul gâtului uterin aceste forme clasice nu se observă în mod așa de clar și tipic. Delbet a arătat că globii epidermici se observă mult mai rar aci, unde de obicei întâlnim mai des globi mucoși saŭ epiteliom mucos.

Cornil la rîndul său a arătat și el că deosebirea între epiteliomul lobulat și tubulat iarăși nu e clară; adesea tubii din epiteliomul tubulat sunt câte o dată așa de largi, că s'ar putea lua drept varietate lobulată. În fig. 60 dată de Sinety avem un model de cancer al gâtului uterin.

II. **Cancer saŭ epiteliom infiltrat.** Se caracterisă prin aceea că

dînsul ia naștere în grosimea gâtului uterin. Pe lângă acesta, microscopul a arătat că dînsul provine dintr'o iperplasia și iper-  
genesă a celulelor țesutului conjunctiv. Ele prin polimorfismul lor

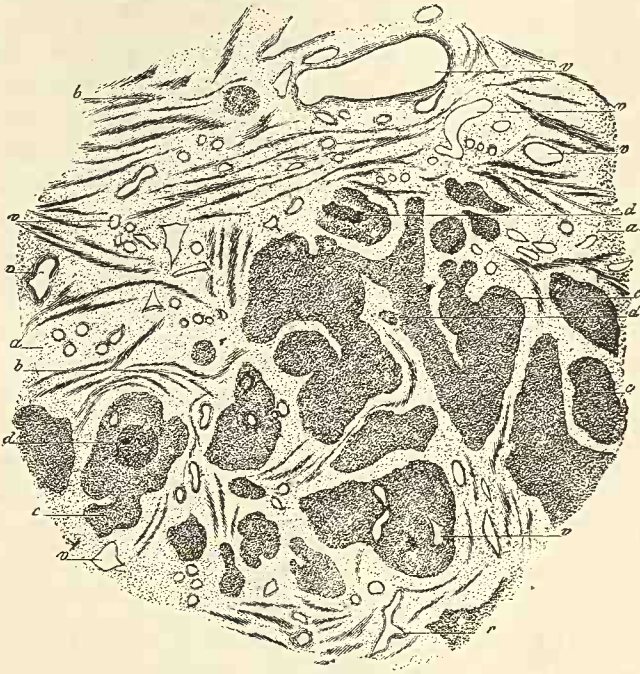


Fig. 60. Secțiunea unui epiteliom pavimentos lobulat al gâtului uterin,  
a. Țesut conjunctiv. b. Fașii musculare. c. Mese epiteliale. d. Muguri embrionari  
sau vasculari. e. Vase tăiate în lungime și transversal.

nu sémănă nici cu celulele cilindrice ale mucóseii cavitare, nici cu acelea ale mucóseii externe vaginale. Aceste celule sunt închise în nisce ochiuri mari, largi numite alveole, formate iarăși din iperplasia țesutului conjunctiv al organului. Forma acesta constituie ceea-ce Germanii și în special Virchow numesce *carcinom*.

**III. Epiteliomul cavitat.** Acesta, din punct de vedere istologic, e cu totul format dintr'o alterațiune specială a glandelor; și de ór-ce celule ce căptușesc aceste glande sunt cilindrice, neoplasmul a primit numele de *epiteliom cilindric*.

Prima alterațiune ce se constată în această varietate este că fundurile de sac glandulare în loc de a ne oferi un singur rând de celule, constatăm două sau mai multe rînduri. Acestă poliferare une-orî e împinsă așa de departe, că întréga cavitare glandulară e cu totul plină. Dar cu tótă producățiunea exagerată, glanda



încă își păstrează forma sa normală precum și caracterul celulelor sale. În adevăr, stratul profund e format din celule cilindrice tipice; numai cele-lalte rînduri devin poliedrice sau deformate. În acest caz neoplasmul se numește *epiteliom tipic* sau *adenocarcinom*. Dar cu timpul, starea normală se distruge, pe de o parte prin faptul transformării tuturilor celulelor cilindrice, iar pe de alta că, fundul de sac glandular enorm de mărit, se subțiază și se pune în contact direct cu părțile profunde fie el țesutul conjunctiv sau însăși fibrele musculare. Fenomenul acesta e de mare importanță. În adevăr, Cornil a arătat că în starea normală, tubii și fundurile de sac glandulare sunt provădute de un strat subțire de celule turtite ce le formază un invăliș exterior; ele așezat între tubii și țesutul conjunctiv. Prin urmare, glandele nu sunt în contact direct cu țesutul conjunctiv ci cu acel strat de celule cari le servă de suport și pe care dînsule se sprijină. Eî bine, caracteristica adenomului malign, sau după cum îl numesc Germanii cancer glandular, or adesea carcinom, constă tocmai în disparițiunea aceluî strat de celule periferice exterioare; așa că țesutul glandular vine direct în contact cu țesutul conjunctiv. Lucrul acesta sub nici un cuvânt nu se întâlnește într'o endometrită or cât de mare ar fi modificarea glandelor. Ele nici odată nu sunt în contact direct cu țesutul conjunctiv; tot-d'auna stratul acela de celule este conservat. Pe lângă acésta, Cornil adaogă absența celulelor vibratile, precum și lipsa de adeziune între baza primului rînd de celule și păriletele țesutului conjunctiv. Dar or cum ar fi, lucrul ajuns aci, alte fenomene distructive se constatã.

Pe de o parte numêrul imens de celule fiind în continuã proliferare și ne mai putênd fi conținute în cavitatea glandularã, pãreții fundului de sac al acesteia se forțezã, se rupe. Atunci grãmada celularã odatã emancipatã, face invasiune în țesuturile vecine; ele le copleșesc infiltrându-se în intersticiul lor sub formã de cãrnat, format exclusiv din celulele copleșitoare. Dar în acelaș timp un curent invers se produce venit de din afarã în-nãuntru. El e reprezentat prin ipergenesea și iperplasia țesutului conjunctiv și chiar a celulelor acestuia; dînsul ne mai putênd fi ținut în locul primitiv, își face loc strãbătând în cavitatea colului, prin spargerea fundurilor de sac glandulare.

Forma acésta constitue varietatea de *epiteliom cilindric atipic*. Numele provine tocmai din cauzã cã, din întréga masã neoplasicã nu se mai păstrează nimic din țesutul normal al glandei. Și trebuie

a fi cine-va un micrograf de elită pentru a putea deosebi acest epiteliom cilindric de cel pavimentos. Se ajunge la acesta, numai grație unei examinări aprofundate a piesei. Numai atunci se poate descoperi câte-va forme primitive în mijlocul acestei formațiuni de desorganizare și transformare a celulelor din cilindrice, în ovoide, poliedrice, etc., etc.

Acestea sunt în resumat formele și varietățile istologice de cancer ale gâtului uterin. Ele se datoresc în special studiilor lui John Williams din Londra, precum și cercetărilor asidue a diferiților alți autori competenți ca Cornil, Delbet, Ruge, Veit, Landau, etc.

Am văzut însă că în casurile înaintate, aceste neoplasme prin transformarea lor atipică și polimorfă, adesea sunt greu a le distinge. Dar în afară de acesta, chiar în casurile normale, încă putem întâmpina oare-cari dificultăți. Se întâmplă în adevăr că un cancer al feței externe al gâtului uterin în loc să ne ofere caracterele proprii epitelului pavimentos, constatăm cu surprindere prezența de celule cilindrice proprii varietății cavitare. Faptul a fost semnalat iarăși de Williams. El se datoresce fenomenului, că une-orî celulele cilindrice ale mucossei cavitare fac eversiune. Ele deei așezându-se pe buza externă a colului, pot prolifera și să dea ast-fel nascere unui epiteliom anormal, a cărui explicațiune nu se găsește de cât în fenomenul sus arătat. De alt-fel, când am studiat ulcerațiunile gâtului uterin, am insistat în destul asupra acestui lucru, arătând importanța și rolul ce-l jacă în eroziunile și ulcerațiunile colului.

## II.

### Evoluțiunea clinică a cancerului gâtului uterin.

Fie-care din varietățile ce am descris la anatomia patologică, și are o evoluțiune proprie a sa. Prin urmare, la început ele nu se pot confunda unele cu altele. Nenorocirea însă este că, evoluțiunea cancerului este așa de lentă și insiduoasă, că foarte rar avem ocasiunea să asistăm în perioada primă a dezvoltării neoplasmului. Dar tocmai acesta constituie punctul cel mai negru al acestei afecțiuni; foarte adesea orî când femeia se plânge de primele simptome ale bólei, deja suntem chemați prea târziu: nu ne rămâne a constata de cât posibilitatea de a remedia distrugerilor ajunse în ultimul lor grad.

Dar să revenim. Am văzut că există trei varietăți de cancer ale colului. Noi din punctul de vedere clinic le dăm numele de epiteliom *meta-cervical*, *mezo-cervical* și *endo-cervical*.

Varietatea metacervicală corespunde la forma ce se dezvoltă pe fața externă a colului îmbrăcat de mucósa vaginală. Cea mezo-cervicală răspunde la varietatea infiltrată ce se dezvoltă în parenchimul organului, iar cea endocervicală aceea care își face aparițiunea pe însăși mucósa cavităței gâtului uterin.

I. **Epiteliomul metacervical** se manifestă la început prin aparițiunea unei excrescențe fórte mărginită și semănând în totul cu un simplu neg. Sediul său tot-d'a-una se află pe suprafața externă saū vaginală a gâtului uterin; ea are punctul de predilecție pe una din mărginele celor două buze ale orificiului extern, numit botul gâtului uterin (museau). Mai frequent buza anterioră a colului e mai atinsă ca cea posterióră. Acesta ar părea paradox. Gândindu-ne însă la situațiunea normală a uterului, care este în ușoră anteflexiune și deci colul dirijat înapoi, în realitate buza anterioră este pe un plan mai decliv ca cea posterióră. Prin urmare dînsa fiind mai expusă pe de o parte traumatismelor, iar pe de alta iritațiunilor provocate prin scurgerile secrețiunilor uterine, ea va fi deci mai predispusă tutolor insultelor și prin urmare tutolor cauzelor de inflamațiunii și iritațiunii cronice — al căror rol în patogenia cancerelor este destul de mare și în totul admis, cel puțin de noi. Din contra, buza posterióră fiind situată mai înapoi, este într-o cât-va mai ascunsă și pe un plan mai ridicat ca cea anterioră. Observațiunii însă și statisticii în acest sens nu s'aū făcut.

Acastă excrescență, neg, saū vegetație, are o tendință ire-sistibilă a lua o dezvoltare mare în suprafața și în afară. Dînsa cu timpul nu întîrzie să copleşcă de jur împrejur buzele gâtului uterin; ea se transformă repede într-o masă fongósă, provădută de o creștere exagerată de muguri luând în totul aspectul unei conopide. Acastă creștere une-orî e împinsă așa de departe că astupă cu desăvârșire orificiul extern al cavităței colului; dînsa copleşce întregul său corp până în fundurile de sac și umple întregul vagin de produțiunile sale arborescente. Alte dăți negul acela incipient, devine ceva mai profund vîrîndu-se printre papilele dermului; dar totuși tendința sa este de a se desvolta către exterior și a lua aspectul descris. Caracteristica deci a acestei varietăți este de a nu oferi nici o suprafață ulcerativă. Totul se caracterisă printr'o proliferațiune exagerată în înălțime și la supra-



față, întocmai ca vegetațiunile venerice neglijate. In fig. 61 avem un model de acest cancer.

Prin excepțiune, această formă de epiteliom proliferant în loc de a începe prin buzele colului, p $\acute{o}$ te să și manifeste aparițiunea toemăi în unul din fundurile de sac ale vaginului, în special a celui posterior.



Fig. 61. Aspect clinic de cancer vegetant al gâtului uterin (personală).

Forma ac $\acute{e}$ sta deja a fost menționată de Lancereaux, și Schroeder. Pozzi însă i-a dat un nume particular de *cancer liminar*: de la limen care înseamnă prag.

Ac $\acute{e}$ astă formă este mai gravă, de óre-ce în extensiunea sa d $\acute{i}$ nsa atacă de-odată și vaginul și colul: cea-l $\acute{a}$ ltă formă adesea cruță vaginul.

II. **Epiteliomul mezo-cervical.** Se caracteriză pe de o parte prin sediul său care e mai profund, iar pe de alta prin prezența unor mici noduli vîrîți în țesutul conjunctiv intermuscular. Acésta formeză carcinomul lui Virchow. In clinică pórta numele de *epiteliom nodular, infiltrat, circumscrit, intersticial*, etc. In acésta varietate bóla se manifestă prin mici noduli de mărimi diferite ca nisece bóbe de porumb, vîrite în grosimea parenchimului gátului uterin. Ele aú totuși tendință a proemina către exterior. Une-orî există unul, doui saú mai mulți de asemenea noduli. Punctul esențial constă în aceea că nodulul fie solitar saú multiplu, nici odată nu are o delimitațiune clară a periferiei sale. El tot-d'auna pare a se continua în părți mai depártate prin fășii saú bârne de grosimi diferite, dar tot-d'auna apreciabile. Pe lângă acésta, mucósa externă a colului nu este cu totul liberă și fără conexiuni cu acești noduli; dînsa are óre-care legături cu dînsul, pârêndu-se ca și cum nisece tracturî fibróse plecate de la fața sa profundă ar căuta să o lipescă de nodulul canceros. De aci resultă că plimbând degetul pe suprafața acestor noduli, mucósa nu alunecă ci căpătăm senzațiunea descrisă mai sus. Punctele acestea sunt de o mare importanță în stabilirea diagnosticului diferential.

Nu trece însă mult timp și acești noduli acaparându-și din ce în ce mai mult mucósa, finesc prin a o distruge lăsând în locul lor o ulceratiune. Acésta pierdere de substanță va îmbrăca caractere diferite după evoluțiunea țesutului conjunctiv în sînul căruia nodulul s'a născut. Ast-fel, dacă acest țesut conjunctiv reușese a căpăta o densitate și consistență tare însușindu-și proprietățile țesutului fibros, ulceratiunea devine atonă; ea va progresa încet, păstrându-și însă caracterele ulcerului neoplasic ce în mai multe rîndurî am arătat în volumele nóstre. Acésta ulceratiune, cu mărghinele rêsfrînte în afară, tari și puse pe o basă cartilaginóasă, represintă tipul *cancerului schiros* al autorilor Germani. Când din contra țesutul conjunctiv nu atinge starea adultă ei rêmâne de o consistență mai móle, apropiindu-se chiar de țesutul conjunctiv embrionar, atunci ulceratiunea ia o creștere repede; ea devine móle, fongósă, cu escrescențe înalte și sângerânde, formând tipul *cancerului encefaloid*. In acésta periódă neoplasmul se confundă; el cu multă dificultate se deosebesce de prima varietate numită epiteliom vegetant.

Vêðurăm până aci că, ambele aceste douë forme sunt o variantă a unui singur tip de epiteliom infiltrat, de óre ce ele decurg din evoluțiunea ce o ia noduli canceroși. Există însă o

altă formă, care de și rară, nu este însă cea mai puțin importantă, din cauza confuziunii la care dînsa dă naștere prin modul manifestării sale. Este vorba de o formă arătată pentru prima oară de Hegar, iar apoi de Schroeder. Dînsa constă în aceea că nodulii canceroși în loc de a fi diseminați în parenchimul colului, din contra formeză o infiltrațiune difusă și totală a întregului organ, așa în cât simulază la perfecție o ipertrofie banală a gâtului uterin. Și cu atît mai mult confuziunea va fi mare, cu cît adesea acéastă formă nu se însoțește absolut de nici o ulceratiune. Astfel se citéză în Pozzi, că Hegar a observat pe o femeie bētrînă o astfel de ipertrofie a colului ce ieșea afară din vulvă. Deși nu exista nici o urmă de ulceratiune ipertrofia însă era datorită unei infiltrațiuni canceróse. Eckardt a constatat pe o tîneră fată de 19 ani o ipertrofie considerabilă a gâtului uterin, care a fost imediat urmată de degenerescență carcinomatósă. În fine Schroeder a găsit într'o autopsie un cancer a părții superioare a colului intra-cervical, ce prin nimic nu se manifestase la exterior.

III. **Epiteliomul endocervical.** Forma acésta după cum am arătat, începe d'a dreptul pe mucósa internă a cavităței cervicale; de aci și numirea de *epiteliom cavitat*. La început mucósa și glandele sunt atinse. După un scurt timp neoplasmul dă naștere unei ulceratiunii; de aci numele de *epiteliom ulceros*. Nu trece însă mult și neoplasia malignă începe a coplesi părțile mai profunde, așa că acéastă ulceratiune deși ascunsă, totuși merge progresând rozând tot ce o înconjóră. De aci numele ce a meritat de *epiteliom distructiv, fagedenic terebrant*. Procesul desorganizator merge așa de insidios, încât în momentul când își face aparițiunea la exterior, totul e mâncat, totul e distrus. Fórte adesea orî când suntem chemați a examina un asemenea cas, rămânem uimiți de distrugerea colosală ce constatăm. Nu mai există în adevăr nimic din buzele colului: totul a dispărut ca și cum totul ar fi fost devorat de un agent feroce și insatjabil. În locul gâtului uterin dispărut, rămîne o ulceratiune profundă, reamintindu-ne o peșteră; dînsa ne pune în evidență orificiul intern al uterului, care larg deschis și distrus și el, ne permite introducerea degetului cu cea mai mare facilitate. Alte dăți acéastă suprafață ulcerativă și cu caractere maligne se găsește provăzută de vegetațiuni polipoide. Ele își fac aparițiunea la orificiul extern al colului, care deși distrus, totuși își mai păstrează ceva din forma sa, reprezentată prin simplul învâliș al mucósei vaginale



Acestea sunt în puține cuvinte evoluțiunile fie-cărei variații de epiteliom al gâtului uterin. Caracteristica acestui produs morbid însă, pentru a merita numele de cancer, trebuie după cum am arătat — și precum de alt fel Aran e cel d'întâiu care a insistat asupra acestui lucru — trebuie zic să fie învestit de cel puțin următoarele proprietăți: *să aibă o tendință irezistibilă de progresiune și în același timp să fie provăzută de facultatea de a recidiva după ablațiune.*

Acuma ne rămâne a ne ocupa de o altă chestiunea și anume de căile de extensiune ale cancerului prin cari el copleșește țesuturile, organele vecine și chiar pe cele depărtate.

Putem stabili că fie-care din varietățile de cancer ce am numărat, au modul lor de a ataca. Dar prima chestiune care a preocupat mai mult pe chirurghi și anatomo-patologiști, a fost faptul de a se ști dacă concomitent cu un cancer al gâtului există și unul al corpului uterin.

Astăzi este admis de toți autori că, dacă pentru cancerul cavitărilor și nodular mai poate fi vorba de o propagațiune de la gât la corpul uterului, îndoială nu mai poate fi asupra varietății vegetante: dînsa situată pe mucosa externă, nu are nici un mijloc prin care s'ar putea propaga la corpul uterului.

Dar să vedem ce probe s'au invocat pentru primele două varietăți de a fi capabile să se transmită la corpul uterin. În prima linie s'a susținut calea continuității țesuturilor, asimilându-se cancerul gâtului uterin cu acela al limbei. S'a susținut în adevăr că și aci ca și acolo se pot produce bărne de producțiuni epitelomatose, capabile a se infiltra prin țesutul celulo-conjunctiv intersticial al muschiului corpului uterin, precum fenomenul se observă în cancerul limbei, care și el plecat de la vîrf se întinde prin mijlocul acestui mecanism în corpul și chiar la baza organului. S'a obiectat însă că comparațiunea nu e justă: cauza este deosebirea constituțiunei anatomice și a vaselor limfatice ce deosebesc foarte mult aceste două organe între ele. În adevăr limba e formată din fibre musculare striate și provăzute de un țesut conjunctiv foarte fin ce le separă; uterul din contra e format din fibre musculare netede și posedă un țesut conjunctiv foarte dens, quasi-fibros. Deci preținsele producțiuni neoplasmice în formă de bărne întîmpină mari greutăți în progresiunea lor de la gât la corpul uterului; țesutul său conjunctiv nu este atît de compesant ca acela al limbei. Dar în afară de acesta, extensiunea unui neoplasm nu se face în general în modul acesta, ci mai de obicei prin calea sanguină și în special prin vasele limfatice.

Dar tocmai lucrul acesta a arătat anatomia, și anume că există o independență absolută între limfaticele gâtului și ale corpului uterin. Ele au un drum cu desăvârșire deosebit, așa că nici o dată nu se întâlnesc. În adevăr, vasele limfatice ale gâtului se duc la ganglionii pelvienii; acelea ale corpului, în ganglionii lombari. Prin urmare, un cancer al gâtului intrat pe căile limfatice, nu va putea sub nici un cuvânt coplesi corpul uterului; drumul ce-î este indicat e cu totul altul anume către micul basîn.

S'a speculat însă unele observațiuni de coincidență a unui cancer al gâtului cu un altul al corpului. Mai întâi, în aceste cazuri studiate de *Hofmeyer* și *Vinter*, s'a arătat că o asemenea coincidență corespundea cu varietatea ulcerosă sau infiltrată a gâtului uterin. De ce deci nu s'ar presupune că neoplasmul a fost primitiv în corp, și apoi gâtul s'a inoculat în mod secundar prin secrețiunile ieșite din cavitatea uterină, în loc ca dînsul să se fi propagat de la acesta? Adevărul este că mai tot-d'a-una când constatăm un cancer al corpului, există și unul al gâtului, fie sub forma ulcerosă sau infiltrată. Fôrte rar însă — pentru a nu dice de loc — cancerul gâtului se însoțesce de unul al corpului. Din contră, într'un cancer al gâtului fie chiar într'o perioadă înaintată — atunci când buzele colului sunt larg distruse și infiltrate — tot-d'a-una autorii ca *Williams*, *Fräncke* și alții, au arătat că invasiunea cervicală nici o dată nu trecea dincolo de istmul uterin; că exista o linie de separațiune clară și destul de aparentă între cavitatea uterină.

Noi de asemenea, în observațiunile și operațiile ce am făcut, am constatat același lucru. În adevăr, nu numai că cu un cancer al gâtului nu exista vre-un cancer al corpului, dar dînsul se oprea brusc la câte-va centimetri de buzele colului și în orice cas mai jos de istm. Am întâlnit însă și excepțiuni pe cari le vom arăta.

Cât privesce argumentul ce s'a invocat de *Abel*, elevul lui *Landau*, cum că în același timp cu un cancer al gâtului ar exista o producțiune sarcomatôsă a mucósei corpului uterin, acésta nu se admite. Mai întâi se consideră ca extra-ordinar coincidența unui cancer și a unui sarcom pe același organ. Pe de altă parte, toate examenele minuțioase făcute în acéastă direcție, au probat că *Abel* a fost indus în eróre; el a luat o simplă inflamațiune de endometrită fongósă a mucósei, drept sarcom. Dar și acest ultim lucru încă trebuie mai de aproape cercetat: dacă în ade-

calibru extra-ordinar, atingând une-orî pe aceia a unei anse intestinale. De aci rezultă o adevărată *idro-uretero nefrosă*, iar apoi o alterațiune profundă a substanței rinichiului. Drept consecință a acestui obstacol în circulațiunea rinichiului, ne putem aștepta la o ipertrofie a cordului stâng conform teoriei emise de Traube. Cercetările recente însă nu sunt favorabile acestei opinii. În special Lanceraux a arătat absența unei asemenea leziuni în 23 casuri. Orî cum ar fi însă, cordul cancerosilor e destul de alterat. El măi tot-d'a-una e măi móle, flasc și acoperit de grăsime. Une-orî chiar substanța sa proprie se găsește în degenerescentă grăsoasă.

În fine ultima cale de infecțiune a organismului de cancerul uterin este aceia prin metastasă. E posibil ca fragmente în natură de aceste fongosități neoplasice să străbată în interiorul unui vas venos orî arterial. Atunci dînsul intrat în masa sângelui, póte să se opréscă în ficat, rinichi, splină etc., după mecanismul ce am arătat în Vol. I <sup>1)</sup>. Dar tot aceiași infecțiunea organelor splashnice se póte obține și prin intoxicațiunea lentă și progresivă a absorbțiunei continue a materiilor septice, plecate din focarul canceros. De aci degenerescentă grăsoasă a ficatului, endocardită ulcerosă, nefrite, etc., etc.

### III

**Simptomele.** Ca în orî-ce afecțiune malignă există și pentru cancerul uterin cel puțin trei període, avênd fie-care din ele simptomatologia sa proprie. Aci însă, contrariu cu cancerule tuturilor celor-l'alte organe, simptomele primei període inițiale sunt absolut negative. În adevăr, prin nimic nu se atrage atențiunea bolnavei saú a celor care o înconjórá cum că dînsa ar fi purtătórea germenului unei bóle ce în curînd îi vastinge viața. Adesea femeia cu aparența exterióră cea măi bună, cu aspectul cel măi fraged de o frumósă roză, cu o constituție ce ar părea că respiră cea măi înfloritóre sănătate, totuși e capabilă să aibă gâtul uterului coplesit de cancerul cel măi grav și măi bine caracterizat. Faptul se datoresce fenomenului bizar al unei insensibilități speciale a acestui organ. Măi există încă și o altă caúsă anume că, gâtul uterului—măi ales în porțiunea sa vaginală—este cu totul liber. El stă în fundul cavităței vaginale în tocmai ca o limbă de clopot. Ast-fel fiind, orî-ce escrescentă póte să ia nascere pe supra-

<sup>1)</sup> Vol. I, pag. 94—98.



fața sa și chiar să capete o dezvoltare prodigioasă, fără cu toate acestea să-și manifeste existența la exterior.

Cari sunt agenții cari deșteptă atențiunea bolnavelor că au în organismul lor un produs neoplasic? *Durerea și jena în funcțiunile organului.* Dar tocmai acesta lipsește gâtului uterin. Grație insensibilității sale pe de o parte, iar pe de alta că el este coprins într'un spațiu larg, neoplasmul se dezvoltă fără nici o jenă și fără știința bolnavei. Și așa este. Rar se întâmplă ca noi să surprindem bóla la începutul său. Când femeea începe a se îngriji de óre-care semne neobiceșuite, deja dînsa ni se presintă într'o periódă destul de înaintată a neoplasmului.

Pentru acesta noi propunem că, orî-ce femei chiar atunci când nu se plînge de nici un simptom din partea organelor genitale, încă dînsa trebuie examinată dacă nu mai mult, cel puțin de două ori pe an.

Alarma ce se dă pentru divulgarea cancerului uterin este din partea emoragiei. Sunt mai multe moduri prin cari acest fenomen se manifestă. Une-ori bolnava observă că periódă sa menstruală durează mai mult ca de obicei cu 1, 2 sau cel mult trei zile. Dar lucrului acesta nu se dă în general destulă importanță: nimic mai banal în viața unei femei ca o asemenea ușoră menoragie. Alte dăți femeea rămâne surprinsă, constatând în intervalul regulelor una sau două pete de sânge pe rufele sale, până aci tot-d'a-una curate. Nu mai puțin iarăși dînsa rămâne surprinsă, când fie în urma unui coit, fie în mod spontan, sau după o ușoră oboseală, observă aparițiunea aceluoraș pete de sânge. Dar repetăm, acest fenomen nu împresionéză în mod serios pe femei. La cele mai tînere din ele lucrul se atribue esceselor sau lipsei de îngrijiri; la cele mai adulte cari au făcut mai mulți copii, sau au avut avorturi, explicațiunea e și mai ușoră puindu-se mica scurgere pe socotéla unei endometrite ce este tovarășul nedeslipit al stărilor sus indicate. Dar mai grave sunt casurile când asemenea fenomene apar la femei dincolo de 40 ani. Repetarea acestor emoragii din lună în lună precum și chiar acele pete de sânge intermitente, constituie pentru ele un semn al conservării tînereței. Orî cât de rezonabilă ar fi femeea, devine însă puțin tristă cu ocazia disparițiunei menstruelor: acesta le arată calea la bătrînețe. Când dar o femeie de 40—45 ani se simte însemnată de sânge în fie-care lună, sau chiar la intervale, dînsa cu tot dreptul se bucură putându-se încă numéra printre

cele tinere. Nu dóră că și la acéstă etate nu ar exista o menstruație normală. Menopauza nu are dată fixă. Să fim însă severi cu menstruele la 45 ani căci adesea ele exprimă amăgire în locul bucuriei. Ele nu numai că nu conservă tinerețea, dar sunt preludiul unor bētrîneți din cele mai amărîte și de scurtă durată.

Ast-fel se petrec lucrurile în perióda cea mai inițială a cancerului, atunci când însă nu s'a transformat *in ulcer*. În acest cas or ce iluzie dispăre: ori cât de indiferentă ar fi o femeie, ea nu pōte desprețui scurgerile abondente de sânge ce vin une-orī cu o furie destul de mare. În adevēr, aci nu va fi mai mult vorba de o prelungire a menstruelor și ușóre pete sanguine. Acum ne gasim în fața unor emorații abondente și prelungite; femeia pierde rostul menstruelor gāsindu-se vecinic udată de sânge.

Trebue să știm că emoragia depinde de varietatea cancerului. Cel mai emoragic este de sigur epiteliomul vegetant, proliferant, acela ce am descris ca avēnd formă de conopidă. Dînsul chiar din prima zi a aparițiunei sale, atunci când nu represintă de cât un fórte mititel neg, încă își manifestă existența prin pete și ușóre scurgeri sanguine. Cele alte varietăți ca epiteliomul infiltrat și endocervical nu dau naștere la asemenea scurgeri de cât când au atins perióda de ulceratiune. Dar și atunci ele nu se însoțese mai nicī o dată de emorații abondente, ce forméză caracteristica epiteliomului vegetant.

Al doilea simptom al cancerului uterin e reprezentat prin scurgerea unei materii de un alb cenuși constituint *leucorea*. Acéstă scurgere — la început sub forma unui liquid clar și fluid — își schimbă pe fie ce zi caracterele până ce devine murdar, de o culoare roșetică, amestecată cu detritusuri și coagulii sanguini. Acéstă masă semănând cu un fel de răzuitură de mațe, devine în acelaș timp de un miros fetid și pătrunzător: el inspiră cel mai mare desgust și scârbă chiar și medicului. Totalitatea caracterelor sale imprimă acestei scurgeri un mod de a fi, *sui generis*. Dînsul forméză produsul clasic cunoscut sub numele de *ichor canceros*. El împreună cu emoragia, represintă doi din cei mai principali factori cari slăbesc și desorganiséază constituția bolnavei, puind'o în stare de *cachexie cancerosă*.

Dar acésta constituie ultima periódă a bólei, care pentru a fi completă se cere adăogarea unor noi suferințe. În adevēr, acum apar durerile ce nu e posibil a fi descrise nicī de aceea care le posedă. Ele devin une-orī atât de intense și sfășietóre,

că întrec ori-ce imaginațiune. Câte odată bolnava țipă cumplit de dureri de mijloc în nivelul rinichilor; alte dați într'una din cõpse sau în ambele de odată, iar une-ori simte ca și cum nisce săgeți s'ar înfige în rect sau bășică. Tõte acestea își au explicațiunea prin alterațiunile plexului nervos sacral: el se găsește strîns, comprimat sau copleșit de produsul neoplasic. Când la tõte acestea se mai adaogă aderențele peritoneale și infiltrarea totală a micului basin, atunci desnădăjduirea bolnavei e la culme: ea preferă mórtea în locul unei vieți mizerabile și de martir. Dar mult nu se aștéptă, căci din fericire — pentru bolnavă — pe de o parte turburările digestive — reprezentate prin intoleranța ori-cărui aliment, iar pe de alta intoxicațiunea uremică prin suprimarea funcțiunei rinichilor, totul contribue a grăbi ca neoplasmul, cu un minut mai de vreme, să dea curs acestui sfîrșit tragic, ce inspiră compătimirea din partea tuturilor.

**Diagnosticul.** Atunci când neoplasmul a atins ultima sa periódă nu e trebuință de nici o sfortare din partea medicului: diagnosticul se impune de sine. Hemoragia, scurgerea fetidă, durerile sfîșietõre, slăbiciunea bolnavei, acea stare de cachexie imprimând tegumentelor colõrea galbenă de fõe mórta precum și marasmul general al organismului, fac a recunõsce cancerul uterului de la distanță, fără nici o examinare sau explorație a bolnavei. În acéstă periódă, singura posibilitate de erõre ar fi cazul când ne-am afla în fața unui miom erniat în vagin și strangulat la baza sa. Acéstă tumoră sfacelată ar fi capabilă, prin scurgerea materiilor putride și exalațiunea unui miros fõrte fetid, să se impună drept cancer. Dar în afară de antecedente și starea generală a bolnavei, care ori cât de înaintat ar fi sfacelul nu põte egala cachexia neoplasică, avem examenul cu degetul. Prin acéstă explorație constatăm mai întăi că în vagin nu există acea mäsă fongosă, cu ramificațiuni arborescente și cu o bază dură de implantațiune pe col. Cu alte cuvinte în locul unei conopide clasice vom descoperi prezența unei tumori, în adevër sfacelată, dar avënd un corp voluminos și consistent. Pe lângă acésta, fața externă a colului precum și fundurile de sac vaginale rêmân intacte; în epiteliom ele sunt copleșite și chiar distruse de fongositățile neoplasmului.

Dar următorul semn e cel mai demonstrativ și patognomic. Buzele colului în cancer mai tot-d'a-una sunt distruse sau larg lărgite ori fongose — după varietăți. În fibro-miom din contra, ele sunt conservate și tot-d'a-una le vom găsi lățite pe tumoră; ele



formeză un guler subțire ce înconjoară pediculul de jur împrejur. Introducând deci degetul între tumoră și gâtul uterului, dacă constatăm acest lucru și a fortiori dacă putem deslipi aceste buze subțiri ale orificiului extern al colului, chestiunea la moment e rezolvată. E vorba la sigur de un fibro-miom sau polip uterin, care erniat în vagin se găsește strangulat la baza sa.

Casuri de sfacel a fibromilor porțiunii vaginale a colului sunt foarte rare pentru a putea să simuleze un cancer. Deosebirea se va face tot prin explorația sus arătată. Și chiar de am presupune că o asemenea tumoră și-ar avea origina numai într-una din buzele colului, încă am putea reuși în stabilirea diagnosticului diferențial. Simpla constatare că această tumoră sfacelată, quasi-cancerosă, e în continuare directă cu una din buzele colului ce-i constituie un pedicul distinct, e suficientă pentru fibrom. Epiteliomul nici odată nu va avea acest caracter; el ocupă totă periferia și buzele colului formând o masă fongosă, sângerândă și friabilă la cea mai ușoară sgârietură cu unghia sau pulpa degetului. Ultimele aceste caractere datorite lui Laroyenne și Audry sunt cu totul patognomonice: nici o lată tumoră nu le posedă de cât numai neoplasia cancerosă.

Mai sunt și alte tumori ce se pot impune drept cancer: astfel sunt sarcomele colului uterin. Spiegelberg a descris pe o tânără fată un cas curios de tumoră dându-i numele de *sarcoma colli hydropicum papilare*. Ludwig Pernice a descris și el un *myosarcom strio celular*. Munde a observat o tumoră de *myxo adenom* transformată în *myxo sarcom*. Thiede a descris o tumoră lobulată de aparență spongiosă provenind din mucosa colului și căreia i-a dat numele de fibroma *papilare cartilaginenscens*. În fine Winckel a descris un *adeon myxoma cervicis* a buzei anterioare a colului. Dar toate aceste tumori, ce prin constituțiunea lor se apropie de aspectul unui ciorchine de strugure, nu au o importanță clinică mare, căci în definitiv și ele sunt produse neoplasice. Interesul lor e mai mult din punctul de vedere anatomo-patologic și microscopic. Importanța cea mare și putem dice singura ce presintă diagnosticul cancerului, este de a fi cunoscut în prima sa perioadă, adică la începutul evoluțiunii sale. Aci stă tot interesul: fiind bine fixați asupra naturei leziunii, putem repede întreprinde o operațiune rațională și radicală oferind bolnavei toate șansele de scăpare.

Pentru fie-care din varietățile cancerului trebuie să facem un anume diagnostic diferențial. Am spus că epiteliomul vegetant apare întocmai ca un mic neg. Lucrul acesta se poate lua drept

o vegetație banală sau un simplu papilom, dar care nu are întru nimic a face cu un neoplasm. Mai p<sup>o</sup>te fi confundat încă și cu eroziunile obișnuite ce se observă în metrite.

Dar în toate aceste cazuri, ori care ar fi forma și mărimea fongosităților, acelea de cancer vor avea acest lucru de caracteristic: ele stau pe o bază îndurată, scler<sup>o</sup>să. Acesta nu se observă nici în vegetații, nici în papilom, nici în ulcerațiile metritelor. Iarăși un diagnostic foarte subtil și delicat de stabilit, este când ne aflăm cu desăvârșire la început, când adică neoplasmul nu este nici ulcerat nici acoperit cu fongosități. Atunci el ni se oferă sub forma unor mici puncte proeminente sub muc<sup>o</sup>sa colului; ele se apropie foarte mult de acele foliculite glandulare, ce sunt inerente ori cărei metrite cronice a colului. In acest caz trebuie mărturisit că deosebirea este aproape imposibilă. Semnul ce s'a dat de unii autori și în special de Stratz, că aceste escrescențe cancer<sup>o</sup>se neulcerate au o color<sup>e</sup> mai galbenă și mai strălucitoare de cât cele metritice, nu constituie un semn sigur; deci nu ne putem baza pe nimic pentru a fi afirmativi. Atunci nu ne rămâne de cât expectația; leziunile cancer<sup>o</sup>se au un mers mult mai repede de cât cele-l'alte.

Dar acolo unde diagnosticul devine încurcat, este când ne aflăm în fața unei metrite cronice a colului foarte veche și neglijată. Este știut că în asemenea cas, muc<sup>o</sup>sa cavității cervicale iese prin orificiul extern și se resfrânge pe buzele colului, formând cea-ce se chiamă *eversiune*. Cu timpul muc<sup>o</sup>sa se ulcerază, se brăsdază de spintecături adânci, se acopere cu mari fongosități și sângerază cu foarte mare ușurință la ori-ce explorațiune. Toate aceste caractere unite cu o secrețiune murdară, roșcată și exalând un miros fetid, e tot cea ce se cere pentru a se lua drept cancer. Și lucrul e așa de adevărat, că une-ori sub nici un cuvânt nu ne putem pronunța, de cât recurgând la ajutorul microscopului, prin ridicarea unui fragment și examenul amănunțit.

Mai înainte însă de a ajunge aci, să nu uităm un semn de cea mai mare importanță, asupra căreia am insistat și care e cu totul decisiv din punctul de vedere clinic. Ori-cât de urât și de înșelător ar fi aspectul unei ulcerațiuni simple, suprafața sa ca și fongositățile ce oferă au o fermitate în ele; dinsele nu se lasă a fi ridicate cu pulpa degetului său cu unghia, chiar întrebuintând ore-care forță. Din contra, un produs canceros se bucură de o friabilitate excesivă, așa că putem străbate cu degetul foarte ușor

în această masă, ridicând porțiuni dintr'însa printr'o singură sgârietură cu unghia.

Am avut un cas din cele mai demonstrative pe care-l reproduc pentru instrucțiunea elevilor.

Era vorba de o tînără fată de 22 ani, care presenta pe ambele buze ale colului o ulceratiune așa de întinsă, cu spintecături așa de profunde și cu vegetațiuni numerose și sângerânde, că am fost pe deplin convins că am a face cu un cancer vegetant. De și prin examenul cu degetul nu am constatat nici o friabilitate, și de și am notat acest semn negativ, totuși am rămas în convingerea mea. Și cu atât mai mult am fost influențat, cu cât în momentul acela, tot pe o fată tînără, constatam prezența unei ulceratiuni analoge, dar de astă-dată un adevărat cancer. La ambele uterul presenta un volum ce se simția d'asupra simfisei. În aceeași ședință am practicat și la una și la alta amputația colului cu ansa galvanică. Ei bine, prima bolnavă, după operație mereu a avut emoragie. Am făcut un ușor raclaj. După 10 zile însă, pentru marea noastră surprindere bolnava a făcut un avort ce se cunoscea a fi un fet de sex masculin (!)

Am reprodus acest caz care a fost unicul ce m'a înșelat, pentru a arăta de câtă valoare este fermitatea în fongositățile ulcerelor simple, cari, ori cât s'ar impune drept cancer, nu trebuie luate ca atare, dacă nu se fragmentează cu ușurință de pulpa degetului său sgârietura unghiei. Semnul acesta, care trebuie considerat ca cel mai patognomic, se datoresce lui Laroyenne.

În afară de aceste casuri, epiteliomul vegetant aproape nu are cu cine să mai fie confundat.

**II. Varietatea infiltrată sau nodosă de cancer al colului.** Când este desimnată, va trebui să ne gândim la posibilitatea începutului de dezvoltare a unor fibro-miome.

Două mai cu seamă sunt semnele distinctive: un nodul de fibrom examinat cu degetul va fi în mod clar separat de țesuturile vecine, ca și cum în substanța colului s'ar fi introdus o alice sau alună. Pe de altă parte mucósa colului alunecă ușor pe această tumoră ne-având absolut nici o aderență cu dînsa. Într'un cancer lucrurile sunt cu totul inverse: fie unul sau mai mulți noduli, limitele lor nu vor fi nici o dată clar circumscrise. Examinând cu atențiune, vom constata indurațiunii a țesuturilor împrejurul lor, și mai ales un fel de fășii sau bârne fibróse, cari se întind pe distanțe mai mult sau mai puțin mari. Pe lângă acesta, mucósa în loc de a fi cu totul liberă, din contra este aderentă; ea pare a face corp intim cu corpul tumorei. Făcând examenul cu speculul vom constata o transparență albastrie a mucósei; acestea ne arată o ulceratiune iminentă. Tóte aceste semne sunt absolut negative în cas de nucleii fibromatoși.



Pentru epiteliomul infiltrat difus, deosebirea între el și o hipertrofie a colului e foarte greu de stabilit. Am arătat la anatomia patologică casuri unde autorități ca Hegar, Schroeder și alții, n'au fost în stare să facă această deosebire de cât după ridicarea organului și examenul său la microscop.

III. Cât privește a treia varietate de **epiteliom ulceros** al cavității colului, diagnosticul său e foarte dificil și din cel mai delicat. În adevăr începutul său se manifestă prin simple scurgeri sanguine, câte o dată intermitente, alte dăți sub formă de emoragii; dar ele ușor se iaă drept epifenome a endometritelor fungoase, sau a unui polip endo-cervical.

Când suntem chemați a examina, nu constatăm de cât semne negative; și cu toate acestea bolnava pierde din forțele sale. Dacă explorând cavitatea uterului, nu găsim nimic care să ne explice aceste emoragii, și dacă în urma tratamentelor raționale contra posibilității tutulor cauzelor, ce ar fi capabile să se însoțescă de acest simptom rămân fără succes, suntem în drept a bănui existența unui neoplasm ascuns.

Spiegelberg a dat un semn considerându-l ca patognomonic în asemenea cazuri dificile. Dînsul ar consta în aceea că gâtul uterului coprins de o ulceratiune cancerosă devine inextensibil. Prin urmare, dacă introducem un bastonaș de laminarie, spongie preparată, sau sondele lui Hegar, etc. și nu obținem nici o dilatațiune a gâtului uterin, putem afirma că e vorba de cancer. De sigur semnul acesta e logic și investit de oare-care valoare. Un singur lucru însă e contra lui: putem obține dilatațiunea și cu toate acestea cancerul să existe. Proba cea mai demonstrativă o avem în cazurile de cancer coincidând cu o graviditate. Se știe în adevăr că o femeie de și posesoră a unui asemenea neoplasm, totuși facerea se efectuează, grație tocmai dilatațiunii colului canceros.

Dar când ulceratiunea cancerosă se află în a doua perioadă, adică când mucosa face eversiune și se acopere de muguri cărnoși, se poate prin aspectul și forma ce va îmbrăca să se impue drept un polip glandular al colului. Aci singurul semn stă în gradul de fermitate sau friabilitate a țesutului, asupra căruia am insistat, precum și a diferitelor altor simptome locale, ca fixarea uterului, tensiunea și bride celulo-fibröse în ligamentele largi, starea ganglionilor pelvienți, starea generală a bolnavei și celelalte semne ce am descris la anatomia patologică.

În 1888, Troisier a dat un semn foarte curios, și putem dice chiar paradoxal, al cancerului colului și al uterului. Dînsul ar consta în prezența unei adenopatii, sau cel puțin în prinderea unui singur ganglion din regiunea supra-claviculară stîngă, fără ca plămîni și ganglionii prevertebrali să fie prinși. Acesta ar rezulta după autor, că limfa contaminată plecată de la uter, s'ar vărsa printr'un fel de reflux în dreptul cotului canalului toracic, unde acești ganglioni se deschid prin trunchiuri extrem de scurte. În ceia ce ne privește, absolut nici odată n'am constatat acest lucru. La cas de s'ar găsi, dînsul ar constitui o contra-indicațiune absolută de la ori-ce intervențiune.

Terminăm cu diagnosticul repetînd că, atunci cînd rava-jele cancerului aū atins ultima periódă, totul se impune de la sine. În acest cas nu ne rîmîne de cît a constata faptul, a arăta gradul de copleșire și extensiune al neoplasmului în organele vecine ca bîșică, rect, țesutul celular al părților vecine, etc.

Cu tóte acestea, și în acéstă periódă încă există un diagnostic diferențial de pus. Este vorba de o leziune proprie vaginului ce se găsește în special la femeile bîtrîne. Dînsa constă în aceia că vaginul, la o etate înaintată, suferă o retractiune particulară; efectul este de a forma o strîmtorare sau mai bine dis o coarctatiune a segmentului superior, așa în cît pîreții vaginului în acest nivel tind a se apropia între dînșii și chiar a se suda, nelăsînd de cît un mic orificiū. D'asupra acestei stric-turii e posibil să se acumuleze diferite secrețiuni vaginale; ele prin stagnațiunea lor suferă o ast-fel de alterațiune, în cît prin odórea fetidă simuléză un cancer. Cred că este destul a fi preveniți pentru a evita asemenea erori.

**Prognosticul.** E de prisos a insista asupra acestui punct. Terminațiunea este cu totul fatală, și proprie ori-cărui neoplasm malign, mai ales dacā se lasă la mersul sîu natural. Maximul de durată după observațiunile tuturor autorilor ar fi de la 12—17 luni. Lucrul însă depinde în special de doui factori: de etatea bolnavei și de gradul de rezistență al țesuturilor copleșite în cancer. În adevăr, cu cît femeia va fi mai tîneră, cu atît mersul cancerului va fi mai repede. La femeile bîtrîne evoluțiunea e mai torpidă, mai lentă, așa în cît ele pot rezista mai mult, probabil din cauză că principiul vitalității este mai stîns.

Dar ceia ce asigură durata mai lungă a bólei, este cu deosebire starea țesutului ce înconjoră neoplasmul. Dacā acest țesut

intră repede în starea adultă fibrósă și cu putere retractilă, de sigur va forma o barieră destul de puternică contra invasiunii neoplasmului. Din contra, când acest țesut își va păstra caracterul tinereții, rămânând adică în stare embrionară, atunci nu numai că el nu va putea întru nimic rezista, dar celulele sale însăși pot deveni sarcomatoase; în orî-ce caz ele se lasă a fi cu ușurință infiltrate de producțiunile epitelioatoase.

Maî există încă un agent de favorizare al propagării neoplasmului. El constă în operațiunile incomplete. În prima linie vom pune simpla răzuire a fongosităților ulcerate. Acéastă intervenție în loc de a aduce vre-un beneficiu, din contra servă a distruge barierele formate de țesutul conjunctiv și înlesnesc cu modul acesta extensiunea rēului. Acésta ar reprezenta deșeptarea printr'o lovitură de biciu a unei stări dormitānde; sau aprinderea unui foc aruncānd un chibrit aprins într'o clae de fîn.

**Tratamentul.** Presupunem un cas de cancer al gātului uterin fără nici o complicație de propagare la organele și țesuturile vecine. Cu alte cuvinte, că ar fi vorba de un neoplasm limitat la gātul uterului. Ce conduită vom avea contra lui și ce anume tratament radical vom întreprinde? Autorii se împart în douē în acéastă privință. Unii preferă a ne mărgini numai în ridicarea porțiunei bolnave, adică în amputarea gātului uterin; alții, pentru a asigura și maî bine vindecarea definitivă, propun ablațiunea întregului organ, adică isterectomia totală. Noi am avut ocasiunea să punem în practică și una și alta din aceste metode; rezultatele le vom arăta prin observațiuni.

Maî 'nainte însă, credem util a reproduce următorul articol ce am publicat în acéastă privință în „Presa Medicală Română“ din 1895 <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> „Presa Medic. Rom.“ No. 3, Sâmbătă 25 Noembrie 1895.



## Considerațiuni asupra cancerului gâtului uterin

de

D-nul Dr. I. KIRIAC, Chirurg Primar

Nici-o chestiune nu a pasionat măi mult pe chirurghi ca aceea relativ la tratamentul radical al cancerului uterin.

Se știe că în mod clinic, această afecțiune ni se prezintă sub două forme ca sediu și anume: *cancer limitat* la gâtul uterului și *cancer al corpului*. Cel d'întâiu e de o frecuență incomparabilă cu cel de al doilea, al căruia diagnostic este, dacă nu imposibil cel puțin de o extremă dificultate în raport cu primul, ce se impune de la sine într'un mod foarte facil.

Cercetările anatomice au arătat că, un cancer al gâtului, pe lângă evoluțiunea sa proprie, poate să ajungă la maximum de dezvoltare fără să copleșescă corpul; estensiunea sa se oprește la nivelul istmului. Este demonstrat, că limfaticile gâtului se duc la ganglionii pelvienii laterali, acela ale corpului la ganglionii lombari.

Dacă dar lucrul stă ast-fel, atunci tratamentul cel măi simplu și rațional ar fi să ridicăm numai partea bolnavă, adică să facem amputațiunea supra-vaginală a gâtului numită încă și operațiunea lui Schroeder. De alt-fel așa s'a și urmat multă vreme.

Cu perfecționarea însă a mijloacelor de emostază, a aplicării principiilor antiseptice, precum și a cunoștințelor măi positive a datelor anatomice, tehnica istrectomieii vaginale fiind pusă pe niște baze solide, estirparea uterului a devenit o operațiune curentă și aprópe fără nici un pericol.

Atunci, în dorința de a se asigura o cură și măi radicală a cancerului gâtului uterin, s'a propus estirparea totală a organului în loc de a se ridica exclusiv numai partea bolnavă. Și lucrul în sine e foarte logic. În adevăr, dacă cu mijlocele de cari dispunem, putem face ablațiunea întregului uter fără pericol pentru bolnavă, pentru ce nu am recurge la acest ultim mijloc extirpând ast-fel réul din rădăcina sa? căci în definitiv, cu tótă independența vaselor limfatice ale gâtului și ale corpului, nimeni nu ne poate asigura de integritatea perfectă a corpului uterului, orî cât de sus am face amputațiunea colului. Incă o dată deci, ridicarea

totală a uterului e mult mai rațională de cât aceea a porțiunii bolnave.

Raționamentul este în tocmai analog cu acela al mamelei. Nimeni nu se gândește și nici nu e permis ca într'un cas de cancer al sânului să se ridice numai porțiunea bolnavă, fără a se face ablațiunea totală a mamelei.

Cu tot acest raționament solid însă, practica a arătat un lucru foarte extraordinar și paradox în acelaș timp, anume că:

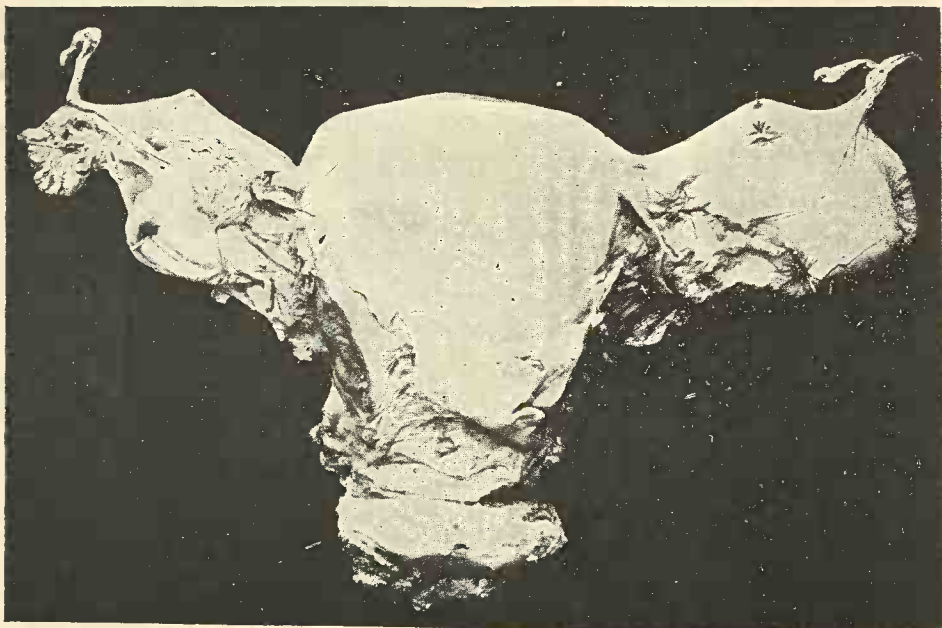


Fig. 62. Cancer al gâtului uterin extras împreună cu anexele prin isterectomie totală vaginală (personală).

ablațiunea parțială a uterului, adică amputațiunea sus-vaginală, dă rezultate mult mai eficace contra cancerului gâtului uterin de cât ridicarea întregului organ adică isterectomia.

Nu insistăm asupra polemicelor și incriminărilor reciproce ce-și adresaă una alteia clinicele din Berlin și Breslau.

Vom spune numai, că proba cea mai elocintă în această privință este statistica rămasă celebră a lui Schroeder publicată de Hoffmayer. El a arătat această tristă concluziune că, după 4 ani

de la operațiune nici o femeie n'a mai existat, căreia i s'a făcut isterectomia totală; erau însă în ființă 42%, din acelea cărora nu li s'a făcut de cât amputațiunea parțială.

S'a imputat și s'a acuzat în mod sever Schroeder, că el fiind partisanul operațiunei parțiale, n'a practicat isterectomia de cât în casuri desesperate, probabil pentru a compromite această operațiune.

Orî cum ar fi însă, majoritatea autorilor pare a înclina mai mult în partea lui Schroeder.

În cea ce mă privește nu am practicat de cât de 5 orî isterectomia totală pentru cancere ale gâtului. De ele n'am nici o cunoștință, de ôre-ce pacientele nu au mai venit spre a le vedea. Acum 2 ani însă, am operat o femeie din Huși, căreia i-am făcut isterectomia totală și a căreia observațiune am publicat'o în „România Medicală“ prin d-l Tatușescu. La 2 luni de la operație am primit o scrisóre, prin care se vedea manifest o recidivă, în urma căreia bolnava a și sucombat.

Acum în luna lui Maiu 1895 am practicat o altă isterectomie pe o femeie tînără de 29 ani și în condițiunile cele mai bune. Cancerul era cu totul limitat la col, absolut fără nici un nodul sau cea mai mică inoculațiune pe întregul vagin; uterul era de o mobilitate perfectă și fără nici o deviațiune.

Casul deci fiind cel mai favorabil posibil, am executat isterectomia în mod fôrte ușor și pe calea cea mai largă ce se pôte imagina.

În adevăr, după cum se pôte vedea în figura 62, n'am scos numai uterul ci și ambele anexe împreună cu ligamentele largi; nu a rămas în loc de cât o mică porțiune, pe care am aplicat pense emostatice.

Am simțit o adevărată satisfacțiune în urma acestei operațiuni. Eram cu desăvârșire sigur că de recidivă nu va mai fi vorba, de ôre-ce o ridicare completă a rēului, ca în cazul de față, nici că se mai pôte imagina.

Dupe operație totul s'a petrecut în cea mai perfectă ordine; nici o complicație.

Femeea la ieșirea sa din spital nu presenta în locul operat de cât o fôrte mică indurațiune, pe care am luat-o drept inflamatorie și proprie orî cărei reparațiuni.

Câtă decepțiune însă n'am simțit, când după 5 luni de la operație, bolnava a revenit în spital cu una din recidivele cele mai înspăimântătoare și în afară de orî-ce intervențiune.



Intregul vagin cu fundurile de sac sunt copleșite de neoplasm, așa în cât nu rămâne bolnavei de cât o simplă compătimire, fără a-î putea veni cu nimic în ajutor.

Póte fi decí o altă probă mai demonstrativă de ineficacitatea isterectomiei totale în cas de cancer al gâtului de cât cazul nostru? Căci dacă și cu această ablațiune monstră, unde s'a scos totul și totuși recidiva a revenit așa de repede, se mai póte óre încerca alt-ceva mai mult de cât atâta? socotesc că nu. Și să se noteze, că operațiunea am făcut-o fórte ușor și fără să fiú silit a face bascula uterului, care mi-ar fi permis a crede la o grefare a neoplasmului; și cu tóte acestea repet, dînsa n'a folosit absolut la nimic. Ce să mai zicem de casurí mai grele unde dinpricina aderențelor, manoperele chirurgicale se complică, iar cu dînsese șansele de inoculațiunii se măresc?

În opozițiune cu aceste fapte, am un alt cas de cancer al gâtului pe care l'am operat sunt acum 5 ani.

Este vorba de D-na X femeia unui D-n căpitan din Piatra-N., care în 1890 a intrat în spitalul Colțea cu un cancer al colului din cele mai clasice.

Ținându-se sémă pe de o parte de forma prea mare de ciupercă ce oferea neoplasmul, iar pe de altă parte de mobilitatea destul de limitată a uterului, n'am îndrăsnit să-î fac isterectomia totală; m'am mărginit pur și simplu a practica amputațiunea supra-vaginală a colului cu ansa galvanică. De atunci și până azi femeea se bucură de o sănătate perfectă.

Întâmplarea a făcut, că acum 3 luni, această D-nă să vie în Bucuresci coprinsă de nisce dureri exasperante, cari plecate din basin se iradiau în tóte părțile din prejur și organele vecine.

Fiind chemat, eram curios să ved cele petrecute cu dînsa. Am constatat în vagin și prin abdomen o împăstare totală, o tărie de lemn și o fixitate colosală a uterului, totul formând un adeverat plastron.

Am fost fórte mult influențat de această stare: credeam că mă aflu în fața unei recedive raportându-se la boala pentru care am operat-o acum 5 ani. De și pacienta ne spunea că fenomenele acestea au venit în mod brusc, căci până aci era cu totul sănătósă; de și limba uscată, pulsul și starea ei generală arăta un proces inflamator, totuși o repet, cređând într'o recidivă, am recurs la un consult. Un confrate fórte distins a susținut categoric, că e vorba de o recidivă. Dar după cât-va timp am vedut că mă aflu în fața unui flegmon retro-uterin, pe care

deschiđându-l prin fundul de sac posterior am scos o cantitate enormă de puroiū de cea mai bună natură, fără să fi fost vorba de nici o urmă de recidivă. Bolnava a plecat cu totul sănătósă.

Iată dar unul din casurile cele mai demonstrative de succesul netăgăduit al amputațiunei supra-vaginale pentru tratamentul cancerului gâtului uterin.

Acum am în serviciū o femeie de vre-o 45 ani, căreia i-am făcut iarăși isterectomia totală pentru un cancer al corpului, fără a avea leziuni manifeste pe col și ale cărui simptome nuse manifestaū de cât prin emoragii rebele și un facies suspect neoplasic. Voiū urmări și acéstă bolnavă pentru a vedea rezultatul depărtat al operațiunei.

Până atunci credem, că isterectomia totală orī cât de ușor s'ar face, totuși fiind însoțită de manipulări mai numeroase ca în amputațiunea simplă supra-vaginală, tot-d'a-una va oferi un câmp mai larg pentru inoculațiuni. Și așa fiind, cu tótă aparența sa de operațiune radicală, rămâne pe un plan mult mai inferior ca ridicarea esclusivă a gâtului, *mai ales dacă o vom practica cu ansa galvanică*, prin care evităm orī ce deschidere de vase și decī orī-ce șansă de inoculațiune. De alt-fel Crobak susține, că isterectomia totală mărește șansele de recidivă, favorizând inoculațiunile operatorii prin deschiderea largă a limfaticelor țesutului celular.

Iată acum observațiunea mai amănunțită a casului ce ne preocupă, observație luată de D-nul Th. Vasilescu.

#### **Cancer al gâtului uterin. Isterectomia totală vaginală. Recidivă.**

„Anica Simion de 29 ani, văduvă, depr ofesie spălătorésă, domiciliată în Bucuresci intră în serviciul de Ginecologie al D-lui Dr. Kiriac la 20 Aprilie 1895 cu Epiteliom al gâtului uterin.

**Anamnesa.** Părinții i-a pierdut din copilărie. Aū fost 6 copii la părinți, din cari 2 aū murit la etăți mici, iar patru trăesc și sunt sănătoși. Menstruată la 13 ani, puțin abondent, dura 2—3 zile, fără dureri. Atât înainte cât și după menstrue avea o scursóre albă mucósă, une-orī destul de abondentă. Intervalul între menstrui era de 4 săptămâni.

La 17 ani a suferit de friguri.

La 19 ani se mărită. In curând rămâne gravidă, suportă bine, naște ușor.

Dupē 4 ani rămâne din nou gravidă. Facerea ușoră și la termen. Copilul trăesc.

După un an și jumătate rămâne iarăși gravidă. De astă dată are un avort de 3 luni. Acest avort i-a produs nise dureri foarte vii în abdomen și lombe. Aceste dureri se iridiau în spate și în umăr; în jos coprindea tot piciorul stâng.

Emoragia a fost mare timp de 6 săptămâni, dar mai ales în întâia săptămână.

De la acest avort rămâne cu dureri în mijloc, iar menstruele îi vin neregulat între 2 și 3 săptămâni, însoțite de mișcare febrilă și accentuarea durerilor. Sufere adesea de constipație, are uneori turburări în micțiune și din timp în timp urina e sanguinolentă și cu depozite.

Are cefalalgie continuă, palpitație, amorțelă a degetelor, crampe musculare, furnicătură în picioare, edem al membrilor inferioare, însă numai înaintea menstruației.

**Starea locală.** Prin tușeu, vaginul are păreții cu totul intacti, colul dirijat înapoi, buzele resfrânte în afară și cu mamelone la suprafață: colul dur, ușor dureros și mucosă mai mult aderentă. Cu unghia putem deslipi ușor mică bucăți din col, orificiul colului deschis și coprins de ridicături mamelonate.

Corpul uterului tare, globulos, după reducerea fundul se simte la 4 degete d'asupra simfisei. Anexele din dreapta se simt manifest prin examenul combinat; au mărimea unei nucii, sensibile.

Anexele din stânga se simt mai mari, ambele anexe nu se simt manifest prin fundul de sac, dacă nu se face și palpeul abdominal.

Prin explorațiunea abdominală nu descoperim nici o împănare ganglionară, dar regiunile sunt sensibile.

În urma explorației vaginale s'a produs o scurgere de sânge.

Bolnava la intrare în serviciu declară, că doarece a-î trece seursórea vaginală, durerea lombară, durerea de cap și constipația.

**12 Maiu. Operația. Isterectomie totală vaginală împreună cu anexele.** Procedul a fost cel clasic și fără a se face bascula uterului. În afară de 2 pense Richelot puse pe fie-care ligament larg, s'a aplicat alte 6 pense pe diverse pedicule.

După terminarea operației s'a vădut o ansă intestinală în fundul de sac peritoneal deschis.

S'a introdus și s'a umplut tot vaginul cu tifon iodoformat, lăsându-se tot odată și toate pensele în vagin.

Bolnava a fost anestesiata cu cloroform Schering. Cantitatea 25 grame.

Ca accidente în timpul cloroformisărei putem nota că: res-



pirația a fost neregulată cu congestia feței; acesta a necesitat întreruperea narcosei de mai multe ori. Eforturi de vărsături către sfârșitul operației și în urmă chiar vărsături.

**Măsurătorea uterului.** Măsurând uterul de la fund la orificiul extern găsim 10 c. m. Distanța de la o trompă la alta 18 c. m. Grosimea uterului luată printr'un ac, care străbate de la fața posterioară la cea anterioară, arată 4 c.m.

Circumferința anexelor 8 c.m.

Greutatea uterului împreună cu anexele 200 grame.

Disecându-se uterul s'a constatat cu ochii liberi, că neoplasmul nu trece dincolo de istm.

Păreții sunt așa de groși, că trece de 2 c.m. și foarte tari; iar cavitatea uterină e apröpe ștersă.

Ovarul stâng, care e mai tumefiat, s'a găsit plin cu sânge, în cel drept nu s'a găsit nimic. În ambele trompe afară de o sclerosă nu se găsește nimic macroscopicece.

*14 Maii.* După 48 de ore de la operație se scot pensele în număr de 8. La scötorea ultimei bandete de tifon, care era pusă între buzele plăgei, s'a observat scurgerea unei cantități de sânge venos.

S'a făcut largi spălături cu sublimat corosiv 1 ‰, s'a umplut vaginul cu tifon iodoformat și s'a recomandat bolnavei o clismă, de öre-ce avea pântecul destul de balonat. Imediat după pansament bolnava a avut o vărsătură abondentă de o colöre verdue. Până acum însă temperatura n'a fost mai ridicată ca 37<sup>+</sup>, iar pulsul 80—90.

*15 Maii.* Abdomenul escavat.

*20 Maii.* Cicatrizarea e completă a fundului de sac. Bolnava umblă fără a simți vre-o durere.

*3 Iunie.* Examinată cu speculul se zărește în fundul vaginului o cicatrice infundibuliformă avënd fundul puțin cenușü.

Prin tușeu se simte în locul operat aceiași cicatrice mobilă cu marginile indurate.

*3 Iulie.* Bolnava iese din spital considerată cu drept cuvânt ca complet vindecată.

*20 Octombrie.* Bolnava intră din noü în serviciü cu dureri mari în abdomen, cu o scursöre muco-sanguinolentă de un miros insuportabil.

Prin examenul vaginal dăm imediat de o tumoră neregulată care coprinde întregul vagin; în mijloc se găsește un orificiü larg, care lasă să intre întreg degetul indicator, fără a putea da de fund.

Prin acest orificiū iese o materie purulentă murdară din cele mai infecte“.

Cu tóte acestea isterectomia n'a fost părăsită în tratamentul cancerului, așa că astăzi dînsa împreună cu amputația supra-vaginală a colului, constituie singurele două operațiuni radicale ce avem la dispoziție pentru a combate acest rău. Nu vom descrie ambele metode după datele clasice. Este sciut însă că aprópe fiecare operator aduce modificări în procedee, fie siliți de circumstanțe, fie cu scop de a ameliora modus faciendi, asigurând mai bine reușita operației.

Incepem întâi cu amputațiunea gâtului uterin. Acésta se face în două moduri: sau ne mărginim pur și simplu în a decapita porțiunea vaginală a colului, aplicând secțiunea de jur în prejur la limita fundurilor de sac vaginale fără a le deschide; sau împingem disecțiunea până în dreptul istmului. Dar acésta nu se póte obține de cât deschidînd prealabil fundurile de sac, de unde și numele de amputațiune supra-vaginală a colului.

Prima operațiune se face în casuri cu totul limitate ale cancerului, adică când răul nu copleșește de cât marginele din buzele colului, întregul rest al mucósei rămânând intact.

Iată cum procedăm. După ce prealabil se face antisepsia vaginului, apucăm cu o pensă cu dinți colul și căutăm a-l aduce la orificiul vulvar. Aplicând bisturiul la o mică distanță de fundul de sac anterior — trecînd însă de limitele răului — tragem o incisiune de la stînga la dreapta coprinđînd mucósa până la țesutul colului și în tótă lărgimea sa. Cu pulpa degetului său cu un instrument bont ridicăm acest guler de mucósă. Atunci atacăm parenchimul organului în tótă grosimea sa, secționându-l iarăși de la o latură la alta. In cas de deschiderea arterelor vaginale și uterine aplicăm pense. După aceia cu acul Reverdin reunim lamboul, de mucósă cu bontul țesutului uterin. Ansele firelor nu le tăiem, servindu-ne ca mijloc de a fixa uterul spre a nu fugi înăuntru.

Dacă epiteliomul a fost limitat numai la buza anterioară, operațiunea e terminată. Cel mult pentru a fi și mai siguri putem incisa și mucósa de pe buza posterioară întocmai ca și pentru o endometrită. Când însă neoplasmul a copleșit întregul col, atunci procedăm și la resecțiunea buzei posterioare întocmai precum am făcut mai sus. Deosebirea este că cu o pensă cu dinți ridicăm acéstă buză în sus, pentru a ataca mucósa către fundul de sac posterior. După ablațiune, aplicăm legături și suturi. Când totul e terminat tăiem firele și operația e isprăvită.

Unii autori preferă a începe operațiunea prin spintecarea comisurilor colului. Noi nu recomandăm acest procedeu fiind capabil a determina inoculațiunii, de ôre-ce suntem siliți a lucra în plin țesut neoplasic.

Am avut ocașiunea să practic această operațiune în mai multe casuri, însă cu ansa galvanică, tocmai pentru cuvîntul de a evita producerea unei suprafețe sângerânde și a nu înlesni astfel posibilitatea vre-unei inoculațiunii. După ablațiune aplicăm puncte de suturi; căutăm a acoperi bontul cu porțiunea rămasă din mucósa vaginală. Alte dăți am recurs direct la fierul roșu cu aparatul Paquelin. Am găsit însă că mijlocul acesta e mai lung și oferă dificultăți mai mari ca cel precedent, de al cărui rezultat tot-d'a-una am fost mulțumiți.

Acésta e operațiunea cea mai simplă ce se pôte aplica cancerului uterin. Din nenorocire ocașiunile sunt rari, căci în general bolnavele nu recurg la ajutorul nostru de cât în perióde mult mai înaintate.

A doua operațiune iarăși radicală și asupra căreia am insistat este amputațiunea supra-vaginală a colului, numită încă și *operațiunea lui Schroeder*. Dînsa se face întocmai ca și cum am voi să practicăm isterectomia totală pe calea vaginală. De aceia nu ne vom opri mult asupra ei, avînd ocașiunea să revenim mai în detaliu la capitolul următor. Principiul însă constă în acésta că trebuie să desinserăm fundurile de sac vaginale și să mergem înainte deslipind fundul bășiceii de uter, iar înapoi rectul de același organ. Când în părțile laterale am asigurat emostasa, puind pense saű legături pe arterele uterine, secționăm și acésta regiune. Atunci gâtul uterului fiind cu totul liberat, căutăm a-l secționa în porțiunea sa cea mai superióră, în nivelul și chiar d'asupra istmului, fie cu bisturiul saű ansa galvanică. Restul se completează prin aplicarea de suturi precum am arătat.

Dacă este adevărat că epiteliomul gâtului uterin nu are tendință a coplesi corpul de cât în perióda cea mai ultimă a evoluțiunei sale, suntem de acord — cu cea mai mare parte din autori a uza pe cât e posibil numai de operațiunea lui Schroeder, ca fiind suficientă pentru a ridica răul.

În plus, chiar dacă am admite că ablațiunea totală a uterului nu ar fi mai periculósă de cât amputația supra-vaginală — ceia-ce e departe de adevăr — încă acésta n'ar constitui un argument pentru a mutila femeea ridicându-i întregul organ, când e posibil a se bucura de aceleași avantaje ridicându-i-se numai o porțiune.



dintr'însul. Și dacă mai luăm în considerație observațiile date de Vinter și Otto, că după operațiunea lui Schroeder a avut 4 cazuri unde femeile cu amputația supra-vaginală a colului aū rămas gravide și aū născut la termen, socotim că suntem în tot dreptul a fi partisanii acestei operațiuni a lui Schroeder.

Cu tóte acestea isterectomia vaginală totală are mulți partisanii; ea tinde a ocupa primul loc formând metoda de predilecțiune pentru combaterea acestei bóle. Și cu atât mai mult rațiunea acestei operațiuni pare legitimată, cu cât nu tot-d'a-una neoplasmul rămâne limitat la col. In fig. 63 avem un exemplu demonstrativ. Aci cancerul nu numai că a făcut invaziune în cavitatea uterină, dar noi am constatat după isterectomia abdominală totală, degenerescența neoplasică chiar în substanța ovarelor. De alt-fel examenul microscopic al pieselor s'a făcut în laboratorul Prof. Obregia și deci îndoială numai póte fi. Dar am avut mai multe alte asemenea cazuri, în cari corpul uterului era manifest coplesit de cancerul plecat de la col.

**Isterectomia totală vaginală.** Acéstă operațiune numită încă și colpo-isterectomie, a fost practicăată pentru prima órá în 1813 de Langenbeck. Dînsul a extirpat uterul în totalitatea lui prin calea vaginală pentru o bólă presupusă cancerósă. Mult timp lumea nu a cređut în efectuarea acestei operațiuni; a fost însă convinsă când după 30 ani, pacienta murind, autopsia a demonstrat în adevăr că întregul uter fusese perfect ridicat.

A doua epocă e reprezentată în persóna lui Recamier. Dînsul în 1829 a practicat cu succes acéstă operațiune într'un singur cas.

Până la 1879, aprópe nu se mai vorbește de acéstă operațiune, când Czerny și Billroth reușesc prin succesele lor să dea un avânt fórte mare isterectomiei.

Astăđi isterectomia vaginală a intrat în luptă cu noua metodă ce ni se oferă: uterul să fie scos prin calea abdominală, iar nu pe calea vaginală ca până acum.

Sunt o mulțime de procedee pentru colpo-isterectomie. Vom insista asupra celui mai curent procedeu pe care-l întrebuițăm și noi. Dînsul se bucură de bună favóre în Franța și e patronat mai ales de Richelot. Nu vom descri un anume procedeu, ci așa precum fac eū în serviciul meu.

Se antiseptiséză bine vaginul și se așeză bolnava în pozițiunea dorso-sacrală. Noi suntem contra metodei ca prealabil să se facă exereza mugurilor cărnoși cu lingura saū alt instrument

tăios. Trebuie să avem la dispoziție ajutoare suficiente și instrumente în abundență, în special pense fixe lungi Terrier, Richelot etc. Totul fiind gata și bolnava anestesiata, apucăm colul cu un clamp, aplicându-l pe cât posibil în pozițiunea sănătoasă a colului, pentru ca în timpul tracțiunii țesuturile să nu se rupă. Punem cele două valve ale lui Sims, una pe pereții anterior și alta pe cel posterior al vaginului, pe care-l dilatăm în mod larg. Colul fiind bine apucat și tras la nivelul vulvei, noi de obicei scotem valva anterioară pentru a ne lăsa câmpul operator liber. Atunci cu bisturiul tragem o incisiune în dreptul inserțiunii fundului de sac anterior al vaginului; mergem de la o latură de alta fără a atinge părțile laterale. Cu pulpa degetului începem a deslipi acest lamboiu în sus căutând a respinge fundul bășicii. Dacă lucrurile se prezintă ușor, putem fără multă dificultate să mergem cu această disecțiune până atingem fundul uterului. În caz de a întâmpina aderențe, le distrugem prin ajutorul unor fórfeți curbe conduse pe degetul nostru și tot-d'a-una tăind spre uter. Să ne ferim însă a nu intra în țesutul uterin; prin această mărime greutatea în mod colosal făcând chiar operațiunea imposibilă: credem a avea a face cu aderențe largi și gróse, pe când în realitate lucrăm în substanța uterului. Este de recomandat a se evita întrebuințarea oricărui instrument; în cas excepțional vom preferi fórfecele curbe. Dacă credem de cuviință, putem introduce o sondă metalică în bășică; prin dese manipulări preîntâmpinăm lezarea acestui organ.

Când dar am reușit a menaja bășica, ajungem d'asupra istmului uterin. Aci peritoneul este destul de aderent de uter unde reflectându-se pe bășică formeză fundul de sac vesico-uterin. Cu ajutorul degetului mai tot-d'a-una reușim a sparge acest fund de sac; rari sunt cazurile când suntem siliți a întrebuința pensa lui Lister. Ori cum ar fi, orificiul de deschidere o dată obținut, îl lărgim rupând serósa în latură cu degetul. După această înaintăm fórte ușor pe fața anterioară a uterului până la fundul său. Când deci am ajuns la fundul uterului — și având mâna curată, spălată în sublimat — căutăm a simți marginea ligamentelor largi. Treceam apoi la buza posterioară a colului, pe care o ridicăm în sus. Aplicăm de asemenea bisturiul la inserțiunea fundului de sac vaginal corespondent și tragem o incisiune de la o latură la alta, dar iarăși respectând părțile laterale. Începem și aci iarăși cu degetul a împinge deslipirea, păstrând tot-d'a-una ca punct de reper contactul degetului cu pereții posterior al ute-

rului. Și tot ast-fel înaintăm până când atingem fundul uterului și din această parte. Rupem fundul de sac peritoneal și căutăm a încăleca în latură marginea superioară a ligamentului larg.

După acesta ne întorcem la părțile laterale ale corpului uterin în dreptul părților laterale ale colului, acolo unde secțiunea nu s'a complectat. Aci căutăm prin deget să deslipim mucosa de colul uterului. Dacă e posibil aplicăm o legătură de fie-care parte căutând a nu ne depărta de col. Secționăm această mică punte. Apoi cu degetul căutăm a deslipi țesutul celular respingându-l în sus, dar cu multă precauțiune pentru a nu-l rupe. Une-ori simțim pulsațiunile arterei uterine; o pensăm sau o legăm cu un fir. Tot-d'a-una vom avea present în spirit situațiunea ureterei precum și raportul său cu artera uterină; pensa sau legătura vor fi aplicate cât mai aproape de părțile uterin. Dacă avem ore-care dificultăți, punem o pensă fixă și lungă și de o parte și de alta, iar apoi cu forfecelă țaiem înainte spre col.

Cu modul acesta gâtul uterului împreună cu corpul său sunt perfect degajate. Atunci introducem din nou mâna; căutăm ca cu indicatorul să trecem pe fața anterioară a uterului și dincolo de fundul său, indoindu-l pe marginea superioară a ligamentului larg; degetul mediu, sau dacă e cu puțință policele, va tinde și el, trecând pe fața posterioară a ligamentului larg, să întâlnească pulpa indicatorului. Când suntem siguri că avem în mână ligamentul larg și nu este nimic interpus — în special vre-o ansă intestinală — luăm o pensă lungă dreptă Terrier; ramurile deschise fiind le introducem ușor la o mică distanță de marginea uterului. Când din nou ne asigurăm prin degete că în rămurile pensei nu este de cât ligamentul larg, închidem pensa solid până la ultima opritore. După aceea luăm nisce forfecelă lungi drepte și țaiem ligamentul larg între pensă și uter răsând părțile acestui organ. Odată secțiunea făcută, restul operațiunii e foarte ușor. Uterul se coboară cât voim; manopera din partea opusă devine de o facilitate extra-ordinară. Aplicăm deci și aci o pensă identică, secționăm, și uterul ne rămâne în mână.

Dar acesta este idealul de simplitate al isterectomiei. Une-ori avem foarte mari dificultăți, așa că suntem siliți a recurge la mai multe manopere pentru spargerea fundurilor de sac peritoneale. Câte o dată totul este favorabil așa că în momentul explorațiunii putem apuca ambele anexe și a le scóte de odată cu uterul în plagă. Atunci bine înțeles pensele se vor pune



în afară de acestea, după care secționând, avem în față întregul aparat genital al femeii așa precum se vede în figura 62.

Ni s'a întâmplat însă ca să nu scótem de cât anexele dintr'o parte, iar alte ori pe nici unul. De alt-fel regula e stabilită la cea mai mică dificultate să ne abținem nu numai de la ablațiune, dar chiar de la explorarea anexelor, pentru a nu îngreuna operațiunea.

Sunt în fine o mulțime de alte incidente operatorii, cari sunt greu de prevăzut și de descris.



Fig. 63. Model de propagare a cancerului de la gât la corpul uterin (personală).

Acestea sunt în principiu regulele cari trebuie să ne conducă în isterectomia vaginală. Descripțiunea făcută este aceea pe care o aplic în serviciul meu.

Se obicinuesce de uniū imitarea metodei lui Martin : odată uterul bine liberat și fundurile de sac peritoneale deschise, se apucă uterul cu o pensă fixă de fundul său și se restórnă înainte iar colul înapoi, formând ceea ce se numesce *bascula uterului*. Acésta ar avea de scop să înlesnéscă mult aplicarea penselor emostatice. Noi însă suntem contra acestui procedeu ca fiind capabil a provoca infecțiunea peritoneului prin introducerea neoplasmului în interiorul cavităței sale.

Deja Billroth, Leopold și Olshausen au condamnat acest mod de a procedea. Din contra, noi fără a ne gândi la basculă, căutăm ca nici degetul să nu se pue în contact cu burgeoni neoplasică. Pentru acesta acoperim colul cu un tifon sublimat sau iodofor-mat și apoi aplicăm pensa de fixațiune și în urnă începem ope-rați-a.

Une-orî operațiunea de și terminată nu putem însă extrage uterul din pricina volumului său; acesta formeză incidentul cel mai desagrabil. Nu ne rămâne atunci de cât să extra- gem uterul prin bucăți (Péan) sau să-l tăem în două (Müller), practicând ceea-ce se numesce emisecțiunea uterului. Morfoléla acesta însă nu e de loc avantajiosă pentru bolnavă: dînsa o pôte expune la inoculațiunii și infecțiunii sigure, putându-și compromite existența.

Acésta este metoda de isterectomie prin aplicarea pen-selor emostatice și lăsate în loc. Ea este foarte mult vulgarisată în Franța avênd ca apărători pe Péan, Pozzi, Segond, Quénu, Müller, etc.

În Germania se preferă isterectomia prin mijlocul aplicărei legăturilor și deci escluderea orî cărei pense. Nu începe nici o îndoială că metoda acesta, ce aparține lui Martin, e mult mai su-perióră celei d'întâi și de sigur ori de câte ori circumstanțele ar permite, trebuie să-și dăm preferința. Uterul degajat și fiind posesori pe ligamentele largi, avem două procedee: unul constă a aplica la baza ligamentului larg la óre-care distanță de uter, prin acul lui Cooper, un fir de mătase coprinđend în ansa sa o grosime convenabilă din ligament. După ce am strâns bine firul și am făcut nodul, tăem acésta porțiune de ligament cât se pôte mai aprópe de uter. Unii aplică pense pe acest mic lamboú secționat pentru a pre-veni emoragia din partea uterului. Alții însă se abțin, căci— exer-citând tracțiunii pe col pentru a scoborî uterul — orî-ce scurgere de sânge încetéză. În orî-ce caz, după aplicarea primului punct de legătură căutăm a coborâ uterul; înfigem acul Cooper d'asupra primului punct, și aplicăm al doilea fir; din nou secționăm liga-mentul, după ce prealabil am făcut nodul. Și tot ast-fel mergem treptat până ce am aplicat mai multe puncte pe întregul ligament larg. De obiceiú trei puncte de legătură sunt suficiente; ele co-prind artera uterină, a ligamentului rotund și utero-ovarienă.

După ce ast-fel am secționat întregul ligament dintr'o parte, trecem în cea-l'altă unde lucrul devine mai ușor, grație aducerei complete a uterului la orificiul vulvar. Procedăm și aci în ace-

lași mod ca în partea opusă: aplicăm legăturile necesare, după care secționând ligamentul, uterul ne rămâne în mână. După procedeul pur al lui Martin, niște asemenea legături emostatice se aplică și chiar pe pereții vaginali mai înainte de a deschide fundurile de sac peritoneale. Această precauțiune e foarte bună. Prin ea, suprimând scurgerea sanguină în masă a vaginului, ne lasă câmpul operator uscat, ceea ce e un enorm avantajiu pentru restul operațiunei. Iarăși Martin preferă a începe incisiunea prin fundul de sac posterior al vaginului; și numai când a terminat cu totul intrând în peritoneu, atunci se întorce la cel anterior. Noi prin obiceiul începem tot-d'a-una prin partea anterioară.

După extracțiunea uterului, introducem în fundurile de sac vaginale larg deschise o bandeletă iodoformată sau sublimată; protejăm tot prin asemenea mijloce și pereții vaginali de compresiunea penselor.

Al doilea procedeu constă în a aplica mai întâiu o pensă lungă emostatică pe totă înălțimea ligamentului larg și lipită de uter. Apoi la ore-care distanță de această pensă procedăm la aplicarea legăturilor. Secțiunea ligamentului o facem între pense și fire prevenind ast-fel ori-ce emoragie cât de mică.

Mai există încă o metodă de colpo-isterectomie, care are tendința a înlocui pe toate cele-l'alte. Dînsa constă în a scôte uterul fără pense și fără legături. Acesta s'ar îndeplini prin aplicarea angiotribului imaginat de Tuffier. Se scie că prin acest instrument, de o putere extra-ordinară, țesuturile sunt atât de sdrobite în cât dispar sau rămâne o posghiță mai subțire ca o foiță de țigaretă; dînsa secționată nu dă absolut nici o picătură de sânge. În fine ca ultimă metodă vom menționa extirparea uterului prin calea sacrală. Operațiunea este analógă cu aceea a lui Kraske. Cât privesce operațiunea lui Freund, cu toate desavantajele ce i s'a'u imputat ca dând o mortalitate prea mare, totuși e indicată, mai ales în casuri când uterul, prin volumul său cel mare, e foarte greu dacă nu imposibil a fi extras prin vagin. Această operațiune constă a face extracțiunea prin calea abdominală, fie direct ca în ori-ce isterectomie abdominală totală, fie după ce prealabil am liberat uterul prin calea vaginală, deslipind fundurile de sac și ajungând până la fundul uterului. Atunci deschidem abdomenul și complectăm operația pe această cale. Acest procedeu e și mai puțin de recomandat; el e cu totul contra principiilor științifice ca în aceiași ședință să lucrezi și în vagin și în peritoneu. Această însemnăză a expune pe bolnavă la infecțiune sigură. De



aceia preferim, când indicațiunea există, ca ablațiunea uterului să se facă d'a dreptul prin calea abdominală, fie după metoda Americană sau Francesă. Despre ele am vorbit la fibróme.

În fine mai avem isterectomia abdomino-vaginală care constituie metoda lui Martin. Principiul este acesta: facem întâi laparatomia; aplicăm un fir elastic sau o legătură dublă în dreptul istmului. Extirpăm apoi anexele împreună cu uterul d'asupra legăturii. Inchidem abdomenul și trecem apoi la extirparea gâtului și bontului uterin prin calea vaginală ca și cum ar fi vorba de o isterectomie vaginală. Metoda acesta e și mai periculoasă ca a lui Freund. Eu o singură dată am aplecat'o; bolnava a murit de peritonită după 48 ore.

Asupra tuturilor metodelor și procedeele ce am descris, nu putem da concluziuni definitive; totul depinde de multe circumstanțe și în special de extensiunea neoplasmului. Impresiunea noastră personală este, că isterectomia vaginală e mai puțin mortală ca cea abdominală.

Din 10 isterectomii vaginale n'am pierdut nici o bolnavă. Prin isterectomia abdominală totală, din 6 operate am pierdut 3. Causa morței o datoresc esclusiv șocului traumatic. În adevăr, fie în timpul sau imediat după operație, bolnavele sunt coprinse de o slăbire și chiar disparițiunea pulsului; el nu mai revine cu toate injecțiunile de ser, ergotină, etc. Bolnavele au murit în absolută plenitudine a cunoștințelor, după 12, maximum 20 ore. La autopsie n'am gasit nici cea mai mică urmă de emoragie sau început de inflamație.

În afară de toate aceste metode și procedee ce în diferite rânduri am pus în practică, am întreprins într'un cas o operațiune cu totul singulară și pot dice chiar bizară. Cu toate acestea dînsa mi-a dat unul din cele mai frumoase succese și sunt dispus a o pune în practică și în alte cazuri.

Avînd a face cu o femeie de alt-fel tînără, dar destul de palidă și exsangă — din cauza multor emoragii frecvente și abondente cauzate de un cancer al gâtului uterin — am conceput ideia următoare, fiind convins că bolnava nu este capabilă a rezista unei operațiuni radicale, fie de isterectomie abdominală sau vaginală.

Dîndu-se și starea gâtului uterin, am crezut că nici chiar amputația supra-vaginală nu ne ar fi oferit șanse de reușită.

În asemenea circumstanțe iată ce am făcut. Am practicat la-

paratomia. Am străpuns cu acul imediat d'asupra istmului uterului și am pus un fir dublu de mătase grosă; după ce am înodat de fie-care parte laterală aceste fire, am făcut al doilea nod înainte și înapoi, legând extremitățile opuse ale fie-cărui fir. Prin urmare în ansele acestor fire am coprins întregul gât supra-vaginal al uterului și deci și artera uterină.

După acesta am procedat la ablațiunea ambelor anexe, rezecându-le în nivelul córnelor uterine, după aplicarea prealabilă de fire duble cu mătase. În fine am fixat fundul uterului de păretele abdominal printr'un singur fir, făcând isteropexia simplă. După toaleta obicînuită a peritoneului, am închis abdomenul. Urmările operației au fost foarte bune; în special am observat suprimarea absolută și totală a orî-cărei emoragii. În fig. 64 se vede dispozițiunea firelor în metoda noastră.

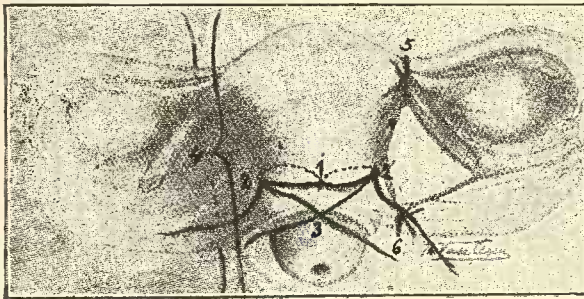


Fig. 64. Metóda Dr. I. Kiriac în tratamentul cancerului uterin (personală).

După aprópe o lună de zile am procedat la amputația supra-vaginală a colului; am secționat uterul chiar în dreptul firului aplicat pe istm în timpul laparatomiei.

Urmările acestei operațiuni au fost încoronate de un succes îmbucurător, în sensul că bolnava nu presintă absolut cea mai mică durere în abdomen. Ea se bucură de o stare înfloritoare, se simte veselă, ușoră și nu scie cum să ne mulțumescă mai bine.

Corpul uterului se simte sub forma unei mici tumori lipite de abdomen, dar fără să-și manifeste prin nimic prezența sa.

La două obiecțiuni serioase m'am gândit contra acestei operațiuni: 1. Că strângerea firelor d'asupra istmului, determinând o astupare a orificiului uterin, ar putea să aibă ca

consecință o acumulare de secrețiuni în cavitatea uterului; de aci producerea unei idrometrii, dacă nu chiar piometrii.

Punctul acesta însă just ca teorie, nu s'a confirmat în practică. Și ceia-ce tocmai m'a încurajat în această operațiune a fost un alt cas, unde având a face cu un cancer al colului, care coplesise și întregul vagin și unde prin urmare nu mai era vorba de nici o intervențiune, totuși am făcut laparatomia. Aci nu am ridicat anexele și nici n'am fixat uterul de abdomen. Am aplicat însă câte un fir dublu în dreptul fie-cărui corn al uterului, precum și un alt fir dublu transpungând uterul în dreptul istmului. Eî bine, femeea, de unde era extenuată de emoragii, dînsa pot zice că a reînviat.

În plus am constatat că neoplasmul a luat un caracter cu totul fibros, chiar quasi cartilaginos. Nenorocirea a fost că nu mi-a fost posibil a-i face și amputațiunea gâtului uterin. Cu toate acestea, femeea și ađi trăește; e voiósă, își caută de afaceri, nu se plînge absolut de nici o durere. Scurgerea ihorósă însă există, căci tot vaginul e coprins de neoplasm. Prin urmare presumpțiunea unei acumulări de liquid în cavitatea uterului prin aplicarea legăturilor în dreptul istmului, nu se confirmă. Cel puțin aceste două observațiuni vorbesc în modul cel mai elocinte.

A doua obiecțiune la care ne-am gândit și care pare logică, este relativ la viitorul ce va avea corpul uterului lăsat în abdomen și fixat prin isteropexie. La două lucruri ne putem aștepta: saũ că acest bont, lipsit de vasele nutritive, e destinat a se sfacela; saũ că având în el germenul neoplasic, el pôte cu timpul să intre în degenerescență malignă. Pentru cazul întăiũ susținem că sfacelarea nu se pôte produce, căci de n'ar fi de cât fixarea uterului de abdomen, încă un óre-care grad de nutriție îi este asigurat. Din contra suntem convinși, că acest bont uterin cu timpul este destinat a descrește treptat de volum până a intra într'o adevărată atrofie. Dar această de sigur nu constituie unul din avantajele cele mai puțin prețioase pentru bolnave. De alt-fel, casul nostru e destul de demonstrativ.

Din aceste două observațiuni noi credem, că cel puțin în casuri de cancer înaintat, este bine a nu ne lăcomi a face într'un singur timp o operațiune radicală. Atât isterectomia vaginală cât și cea abdominală în deosebii, se însoțesc de sdruncinări în organism, ce nu orî-ce bolnavă le pôte suporta. Și dacă acest lucru este adevărat chiar în casuri de afecțiuni benigne, unde în definitiv operațiunea se face mult mai ușor și totuși sunt bol-



nave cari mor de șoc sau alte complicațiuni, a fortiori trebuie să ne așteptăm la acest lucru la bolnavele cancerose, la cele într'o perioadă înaintată. Aici cachexia, starea rinichilor precum și a cordului, nu au calitatea de a lupta cu nisele traumatisme atât de extraordinare ca acelea a unei isterectomii totale, fie ea vaginală sau abdominală.

Suntem convinși, că operațiunii în doi sau mai mulți timpuri vor fi mult mai folositoare femeilor cancerose, de cât una singură executată în același timp.

Prin metoda noastră ce propunem, ridicând anexele și aplicând firele de legătură în dreptul istmului, executăm pe un câmp destul de larg legăturile atrofiante. Dar această operațiune în definitiv nu se însoțese de sdruncinări mari în organism și prim urmare poate fi suportată de o femeie debilă cancerosă. Am putea la rigore să mergem și mai departe exterminând în acest prin timp nu numai anexele, dar și uterul d'asupra porțiunii sale supra-vaginale. Dar această operațiune fiind de sigur mai serioasă ca simpla ablațiune a anexelor, de aceea noi nu o recomandăm de cât în casuri cu totul mai favorabile.

O dată deci legăturile atrofiante împreună cu ridicarea anexelor asigurate, ne rămâne după un ore care timp a întreprinde amputațiunea supra-vaginală a colului. Acesta fiind mult mai simplă ca o laparatomie, bolnava va rezista și mai mult.

Rămâne acum ultima chestiune și anume: să presupunem bontul uterin că ar deveni canceros. Și în acest cas o nouă laparatomie se va face mult mai ușor, ne-având a extrage de cât un singur bont izolat din toate părțile și fără nici o altă conexiune cu organele vecine de cât cu perețele abdominal.

Ideea acesta de și este nouă și nu are în sprijinul său observațiuni numeroase, cu toate acestea o cred logică și demnă a fi încercată și de alții.

Iată acum în câte-va cuvinte observațiunea:

Elena Niculescu, 38 ani, intră în serviciul nostru la 25 Martie 99 pentru dureri mari în pânțele și emoragii abundente. Menstruată la 13 ani, cu durată de 3 zile, fără dureri, dar în mare cantitate. Măritată la 18 ani. Prima sarcină facere prematură (7 luni); a avut apoi 10 copii și două avorturi. E un an de zile de când bolnava constată metroragii însoțite apoi de scurgeri albicioase. Pierderile de sânge devenind din ce în ce mai abundente și cu chiaguri foarte mari, și vădând starea de slăbiciune în care o adusese, intră în spital.

Constatăm: gâtul uterin umple totă cavitatea vaginului; el oferă toate caracterelor cancerului, provădit de enorme fongosități sângerânde la cea mai mică atingere cu degetul. Uterul puțin mobil, anexele greu de simțit. În regiunea în-

ginală dréptă există un punct dureros limitat; el dă senzațiunea unui ganglion. Bolnava e fôrte palidă oferind colorațiunea de fôie mórta.

7 *Aprilie. Laparatomie.* După explorațiune se apucă fundul uterului cu o pensă și se trage în plagă. Se examinéză regiunea istmului ce se găsește lățită și cu pâręi subțiri. Se străpunge cu acul Cooper de dinainte înapoi; se trage un fir lung dublu de mătase. După aceia se introduce din noú acul pe partea laterală stângă a colului străpungând ligamentul larg și se apucă extremitatea posterióră a unuia din fire. Același lucru se face și pentru partea laterală dréptă. După aceia fie-care fir se légă punându-se nodul în partea laterală a istmului. Pentru ca constricțiunea să fie și mai sigură, s'a făcut încă câte un nod pe partea anterióră și posterióră a istmului, inodându-se extremitățile firelor opuse. După acésta se trece la extirparea anexelor; ele odată aduse în plagă, se ridică — după ce prealabil s'a aplicat câte un fir dublu în dreptul córnelor uterine — căutându-se a se coprinde în ansele lor tótă înălțimea ligamentelor largi până la istm. După acésta se fixéză fundul uterului de pârętele abdominal printr'un fir de mătase. Este de notat că aplicarea firelor pe istmul uterului s'a pus destul de sus și anume d'asupra unei indurațiunii manifeste ce presentă acest organ. După toaleta obicînuită și spălătura peritoneului cu sublimat, se închide abdomenul prin 7 puncte profunde și 7 superficiale. Lungimea incisiei a fost de 12 centimetri. Notăm încă absența de ori-ce indurațiunii sau prezența de ganglioni pelvieni. A nexele din stânga erau sănătóse, afară de ovar care era scleros; cel din drépta presentă o degenerescență sclero-kistică. Ambele au mărimea unei castane și cântăresc fie-care câte 25 grame.

La 19 Aprilie plaga e perfect reunită.

2 *Maiú* scurgerile de sânge ce erau fôrte abondente s'au micșorat fiind aprópe dispărute. Tumora din vagin a căpătat o tãrie lemnoasă.

5 *Maiú* se cloroformiséză și se procede la amputația supra-vaginală, practicându-se imediat de desubtul firelor aplicate pe istm; ele s'au simțit în mod manifest.

La 23 Maiú bolnava iese perfect vindecată.

Astăzi 6 August bolnava e revăduță în starea cea mai înfloritóre; din-a nu mai presintă nici cea mai mică urmă de recidivă în vagin sau dureri în abdomen. Din-sa a revenit din voiaj, unde nimic n'a împedicat-o a se distra în modul cel mai complet. Uterul se simte d'asupra simfisei, de un volum mic și fără a cauza nici o jenă.

Tot ce am descriș până acum constituie, tratamentul radical, pe cât el póte fi ca atare, al cancerului gâtului uterin.

Sunt însă casuri destul de înaintate, cari nu ne permit nici o asemenea intervențiune. Atunci nu ne rămâne de cât următoarele două căi: Distrugerea neoplasmului prin abraziunea părței morbide și producerea unei escare prin aplicarea unor substanțe chimice energice. Acésta constituie metoda lui Sims.

Cu lingura lui Volkmann, răzuim și distrugem tótă masa cancerósă până dăm de un țesut scleros presupus intact. Aplicăm apoi tampóne muiate în clorur de zinc 5% și apoi pansamente ulterióre. Metóda acésta trebuie întrebuintată cu multă precau-

țiune, căci adesea putem determina perforarea uterului, precum și producerea unei fistule vasico-uterine.

Mie ambele aceste accidente mi s'au întâmplat.

Intr'un cas la spitalul Colței voind a face răzuirea unei mese canceróse, imediat ce am intrat în cavitatea uterină, deși aveam în spirit posibilitatea acestui lucru, am perforat uterul; și totuși nu am exercitat nici o violență. În dată am recunoscut perforarea uterului și pe loc am retras limba întrerupând la moment operația. Bolnava n'a suferit de nici un accident; după două săptămâni a eșit din spital împreună cu bóla sa.

Intr'un alt cas întâmplat în oraș, deși am manipulat cu cea mai mare îngrijire, totuși am intrat cu o înlesnire extra-ordinară de ușoră în bășică. Resultatul a fost o fistulă vesico-uterină.

De aceea zicem că metoda acesta trebuie foarte mult mărginită; în orî-ce cas ea să nu fie împinsă la extrem spre a nu fi răspunzătorii de accidente une-orî destul de grave.

Noi preferim în casuri inoperabile și pentru a combate emoragiile, abraziuni iconomicóse și în urmă cauterisațiunii cu fierul roșu.

S'a făcut mult sgomot prin 1888 de injecțiuni intersticiale în masa canceróasă cu sublimat corosiv preconisate de Schramm. Am întrebuințat această metodă în mai mult de 12 casuri în serviciul meu, dar nu mi-a dat nici un rezultat care ar merita să fie menționat. Din contra bolnavele se plângeau de mari dureri.

Astăzi se încercă o nouă metodă prin acid arsenios; asupra sa nu mă pot pronunța, ca unul ce n'am încercat-o. E posibil însă că substanțele bactericide, în cari intră și arsenicul vor aduce un óre-care folos. Descoperirea microbului cancerului și a mijlócelor de a-l omorâ, va forma fără îndoială cea mai mare bine-facere a omenirei, mai mare chiar de cât vindecarea tuberculosei. Până în moment însă totul este o iluziune, precum iluziune a fost sgomotul efemer ce s'a produs în sciință prin metodele lui Mosevic, cu injecțiunile colorante de albastru de metil în mesele canceróse <sup>1)</sup>.

Cu această ocaziune cred util a da următoarea observațiune ce oferă un interes de cea mai mare importanță. Acum în luna August, am primit în sanatoriul meu o femeie din T.-Jiu afectată de un cancer al gâtului uterin de formă cavitară atingând ultimul grad de distrugere.

<sup>1)</sup> Vol. II, pag. 105--111.



Emoragiile frecvente și colosal de abundente transformase bolnava într'un adevărat cadavru. Rugat pentru a interveni mî-am propus a face amputația gâtului uterin.

În timpul operației imediat ce am secționat o porțiune din col s'a produs o emoragie nu numai în masă, dar și din diferite vase, pe cari nu am putut-o opri. Dar mai ales deschiderea arterei uterine dedea o scurgere de sânge atît de abundentă, în cât bolnava era amenințată a rămîne pe masă. Cu cea mai mare greutate și în mijlocul unei confusiuni extreme, abia am putut opri emoragia, aplicând opt pense lungi Terrier, Richelot în diferite puncte. Am excisat după aceea ceva din buzele colului, ridicând puțin din mugurii neoplasmici, răzuind cu lingura Volkmann. Operațiunea a fost însă incompletă și insuficientă, ast-fel că am lăsat în loc cea mai mare parte din neoplasm.

Bolnava prinsă de sincope și amenințând a ne rămîne pe masă, n'am știut cum să ne grăbim a umple vaginul cu tampóne lăsând tóte pensele în loc. După 48 ore am pus bolnava din noî pe masa de operație și am ridicat pensele cu multă îngrijire. În fundul vaginului se vedeau mugurii canceroși în cantitate și mărimii fôrte mari.

Avënd la îndemână apă oxigenată la 10 volume reprezentând prin cântărire 3 la 100 idrogen, ne veni ideia de a muia în acest liquid concentrat mai multe bandelele iodoformate. Cu ele am umplut întréga pesceră cancerósă, aflată în fundul vaginului.

În momentul aplicărei acestor bandelele ce erau conduse pe indicatorul degetului nostru, pentru a le putea bine introduce în diferitele anfractuosități, am simțit o căldură fóarte mare, precum și o fierbere spumósă, în tocmăi analógă cu cea produsă de șampanie fiind bătută.

Restul vaginului se umple cu tifon iodoformat.

Bolnava e transportată în patul său.

În séra acestei zile începe să se scurgă din vagin un liquid murdar fôrte abundant și de o fetiditate atît de extra-ordinară, în cât întrecea său cel puțin se asemăna fôrte mult cu o putrefacție cadaverică. Am cređut pentru moment că s'a produs vre-o fistulă vesico-vaginală sau vagino-rectală; dar nici de cum.

A doua-zi când scot pansamentul, fetiditatea liquidului era atît de puternică, că am fost siliți a deschide și ușile și ferestrele. Am făcut simple spălături cu sublimat, iar apoi cu creolină. Aprópe 8 zile a durat acest fenomen. În acest timp însă la fie-care spălătură vaginală constatam prin deget, pentru marea

mea surprisă, că acea pesceră profundă și anfractuôsă din fundul vaginului, se transformase într'o cavitate fôrte regulată, neavând de cât ici coala câți-va muguri neoplasică.

Impresionat de acest lucru, introduc din nou bandetele iodofornate muiate iarăși în apă oxigenată, umplând cavitatea neoplasică; capăt aceeași senzațiune de căldură și spumare, de data acésta însă scurgerea de lichide e mult mai mică, dar iarăși destul de fetidă.

În zilele următoare fac spălături cu acid boric, adăogând la fie-care litru o cantitate din acea apă oxigenată, circa de 100 grame. În timpul spălăturilor liquidul iese spumegând.

De aci în colo în fie care și constatăm cu o deosebită plăcere cum acea mare pesceră neoplasică, devenea din ce în ce mai mică, ne mai posedând aprópe nici un mugure neoplasic.

Astăzi 23 August 1899 am examinat'o din nou la masa de operație cu speculul și am rămas fôrte surprins constatând în fundul vaginului o plagă oferindu-ne în totul caracterele unei ulcerațiuni de bună natură. De alt-fel bolnava se găsește în condițiuni fôrte favorabile. Dînsa umblă voios prin cameră, are o poftă bună de mîncare și începe a și recăpăta din forțe și a ne oferi o stare in floritoare.

Pentru moment de și nu am de cât acésta singură observație, totuși rămâne incontestabil că, aplicarea directă de apă oxigenată pe masa cancerôsă mi-a dat rezultatele cele mai satisfăcătoare. Nu pot afirma o vindecare radicală; acésta va depinde de ceia-ce vom constata mai târziu. Sunt însă ferm hotărît ca la deschiderea serviciului meu, care actualmente e în reparație, să pun în aplicare pe o scară mai întinsă întrebuintarea apei oxigenate în mesele canceróse ale gâtului uterin.

Îmi propun de asemenea a încerca chiar injecțiuni interstițiale din acésta soluțiune cu siringa Pravaz.

Dacă în adevăr în cazul acesta voiú căpăta un succes durabil și definitiv; și dacă iarăși și în cele-l'alte ce voiú încerca rezultatul va fi analog, socotesc că apa oxigenată este chemată a juca cel mai mare rol bine-făcător în casurile de cancer inoperabile. Dar până atunci nu ne putem pronunța. Orî cum ar fi însă cazul ce am relatat este de o valóre incontestabilă, înconjurat fiind de cel mai frumos succes fie el chiar momentan. Timpul și experiențele ulterióre vor avea cuvîntul lor definitiv.

## § 2. Cancerul corpului uterin.

Nici ađi chestiunea nu este rezolvată. Există un cancer primitiv al corpului uterin, fără să fie consecința propagațiunei a celui al gâtului sěu?

Raritatea extra-ordinară a cancerului uterin, — până mai deună-đi statistica nu dedea mai mult de 3—4% — explică în destul motivele pentru cari forma acésta de neoplasm n'a făcut atâta sgomot ca aceea a gâtului. Și dacá în momentul de față cercetările microscopice aű reușit să facă din cancerul corpului uterin o chestiune de actualitate, pentru chirurg starea lucrului a rămas cam aceeași cu privire la tratament.

În adevěr, dacá chiar pentru cancerul gâtului isterectomia totală se impune ca principiu de tratament radical, a fortiori acésta operațiune devine obligatorie pentru cea mai mică bănuială de cancer al corpului.

Fără a intra în detalii mari, vom căuta a face un scurt resumat din cercetările și desbaterile ce sunt în ființa, relativ la cancerul corpului uterin.

Din punctul de vedere clinic avem două mari forme de cancer al corpului. Unul ce apare pe femeii bėtrine, — în general dupė perióda menopausei, iar altul pe femeii cu totul tinere, până la 30 ani. În afară de aceste două tipuri, astă-đi se mai descrie încă unul; origina sa ar consta într'o evoluțiune abnormă și cu tendința distructivă neoplasică a *resturilor de placentă* rămase în cavitatea uterului, în urma facerilor sau avorturilor.

Prin urmare am avea un cancer *post-menopausic*, *ante-menopausic* și *placentar*.

Acest neologism de și lipsit póte de claritate, totuși corespunde la anume trei etăți ale bolnavei. Primul la etatea bėtrineței, secundul la cea tineră, iar al treilea la femeile multipare. Din punctul de vedere istologic, tóte aceste varietăți presintă caracterele epiteliomului, afară de acela al femeilor tinere, care ar corespunde sarcomului.

Mai există o altă diviziune anatomică, ea e bazată pe sediul și evoluțiunea neoplasmului în anume țesut al organului uterin. Astfel am putea descrie un neoplasm al *mucósei*, al *țesutului conjunctiv*, al *glandelor* și al *parenchimului*. Dar o asemenea diviziune deja fórte dificil de stabilit în însuși procesele cele mai simple ca de exemplu în inflamațiuni, devine și mai greú de conservat în neo-



plasiî. Am văduţ în discuţiunile urmate la capitolul metritelor, demonstrându-se imposibilitatea conservării independente a fiecărui element constitutiv al uterului. Ei bine, tot acelaşi lucru se petrece şi cu neoplasmele, unde nu e cu putinţă menţinerea separată a leziunilor proprii ţesuturilor ce am citat. Cu toate acestea există, ca şi în endometrite, o formă specială de cancer al uterului, datorit exclusiv unei evoluţiunii anormale a glandelor.

**I. Epiteliom glandular.** Am insistat foarte mult la endometrite asupra marelui discuţiunii a rolului ce-l jocă glandele în inflamaţiune, şi mai cu seamă asupra punctului când aceste glande trecând de limitele normale a evoluţiunii lor, îşi schimbă caracterul din benign în malign. De aceea e de prisos a ne opri. Vom reaminti numai că, ori-care ar fi modificaţiunile glandulare, ori cât aceste organe se vor multiplica şi ipertrofia, ele sunt inofensive, atâta cât păreţii tubilor precum şi a fundurilor de sac glandulare vor rămâne intacte. Cornil a arătat că suprafaţa externă a fundurilor de sac glandulare nu vine în contact direct cu ţesutul conjunctiv ce formeză stratul de susţinere al mucósei, ci sunt separate printr'o pătură celulară destul de subţire, dar suficientă pentru isolare. Ei bine, în cazul cel mai simplu şiacelă care arată începutul epiteliomului glandular, este tocmai dispariţiunea acestui strat de celule, aşa în cât fundurile de sac glandulare se pun în contact direct cu ţesutul conjunctiv. Când dar vom constata acest lucru împreună cu acea lărgime colosală a tubilor şi glandelor — pline cu acele celule epiteliale polimorfe, unde nu se mai păstrează tipul celulelor cilindrice cu cili vibratili — atunci avem adenomul atipic, adenomul malign, adeno-carcinomul. Dar acesta încă nu e forma cea mai gravă; ea este când păreţii tubilor sau a fundurilor de sac glandulare spărgându-se, şiróe de celule epiteliale sub formă de lanţuri străbat în ţesutul conjunctiv periferic, sau când din contra un curent invers de celule conjunctive — şi ele modificate — străbat în tubi şi glande. În asemenea cas elementele epiteliale răspândite printre fâşiile ţesutului conjunctiv şi prinse în ochiuri de forme şi lărgimi variate de acelaşi ţesut, ne oferă toate elementele celui mai clasic cancer al uterului. Iar când în faţa acestui produs neoplasic cu tendinţă distructivă, întreg ţesutul conjunctiv dispore, lăsând câmp liber celulelor epiteliale de a copleşi şi fibrele musculare ale uterului, infiltrându-se printre elementele sale, atunci cancerul a atins apogeul său. S'aú văduţ casuri când acest mers progresiv şi distructor a reuşit să trecă chiar dincolo

de păreții uterine, intrând în cavitatea abdominală prin perforarea seroasei peritoneale.

Iată prima formă de cancer de origine glandulară. De alt-fel această este și cea mai bine cunoscută chiar ca anatomie patologică microscopică.

Cât privește cancerul exclusiv al mucoasei fără participare, glandelor, este escisiv de rar și chiar greu de deosebit. El ar forma epiteliomul cilindric — conform naturei celulelor aceste mucoase. Caracteristica ar fi că, acest epiteliom ia forma celui pavimentos, adică prezentându-se sub aspectul tubulat, în tocmă ca acela ce ne oferă epiteliomul tegumentului extern. Deosebirea este că acești tubi în loc să fie plini cu celule epiteliale pavimentose, conțin celule cilindrice de forme și volum diferite. Dar acest caracter pare a nu fi exclusiv: Williams, Fritch și alții au arătat chiar pe uterul normal prezența unui epiteliu pavimentos, alături de cel cilindric. Ast-fel fiind, s'a constatat — și ca anatomie patologică — un epiteliom pavimentos pur primitiv al corpului uterin. Dar casurile sunt foarte rare; ele se explică printr'o anomalie de dezvoltare. Ori cum ar fi, e posibil să găsim un epiteliom pavimentos pur, sau amestecat cu un alt epiteliom cilindric pe același teritoriū al mucoasei uterine.

**II. Sarcomul uterului.** Forma acesta de neoplasm este proprie femeilor tinere. Trebuie să avem bine fixată atențiunea asupra terminologiei, pentru a evita ori-ce confuziune. În adevăr sunt autori cari vorbesc de sarcomul mucoasei uterine. Acest lucru însă nu e posibil, din cauză că mucoasa fiind formată din celule cilindrice, dînsa conform principiilor stabilite în patologia generală nu poate suferi această transformațiune. <sup>1)</sup>

Origina sarcomului se află în țesutul conjunctiv sub mucoasă. Celulele tinere ale acestui țesut intrând în hipertrofie și hipergenesă, pot lua caracterul embrionar și să formeze ast-fel tipul unei tumori sarcomatoase. Dar acest produs căutând a face irupțiune către cavitatea uterină, dînsul în mod forțat, înainte de a provoca vre-o ulceratiune, va ridica mucoasa făcîndu-o mai poeminentă, mai umflată și imprimîndu-i diferite depresiuni sau mamelone, după întinderea și numărul prelungirilor epiteliale. Aceasta este cauza că la primul examen, mucoasa uterului, oferindu-ne o stare anormală, ne face a crede că leziunea patologică aci există. În realitate însă dînsa e mult mai profundă așa că ceia-ce constatăm la

<sup>1)</sup> Vezi Vol. II, pag. 113—124.

prima vedere nu e de cât efectul unor leziuni secundare. În afară de această formă de sarcom sub mucoasă, există o alta ce se dezvoltă în pereții proprii ai uterului. Dar și aci origina lui este tot în celulele țesutului conjunctiv, ce se află interpus între fibrele musculare ale organului. Forma această e mult mai rară; se admite că dînsa mai nici o dată nu este primitivă. Majoritatea autorilor cred că dînsa rezultă din transformarea unui miom uterin în sarcom. Când am vorbit despre aceste tumori, am insistat în destul pentru a mai fi nevoiți să ne oprim asupra unui asemenea mecanism, deja destul de pe larg tratat.

**III. Epiteliomul de origină placentară.** El este propriu femeilor cari au născut mulți copii, sau au avut dese avorturi.

Când am vorbit despre polipii uterului, am arătat că origina multora dintre aceștia se datorește resturilor placentare. Când aceste resturi dau naștere la asemenea polipi fără nici un răsunset vătămător asupra organismului, dînsese au luat numele de *deciduom benign.* S'a observat însă une-orî că, acești polipi și-au pierdut caracterul benignității, fie prin aceea că în loc de a avea tendință să se pediculizeze și să facă ernie în cavitatea uterului din contra tind a se infiltra în parenchimul organului; fie că cu tîta extirparea lor, dînsii în tocmă ca și o tumoră malignă recidivază. Faptele acestea au fost deja observate de Mayer, Zahn și Kalhden, cari le-au dat numele de *polipi placentari distructivi.* Acesta a fost punctul de plecare al unui nou studiu de o formă proprie de cancer uterin, avînd origina în evoluțiunea malignă a unui rest de placentă.

Durante în 1896, este cel d'întăiu care a arătat că acei polipi distructivi nu sunt de cât o linie de trecere a polipului ordinar către epiteliom, precum este de exemplu adenomul din metrită în adeno-carcinom. De aci numele de *deciduom malign.* Microscopicese deciduomul malign se caracterisă prin prezența de celule polimorfe: poligonale, fusiforme, lungi, cu unghiuri bonte, ascuțite, etc., etc., Partea esențială este că, aceste celule sunt foarte mari, cu unul sau mai mulți nucleii. Ele se arată în diferite părți ale tumorei în mod izolat, grupate în mic număr, sau în mese considerabile. În orî-ce cas tendința lor este a avea un mers progresiv și destructor, ele se infiltrază printre țesutul conjunctiv inter-muscular copleșit, și anihilază chiar elementul nobil al organului.

Acestea sunt în scurte cuvinte formele neoplasice ale corpului uterin.



**Simptomele.** N'am cređut util a descrie fie-care formă în parte, căci ar fi fost a repeta aprópe același lucru. Dar chiar și în această simptomatologie generală încă vom fi scurți, de óre-ce dînsa este proprie tuturilor cancerelor, asupra cărora de atâtea ori am insistat.

Primul fenomem ce ne atrage atențiunea sunt emoragiile; ele mai nicî o dată nu lipsesc de cât în casuri cu totul excepționale; din contra sunt considerate de toți autorii ca semnul inițial al bólei. Semnul acesta însă nu are nimic de caracteristic. Câte odată se manifestă prin ușóre menoragii cărora nu li se dá nicî o importanță, cu atât mai mult că fenomenul încetază pentru a nu reapare de cât în luna viitoare — iarăși la epoca menstruală. Alte dáți în intervalul menstruelor se observă câte-va pete sanguine. Unele femei observă acest lucru neobicînit după ce a practicat coitul. Câte o dată scurgerile devin așa de abundente, că iaú caracterele emoragiei. Totul depinde de forma neoplasmului.

Orî care ar fi tipul cancerului ce am descris, clinicesce ni se presintă sub trei forme: ca o *masă difusă*, copleșind întréga mucósă; ca o simplă *fongositate sesilă*, saú *pediculată* ca și un polip, or ca *formă infiltrată* saú *nodósă*, ce e proprie păreților corpului uterin.

Emoragia stă în strânsă legătură cu aceste diferite forme. În cazul unei copleșiri difuze a mucósei, scurgerea sanguină va fi mult mai abundantă, de cât atunci când neoplasmul va avea caracterele unui mic fungus saú polip. Aci mai ales constatăm acele emoragii intermitente saú menoragice. Din contra, în forma infiltrată emoragiile cel puțin la început, vor fi foarte neînsemnate. Une-orî totul se reduce la câte-va pete sanguine, datorite congestiunei mucósei, grație prezenței și iritațiunei unui nodul aflat în unul saú mai multe puncte subjacente. Câte odată emoragia póte chiar să lipséscă cu desăvêrșire în tot timpul períodei bólei. Alte dáți dînsa ia un caracter adevêrat fulgerător. Casul acesta se observă atunci când produsul neoplasic cade într'o adevărată desagregațiune umplând cavitatea uterului cu produse fongóse sângerânde: aci se póte adăoga și deschideri de vase.

Cât privesce cele-l'alte semne, ca leucorea, scursórea galbenă-roșcată și din ce în ce mai fetidă, e propriú orî-cărui cancer neavênd nimic de particular.

**Durerea** se manifestă în diferite moduri. Mai principale sunt

următoarele două tipuri: Unele periodice sub formă de colici, iar altele continue, gravative. Primele ar fi datorite, după Schroeder, la contracțiunile mușchiului uterin, care ar căuta să expulzeze din cavitatea sa — prin orificiul colului obstruat — produsele acumulate fie solide sau lichide. Durerile continue cari sunt și cele mai violente, se datoresc copleșirei filetelor nervoase, determinând nevrite. Prin excepțiune durerile pot lipsi cu totul. Astfel Courty, Galard, Emmet și alții au dat observațiuni, unde cancere uterine au ajuns la ultima lor evoluțiune, fără să se fi manifestat prin cel mai mic semn de durere.

Relativ la acesta, dau și eu următoarea observație foarte demonstrativă. Este vorba de femeea Maria Alexandrescu, de 36 ani, care intră în serviciul meu cu un cancer înspăimântător al colului uterin. Intreg vaginul ea și fundurile de sac ce nu se mai cunoscea, erau cotropite de o colosală masă fongosă, însoțită de cea mai oribilă scurgere murdară și fetidă.

La 5 Aprilie 1889 am făcut laparatomia în scopul de a aplica câte-va legături atrofiante. Explorând anexele și găsindu-le aderente, le-am deslipit; dar în același timp am constatat aderențe între fundul uterului și rect. Am căutat cu multă blândețe să deslipesesc aceste două organe. Dar care nu-mi fu surpriza, când cu degetele am intrat în cavitatea uterului, perforând păreții cu o înlesnire atât de ușoară ca și cum ași fi trecut printr'un măr putred. După ce am făcut isterectomia abdominală totală, am ridicat cu degetele o cantitate extra-ordinar de mare de fongosități, ce erau infiltrate în întregul basin până la escavațiunea sacrală. Ei bine, cu toate aceste devastări în afară de or-ce descripție, bolnava nici odată nu s'a plâns de cea mai mică durere.

**Diagnosticul.** Se basază pe semnele de presumpțiune și semnele pozitive. Dacă la o femeie bătrână constatăm fenomene inverse stărei sale fiziologice, adică scurgeri sanguine simulând continuarea menstruelor precum și o creștere de volum a uterului — atunci când conform cu involuțiunea senilă ar trebui să ne așteptăm la o atrofie a organului — putem bănui posibilitatea unui cancer. De asemenea, la o fată tânără ce ne-ar presenta emoragii îngrijitoare prin durata și abundența lor, însoțite de creșterea volumului uterului, iarăși putem bănui aceeași posibilitate. Și când în fine o femeie ce a născut mai mulți copii, se plânge de emoragii ce resistă orî-cărui tratament apropiat, putem și asupra lor să bănuim un cancer de natură deciduală.

Este bine înțeles că vom lua în considerație și alte fapte,

ca antecedente ereditare, personale, examenul minuțios local, etc., etc.

Noi trebuie să avem în vedere că nisce asemenea emoragii neobicinuite, cărora nu le putem găsi nici o cauză plausibilă, sunt de mare preț pentru stabilirea cancerului. Pentru a arăta marea importanță a acestui semn, reproducem următorul aforism, datorit lui Lebert, cel mai mare observator anatomo-patolog și clinician.

*Iată ce țice dînsul: Orî de cîte orî există o emoragie în afară de epocile menstruale, fără ca să fie vorba nici de graviditate, nici de fibrom, nici de polip și nici de acele umflături ale mucóseî uterine susceptibile de a fi ridicate prin răzuire, trebuie să ne gândim la o afecțiune organică a uterului.*

Acésta însemnéză că noi suntem datorî ca înainte de a ne pronunța, să examinăm cât se pôte de complet cavitatea gâtului și corpului uterului. Vom recurge deci la dilatarea gâtului uterin, fie treptat saũ extemporaneũ, pentru a vedea cu ochii și pipăi cu degetul starea mucóseî, prezența unui polip, saũ unei tumori fungóse.

Intrebuințarea isterometrului se face cu multă precauțiune, căci nimic mai ușor de cãta produce perforațiuni. Am mai putea recurge pentru stabilirea diagnosticului și la examenul microscopic, ridicãnd prin răzuire un lamboũ de mucósa saũ fragment de tumoră. Dar acésta nu ne este de mare ajutor. Insuși Cornil recunóște, că diagnosticul istologic sigur nu se pôte face de cãt avênd în mână întregul uter.

Mai există încã un diagnostic ce am putea une-orî fi chemați a stabili. Este vorba de **tuberculosa uterului**. Acésta afecțiune extrem de rară, prin nimic nu se pôte bănuî de cãt prin ușore emoragii, iar une-orî printr'o amenoree absolută, saũ simplă leucoree. Tuberculosa primitivă a uterului este aprópe negată de toți autoriî (?): dînsa adesea este consecutivă și însoțindu-se de peritonită tuberculósă saũ intestinală.

Eũ am observat un singur cas asupra femeei Anica Dan, de 35 ani, care mi a fost trimésă din serviciul D-luî Dr. Florea Teodorescu. Dînsa suferea de diaree și dureri în regiunea epigastrică, și alte dureri vagi în abdomen. Eũ constatãnd o retroversiune și dureri în anexe, i-am făcut laparatomia la 21 Martie 1896. Gãsind anexele scleróse și aderente, le-am deslipit și resecat, iar în urmă am făcut isteropexia abdominală. Dupã operație bolnava n'a simțit nici un folos, așa că la 6 Aprilie a su-



combat. La autopsie am găsit aderențe pleurale. Vârfurile ambilor pulmonii conțin tubercule și cavernule. Pe tot traectul intestinului gros se găsesc în dreptul inserțiunii mesenterului ulcerăriuni numeroase oblunghe și de diferite dimensiuni. Ganglionii mesenterici ipertrofiați.

În asemenea casuri examenul complet al bolnavei și în special al pulmonilor, ne poate autorisa să bănuim o tuberculosă a uterului, dacă bolnava manifestă óre-cari fenomene din partea acestui organ. Pentru a ne convinge și mai mult, vom face examenul microscopic și bacteriologic al produselor scóse cu lingura Volkmann din cavitatea uterului.

În ce privesce semnele pozitive ale cancerului, n'aũ trebuintă de nici o descriere: ele se impun de la sine. Aci bóla atingând ultima periódă, femeia este în prada cachexiei — reprezentată prin acea anemie profundă, emaciare, scurgeri abundente, fetide, emoragice, dureri însuportabile, prezența de ganglionii pelvienii, colórea generală a tegumentelor de fóie mórtă, etc., etc.; totul ne arată apogeul cancerului și refuzul orí-cărei intervențiunii din partea nóstră.

**Prognosticul.** Tot-d'a-una fatal. Singura speranță ar fi într'o intervențiune chirurgicală. Nenorocirea însă este că bóla e fórté insidiósă, așa că nu o putem cunoște de la început. Ne este permis ca, îndată ce prin caracterele emoragiei și alte semne apropiate, bănuind existența unui cancer să fim autorisați, dacă circumstanțele sunt favorabile, să procedăm imediat la extirparea uterului. Fără indoială cu condiție ca diagnosticul se fie exact.

Tóte cele-l'alte mijlóce medicale sunt fără folos și nu fac de cât să agraveze lucrul.

Am dis că singura operație este isterectomia. E de preferat a se alege calea abdominală; prin ea ne putem mai bine da séma de starea anexelor; nu rare-orí pot și ele fi copleșite de neoplasm prin mijlocul continuităței de țesuturi.

Aci intră în joc observațiunea clinică care a arătat, că un cancer al corpului uterului fórté rar se propagă și la gâtul seũ. De aci s'a conchis că putem să ne mărginim la o simplă extirpare supra-vaginală a uterului, lăsând adică gâtul în loc. Acésta însă nu o vom face de cât în cazul când prin examenul minuțios cu speculul și degetul, ne vom convinge pe deplin de integritatea gâtului. Nu trebuie să avem aprópe nici o ilusiune. Dacă, — grație datelor anatomice și în special a dispozițiunii vaselor limfatice, — putem admite până la un punct că un cancer al colului

are posibilitatea a nu se transmite la corp, nu este însă tot astfel pentru acesta. Aci în adevăr, dacă n'ar fi de cât prezența fungosităților și a detritusurilor sale, cari veșnic sunt în contact cu gâtul uterin, încă represintă atâtea ocațiuni favorabile ca gâtul uterului să fie inoculat prin contact direct sau grefare. De aceea, afară de casuri excepționale și când operațiunea s'ar face cu totul la început și fiind absolut siguri că colul nu e atins — numai atunci putem îndrăzni la o amputațiune supra-vaginală a uterului. Mai sigur însă este isterectomia abdominală totală; numai dînsa pôte fi de un folos real pentru bolnavă.

Acastă operațiune cunoscută sub numele de operațiunea lui Freund, a fost deja propusă de Delpech în 1830. Dînsa constă a începe primul timp prin liberarea colului pe cale vaginală ca și în orî-ce isterectomie. Apoi deschidem pînțelece și complectăm operația scoțând întregul organ prin această cale. Toți autorii recunosc că această operațiune dă o mortalitate înspăimîntătoare.

Martin din Berlin a propus ca modificare să se ridice mai întai prin abdomen corpul uterului iar apoi prin vagin gâtul. Dînsul a aplicat în 3 casuri acest procedeu din care 2 morți, iar al treilea, mort mai târziu de recidivă în primul an.

Noi o singură dată am întrebuițat acest procedeu și bolnava a murit. De aceea suntem de opinie că, dacă nu putem face isterectomia vaginală din cauza volumului mare ale uterului, e de preferat a recurge d'a dreptul la isterectomia abdominală totală după procedeu modern, pe care l am arătat la fibróme.

## CHESTIONAR

### Tumorile maligne ale uterului.

**Cancerul uterin.** Considerațiuni generale. Caractere. Teoria lui Cohnheim asupra patogeniei cancerului. Diferite alte teorii și opinii. Opiniunea autorului. Diviziunea cancerului: Cancerul gâtului și cancerul corpului uterin . . . . . pag. 408—411

**Cancerul gâtului uterin.** Formele: Forma vegetantă, infiltrată

- și ulcerosă. Forma vegetantă. Considerațiuni și caractere distinctiv. Forma infiltrată și ulcerosă. Forma vegetantă. Considerațiuni anatomice. Modul aparițiunei. Diferite varietăți: epiteliom pavimentos, lobulat și tubulat. Considerațiuni și caractere distinctiv. Forma infiltrată. Caractere. Epiteliom cavitat. Caractere Adenocarcinom. Epiteliom cilindric atipic. Caractere . . . . . pag.411—416
- Evoluțiunea clinică a cancerului gâtului uterin. Considerațiuni.**
- Diviziunea autorului:** Epiteliom meta-cervical, mezo-cervical și endo-cervical. Epiteliomul meta-cervical. Cum se manifestă? Unde se localisază de preferință? Cancerliminar a lui Pozzi. Gravitatea acestei forme. Epiteliom mezo-cervical. Caractere. Epiteliom nodulat. Modul aparițiunei și aspectul acestor noduli. Cancer schiros și encefaloid. Caractere distinctiv. Epiteliom endo-cervical. Caractere. Diferite alte numiri ale acestui epiteliom: cavitat, ulceros, distructiv, fagedenic, terebrant. Mersul acestei forme. Aspectul colului. Unde apare afecțiunea? Care sunt proprietățile unui epiteliom? . . . . . „ 416—421
- Care sunt căile de întindere ale cancerului? Cum atacă țesuturile fie-care formă de cancer? Probe pentru fie-care din varietăți. Cancerul gâtului se poate transmite la corpul uterin? Argumentele pro și contra. Diferite opinii. Opinia autorului. Modul cum cancerul gâtului se propagă la organele vecine. Care sunt aceste organe? Infecțiune prin metastasă. . . . . „ 421—427
- Simptomele.** Trei periode. Cum sunt simptomele primei periode? Simptomele celor-l'alte periode. Agenții ce deșteptă atențiunea bolnavelor? Durere și jenă în funcțiuni. Emoragia. Cum și când apare ea? „ 427—430
- Diagnosticul.** Semne patognomonice. Diagnosticul diferențial cu alte tumori ale gâtului uterin. Varietatea infiltrată de cancer al gâtului. Simptomele și diagnosticul unui cancer ulceros. Semnul lui Spiegelberg . . . . . „ 430—435
- Prognosticul și tratamentul.** Diferite procedee. Procedeele și considerațiunile autorului în cancerul gâtului uterin . . . . . „ 435—459
- Cancerul corpului uterin.** Discuțiuni. Formele, diviziunea autorului. Cancer post-menopausic, anti-menopausic și placentar. Imposibilitatea unei diviziuni anatomice. Epiteliom glandular. Caracterul dat de Cornil. Cancerul mucosel. Caractere istorice. Simptomele. Forma fongosă și infiltrată. Diagnosticul. Caracterul emoragiei. Afiorismul lui Lebert. Durerea. Caractere. Lipsa totală de durere în cancer. Observația autorului. Tuberculoza uterului. Caractere. Observația autorului. Tratamentul. Operația lui Freund, Martin, etc. . „ 460—468



## Cap. X. Deviațiunile uterului.

Schimbările de pozițiune ale uterului se găsesec semnalate chiar din epoca lui Hippocrate.

Vechii autori atribuiaū deviațiunelor uterine tóte fenomenele morbide, ce făceau din femce o adevărată victimă a suferințelor. Tóte turburările funcționale ale bășiceii și rectului; tóte durerile pelviene și lombare; sterilitatea, dificultățile în mers, până și alterațiunile profunde ale sănătăței cauzate de fenomenele simpatiche, ca gastricism, migrene, vărsături, nervositate și în fine consumpțiunea — reunite ađi sub numele generic de sindrom uterin — tóte erau puse pe socotéla deviațiunelor uterine. Se susține ca ele singure erau capabile a da nascere acestui mănunchi complex de fenomene de multe ori cu totul bizar.

Ideile acestea fură reluate și susținute cu mult talent de Velpeau și Malgaigne făcând ca ele să aibă o mare înrîurire asupra spiritului medical.

O luptă însă fórté mare se încinse în sînul Academiei de medicină contra lui Velpeau de către Dubois și Depaul.

Dar mai ales Cruveilhier, bazat pe un raționament solid și observațiunii clinice, stabilescé — prin marea sa autoritate — erórea lui Velpeau și a întregéi școlii Hipocratice. Uterul, zice Cruveilhier, nu are axă; prin urmare nu se póte admite că schimbările de pozițiune ale unui organ — ce pentru a exista ca stare fiziologică, are trebuință de un echilibru instabil, — să fie capabile a provoca durerile pelviene și turburările funcționale, atribuite deviațiunilor sale. Drept probă adaogă autorul, avem frecuența excesivă a deviațiunilor uterine, găsite la autopsia femeilor ce aū succombat de alte diferite bóle.

Dubois la rândul său declară că a constatat existența celor mai diverse și mai bine caracterisate deviațiuni la un fórté mare număr de femeii, și totuși ele se bucurau de o sănătate perfectă.

S'a conchis decí că uterul póte să fie înclinat, flexat, coborât, împins către anus sau bașică, fără ca sănătatea femeiei să fie întru cât-va turburată. Deviațiunea nu forméză de cât o simplă diformitate fără importanță.

Bernutz era cu totul de acéstă idee. El susține ca numai atunci deviațiunile dau nascere la turburări funcționale, când concomitent ar exista o afecțiune uterină sau peri-uterină.

Astă-đi însă clinica a arătat, că aceste conclusiuni sunt prea

părtinitóre pentru deviațiunii. Este imposibil a nu recunósce că, o flexiune saũ versiune exagerată să nu aducă turburări în circulația uterului. Ba ce e maimult, se susține — și lucrul e logic — că gena circulatorie, producând o congestie a organului, predis-pune și chiar determină în mod direct congestiunea și inflamația uterului. Apoi lucrul e atât de evident că dismenorea și sterilitatea sunt în strânsă legătură cu anumite deviațiunii, în cât ne-gațiunea nu e posibilă. Decí, dacă nu ar fi de cât fenomenele congestive, neregularitatea în menstrue de multe ori dureróse, precum și sterilitatea, socotim că deja sunt factori suficienți pentru a susține, că și chiar în afară de ori-ce alte complicațiunii inflamatorice utero saũ peri-uterine, deviațiunile trebuiesc considerate ca stări patologice iar nu indiferente organismului. In acéstă categorie intră și acele deviațiunii datorite unei simple relaxări a aparatului de suspensiune și cari decí sunt cu totul libere. De cea altă categorie numită fixă, unde deviațiunea se datoresce retractiunei unor anumite ligamente saũ prezenței de aderențe solide, discuție numai încape. Deviațiunile acestea fiind permanente și nere-ductibile, dau nascere nu numai la congestiunii, dismenoree sau sterilitate, ci la întregul cortegiũ de fenomene, ce fac din femei o adevărată martiră.

Trecând peste acest mic preambul, să începem studiul nostru.

Uterul deși înconjurat de organe cavitare a căror capacitate se schimbă de la un moment la altul și decí aũ o influență directă asupra situațiunei sale, totuși dînsul este provădut de un număr de ligamente destul de suficiente, pentru-ca în mijlocul acestor influențe variabile, el să fie capabil a păstra întru cât-va o aceeași pozițiune constantă.

Bășica și rectul mai cu deosebire sunt organele cari după capriciul lor, fac ca uterul să-și schimbe pozițiunea ori de câte ori dînsule vor fi pline saũ góle, împingându-l fie înainte saũ înapoi.

La rîndul lor, porțiunea terminală a anselor intestinale și replețiunea S-luĩ iliac tind la acelaș rezultat; totul se opune la o pozițiune fixă a uterului. Eĩ caută a-l coborâ presând asupra fundului său, saũ a-l împinge de la stînga la drépta.

Pe lângă acésta, dacă mai adăogăm și presiunea intra-abdo-minală, care va tinde a apăsa uterul în jos căutând a-l disloca, mergînd chiar până a-l forța să iasă prin canalul vaginal, avem atâția factori, cari fie-care la rîndul său își va dirige acțiunea asupra uterului, împiedicându-l de a sta locului. Considerațiunile

acestea aũ și făcut pe Cruveilhier să susție, că uterul nu are nici o axă proprie, saũ mai bine ȃs axă stabilă.

Cu tóte acestea, contra tutulor acestor puteri vrășmașe, uterul luptă; și ce e mai mult, el tot-d'a-una reușese — când condițiunile sunt normale — să-și conserve una și aceeași pozițiune în tot timpul existenței sale.

Noi am arătat cu altă ocaziune mijlócele de carĩ acest organ e provăduț pentru asigurarea situațiunei sale. Cele mai principale dintre ele sunt: *ligamentele largi* ce protegéză uterul de a se devia în lături; *ligamentele rotunde* carĩ tind a-l aduce înainte lup-tând *contra ligamentelor posterióre* saũ utero-sacrale ce caut a-l trage înapoi. Pe lângă acestea, uterul este asigurat contra presiunei intra-abdominale prin aponevrosa pelvienă și perineul, căci 'l împedică de a ieși afară din micul basin.

Grație tutulor acestor mijlóce, uterul póte lupta victorios, menținându-și situațiunea sa normală. Și care este acéstă situațiune? După majoritatea autorilor dĩnsa este reprezentată la femeele nulipare printr'o ușóră ante-flexiune, iar la multipare printr'o ante-versiune. Dar pentru a precisa mai bine iată cum stă lucrul. Păretele anterior al uterului privesce către fața posterióră a bășiceĩ; fundul seũ se află la óre-care distanță înapoiul pubisului, peste care nu trece de cât maximum cu un lat de deget.

Pe când dar corpul uterului are acéstă situațiune, gâtul seũ se găsește într'o pozițiune diametral opusă; el este dirijat către rect și forméză cu păretele posterior al vaginului aprópe un unghiũ drept.

Dar cui datorește uterul acéstă situațiune? Tutulor ligamentelor pe care le-am arătat. Doue însă sunt mai principale: *ligamentele utero-sacrale înapoi* și *aderențele utero-vesicale înainte*. Aceste fășii fibróse reunite împreună, constituē o zonă ligamentósă puternică. Ea menține în mod solid uterul la înălțimea normală în basin, imprimându-ĩ în acelaș timp și direcțiunea de ante-versiune cu o fórte ușóră ante-flexiune. Iată cum: cele doue ligamente utero-sacrale saũ îndoiturile lui Douglas, carĩ merg de la fața posterióră a colului pentru a se insera la sacrum, trag acest organ înapoi. Dar în acelaș timp, între fața anterióră a uterului și partea de jos a fundului bășiceĩ, există o masă celulo-fibrósă interpusă între aceste organe; dĩnsa prin aderența sa atrage uterul înainte către simfisa pubienă. La acéstă intervine și acțiunea ligamentelor rotunde carĩ tóte la un loc, luptă contra ligamentelor posterióre ce sunt mai puternice.



S'ar crede chiar că singure aceste ligamente rotunde sunt suficiente pentru aducerea uterului înainte. În adevăr ele nu numai că sunt destul de rezistente, grație prezenței țesutului celulo-fibros, dar fapt important este, că ele conțin și fibre musculare.

Spiegelberg în 1884, a avut fericita idee să facă următoarea experiență căutând a arăta rolul ligamentelor rotunde. O femeie fiind condamnată la moarte, imediat după decapitare i s'a deschis abdomenul. Spiegelberg a făcut să treacă un curent electric de inducțiune prin uter. Organul acesta, care se afla în retro-versiune atingând sacrul, s'a ridicat așezându-se perpendicular în basin. Dar atunci ligamentele rotunde se întinseră și atraseră uterul înainte. Iată dar cum uterul, grație pe de o parte ligamentelor utero-sacrale, pe de alta stratului celulo-fibros vesico-uterin, precum și acțiunii ligamentelor rotunde, dînsul în mod normal se așează în ante-versiune, cu ușoră flexiune înainte. Și pentru ca această situațiune să nu se schimbe, intervin ligamentele largi; ele îl împiedică a se înclina la dreapta sau la stînga.

Dar cum recunoștem că uterul se găsește în situațiune normală? Prin următoarele explorațiuni:

I. Examinînd o femeie în decubitul dorsal și introducînd degetul indicator în vagin, vîrfurile degetului — urmînd axa vaginului, trebuie să întîlnescă în fundul acestui organ buza anterioară a colului. Această buză după cercetările numeroase ale autorilor și în special ale lui Bernutz, trebuie să ocupe centrul ampulei vaginale și să fie așezată la 5 cm. și  $\frac{1}{2}$  maximum de orificiul vaginului, iar nu al vulvei. Nu se ia vulva ca punct de plecare, din cauza variațiunii volumului buzelor mari și mici, ce une-ori pot fi ipertrofiate fie în mod normal, sau în urma unor diateze ca scrofula, etc.

Dacă facem examenul femeiea fiind în piciore, această distanță rămîne aceeași la virgine sau nulipare: la multipare însă gâtul uterului se coboră chiar cu 1—2 centimetri. În ori-ce caz, dînsul găsindu-se la o distanță mai mică ca 3 centimetri de intrarea vaginului, acesta ne indică o stare patologică, fie de ipertrofie a colului sau de prolaps al uterului.

II. Plecînd cu degetul de la buza anterioară a colului, imediat de desubtul său dăm de orificiul extern, mic și rotund la nulipare; transvers, larg deschis la multipare. Înapoial acestei deschideri degetul întîlnesc buza posterioară; îndărătul său se află fundul de sac corespondent al vaginului. Revenind pe buza anterioară a colului și ducînd degetul înainte, explorăm fața sa

anteri6ră ce se continuă fie în linie cu totul dréptă sau f6rte uşor curbă, cu faţa anterioară a uterului : acésta nu p6te fi simţită de cât deprimând fundul de sac anterior al vaginului. In fine aplicând cea-laltă mână pe abdomen, trebuie să simţim fundul uterului înapoiul simfisei pubiene ; nici o dată însă mai sus de acésta ca un lat de deget.

Când dar vom constata t6te aceste lucruri, şi în plus, examinând şi părţile laterale ale gâtului vom simţi că ele se continuă în linie dréptă cu feţele corespondente ale uterului fără nici un fel de curbură, atunci putem afirma că uterul se găseşte în poziţiunea sa normală de anteversiune cu uş6ră flexiune înainte. In fig. 65 din Sinety se arată acest lucru.

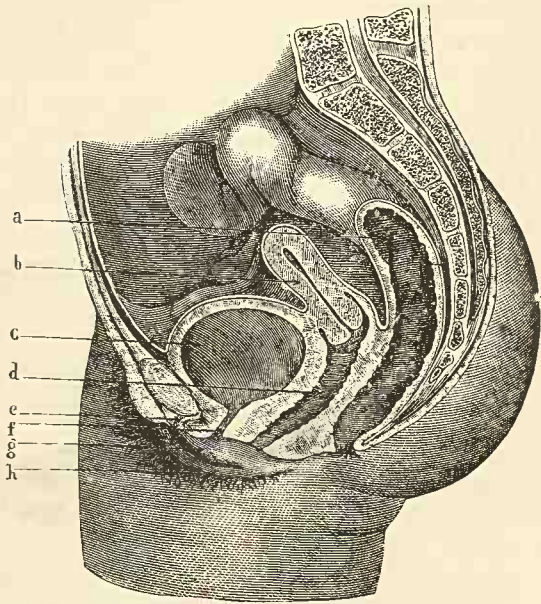


Fig. 65. Secţiune verticală a basinelui. *a* Rect. *b* Uter. *c* Băşica. *d* Vagin, *e* Clitoris. *f* Uretra. *g* Buzele mici. *h* Buzele mari.

Dar acésta situaţiune a uterului de şi se conservă, totuşi este supusă la f6rte mari fluctuaţiuni, în special din următ6rea cauză : Am arătat că ligamentele utero-sacrale sau îndoiturile lui Douglas se înseră la faţa posterioară a gâtului uterin, ceva mai jos de istm. Pe de altă parte, după cercetările lui Delbet, aponevroza sacro-recto-genitală, ca şi fibrele muschiului ridicător al anusului, vin şi ele de se înseră tot în acest nivel.

Dar ce rezultă de aci ? Că punctul de inserţiune al acestor

ligamente fiind așezat de desubtul centrului de gravitate al uterului, echilibrul acestui organ tot-d'a-una este instabil. Prin urmare, imediat ce s'ar produce o relaxare a ligamentelor rotunde saū a țesutului celulo-fibros vesico-uterin : o replițiune prea mare a bășiceii, saū în fine o îngroșare saū tumoră în părțile posterioare al uterului, atunci dînsul, grație ligamentelor posterioare va tinde a fi tras înapoi. Inșă, din cauza echilibrului instabil, el nu va putea să rămâe într'o pozițiune perpendiculară cu planul său de suspensiune; el va tinde tot-d'a-una — sub dubla influență a gravitației și a presiunii abdominale — să se încline înapoi. Dar imediat ce uterul trece dincolo de axa strîmtórei superioare a bassinului, presiunea abdominală nu va mai lucra ca în starea normală asupra pãretului său posterior, pentru a-l împinge înainte; acum din contra, presiunea se va exercita asupra pãretului său anterior. Deci fundul uterului va cădea înapoi către sacrum, iar gâtul se va ridica către simfisă; de aci **retroversiune**.

Ast-fel stînd lucrul, acum e momentul a ne întreba în ce constă deviațiunea uterului, când vedem că schimbarea pozițiunii sale normale, — care tocmai constituie baza procesului patologic — o întîlnim la fie-care moment? Căci dacă în adevăr uterul în mod continuă se află la capriciul replețiunii organelor ce-l înconjură; dacă el la fie-care moment se duce înapoi, înainte, în jos saū în lături — după cum bășica, rectul, ansele intestinale vor fi pline saū góle; și dacă pe lângă acésta se află și în echilibru instabil, atunci când e în stare normală și când e în deviațiune?

Dar tocmai acésta constituie baza definițiunii. În adevăr, atîta cât schimbările de situațiune ale uterului nu sunt permanente, și deci se pot modifica, fie spontan saū prin mîna operatorului, acest fapt nu va constitui o deviațiune propriu zisă. De exemplu: dacă bășica udului umplându-se cu urină saū cu un liquid óre-care injectat prin uretră, ar schimba situațiunea uterului respingându-l înapoi, și dacă în urma evacuării acestui organ, uterul ar reveni luându-și pozițiunea sa primitivă, schimbarea acésta nu constituie o deviațiune. De asemenea se presupunem că ne-am găsi în fața unei anteflexiuni manifeste. Eî bine, orî cât de mare ar fi unghiul ce vom constata între gât și corp, de îndată ce înșă acest unghiū ușor se póte șterge prin reducerea uterului, suntem în drept a zice că uterul nu e în stare patologică. Din contra, când asemenea situațiunii ale uterului n'ar fi influențate de replițiunea saū vacuitatea bășiceii or diferite alte manopere, atunci ele ar constitui o deviațiune; numai



atunci vom zice că uterul este în anteversiune sau flexiune patologică.

*Prin deviațiuni uterine înțelegem schimbările permanente a pozițiunii normale a uterului, care odată părăsindu-și locul, ia o pozițiune fixă într'un alt punct al basinului.*

Rămâne însă bine înțeles că noi nu trebuie să abuzăm de acești termeni. Ast-fel, deși schimbarea de situațiune a uterului ar putea ușor fi redusă, această însă nu însemnează că el nu intră în cadrul deviațiunilor, dacă concomitent există relaxarea ligamentelor. Când de exemplu din anteversiune va putea ușor să se pue în retroversiune, iar de aci prin simple pozițiuni anumite ale corpului el va reveni în starea normală, atunci negreșit îl vom considera ca intrând în cadrul deviațiunilor, dacă mai ales constatăm de exemplu și o slăbire sau lungire a ligamentelor rotunde.

Numai pe atât decî schimbările de situațiune ale uterului nu vor intra în deviațiuni, pe cât ligamentele și mijlócele de susținere vor fi intacte. În cazul contrariu ele vor face parte din *deviațiunile reductibile*; cel mult vor intra în categoria numită de *Aran stare indiferentă de statică a uterului*, sau mai bine zis *uter flotant*. De sigur unei asemenea stări particulare au fost atribuite preținsele migrațiunii ale uterului putând să se ridice chiar până în ipohondre; și acestei stări scóla Hipocratică atribuia tóte accidente ce erau capabile să dea loc isteriei.

### Clasificațiunea deviațiunilor uterului.

I. Când uterul își părăsesce pozițiunea normală în întregimea lui, ca și cum s'ar învârti în jurul unei axe executând mișcarea numită de basculă, constituie **versiunile**. Aci gâtul uterului ocupă un punct diametrul opus de acela al fundului.

Numele tutulor deviațiunilor se dă după locul unde se găsește fundul uterului. Ast-fel vom dice retro-versiune, antero-versiune, latero-versiune dréptă orî stângă, după cum uterul se va simți înapoi, înainte, la drépta orî la stânga. În tóte aceste deviațiuni gâtul se află într'o direcțiune cu totul opusă. În anteversiune el e înapoi; în retroversiune înainte; în latero-versiune dréptă — la stânga; în latero-versiune stângă — la drépta. Tóte aceste versiuni pórtă numele de deviațiuni extrinsece ale uterului.

II. Când schimbarea de situațiune normală se mărginesce

numai la corpul său la gâtul uterului, atunci pörtă numele de **flexiune**. Dînsa schimbă raportul pozițiunei respective pe care-l are corpul cu gâtul. Flexiunile pörtă numele de deviațiunii intrinsece ale uterului. Când dar numai corpul uterului se deviază înainte, înapoi sau în lături, iar gâtul rămâne fix, adică își păstrează pozițiunea normală, avem *flexiunea corporală*. Când corpul uterului își păstrează situațiunea normală, dar gâtul se deviază, atunci avem *flexiunile cervicale*, ante, retro sau laterale. Iar când și corpul și gâtul se flexează unul pe altul, formând în nivelul istmului un unghiü ascuțit ori drept, avem flexiunile cervico-corporale. Am putea la rigóre să introducem un neologism în flexiunii și anume acela de *flexiunii divergente*. Când de exemplu corpul uterului ar fi flexat înainte sau înapoi, iar gâtul la drépta ori la stînga, acésta ar fi o flexiune divergentă. Tot același lucru am putea dice dacă corpul uterului ar fi în flexiune laterală, iar gâtul în flexiune înainte sau înapoi. Asemenea stări patologice nu numai că nu sunt descrise, dar nici nu le-am întălnit în practică. Cu tóte acestea teoreticește lucrul ar fi posibil.

III. Uterul mai póte să sufere și o mișcare de translațiune în masă, ridicându-se ori coborându-se. Acésta cöstitue un grup aparte numit de *ridicare*, de *coboräre*, sau *prolaps uterin*.

IV. În fine mai avem și alte stări particulare numite *ante-posițiunii* și *retro-posițiunii* ale uterului. Prin acésta se înțelege fie o exagerațiune a stărei normale, fie diferite alte situațiuni, fără însă ca nimic să se schimbe în axa normală ce există între corp și gâtul uterului. Să ne explicăm. Dacă ne închipuim o tumoră ce ar ocupa întregul fund de sac retro-uterin sau cavitătea lui Douglas, ca ematocel sau altă acumulațiune de liquid, ori formațiune de țesut dur, acéastă tumoră ar împinge fórte mult înainte uterul în totalitatea lui împreună cu gâtul lipindu-l de simfisa pubienă, dar fără să producă nici o deviațiune în axa sa, acésta ar fi o *ante-posițiune uterină*. Inchipuindu-ne un același lucru desvoltat în fundul de sac vesico-uterin, când uterul iarăși fără a'și schimba nimic din axă ar fi cu totul transmutat înapoi, acésta ar forma *retro-posițiunea* uterină. În ambele casuri nu există nici o urmă de exagerare de anteflexiune sau versiune; este pur și simplu o dislocare *in toto* a organului păstrând axa sa normală. Admițând desvoltarea unei tumori iarăși liquidă sau solidă în grosimea ligamentelor largi într'una din părțile sale laterale, am avea o translațiune integrală a uterului la drépta sau la stînga, dându-ne ast-fel o *latero-posițiune*.

Trecem acum în studiul fie-căria din aceste grupe.

Conformându-ne cu uzul clasic vom insista numai asupra deviațiunilor înainte și înapoi. Cele-l'alte fiind mult mai rari și de un interes mai mic, n'aũ trebuința de o descriere specială.

### § 1. Deviațiunile uterului înainte.

A) **Anteversiunea.** Acésta represintă o exagerare a situațiunei normale a uterului. Prin urmare, fundul sœu în loc de a fi la órecare distanță de pubis, acum se sprijină pe dînsul puindu-se în contact cu fața posterióră a bășiceii udului. Colul saũ gâtul uterului merge fórté mult înapoi putënd atinge chiar vîrfuľ coccyxului — după gradul deviațiunei.

Din acéstă stare resultă urmátórele fapte clinice când examinăm femeea în decubitul dorsal: I. Introducënd degetul în vagin numai dãm de buza anterióră a colului, ci de fața sa anterióră. II. Păretele posterior al vaginului e mai lung ca în starea normală cu cel puțin 1—2 centimetri; decí fundul de sac va fi greú de atins din cauza presenței gâtului uterin. III. Păretele anterior al vaginului ca și fundul de sac sunt mai scurte. Aci dând de o resistentă formată de fața anterióră a uterului ce se înclină către pubis; fundul sœu îl simțim prin păreții abdominali cu examenul combinat. IV. Prin examenul rectal simțim proeminența gâtului ce apasă pe păretele sœu anterior; cu degetul nu putem atinge corpul uterului fiind fórté mult proectat înainte. Fig. 66 represintă anteversiunea.

**Etiologia.** După majoritatea autorilor, principala causă stă într'o involuție incomplectă saũ viciósă a uterului fie în urma facerilor, saũ avorturilor. In asemenea condițiunii uterul fiind fórté susceptibil a se infecta și inflama, dînsul fórté ușor va fi atins de metrită. Dar atunci organul mărindu-se de volum mai ales către fund și devenind mult mai greú, va cădea înainte, grație maleabilităței și lipsei de tonicitate.

Rolul ce jócă inflamația uterului în anteversiune este așa de manifest, în cât chiar și la virgine și nulipare acest proces este notat de toți autorii. In adevěr, metritele de orí ce natură ar fi sunt aprópe singurile ce s'aũ recunoscut capabile a produce anteversiunea împingënd corpul și fundul uterului fórté mult înainte. Și proba cea mai evidentă ar fi urmátórea: Se scie că semnul patognomonic al anteversiunei este o rigiditate escesivă a între-



gului organ. Dacă căutăm să îndoim în timpul explorațiunei bi-manuale uterul pe col, nu reușim. Dar această proprietate de sclerosă este aprópe exclusivă metritelor cronice. Mai există încă o cauză ce ar produce *anteversiunea simptomatică*. Acesta ar fi dezvoltarea unui fibrom în pǎretele anterior al uterului. Efectul e acelaș. Grație prezenței unei asemenea tumori, uterul basculéză înainte, se pune în anteversiune. Dar ligamentele rotunde ca și țesutul celulo-fibros vesico-uterin, încă pot prin retractiunea lor diatesică sau inflamatorie să producă acelaș fenomen de anteversiune de alt-fel fórte ușor de înțeles. Unii autori pentru a explica

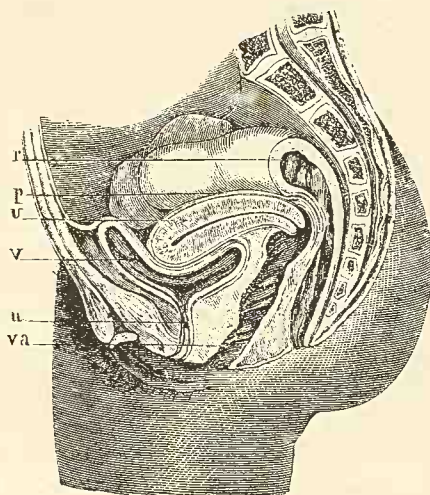


Fig. 66. Uter în anteversiune. *U* Uterul. *V* Bășica. *u* Uretra.  
*r* Rectul. *va* Vaginul. *p* Peritoneul.

ascensiunea colului înapoi și în sus — care une-orî e așa de mare în cât nu se póte atribui unei simple căderi a corpului uterin înainte, — au învocat o retractiune a ligamentelor utero-sacrale, grație dezvoltării unei parametrite posterioare.

**Simptomele.** De multe orî sunt negative. Rar avem casurî când femeile se plâng de tenesme vesicale sau rectale prin presiunea sau iritația bășiceii de fundul uterului orî al rectului de gâtul său. De obicei turburările urinare, sunt în special atribuite de Schultze unei congestiuni determinată de existența unei metrite. Cât privește faptul că anume femeii se plâng de dificultate în mers,

de tracțiunii abdominale și chiar dureri, acestea ar proveni din cauza unei enteroptoze, ce foarte adesea se constată concomitent cu anteversiunea.

**Diagnosticul.** În general foarte ușor. Situația gâtului și a corpului uterin constatate prin explorație digitală și bimanuală este suficientă. Cu toate acestea se poate pune întrebarea, dacă tumora ce se simte în fundul de sac anterior al vaginului este în adevăr corpul uterului, un fibrom, sau alt proces inflamator. În cazul când uterul e mobil, lucrul este ușor: n'avem de cât cu degetele să cu o pensă cu dinți să tragem de gâtul uterului pentru a ne da imediat semn de situație. La rigóre putem recurge și la explorațiunea cu isterometru dându-i curbura necesară. Atunci când anteversiunea e fixă, de sigur dificultățile sunt mari și câte o dată chiar imposibile. În cazul acesta vom recurge la antecedente, modul aparițiunei bólei, etatea bolnavei și alte amănunte ce ne vor fi de mare folos. În regulă generală, anteversiunea se deosebește de stările inflamatorii acute, prin evoluțiunea sa lentă și cronică. Un singur caz există citat de anteversiune acută cu fenomene de strangulațiune, datorit lui Edwards. Este vorba de o femeie care în urma unui *rău de mare*, a fost coprinsă în mod brusc de vărșături opiniatre, datorite unei simple anteversiuni acute.

Este inutil a insista asupra diferencierii unei anteflexiuni de anteversiune. Existența unui unghiū între gât și uter în nivelul istmului, este tot ce poate fi mai demonstrativ. Semnul acesta sub nici un cuvânt nu se va găsi în anteversiune; aū continuitatea între gât și corpul uterului este perfect în linie dréptă.

**Tratamentul.** Dându-se că adesea, după cum am arătat, concomitent cu anteversiunea există o enteroptosă, grație căria ansele intestinale apasând pe fața posterióră a uterului agraveză situația, s'a instituit ca tratament paliativ anume cingători abdominale. Ele aū de scop ca ridicând fundul uterului și masa intestinală, să suprimă agentul comprimant. Asemenea aparate bine confecționate și bine aplicate, dau de multe ori foarte bune rezultate.

S'a recomandat, și chiar azi este în practica curentă, întrebuințarea unor anume instrumente numite *pesare* (inele). Prin ele ne propunem a reduce deviațiunea și a o menține în noua sa pozițiune. Cel mai vechi este acela al lui Dumonpalier. Dînsul însă având o formă rotundă ca un inel, nu îndeplinește cerințele dorate; el nu face de cât a întinde fundurile de sac fără a reduce corpul uterin. Pentru acesta s'aū inventat inele speciale. Cel mai

principal este al lui Hewitt a cărui formă și aplicațiune se vede în fig. 67 luată din Pozzi.

Folósele pesarelor de multe ori sunt iluziuni. Adesea bolnavele le refusă din cauza durerilor, iar medicii le evită din cauza inflamațiilor și infecțiilor ce pot produce.

Tratamentul cel mai logic este a combate metritele și inflamațiile peri-uterine, cari sunt factorii principali ai anteversiunei. Decî raclagiul, repaosul, băile calde de șezut, injecțiunile vaginale și clismele, dau efectele cele mai bune. Pentru detalii trimitem la tratarea metritelor.

Dar adevăratul tratament logic și radical ar fi de sigur laparatomia. Prin acésta, dislocând uterul și fixându-l de abdomen, am îndeplini cel mai bun scop. Contra indicația ar fi cu privire

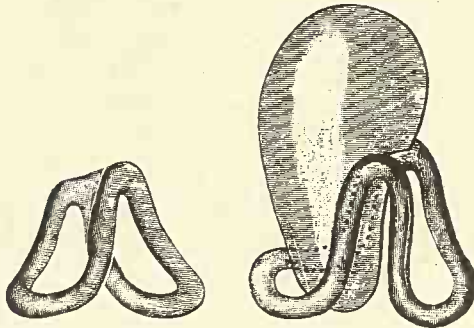


Fig. 67. Pesar în formă de leagăn al lui Grailly Hewitt.

la femeii tinere, capabile de a rămâne gravide. În acest caz s'ar putea imputa că isteropexia va deveni o cauză de avort sau distocie. Vom reveni.

Mai există o operație numită a lui Sims, dar care e foarte problematică și aproape scósă din uz. Autorul se baséză pe faptul că în momentul când tragem colul înainte cu o pensă către vulvă, spre a reduce anteversiunea, se constată mai multe îndoituri pe păretele anterior al vaginului. De aci ideia de a scurta acest părete prin avivarea, iar apoi sutura marginii unei asemenea îndoituri. Acésta este operația lui Sims.

**B. Anteflexiunea.** Am arătat deja că situațiunea normală a ute-



rului nu este numai o anteversiune absolută, ci însoțită de o ușoară flexiune înainte. În adevăr, dacă plimbăm degetul de la buza anterioară a colului dirijându-se către fundul uterului, păstrând fața anterioară a organului, simțim că această linie nu este perfect dreaptă, ci prezintă în dreptul unirei corpului cu colul, adică al istmului, o ușoară curbă cu concavitatea înainte. Aceasta formează *semnul de anteflexiune normală*. Ei bine, ori de câte ori unghiul acesta se va găsi mai pronunțat, vom dice că avem a face cu o anteflexiune patologică. Lucrul se vede în Fig. 68.

S'a căutat a se stabili diferitele grade de flexiuni după mărimea sau micșorimea acestui unghi. Flexiunea cea mai ușoară sau de primul grad este când unghiul rămâne cât se poate mai

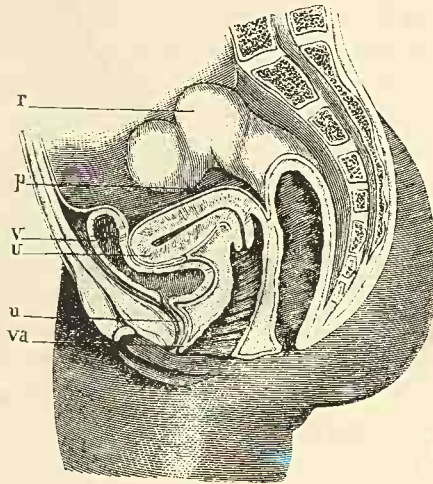


Fig. 68. Uter în anteflexiune. *U* Uter. *V* Bășica. *u* Uretra. *r* Rectul. *va* Vaginul. *p* Peritoneul.

mult obtus, căci pe atât se va apropia de starea normală. Gradul al II-lea este când unghiul din obtus devine drept, iar gradul al III-lea când unghiul devine foarte ascuțit.

Producerea acestui unghi este determinată sau numai de flexiunea corpului pe gât, sau din contra a gâtului pe corp, ori din flexiunea reciprocă a ambelor aceste organe. Dar ori cum ar fi, partea principală și semnul patognomonic al flexiunilor este constatarea acestui unghi, fără de care ele nu pot exista.

Nu este însă suficient numai atâta. Se cere ca o condițiune indispensabilă, că acest unghiū să rămăe fix și invariabil. Cu alte cuvinte că noi ori cât ne am sili prin presiuni pe uter sau pe col, să nu putem reuși nici a mări, nici a micșora acest unghiū. Și în adevăr acésta este punctul principal ce forméză baza flexiunilor: ca întregul gât împreună cu corpul în punctul unde se îndoesce să fie așa de rigizi, întocmai ca o bară de fier ce s'ar opune la ori-ce modificare a acestei îndoiturī, refuzându-se ori-cărei manopere sau sforțării din partea noastră. Și drept probă că lucrul este ast-fel, avem încercările ce s'aū făcut chiar pe cadavre. În adevăr, scoțându-se un uter anteflexat și puindu-se pe masă, nu numai că reducerea s'a obținut cu forțe mare greutate, dar faptul principal este că după îndreptare, lăsându-se organul liber, și-a reluat pozițiunea lui ca și cum o córdă de oțel ar fi tras corpul către gât.

Dar în ce constă propriū zis anteflexiunea?

După Gaillard Thomas, avem trei categorii de flexiuni: *corporală*, *cervicală* și *cervico-corporală*.

Flexiunea corporală este când gâtul uterului își păstréză situațiunea și direcțiunea sa normală; singur corpul uterului înaintează mai mult înainte către simfisa pubienă, determinând astfel o îndoitură sau un unghiū mai mare sau mai mic în dreptul istmului.

În flexiunea cervicală din contra, corpul uterului rămăne în locul său normal și numai gâtul se îndoesce, dirijindu-se înainte către perețele anterior al vaginului, formând iarăși același unghiū în dreptul istmului.

În fine flexiunea cervico-corporală este când simultaneū și corpul și gâtul se dirijéză înainte tinđend a se apropia unul de altul, determinând de asemenea același unghiū în dreptul istmului.

În fig 69, 70 și 71 se vėd aceste stări, se arată aceste diferite grade de anteflexiune.

**Cause.** Există anteflexiuni *congenitale* și *dobândite*. Cele *congenitale* sunt forțe rari, și în ori-ce caz nu atrag atât atențiunea ca cele dobândite. Ba ce e mai mult, unii chiar le négă cu desăvêșire. Schültze însă a emis o teorie, care de și combătută, totuși și azi are curs în știință. Dînsul susține că la noile născute și până la perióda adolescentă, uterul împreună cu gâtul se află pe aceeași linie orizontală ca și vaginul. Mai mult, gâtul uterului este mult mai lung de cât restul corpului, iar vaginul forțe

scurt. În perioada adolescenței, când se produce o lărgime a basinelului și o dezvoltare a tuturor organelor, și când uterul în virtutea legei fiziologice, și desigur prin acțiunea sinergică a ligamentelor rotunde și a țesutului celulo-fibros vesico-uterin, trebuie să se ridice dirijându-se către simfiza pubienă, gâtul uterului trebuie și el să urmeze această mișcare de basculă dirijându-se înapoi, să flectându-se foarte ușor înainte.



Fig. 69. Anteflexiune corporală.



Fig. 70. Anteflexiune cervicală.

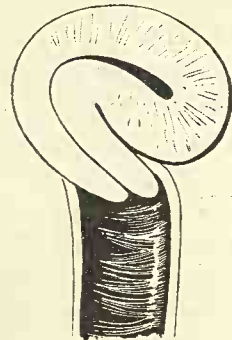


Fig. 71. Anteflexiune cervico-corporală.

Dacă însă ne închipuim că vaginul rămâne scurt, iar gâtul uterului lung, dînsul nu va urma această mișcare, ci va rămâne fix. Atunci fiind silit numai corpul să înainteze, el se va îndoi pe gât și va produce ast-fel anteflexiunea. Probă că lucrul ar fi ast-fel, este că la femeile purtătoare de această stare patologică, se conservă caracterele fetale ale gâtului uterin, adică orificiul extern mic, corpul lung și conic și cu o dezvoltare exagerată a buzei anterioare, luând numele de gât tapiroid, după asemănarea ce ar avea cu botul unui animal de mare numit Tapir. În plus vom constata o atrofie a părții anterioare al uterului, care uneori se însoțește și de atrofia părții corespondent al gâtului uterin. Se citează un singur cas dat de Winckel, unde se constată atrofia părții posterioare al uterului, cel anterior fiind mărit de volum.

Acăsta ar fi adevărata cauză a anteflexiunii congenitale. Noi ne permitem a crede că e posibil a invoca drept mecanism al acestei afecțiuni o atrofie sau poate chiar absența ligamentelor



utero-sacrale. În adevăr, aceste ligamente lipsind, gâtul uterului nu are de cine să fie tras înapoi, și prin urmare rămânând locului, atunci numai corpul, rămas sub influența ligamentelor rotunde, este tras înainte, flexându-se pe gât; de aci anteflexiunea. Dar ori-cum ar fi, un lucru rămâne constant că, femeile posesoare de anteflexiune congenitală, sau după Martin, *puerilă*, ne oferă și alte fenomene de lipsă de dezvoltare organică. Ele sunt reprezentate prin mamele mici, talie scurtă, trompele și ovarele subțiri și lunguete, etc., și în fine prin toate caracterele de infantilism.

**Anteflexiunile dobândite.** Toți autorii sunt de acord a recunoșce drept cauză unică a acestei afecțiuni, o stare de imuere sau ramolire a porțiunii colului în punctul de unire al corpului cu acest organ, adică în dreptul istmului.

În momentul stabilirei menstruelor, când uterul devine mai succulent, dacă tînăra fată nu ia precauțiuni igienice, abținându-se de la oboseli, sărituri, dans, velociped și ori-ce alte cauze ce ar avea de efect să congestioneze sau să inflameze uterul, acest organ, devenind mai greu și având deja punctul în dreptul istmului mai ramolit, dînsul cu ușurință se poate inclina în mod exagerat înainte și să constituie ast-fel anteflexiunea. Mai târziu, când femeea se mărită și în special dacă devine mamă, cauzele de inflamațiuni și infecțiuni devenind mai numeroase, anteflexiunea se observă și mai des. Nu e nimic în adevăr care să predispuie pe femeie la această infirmitate, de cât facerile și avorturile. Nu numai prin aceia că ele produc o ramolire a organului, dar și prin metritele puerperale, involuțiunile incomplete, și mai cu deosebire prin rămânerea de resturi placentare. Toate acestea producând o inflamațiune și aducând o îngroșare a păretelui posterior al uterului, corpul organului devenind mai greu, ușor se va îndoi în dreptul istmului, puindu-se în anteflexiune. Dacă la acesta mai adaogăm și inflamațiunile uterine, avem noui factori ce favorisază afecțiunea de care ne ocupăm.

Schultze pune mare preț pe inflamațiunea și retractiunea consecutivă ligamentelor utero-sacrale numită parametrită posterioară. Efectul lor însă după noi, este de a atrage cu putere gâtul uterului înapoi, prin care ne explicăm situațiunea câte odată exagerată a acestui organ, ce une-ori abia îl putem atinge cu degetul în vagin. Dar rezultatul ar fi o anteversiune exagerată, iar nu flexiune.

**Simptomele.** Depind de gradul flexiunei: când nu e exagerată

femeile nu se plâng de nimic. Dacă însă unghiul de flexiune devine drept sau ascuțit, turburările în menstruație nu întârzie să apară. Ele sunt manifestate prin neregularități și scurgeri sanguine puțin abondente. Mai mult, dacă avem a face cu flexiune cervico-corporală intensă, e posibil că lumina cavității uterine să fie complet ștersă în dreptul istmului, prin lipirea intimă a părților organului. În acest caz putem avea amenoree și chiar ematometru, prin acumularea exagerată de menstrue în cavitatea uterină.

Durerile în menstrue sunt atribuite de unii la contracțiunile violente ale uterului, care caută a da afară cu forța lichidele acumulate în cavitatea sa. După alții, ele rezultă din compresiunea firelor nervoase, prin faptul congestiunii sale chiar a unor nevrite. În afară de acesta, mai putem întâlni dureri proprii unor inflamațiuni intra sau peri-uterine, precum și din partea anexelor ce nu rare-ori însoțesc sau chiar sunt factorii producători ai anteflexiunii.

**Diagnosticul.** Din cele arătate e foarte ușor a recunoște anteflexiunea, și a determina cu ce anume specie avem a face.

Vom arăta cu alte cuvinte dacă flexiunea e cervicală, corporală sau cervico-corporală. Casurile sunt foarte rare, de a întâlni flexiuni coprinzând corpul sau gâtul. Se citează în adevăr observațiuni unde unghiul de flexiune în loc de a fi în dreptul istmului, se găsește chiar pe un punct oare care al corpului uterului, sau al gâtului. Acestea le-am putea numi *flexiuni parastimice*.

În afară de aceste cazuri excepționale, diagnosticul e ușor. Rar vom fi chemați a deosebi o anteflexiune de un corp fibros dezvoltat în părțile anterior al uterului, sau de o indurațiune inflamatorie, situată în fundul de sac-vesico-uterin.

Antecedentele, modul aparițiunii bôlei, starea bolnavei, etc., vor trebui cu scrupulositate luate în considerațiune. Putem recurge la examenul cu isterometru, pentru a determina adâncimea cavității uterului; este știut importanța ce are în miomé faptul că tot-d'a-una cavitatea uterină e mărită. Trebuie însă să fim cu multă băgare de seamă în această explorațiune. Vom da curbura necesară isterometrului după gradul flexiunii, căutând pe cât posibil a obține reducerea prealabilă prin mijloace apropiate. Să nu uităm că țesutul uterin e foarte ramolit și cu totul subțiat în dreptul istmului, așa că în mod foarte ușor și pe neștiute putem determina o perforare la cea mai mică imprudență.

Nu vom uita iarăși să explorăm bășica udului, golindu-o și asigurându-ne de conținutul său.

**Tratamentul.** Aci avem aprópe aceleași indicațiuni ca și în anteversiuni. Cingători speciale, pesare, tratamentul metritelor, parametritelor prin mijloce apropiate, etc., etc., lucruri inutile de insistat asupra lor.

Pentru anteflexiunile congenitale s'a căutat a se reproduce o redeșteptare a activității vitale a organului, prin dilatațiunea lentă și progresivă a uterului. Se ajunge aci fie cu dilatatóarele lui Hegar, sau bastonașe de laminaria bine asepsitate, ce se pot lăsa una sau mai multe zile în loc. S'a recurs și la alte instrumente rigide prin cari în acelaș timp se drenază și se reduce tot-d'o-dată uterul. Fehling a imaginat o tije de sticlă în formă de tub provădută cu mai multe găuri, care umplându-se cu iodoform se introduce în uter. Acest instrument e lăsat în loc luni întregi; el nu cade căci este susținut prin introducerea mucóseii ce se îmbucă în găurile de cari e provădut. Vulliet a inventat o tije elastică de os de balenă, iar alții de cauciuc.



Fig. 72. Tija lui Lefour.

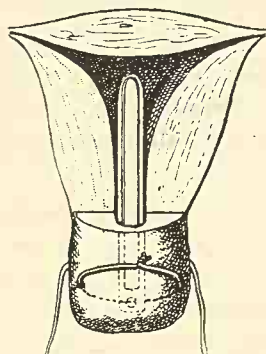


Fig. 73. Introducerea tijeii.  
Fixațiunea de gâtul uterului.

Lefour recomandă o tije de aluminium, care introdusă în cavitatea uterină prealabil dilatată sau chiar răzuită, este fixată în dreptul gâtului cu un fir de argint așa precum arată fig. 72 și 73 din Legueu.

S'a recomandat iarăși diferite operațiuni pe gâtul uterului, constând în scarificațiuni, incisiuni sau ablațiuni a mucóseii. Noi



vem mai multă încredere în amputațiunea totală a porțiunei vaginale a gâtului, patronată deja de Lisfranc și susținută cu multă tărie de Braun, că fiind unica operațiune, capabilă de a aduce o descongестиune a uterului. Decî în casuri când flexiunea e dobândită și rezultă din diferite stări inflamatorii cronice, această operațiune are toate indicațiunile.

Dacă avem aface cu o flexiune cervicală pronunțată însoțindu-se de sterilitate, s'a recomandat deschiderea largă a orificiului extern prin incisiuni bilaterale ale colului. Unii au mers chiar până la ablațiunea complectă a buzei posterioare.

Tratamentul cel mai logic și radical ar fi laparatomia. O dată abdomenul deschis, reducem flexiunea; la rigóre nu am ezita a fixa uterul de abdomen prin unul sau două puncte de sutură dupe cum deja Laroyenne a făcut în 1894. Thiriar din Bruxel a imaginat o operațiune foarte ingenioasă, dându-i numele de cunei-hysterectomie. Dînsa constă în aceea că, odată abdomenul deschis examinăm cu atențiune fața posterioară a uterului. Atunci în dreptul unghiului ce-l forméază corpul cu gâtul, ridicăm un lamboü fie eliptic sau în formă de cui, mergînd până la mucósă. Dacă după aceea coaptăm marginele suprafetei sângereînde în sens transversal, fundul uterului este în mod forțat tras înapoi; dar prin acesta în mod forțat se reușese a corige deviațiunea. Operațiunea acesta de și logică totuși nu sunt publicate multe casuri și nici chiar chirurgii nu s'au pronunțat de eficacitatea sa. Această operațiune practică pe părilete anterior a fost aplicată de D-nu Prof. Toma Ionescu la tratamentul retro-deviațiunelor. Alții recomandă pur și simplu ridicarea unui lamboü din părilete posterior al uterului din ori-ce punct; destul numai ca prin el să scurtăm acest pärete care tot-d'a-una e mai lung ca cel anterior. Acesta e operația lui Abbot și Nourse.

## § 2. Deviațiunile uterului înapoi.

În acest capitol de retrodeviațiuni intră două categorii bine distincte și anume: *retroversiunea* și *retroflexiunea*.

Caracteristica acestor deviațiuni este că pe când anteversiunea și anteflexiunea reprezintă o exagerațiune a unei stări normale a uterului, aci din contra avem a face cu un adevărat proces morbid; el constă într'o răsturnare cu totul inversă a pozițiunei fiziologice, adică a staticei uterine. În adevăr și într'un

cas și în altul, fundul uterului părăsind raportul său cu simfisa pubienă și bășica udului, el cade înapoi așezându-se în cavitatea lui Douglas și puindu-se în contact cu părțile anterior al rectului.

Descrierea retro-deviațiunilor aproape se calcăză după aceea a deviațiunilor înainte, însă invers.

Retroversiunea este o mișcare extrinsecă a uterului, în jurul unei axe transversale trecând prin dreptul istmului. Acastă mișcare se petrece în totalitatea organului. Nimic nu este schimbat în privința rectitudinii liniei ce unește gâtul cu corpul. Este o simplă transmutare de loc. Ast-fel pe când corpul uterului se așază înapoi; gâtul se duce înainte și în sus, în proporție cu coborîrea uterului. Gradul cel mai ușor de retroversiune este când uterul prin fundul său vine în dreptul axei strimptorei superioare a basinului său trece puțin dincolo de dînsa. Pe măsură ce uterul peregrinăză înapoi, pe atât gâtul său se dirige înainte trecând de axa vaginului. In casurile extreme gâtul este așa de mult respins în sus, în cât se ascunde sub simfisa pubienă și devine imposibil de găsit. Atunci fundul uterului apasă direct pe rectum, puindu-se în contact chiar cu vârful coccyxului. Intre aceste două limite există grade diverse de retroversiune.

S'a căutat a se stabili anume clasificățiunii. Ast-fel retroversiunea de gradul întâi este atunci când colul și uterul s'ar găsi ca și la fet pe aceeași axă a vaginului. In cazul acesta fundul uterului ar privi către ultimele două vertebre lombare. Gradul al II-lea ar fi când fundul uterului lăsându-se mai jos și înapoi, ar privi către primele două vertebre sacrale. In acest cas gâtul uterului urmând mișcarea de basculă a corpului, se ridică în sus și înainte de axa vaginului, cu care ar face un unghiū ascuțit. In fine gradul al III-lea este când fundul uterului se lasă cu totul în jos și înapoi; el umple cavitatea lui Douglas, atingând chiar vârful coccyxului. Gâtul fiind diametral opus cu fundul, va tinde să ia o direcțiune verticală cu axa vaginului formând un unghiū drept; el deci atinge simfisa pubienă mergând chiar până a se ascunde sub dînsa.

Retroflexiunea își păstrază caracterele ca și anteflexiunea. Adică, aci e vorba de o îndoire a corpului uterin pe gât la nivelul istmului. Fenomenul se produce întocmai analog ca și cum o ușă prinsă în balamale s'ar apropia sau depărta de tocul său.

In retroflexiune uterul urmază aceeași cale ca și retroversiunea, fundul său putend privi succesiv către vertebrele lombare, sacrale sau coccyx.

Punctul cel mai esențial al acestei deviațiuni este că gâtul sub nici un cuvânt nu-și mai păstrează rectitudinea în raport cu corpul. Dînsul tot-d'a-una va forma un unghiū mai mare sau mai mic și tot-d'a-una cu deschiderea în jos și înapoi.

Fig. 74 și 75 sunt modele de retro-deviațiuni.

**Mecanismul.** Am arătat de la început că uterul se găsește într'o pozițiune variabilă prin dispozițiunea ligamentelor sale. Când dar bășica udului își mărește capacitatea prin acumularea de urină, dînsa respinge uterul înapoi, grație elasticității ligamentelor rotunde ce permit acéastă deplasare. Dacă însă integritatea ligamentelor nu este atinsă, imediat după golirea bășicii, uterul iarăși e adus în starea sa normală. In cazul contrariū,

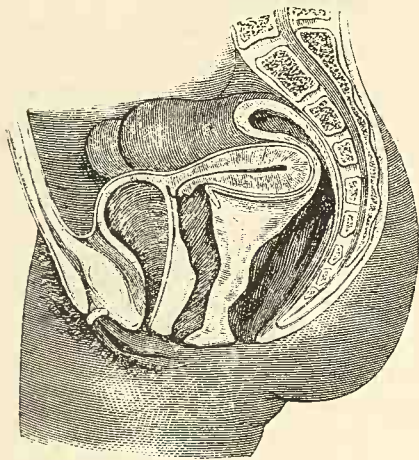


Fig. 74. Uter în retro-versiune.

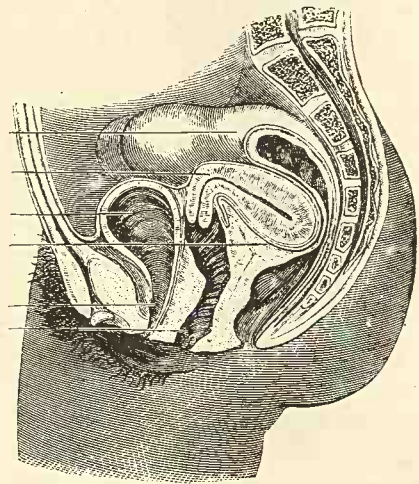


Fig. 75. Uter în retro-flexiune.

uterul îndată ce trece de axa strîmtoarei superioare a basinului, imediat ce bășica s'a golit, atunci ansele intestinale se interpun între aceste două organe. Ele apăsând pe fața anterioară a uterului, îl respinge înapoi, făcându-l să trecă prin diferitele grade de retroversiune.

Dacă am presupune că la etatea de pubertate vaginul nu a urmat evoluțiunea dezvoltării fiziologice, și a rămas scurt ca și în starea infantilă; și dacă în același timp și ligamentele rotunde sunt slabe pentru a aduce uterul înainte, formând anterversi-



unea pe care am studiat'o, atunci organul supus la aceeași presiune a anselor intestinale, fundul său cade înapoi. Gâtul, din cauza scurtimei vaginului, neputându-se ridica în sus către pubis, el va rămânea locului: deci numai corpul uterului se va îndoi pe gâtul său, și va constitui ast-fel retroflexiunea congenitală, sau după Schültze, care a și invocat acest mecanism — *flexiunea infantilă*. Dar retrodeviațiunile congenitale sau infantile sunt cu totul excepționale. Ele tot-d'a-una sunt dobândite.

De sigur sunt o mulțime de cauze care pot provoca retrodeviațiunile, fie de versiune sau flexiune. Orice tumoră liquidă sau solidă de un volum respectabil, ce s'ar desvolta între bășică și uter, poate fi capabilă să respingă uterul înapoi și să-l pue în retrodeviațiune. El va lua pozițiunea de retroversiune, dacă țesutul organului la nivelul istmului este destul de rigid; în cazul contrar, acest punct fiind ramolit, corpul se va îndoi pe gât și va determina retroflexiunea. De asemenea, închipuindu-ne desvoltarea unui proces inflamator acut în fundul de sac recto-uterin sau al lui Douglas, și dacă în urma acestei inflamații se va produce un țesut cicatricial cu putere retractilă, dînsul iarăși trăgînd de fundul uterului, îl va putea retroversa sau retroflexa după circumstanțe.

Dar toate aceste cauze ar rămânea poate fără efect, dacă ligamentele rotunde ar fi destul de puternice, în cât cu totă presiunea sau tracțiunea, ele să nu permită uterului a-și părăsi locul. Și adevărul este că acesta constituie cheia sau adevăratul mecanism al retrodeviațiunilor. Atât timp cât ligamentele rotunde își păstrează integritatea lor, deviațiunile înapoi nu se pot efectua. Și proba cea mai evidentă este că retrodeviațiunile mai tot-d'a-una sunt de origină puerperală.

În urma avorturilor și mai ales a facerilor, este știut că atât uterul, pe lângă creșterea sa enormă de volum, sunt și toate celelalte ligamente care se găsesc într'o stare de relaxare exagerată. E destul deci ca aceste organe să sufere o involuțiune imperfectă, pentru ca dînsese să-și piardă gradul de retractilitate, atunci uterul rămîind mai gros și mai greu, de sigur are să cadă cu cea mai mare ușurință înapoi din cauza slăbirei ligamentelor rotunde. În asemenea cazuri, chiar dacă involuțiunea uterului este efectuată, totuși el se va pune în retrodeviațiune, numai prin simplul fapt al unui rest de placenta rămas pe părțile anterior sau posterior, ori a desvoltării unui fibrom intersticial în aceste regiuni. O adăugire de greutate cât de mică,

va fi capabilă să împingă uterul înapoi, dacă ligamentele rotunde sunt lungite și slăbite. Până și însuși inflamațiunile endometriului sau parenchimului uterin, încă ajung la același rezultat, grație iarăși slăbiciunii acelorăși ligamente rotunde. Dar cea-ce demonstrează și mai mult lucrul acesta, este că retrodeviațiunile apar la femeile bătrâne, fără a se putea invoca nici una din cauzele arătate; cu alte cuvinte în afară de metrite, avorturi, faceri, fibróme, parametrite, etc., etc. La aceste femei unde cu înaintarea în vârstă, întregul organism intră în stare de regresivitate, ligamentele ca și întregul aparat de susținere al uterului, este supus la aceeași lege fiziologică. Prin urmare și ligamentele rotunde pierdându-și proprietatea contractilității prin atrofia fibrelor musculare, rămân nisece organe cu totul pasive. În asemenea condițiuni, uterul ușor se răstórnă înapoi. De aci și numele de *retrodeviațiuni senile*. În acest caz perineul ca și ridicătorul anusului fiind și dînșii coprinși de regresivitate, și ne mai putând oferi nici o rezistență uterului aflat sub influența presiunii intra-abdominale, el de odată cu retro-deviațiunea va tinde să iasă afară din vagin. Acesta ne și esplică fenomenul de asociațiune a retrodeviațiunilor senile cu prolapsul uterin.

În resumat conchidem că, toate retrodeviațiunile fie de versiune sau flexiune, recunosc drept cauză:

I. *Stări patologice inflamatorii uterine sau peri-uterine.*

II. *Că mecanismul intim stă în starea de lungire și slăbire a ligamentelor rotunde.*

Dacă țesutul uterin și-a conservat consistența, uterul se pune în retroversiune. Dacă din contra s'a determinat o ramolire a uterului în nivelul istmului, atunci corpul se va îndoi pe gât și ne va da retroflexiunea. Dar repetăm, că și într'un caz și în altul principalul rol îl jăcă ligamentele rotunde.

Pentru retroflexiune, Schültze invocă rețracțiunea ligamentelor utero-sacrale; ele trăgând uterul înapoi, ar putea să-l îndoiască pe gât, prealabil ramolit. Lucrul e posibil; în ori-ce caz însă, se cere și concursul ligamentelor rotunde, fără compleșența lor retroflexiunea e dificilă dacă nu imposibilă.

**Simptomele.** Dinsele constau în fenomene determinate de prezența uterului în fundul de sac al lui Douglas. Propriū vorbind, retrodeviațiunile prin ele însăși nu se însoțesc de nici un fenomen alarmant, mai ales dacă corpul uterului nu e prea mărit de volum. Și drept probă avem că în casurile de retrodeviațiuni congenitale sau infantile, afecțiunea prin nimic nu atrage

atențiunea bolnavei, afară cel mult de óre-care ușóre turburări în menstruație. Dar chiar și în retrodeviațiunile dobândite încă fenomenele pot fi negative.

Am constatat acest lucru la mai multe femei, pe cari examinându-le, de și am găsit retroflexiuni înaintate, totuși nu se plângeau absolut de nimic.

Ceea-ce însă determină suferințe mari bolnavelor, sunt leziunile anexelor, cari aprópe în mod inevitabil însoțesc și complică retrodeviațiunile. Ele sunt în adevăr cari produc sindromul uterin clasic, reprezentat prin dureri pelviene, lombare, la rădácina cópselor, dureri epigastrice, vărsături, cefalalgii, tuse uterină, nevralgii de tot felul până și însăși paraplegii. Leziunile anexelor sunt atât de constante, în cât nu-mi aduc aminte să fi întâlnit o retroflexiune, fără să nu fie însoțită de ovarită, salpingită, salpingo-ovarită, exudate peri-uterine, etc. Și iarăși nu-mi aduc aminte să fi întâlnit o retroversiune pură; tot d'a-una am avut aface cu retroversiuni complicate. Acésta încă odată demonstră că, adevăratul factor al retrodeviațiunilor sunt frecvențele inflamațiunii uterine sau peri-uterine, fie puerperale, gonoreice sau de cauză banală. Dinsele, determinând o ramolire a țesutului uterin, corpul acestui organ ușor se póte îndoi la nivelul acestui punct puindu-se în retroflexiune.

Conclusiunea este că, retrodeviațiunile necomplicate, chiar dacă se însoțesc de óre-cari simptome ce le sunt proprii, aparițiunea lor este cu desăvêrșire lentă și insidiósă. Nică o dată, retrodeviațiunea nu apare în mod sgomotos. Există numai singure două casuri de retrodeviațiuni brusce cu fenomene acute: unul se datoresce lui Schultze, unde aparițiunea bruscă a afecțiunei a fost determinată printr'un sfort, bolnava fiind silită să ridice o mare greutate; cel-alt cas este al lui Tillaux datorit unui acces de tuse sau vărsături.

Dar să presupunem că afecțiunea ar fi lipsită de orice complicațiune inflamatorie a anexelor, a parametrului, precum și de aparițiunea sa bruscă; dinsa încă póte avea o simptomatologie proprie. Ea va fi datorită exclusiv fenomenului de compresiune a corpului uterin, sau a situațiunei gâtului seú. Acest lucru stă în raport direct cu gradul de creștere de volum al organului.

Primul fenomen ce-l constatăm fie în cazul de retroversiune sau retroflexiune, este acel din partea rectului. Bolnava în prima linie se va plânge de o senzațiune de greutate ce simte în ba-



sin. Dînsa încercă dificultăți une-orî forțe mari, împiedicând-o d'a umbla. La acesta se pôte adăoga dureri, datorite compresiunii plexului sacral. Alte dăți dînsa simte mîncărime sau iritație în ședut. Unele se plîng de o trebuință prea frequentă la defecație și fără efect. Altele din contră, de o constipație opiniatră. Acésta resultă din compresiunea ce exercită fundul uterului pe păretele anterior al rectului, pe care împingêndu-l către cel posterior îi micșoréză lumina. Câte o dată compresiunea e așa de mare, în cât păreții, aprópe se pun în contact. Atunci femeea e coprinsă de adevărate suplicii: defecațiunea tot d'a-una e incomplectă. Cu timpul bolnava cade într'un adevărat marasm ce simuléză cachexia cancerósă. Acésta însă e datorită unei absorbțiunii lente și progresive de toxine, căreia Barnes i-a dat numele de *Copremie*. Și dacă la acéstă stare mai adăogăm, că în urma defecațiunii femeile se plîng de scurgeri sanguine rectale, putem fi conduși a crede în existența unui cancer; în realitate însă e vorba de simple emoroide, rezultate din împiedicarea circulațiunii venóse, determinată de apăsarea corpului uterin pe rect.

În cazul de retroversiune, pe lângă aceste fenomene rectale, putem întâlni și fenomene analóge din partea bășicii udului. În adevăr, gâtul uterin fiind prea mult împins înainte și în sus către simfisa pubienă, el e capabil să determine o compresiune pe uretră, și ast-fel să dea nascere la disurii, polachiurii sau chiar retenție complectă de urină. Une-orî acéstă stare de lucruri e capabilă a produce ematurii prin mecanismul compresiunii. Starea congestivă în care se găsește bășica urinară — grație prezenței gâtului uterin — este susceptibilă de a căpăta cu forțe mare ușurință diferite inflamațiuni, mergênd chiar până la cistite purulente și gangrenóse. Pinard și Varnier citați în Legueu, au citat în speciale istita exfoliantă; ea apare mai cu deosebire la femeii atinse de retroversiunii ale uterului gravid.

Retro-versiunea cu o asemenea situațiune a uterului, pune pe femeie în imposibilitate de a procrea; de aci sterilitatea.

Turburările menstruale sunt comune cu ale retro-flexiunii. Ele ni se presintă sub diferite faze de: dismenoree, amenoree, iar une-orî menoragie.

În retroflexiune, fenomenele vesicale lipsesc, de óre-ce gâtul uterului este dirijat înapoi, formând cu corpul un unghiū cu concavitatea inferióră; decî el nu atinge întru nimic bășica. În schimb însa el adaugă la iritațiunea rectului, care împreună cu aceea a corpului, agravéză fenomenele.

Turburările menstruale însă pot fi și mai mari ca în retroversiune. În adevăr, dacă unghiul ce-l face gâtul cu corpule foarte ascuțit, pe atâta cavitatea uterină în nivelul istmului va fi micșorată. Dînsa pôte chiar să fie cu totul astupată, dacă gâtul se va pune în contact cu corpul. În acest cas, nu vom mai avea a face cu dismenoree, ci cu amenoree absolută. Resultatul pôte deveni desastros. În adevăr sângele menstrual acumulându-se din ce în ce în cavitatea uterului d'asupra obstacolului, el pôte cu timpul să dea nascere unui ematometru. Acesta la rîndul său, treptat va produce o dilatațiune pasivă a uterului, ai cărui pereți subțîindu-se din ce în ce sunt capabili la un moment dat să se rupă, și să dea nascere unei revărsări a conținutului în cavitatea peritoneală. Consecințele sunt excesiv de grave, dacă nu mortale. Din norocire casurile acestea sunt foarte rare; din contra, femeile de și dismenoreice, pot deveni gravide. Concepțiunea nu este împedicată, căci orificiul extern al gâtului fiind înapoi, străbateră spermatozozilor în uter nu e suprimată.

Beneficiul acesta însă de multe ori este ilusoriu, dacă nu chiar vătămător. Nimic în adevăr nu constituie un pericol pentru femei, de cât starea cunoscută sub numele de retroflexiune a uterului gravid. Și lucrul e lesne de înțeles, dacă ne închipuim că concepțiunea se face într'un organ în afară de pozițiunea sa normală și menținut aici, prin aderențe solide și inextensibile. Rare sunt casuri de retroflexiuni mobile. De aceea nisce asemenea concepțiuni n'ajung la termen; ele se termină mai tot-d'a-una fie prin avort natural, provocat, ori facere prematură.

Dacă din norocire graviditatea se efectuează pe o retroflexiune mobilă, atunci dînsa constituie un adevărat folos pentru bolnavă. Reducerea retrodeviațiunii se obține pe socotela evoluțiunii normale a gravidității; iar dupe facere, luând toate precauțiunile necesare ca involuțiunea uterului să se obție în mod normal, e posibil ca uterul să-și reia situațiunea sa fiziologică și ast-fel femeia să se vindece de o asemenea infirmitate în mod spontanat.

**Diagnosticul.** Se basază pe semnele fizice locale: ele singure sunt capabile a ne trăda retrodeviațiunile. Indoială nu încape; trebuie să ne gândim la diagnosticarea diferitelor grade ce am arătat. Dar acesta e foarte greu, mai ales în a precisa dacă fundul uterului se află în dreptul vertebrelor lombare ori sacrale. De alt-fel nici nu suntem des chemați pentru așa ceva, căci femeile ne simțînd nici o jenă, ele nu vin să se arăte medicului.

Pe de altă parte, aceste grade de retro-deviațiune, aprópe nici nu le întâlnim; cauza este că dînsele nu sunt stabile. Dar chiar presupunând că ar exista, durata lor încă este efemeră. În adevăr fundul uterului — în virtutea gravitației, a presiunii anselor intestinale pe fața sa anterióră, precum și a presiunii intra-abdominale — va căuta cât mai repede să se așeze în partea cea mai declivă a escavațiunii pelviene; el se va pune în retrodeviațiune de ultimul grad. Ajuns aci, întregul diagnostic constă în a recunósce, prin fundul de sac posterior al vaginului, prezența corpului uterin: acesta este unicul semn patognomic al afecțiunii. Decí absența corpului uterin înainte și prezența lui în fundul de sac posterior, constituie retrodeviațiunea. Introducând așa dară degetul în vagin, primul lucru va fi să atingem gâtul uterului, pentru a ne da sémă de situațiunea și locul ce ocupă. Aplicând apoi mâna pe abdomen, vom explora prin vîrfurile degetelor introduse înapoiul simfisei, dacă simțim fundul uterului și dacă mișcările imprimabile la gât se transmit punctului ce palpăm. Ne găsind acest lucru, vom dirige explorațiunea către fundul de sac posterior al vaginului. Vom examina în tóte detaliile tumora aflată aci, plimbând degetul pe tótă suprafața sa. Corpul uterului ni se va oferi ca o tumoră regulată, rotundă, netedă și ne durerósă — de nu va fi complicată de inflamațiuni peri-uterine sau anexiale. Pentru a afirma dacă acéstă tumoră diagnosticată uter, se află în retroversiune sau retroflexiune, ne vom servi de situațiunea gâtului.

În cazul întâi, gâtul uterului se va afla pe un plan diametral opus, adică dirijat înainte și în sus către simfisă și în linie perfect dréptă cu corpul tumorei; în cazul al II-lea, gâtul uterului cel mult va fi în axa vaginului, de și mai adesea va fi dirijat în jos și înapoi. Plimbând degetul pe fața sa posterióră vom constata o îndoitură în formă de unghi cu concavitatea inferióră; vîrfurile unghiului de o deschidere variabilă, va corespunde la unirea corpului cu gâtul în dreptul istmului. Faptul acesta e demonstrativ.

Mai trebuie încă să precisăm dacă acéstă retro-deviațiune este congenitală sau dobândită. În imensa majoritate a casurilor, retrodeviațiunile, după cum am arătat, sunt consecutive diferitelor procese inflamatorii. Vom cerceta decí cu scrupulositate antecedentele bolnavei, etatea și modul evoluțiunii bólei. Dar în afară de acésta, s'a dat două semne în favórea retrodeviațiunii congenitale. Unul aparține lui Le Dentu, iar altul lui Sănger. Le Dentu pretinde că pe linia mediană a feței posterioare a uterului



ar exista o creastă longitudinală, foarte manifestă și ușor perceptibilă. La rîndul sėu Sănger a arătat prezența unui rafeu pelinia mediană a fundului de sac anterior al vaginului, rezultând din fusiunea tardivă a canalelor lui Müller.

Bine înțeles, noi vom lua în considerație și scurtimea vaginului precum și lungimea prea mare a gătului, ca și forma sa tapiroidă; tóte la un loc pot veni în sprijinul ideei, unei retrodeviațiunii congenitale.

Dacă retrodeviațiunea e cu totul simplă, diagnosticul e ușor în urma constatăreii semnelor ce am arătat. Din nenorocire asemenea casuri sunt ca și excepționale. Din contra, regula este că retrodeviațiunea să fie imobilă sau cel mult mobilizabilă; mai nici o dată însă liberă. Trélat este acela care a introdus această clasificățiune.

Când uterul e înconjurat de aderențe solide în fundul basinelui, uterul este fixat în acest loc ca cum ar fi bătut în cue. Acesta represintă tipul unei retrodeviațiunii fixe, aderente. Dar să presupunem că aderențele, în loc de a fi largi și rezistente, ni se oferă sub aspectul unor fășii lungi, subtiri, filamentóse; și că ele ar pleca de la fundul uterului îndreptându-se către escavațiunea sacrală, pe păretele anterior al rectului, sau în părțile din prejur. In asemenea cas, aceste aderențe de și suprimă libertatea uterului, totuși dinsele fiind laxe, noi putem prin óre-cari manopere să învingem obstacolele — cel puțin atât cât trebuie pentru a imprima organului anume mișcări și a ne asigura de prezența sa. De aceia Trélat a numit această stare de retrodeviațiune mobilizabilă. Iar când nu constatăm nici un fel de aderențe, atunci avem retrodeviațiune mobilă.

Mai trebuie iarăși să precisăm dacă retro-deviațiunea este simplă sau complicată de leziunea anexelor, de relicate inflamatorii peri-uterine, orî de tumori fibromatóse ale uterului. Prezența ovarului, a trompei, orî a ambelor în fundul de sac posterior, dă nascere, la examenul cu degetul, la nisce dureri exquisite; în plus, aceste organe în general nu vor avea volumul uterului; ele aũ de obiceiũ mărimea unor nucî sau castane și vor fi escisiv de rar situate just pe linia mediană. Corpul uterului retrodeviat nici o dată nu va fi atât de dureros, iar fața sa posterioară va fi în continuitate cu unghiul format de gât. Pe lângă acesta, în cazul de anexită vom constata prin fundul de sac vaginal nisce fășii sau tracturi plecate de la gâtul uterului spre drépta sau stînga; ele ne indică cordóne de limfangite. Dar chiar de nu am

simți anexele, încă noi conchidem la existența de perimetrite, ori de câte ori vom constata dureri în fundul vaginului.

A doua chestiune ce ni se p $\acute{o}$ te pune este dac $\acute{a}$  tumora ce constat $\acute{a}$ m în basin prin fundul de sac vaginal, este uterul sau un rest al unui ematocel retro-uterin. Sciut este c $\acute{a}$  în ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  afecțiune, dup $\acute{a}$  resorbția p $\acute{a}$ rții liquide a s $\acute{a}$ ngelui, r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ne o mas $\acute{a}$  format $\acute{a}$  din coagulii ce cu timpul va lua caracterele unei tumori fibr $\acute{o}$ se solide. Aci j $\acute{o}$ c $\acute{a}$  mare rol antecedentele bolnavei. Retrodeviațiunea, afar $\acute{a}$  de cele dou $\acute{e}$  casur $\acute{i}$  ce am citat, vine în mod lent și cronic, ematocelul din contra apare brusc; el se însoțese de fenomene cataclismice și dramatice f $\acute{a}$ r $\acute{a}$  analog cu nici o alt $\acute{a}$  afecțiune. Pe l $\acute{a}$ ng $\acute{a}$  ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$ , este escesiv de rar ca tumora rezultat $\acute{a}$  dintr'un ematocel s $\acute{a}$  aib $\acute{a}$  regularitatea și consistența uniform $\acute{a}$  ce ne ofer $\acute{a}$  uterul. D $\acute{i}$ nsa ne va presenta puncte dur $\acute{i}$ , al $\acute{a}$ tura cu altele mai moi și unele chiar fluctuente. Apoi d $\acute{a}$ nd atențiune, putem percepe cu degetul o senzațiune particular $\acute{a}$  ca și f $\acute{a}$ r $\acute{a}$ marea unor bulg $\acute{a}$ ri de z $\acute{a}$ pad $\acute{a}$ ; d $\acute{i}$ nsa se datoresce fragment $\acute{a}$ rei de coagulii în unele puncte ale tumorei.

Ne mai r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ne iar $\acute{a}$ și a r $\acute{e}$ sponde dac $\acute{a}$  ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  tumor $\acute{a}$  nu aparține unui fibrom dezvoltat la baza ligamentelor larg $\acute{i}$ , în p $\acute{a}$ retele posterior sau fundul uterului. Lucrul e posibil. Dar printr'un examen minuțios vom deosebi fibromul de uter, ar $\acute{a}$ t $\acute{a}$ nd conexiunea sau independența sa cu d $\acute{i}$ nsul. În plus, caracteristica fibro-mi $\acute{o}$ melor este de a fi însoțite de scurgeri abundente de s $\acute{a}$ nge merg $\acute{a}$ nd p $\acute{a}$ n $\acute{a}$  la emoragii.

S $\acute{a}$  nu uit $\acute{a}$ m posibilitatea de a fi înșelați în mod grotesc, de prezența și acumularea materiilor fecale în rect; ele prin consistența lor ni se pot impune drept tumor $\acute{i}$  fibr $\acute{o}$ se, sau s $\acute{a}$  fie luate drept anexite, fibr $\acute{o}$ me ori restur $\acute{i}$  de ematocele. Grupurile de materii fecale înt $\acute{a}$ rite, numite sibale, se turtesc și se risipesc la o presiune convenabil $\acute{a}$  a degetului. Drept regul $\acute{a}$  general $\acute{a}$ , — precum deja am ar $\acute{a}$ tat în volumul III c $\acute{a}$ nd am vorbit despre stabilirea diagnosticului, — vom c $\acute{a}$ uta dac $\acute{a}$  circumstanțele ne permit, ca înainte de a procedea la examenul organelor genitale la femees $\acute{a}$  golim prealabil b $\acute{a}$ șica și rectul.

Pentru ca examenul nostru s $\acute{a}$  fie complet, va trebui s $\acute{a}$  uz $\acute{a}$ m încă de dou $\acute{e}$  mijl $\acute{o}$ ce și anume: explorațiunea digital $\acute{a}$  a rectului și introducerea isterometrului în cavitatea uterin $\acute{a}$ . Prin rect ne vom da s $\acute{e}$ ma de situațiunea fundului uterului. S $\acute{a}$  nu ne am $\acute{a}$ gim a ne opri la prima proeminență ce simțim prin rect: ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  va fi g $\acute{a}$ țul uterului. Vom împinge dec $\acute{i}$  degetul mult mai sus, în esca-

vațiunea sacrală; acolo vom putea să ne dăm séma de corpul uterului, de starea anexelor și diferite alte tumori aflate în fundul de sac a lui Douglas, fie ele independente sau în conexiune cu uterul.

Intrebuințarea isterometrului de sigur ne-ar fi de cel mai mare folos, în cazul când retro-deviațiunea va fi liberă și mobilă. În adevăr nimic mai sigur de cât faptul că, dacă instrumentul introdus în cavitatea uterină ar fi capabil ca prin o mișcare de basculă să ne aducă înainte tumora simțită în partea declivă a basinului, atunci lucrul rămâne clar că avem a face cu uterul; în cazul contrariu va fi vorba de un alt produs patologic, independent sau unit cu dînsul, după senzațiunea căpătată în timpul manipularilor. Nenorocirea însă este că aceste retro-deviațiuni mai tot-d'a-una sunt fixe sau prea puțin mobilisabile. Cu toate acestea, dacă circumstanțele ne permit, e bine a recurge la asemenea explorațiunii instrumentale. Vom lua însă toate precauțiunile de antisepsie; în special ne vom da bine séma de gradul curburei pentru a modela instrumentul în consecință și a înlătura gravele inconveniente de perforațiunii ce pot fi urmate de consecințe funeste. Primul lucru ce vom căuta va fi adâncimea cavităței uterine; știut este însemnătatea acestui lucru în cazul de a bănuî un fibrom. O adâncime mai mare ca 8—9—10 centimetri ne va pune în rezervă, dacă nu chiar a afirma un uter miomatos. Sunt unii autori și în special Delbet, care susține că această explorațiune cu isterometru, pentru a ne da toate beneficiile, trebuie făcută nu cu ajutorul speculelor precum este obiceiul, ci instrumentul să fie introdus avînd ca conductor degetul. Numai astfel susține autorul, noi avînd mîna stîngă pe abdomen sau un deget în rect, vom putea simți în toate detaliile mișcările ce am provoca în uter precum și o mulțime de alte semne apropiate. Dacă vaginul ar fi ocupat de specule, beneficiul acesta îl pierdem prin faptul că, retrodeviațiunea fiind mobilă, dînsa s'ar reduce prin aplicarea speculelor. Dar atunci isterometrul intră în mod normal în uter. Noi deci bazați pe acest fapt am susține, că tumora ce înainte se simția în cavitatea lui Douglas nu era uterul ci un produs de o altă natură; în realitate însă lucrul nu e exact. Odată preveniți, vom putea uza de orî-ce metódă; destul numai să scim a trage toate folósele necesari.

**Tratamentul.** Vom avea în vedere un singur scop anume, *să punem uterul la locul sîu normal*. Pentru a ajunge însă aci, sunt mai multe căi; ele constituie tot atâtea metode.



Chestiunea p $\acute{o}$ te fi considerat $\acute{a}$  din dou $\acute{e}$  puncte de vedere, dup $\acute{a}$  cum retrodevia $\acute{t}$ ia va fi mobil $\acute{a}$  sau fix $\acute{a}$ .

În cazul I-i $\acute{u}$  mijl $\acute{o}$ celele medicale ca și cele chirurgicale vor fi simple și f $\acute{a}$ r $\acute{a}$  nici un pericol; în cazul II-lea, ele vor fi mai complicate și înso $\acute{t$ ite de pericole. Și de  $\acute{o}$ re ce din cele descrise am v $\acute{e}$ đut c $\acute{a}$  retrodevia $\acute{t}$ ionile mobile constituie excep $\acute{t}$ ion $\acute{i}$ , conchidem c $\acute{a}$  tratamentul acestei infirmit $\acute{a}$ ți trebuie considerat ca f $\acute{o}$ rte serios: mai tot-d'auna vom fi sili $\acute{i}$ ți a recurge la laparotomie.

Dar s $\acute{a}$  revenim: Iat $\acute{a}$  o retroversiune sau retroflexiune cu totul mobil $\acute{a}$ . Ce vom face cu d $\acute{i}$ nsa? Trebuie  $\acute{o}$ re s $\acute{a}$  intervenim chiar și atunci c $\acute{a}$ nd bolnava nu s'ar pl $\acute{a}$ nge de nici o incomodare? R $\acute{e}$ sponsul este *da*. A accepta ar fi s $\acute{a}$  favoris $\acute{a}$ m apari $\acute{t}$ iunea diferitelor complica $\acute{t}$ ion $\acute{i}$  datorite devia $\acute{t}$ ion $\acute{i}$ ei în s $\acute{a}$ și, ori altor procese inflamatorii.

Am insistat în destul asupra turbur $\acute{a}$ rilor circula $\acute{t}$ ion $\acute{i}$  și modifica $\acute{t}$ ionile elementelor constitutive ale uterului, pentru a fi scuti $\acute{i}$ ți a sus $\acute{t$ ine fol $\acute{o}$ sele mari ce va avea o femeie, puindu- $\acute{i}$  uterul în pozi $\acute{t}$ iunea normal $\acute{a}$ . Cu ac $\acute{e}$ sta numai am scuti-o de fenomenele congestive, dismenoreice și iminen $\acute{t}$ a morbid $\acute{a}$  a aparatului s $\acute{e}$ u genital intern; prin ac $\acute{e}$ sta am preveni turbur $\acute{a}$ riile în trompeși ovare cauzate prin dislocarea lor ce este inherent $\acute{a}$  devia $\acute{t}$ ion $\acute{i}$ lor; iar apoi inflama $\acute{t}$ iile acestor organe, dezvoltare de aderen $\acute{t}$ e și at $\acute{a}$ tea alte procese patologice. T $\acute{o}$ te ar complica la extrem afec $\acute{t}$ iunea f $\acute{a}$ c $\acute{a}$ ndu-o cu totul fix $\acute{a}$  și p $\acute{o}$ te chiar sustr $\acute{a}$ g $\acute{a}$ ndu-o din domeniul artei.

Ni se impune dec $\acute{i}$  ca retrodevia $\acute{t}$ iunea cea mai simpl $\acute{a}$  s $\acute{a}$  c $\acute{a}$ ut $\acute{a}$ m a o vindeca. Principiul general const $\acute{a}$  în dou $\acute{e}$  puncte: I-i $\acute{u}$  a reduce devia $\acute{t}$ iunea și al II-lea a men $\acute{t$ ine uterul în noua sa pozi $\acute{t}$ iune fiziologic $\acute{a}$ .

*În reducerile spontanate și vindecarea prin sine în s $\acute{a}$ și a devia $\acute{t}$ ionilor* nu trebuie s $\acute{a}$  avem iluziuni mari. Mai înt $\acute{a}$ i $\acute{u}$  metoda e grea și la rig $\acute{o}$ re chiar indecent $\acute{a}$ . Se recomand $\acute{a}$  în adev $\acute{e}$ r a pune femeia în patru labe și a $\acute{i}$  da o pozi $\acute{t}$ iune cu capul în jos și șezutul în sus. Speran $\acute{t}$ a este ca uterul prin propria sa greutate resturn $\acute{a}$ ndu-se, s $\acute{a}$  vin $\acute{a}$  singur înainte. Solger în 1873, în scopul de a veni în ajutorul uterului, a propus introducerea un $\acute{u}$ i specul sau canul $\acute{a}$  în vagin ca ast-fel cavit $\acute{a}$ tea sa fiind larg deschis $\acute{a}$  prin deprimarea perineului, aerul s $\acute{a}$  aib $\acute{a}$  liber $\acute{a}$  intrare și s $\acute{a}$  contribuie și el prin greutatea sa la repositi $\acute{t}$ iunea uterului. Courty a dat numele acest $\acute{u}$ i fenomen de reducere spontan $\acute{a}$  și aerian $\acute{a}$  a

retrodeviațiunei. Dar cu greu o femeie s'ar supune la o asemenea gimnastică grosolană. Și dacă cel puțin nu i s'ar pretinde acest lucru de cât o singură dată, pôte ar mai merge. Când negândim însă la pretențiunea noastră de-a repeta manopera în fie-care și pentru un timp destul de îndelungat — până ce uterul s'ar desobiciunii de a'și părăsi poziția normală, înțelegem bine că oricare ar fi promisiunea noastră, rar s'ar găsi o femeie, capabilă să îndeplinească un asemenea sacrificiū ce atinge gradul de tortură. Tarnier voinde a îndulei óre-cum pozițiunea dificilă ce se cere femeiei, a ȃis — de sigur în glumă — că e vorba pur și simplu de a face în fie-care diminéta o rugăciune mahometană!

Nu știū însă dacă și la acéstă rasă retrodeviațiunea nu e tot așa de frecuentă, cu tótă rugăciunea lor (?)

Sfatul lui Pozzi că femeia să se culce pe o latură saū pe pânțele, iarăși cu scopul de a obține repositiția spontanată a uterului, a rămas o simplă vorbă.

Cel mai bun lucru deci, este ca într'o singură ședință să obținem reducerea precum și fixarea ei.

Vom prefera reducerea prin mijlocul mâinei și a degetelor. Indreptătorul metalic inventat de Trélat — destinat a fi introdus în cavitatea uterului, iar apoi apăsând în jos mânerul, vârful instrumentului să apese pe păriletele anterior al uterului împingând organul înainte către pubis — a căđut în desuetudine; el deja a fost părăsit de însuși autorul sēū.

Presupunđ deci o retroversiune, cum procedăm? introducem unul saū douē degete în vagin, dirigindu-le către fundul de sac posterior. Aci vom căuta să dislocăm corpul uterului respingându-l în sus și înainte. Pentru a înlesni și mai mult acest lucru, apucăm gâtul uterului de buza sa anterioră și-l tragem în jos. Dînsul fiind rigid, va îndeplinii întocmai funcțiunea unei pârghii ajutând la ridicarea uterului. Dar în timpul acesta, cea-l'altă mână a noastră e aplicată pe abdomen și caută a apuca uterul de fund și a'l trage către simfisa pubisului.

Imediat ce reducerea s'a efectuat, nu ne rămâne de cât a asigura contențiunea sa. Pesarele represintă singurele instrumente pentru acest scop. Cel mai în uz e acela al lui Hodge făcut din cauciuc întărit. Introducându-l în vagin, vom căuta ca gâtul uterului să intre în orificiul instrumentului; partea lătită și mai scurtă a pesarului se va așeza în fundul de sac posterior al vaginului; partea cea strîmtă și mai lungă — înainte, ast-fel precum se vede în fig. 76, 77 și 78 date de Pozzi.

Prin această metodă, dacă circumstanțele sunt favorabile, femeea e scăpată într'o singură ședință și cu folose destul de pal-

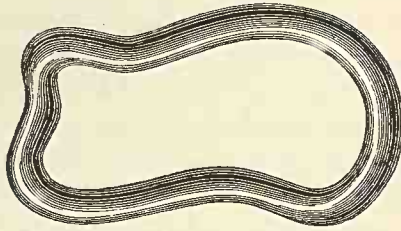


Fig. 76. Pesarul lui Hodge cu o scobitură anterioară pentru a evita compresiunea canalului uretrei.

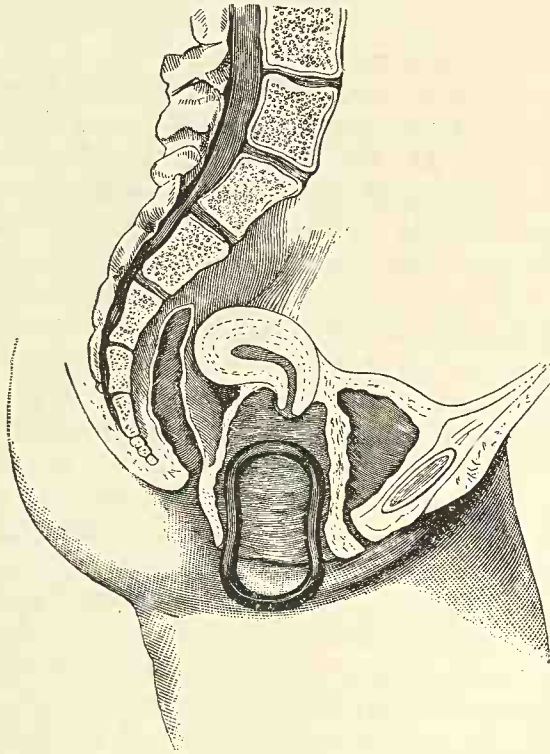


Fig. 77. Introducerea pesarului lui Hodge într'un cas de retroflexiune. Acesta trebuie să fie prealabil redusă.

pabile. Un singur inconvenient avem: sunt femeii cari nu pot suporta asemenea instrumente sub nici un cuvânt. In schimb



însă, sunt altele ce se găsesc foarte bine și mulțumite cu dînsele păstrându-le luni și chiar ani fără a le schimba.

Acesta este singurul mijloc medical ce reprezintă tratamentul paliativ al retro-versiunii ca și a retro-flexiunii.

**Tratamentul radical** al retrodeviațiunelor constă a ne adresa direct la cauza ce le-a dat naștere. Din cele arătate la mecanism și etiologie am văzut că, principalul factor constă în relaxarea și lungirea anormală a ligamentelor rotunde. Rolul ligamentelor

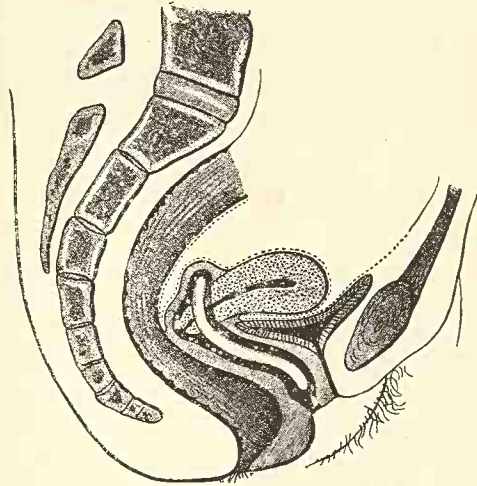


Fig. 78. Pesarul lui Hodge aplicat după reducerea prealabilă a retrodeviațiunii.

utero-sacrale ca și al ligamentelor largi fiind foarte neînsemnat, iar de unii chiar negat, nu avem nici un rost a ne adresa lor. Cu toate acestea s'a propus scurtarea îndoiturilor lui Douglas ca prin ele să se tragă gâtul uterului înapoi și ast-fel să reducă retrodeviațiunea. Acesta formeză operația lui Frommel. Rămâne deci a ne dirige într-aga activitate asupra ligamentelor rotunde. Și ce anume ne propunem? A le reda tonicitatea perdată e greu și chiar imposibil. Atunci s'a recurs la scurtarea lor căutându-se a le apropia de lungimea normală.

Există două metode pentru scurtarea ligamentelor rotunde: una *intra-peritoneală* și alta *extra-peritoneală*.

Din metoda *intra-peritoneală* vom descri ca fiind mai principale: Procedul lui *Wylie* și *Ruggi* (1889). El constă: abdomenul deschis, se apucă cu pensa ligamentul rotund ce se trage în

plagă. Se îndoește acest ligament pentru a se obține scurtarea dorită. După aceea se avivéză fețele uterine a acestei îndoiturii; ele apoi se pun în contact prin câte-va fire trecute prin grosimea ligamentului îndoit. Se trece apoi în partea opusă; aci procedându-se în acelaș mod operația e terminată. (Fig. 79).

Dudley a modificat puțin procedeul în sensul că ligamen-

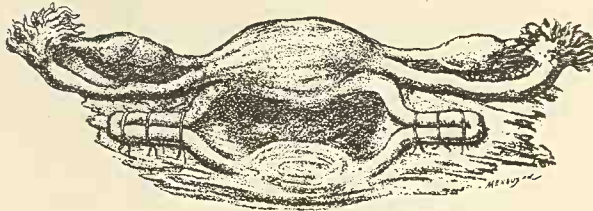


Fig. 79. Scurtarea ligamentelor rotunde (Procedeul lui Wylie).

tele o dată scurtate, le lipesc apoi de fața anterioară a uterului prealabil avivată. Fig. 80 din Legueu arată acest procedeu.

Metóda acéstă fórte logică, pare a fi dat bune rezultate: mai ales Franck, o apără și recomandă cu multă căldură.

### I. Metóda scurtărei ligamentelor rotunde pe cale extra-peritoneală.

Acésta constituie operațiunea lui Alexander. Francezii susțin că Alquié ar fi preconisat acest lucru încă din anul 1840. De asemenea Adams din Glasgow a pretins că și dînsul ar fi făcut acéstă operație. Faptul însă este că Alexander din Liverpool, e singurul care în 1881, a publicat patru casuri de operație: dînsa cu drept pörtă numele său.

Operația e fórte simplă și nu e înconjurată de nici un pericol. Are însă desavantagiul că e meticolósă și adesea infidelă. Ligamentele nu se găsesse tot-d'a-una cu înlesnire iar une-orî de loc, fiind reduse la simple fășii fórte subțiri. Altă dată lucru merge ușor într'o parte, dar greu în cea-altă.

În orî-ce cas, operația cere o mobilitate completă a uterului. De aceea mai rar o putem aplica în retrodeviațiunii unde mai tot-d'a-una există aderență; mai adesea se practică în prolapsul uterin, care de obicei e liber.

Principiul operațiunii constă în descoperirea ligamentelor rotunde la eșirea lor prin orificiul extern al canalului inguinal. O dată isolate, tragem de ele pînă obținem reducerea uterului deviat sau prolabat. Excesul de ligament se rezecă iar bontul rămas îl fixăm de stâlpi canalului. Pentru detaliile acestei operațiuni, recomandăm teza d-lui Dr. Varnaly făcută în 1888 asupra acestei chestiuni.

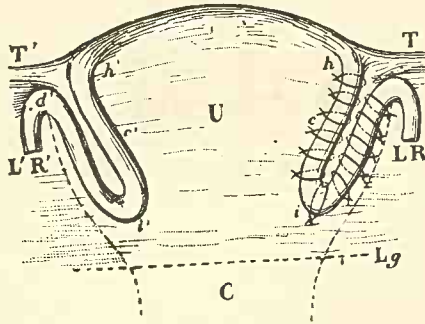


Fig 80. Scurtarea intraperitoneală a ligamentelor rotunde. (Procedeu lă Dudley).

## II. Mijloce operatorii directe asupra uterului.

Aci putem reuni tóte operațiunile sub trei categorii: *Cervixia vaginală*, *isteropexia vaginală* și *isteropexia abdominală*.

I. *Cervixia vaginală*. Prima idee ce a venit autorilor, a fost sugerată de faptul reducerii retrodeviațiunilor prin apăsarea făcută asupra gâtului în sens invers. Amussat a fost cel d'întăiu care prin 1830 a căutat să ajungă la acest rezultat pe o cale indirectă. El determina cu fierul roșu o plagă destul de largă în fundul posterior al vaginului. Dînsul spera că țesutul cicatricial ce înlocuia plaga după vindecare, ar fi capabil — grație puterii sale retractile — să tragă de gâtul uterului aducându-l înapoi; în timpul acesta corpul venind înaintea, reducerea s'ar obține de la sine. Tot condus de această speranță, Richelot tatăl a propus în 1868 o intervenție directă; dînsa constă în sutura imediată a colului de păretele posterior al vaginului.

Operația lui Nicoletis se face practicând mai întăiu amputația colului. După aceea fixăm părțile laterale ale buzei anteriore ale colului de păretele posterior al vaginului. Byford numește aceste operațiuni *metroclytorrhaphie*. Noi credem că e mai



corect numele ce am dat de *cervipexie vaginală* sau de voim *cervi elitrorafie*.

Acastă operațiune e foarte logică. Nu se pôte întrebuința însă de cât în retroversiuni cu totul mobile și în cari să existe o rigiditate foarte mare a colului în dreptul istmului; fără acésta, dînsul s'ar îndoi când l-am trage înapoi pentru a-l fixa de vagin. De aceia s'a recurs la :

II. *Isteropexia vaginală sau vagino-fixație*. Aci avem: a) operația lui Schücking. După ce am redus deviațiunea, luăm un ac curb provădut de un fir dublu. Trecem acul prin fundul uterului și îl scótem prin fundul de sac vaginal anterior; înodăm firul și operația e terminată. Cu tótă îngrijirea depusă, e posibil a ataca bășica dacă nu chiar vre-o ansă de intestin interpusă între aceste organe, de óre-ce lucrăm fără să vedem. Pentru acésta se preferă următorul procedeu.

b) Procedeul lui Dührsen. El constă a deschide fundul de sac al vaginei printr'o incisie transversală convenabilă, făcută în dreptul inserțiunei colului. Deslipim apoi cu fórfecele și cu degetul bășica de uter până ajungem la fundul de sac peritoneal pe care îl deschidem. Atunci aducênd uterul înainte cu ajutorul unui redresor și puindu'l în contact cu degetul explorator, trecem prin păretele seű anterior un fir în sens transversal pentru a'l avea sub mână și a'l trage înainte. După aceia aplicăm alte 2—3 fire d'asupra, dar acum în sens antero-posterior și anume: introducem un ac curb în lamboul vaginal superior la óre-care distanță de marginea sa mucósă și 'l facem să șerpuiască pe dedesuptul suprafeței sale sângerânde până la o înălțime de 1—2 c. m. Dupe aceia continuăm străpungând în păretele uterin în nivelul istmului și scótem vêrful afară. Punem un fir de mătase și tragem. Tot în modul acesta aplicăm încă 1—2 puncte. Strângênd firele, fața anterioră a uterului se pune în contact cu fața sângerândă a lamboului vaginal și operația e terminată. Rămâne bine înțeles ca primul fir transversal ce a servit de tracțiune îl tăem. Reunim apoi pe d'asupra plaga vaginală prin câte-va puncte cu catgut și lucrul e isprăvit. Trebuie recunoscut că adevăratul inventator al acestei operațiuni este—după cum am arătat—Schücking. Acest autor în 1888 a procedat ast-fel. Introduce un ac curb în cavitatea uterului; străpunge păretele seű anterior și iese prin păretele corespondent al vaginului. Pune apoi un fir, trage și în urmă légă în mod solid. De și autorul a practicat de 217 crî acastă operație fără nici un cas

mortal, totuși procedeul lui Dürhrsen e de preferat, căci prin el se vede mai bine ce facem. Totuși acestui procedeu se impută, că prin faptul fixării uterului de vagin s'ar produce dificultate în cas de graviditate.

De aceea Mackenrodt a propus ca uterul să se fixeze de bășică iar nu de vagin. De aci o nouă metodă numită *vesico-fixatie*. Principiul constă că, o dată ce am deschis fundul vaginului și am deslipit bine bășica, trecem firele prin părțile sevă posterior și cel anterior al uterului. După această strângem firele și operația e terminată. Restul ca mai sus.

*Le Dentu și Pichevin* au modificat puțin metoda prin următorul procedeu.

Se incisază în sens antero-posterior părțile vaginal de la meat până la col. Se separă despărțitoră vesico-vaginală deslipindu-se bine fundul bășicii de uter. Peritoneul deschis iar uterul adus în plagă, se menține cu fire sau pensă cu dinți. Atunci se trec în sens transversal mai multe fire prin uter și fața posterioară a bășicii; prin ele lipim ambele organe împreună. Inchidem plaga, facem pansamentul și totul e terminat.

Dacă această vesico-fixatie sau după cum o numim noi *stercocisto-pexie* ar avea avantajul de a nu împiedica uterul în evoluția sa în timpul gravidității, credem că în schimb nu constituie un mijloc solid cu privire la vindecarea infirmității. Și lucrul e lesne de înțeles dându-se mobilitatea organului de care se fixază uterul. Deci lipsiți și de perspectiva unei vindecări durabile, putem expune pe bolnavă la diferite accidente câte o dată foarte grave și chiar mortale; posibilitatea deschiderii rezervorului urinar, secțiunea ureterelor și infecție peritoneală, etc.

De aceea cei mai mulți chirurși au recurs la ultima metodă ea constă în fixarea directă a uterului de părțile abdominal, cu alte cuvinte la *istero-ventro-pexie*.

Cel d'întâiu care introduse această operație contra retrodeviației a fost Lawson Tait în 1880. Înaintea sa Koeberle, Klotz, Sims și Kelly au preconizat laparatomia. Ei însă se mărgineau a ridica una sau ambele anexe de obicei bolnave, iar apoi pediculul acestora îl fixa de abdomen în unghiul inferior al plăgei. Prin această se credea, că retrodeviația o dată redusă, uterul se menținea înainte, grație fixării pediculului anexelor extirpate. Dar Lawson Tait zice, este primul care trecu cu tot dinadinsul un fir de mătase prin fundul uterului și părții abdominale, puindu-l direct în contact unul cu altul.

Sunt mai multe procedee pentru a face isteropexia. Olshausen lipia de pãreții abdominali prin suturi, partea serosã din ligamentele rotunde și cele largi, cu saũ fãrã extirparea anexelor. Kelly din Philadelphia fixezã d'adreeptul ligamentele rotunde de abdomen în dreptul cõrnelor uterului.

Acest procedeu, fãrã sã fi avut cunoscința de al lui Kelly, l'am practicat pentru prima orã în țarã în 1888 la spitalul Philanthropia. A fost vorba de o femeie de 45 ani cu un prolaps total al uterului. Dupã laparatomie, am trecut acul Cooper prin ligamentul larg și sub cel rotund în dreptul cornului uterin; cu ajutorul unui fir gros de mătase trecut prin pãreții abdominali, cu excepție de piele, am fixat, strãngãnd în ansa firului, tõtã acestã grosime de ligament larg în care a intrat ligamentul rotund și porțiunea tubarã a trompei din nivelul cornului uterin. Acelaș lucru am fãcut și din partea opusã. Dupã un an am revãzut femeia absolut fãrã nici cea mai micã urmã de recidivã. Nici o durere și nici o genã în micțiune. Absențã totalã de menstrue.

Astã-đi toți autorii sunt de acord a recurge la isteropexie adicã la sutura uterului de pãreții abdominali.

Leopold prin 1888 a practicat cu deplin succes trei casuri de isteropexie fixãnd direct fundul uterului de abdomen.

Practica generalã actualã este ca sã nu se fixeze fundul, ci fața anteriorã a uterului de pãreții abdominali.

Procedeele cel mai respãndit și mai simplu și pe care tot d'a-una 'l am aplicat, este al lui Czerny. Iatã cum procedãm. Facem laparatomia. Introducem mãna în fundul basinului pentru a explora starea lucrurilor. Dupã ce am liberat uterul de aderențe, îl apucãm de fund cu o pensã mare cu dinți și 'l aducem în plagã. Atunci cu un ac Reverdin lung, trecem prin pãreții abdominali din drãpta, apoi prin substanța uterului strãpungẽndu-l de la o margine la alta și eșim prin pãreții abdominali din partea opusã respectãnd pielea. Punem încã 1—2 de asemenea puncte; strãngãnd firele lipim în mod perfect uterul cu abdomenul și operația e terminatã. Ridicãm pensa și închidem peritoneul prin alte cãte-va puncte d'asupra și sub pexie. Reunim tegumentele pe d'asupra prin fire profunde.

Punctul de fixare al uterului variază dupã volum și circumstanțe. Maximum de înãlțime la care am fixat uterul a fost de 7 cm. d'asupra simfisei, iar minimum de 3 cm.

Mai existã și alte procedee dar fãrã mare importanță. Astfel este acela al lui Terrier; el traversezã uterul de douã ori



scotînd și introducînd acul succesiv. Pozzi fixeză uterul cu o sutură cojocărească, iar Saenger trece firele d'adrechtul prin piele și uter.

Chestiunea principală este a se ști dacă această fixare e durabilă și apoi dacă dînsa nu aduce dificultăți în cas de graviditate.

Asupra primei chestiuni, am opinia mea personală ce voiți desvolta la prolapsul uterului.

Cît pentru cea de a doua, statisticele și observațiunile mai tuturilor autorilor aș arătat că, isteropexia nu are nici o consecință rea asupra gravidității. Și drept probă e destul a cita statistica făcută de Miländer în 1895 și reprodușă în Pozzi. Acest autor a reunit 74 cazuri de graviditate la femeii ce aș fost supuse la operația de gastro-isteropexie. Dintre acestea 65 aș născut la termen și în mod normal. Alte 8 aș născut de două ori, iar trei de trei ori. Trei aș avut facere prematură iar 6 aș avortat. Prin urmare în privința acésta discuție numai începe: isteropexia pôte fi făcută fără nici o grije. Ceea-ce se discută sunt mai mult recidivele; asupra acestui punct am să revin.

Mai este încă o chestiune. Este știut că retrodeviațiunile și în special retroflexiunea, aprópe tot-d'a-una se însoțesce de leziuni profunde din partea anexelor. În acest cas, dacă le extirpăm, mai este trebuința de a fixa uterul de abdomen? Unii susțin că nu, din cauză că prin tensiunea produsă în ligamentele largi în urma aplicării firelor în părțile laterale și nivelul córnelor uterine, și o dată retroflexiunea redusă, uterul s'ar menține în noua sa pozițiune; deci isteropexia e inutilă.

Eș știu un lucru că, nici-o dată n'am întîlnit retrodeviațiunii, fără mari aderențe și anexite unele plastice iar altele purulente. Câte o dată aveaș un volum aș de mare că formaș adevărate tumori, căroră le am dat numele de parartimatocel (*παρ'αρτήματα* = anexe și *κίλη* = tumoră).

În tóte aceste cazuri, după ce am extirpat tumorile și am liberat uterul de tóte aderențele, am practicat isteropexia prin unul saș două puncte de sutură.

Sunt contraprincipiului de isterectomie abdominală chiar și atunci când există vaste pungi purulente și nu se mai cunósce uterul din anexe. Eș tot-d'a-una am lăsat uterul în loc; îl fixez însă de abdomen, pentru a nu-î permite să se pue din nou în flexiune și să contracte nouă aderențe.

Ideia acésta am susținut-o și la congresul din Marsilia în tóamna anului 1898. În acea comunicare—reprodușă în acest volum—se vęd 16 observații tratate după acésta metóda a mea.

## Cap. XI. Prolapsul uterin.

Acéstă cestiune este de sigur una din acelea care a pasionat mai mult pe chirurgi. De la Hippocrate și până ađi, dînsa n'a încetat un singur moment să formeze obiectul de predilecție a autorilor asupra patogeniei dar mai ales asupra tratamentului său.

Prolapsul uterului — prin aspectul bizar cu care se manifestă la exterior — nu putea să nu atragă atențiunea celor mai vechi medici ai timpurilor. Probă despre acésta este, că însuși Hippocrate vorbește de dînsa. In adevăr, étă ce găsim într'o monografie a lui Denucé, din care extragem părțile ce ne interesază: „Când o femeie — zice Hippocrate — imediat după facere ridică greutatea prea mari pentru dînsa; când sparge lemne, când alérgă sau face orî-ce acțiune de acest fel, mitra este foarte mult expusă să cadă — câte o dată chiar cu ocaziunea unui strănut.“

Cu tóte că Denucé susține că prin aceste linii Hippocrate ar fi voit să înțelegă inversiunea uterului, noi credem mai probabil a fi vorba de prolaps, care e infinit mai frecuent ca inversiunea ce póte încă nu o cunoștea Hippocrate.

Dar dacă cuvântul imediat după facere a putut produce neînțelegere între inversie sau prolaps acut, următoarele linii sunt afară de orî-ce echivoc, cum că Hippocrate cunoștea foarte bine prolapsul; el indică și un mecanism de alt-fel foarte original. „Câte o dată orificiul matricei iese afară din părțile genitale precum și gâtul matricei; el se pune în contact cu vulva ce pe măsură se lărgește. Acest accident se întîmplă mai de obicei în afară de naștere (adică nu imediat) și provine mai tot-d'a-una în urma oboselelor. Femeea oboșindu-se, *mitra se încălzește* și produce abondente secrețiuni. Orificiul matricei împreună cu gâtul găsindu-se într'un loc mai uned, mai alunecos și mai cald ca înainte, își părăsește locul. Și când acest efect se produce, orificiul matricei ducându-se către exterior unde e mai răcoare, se găsește astfel eșit cu totul afară. Dacă femeea e îngrijită la timp, se vindecă; dacă din contra e părăsită, devine sterilă. Orificiul atunci rămâne îngroșat la exterior, iar o humóre câte o dată viscosă, altă dată infectă începe a se scurge mai ales la epocile menstruale — dacă femeele sunt tinere și aú încă luna. Cu timpul acéstă afecțiune devine incurabilă iar femeea îmbétrînește cu mitra eșită afară.“

**Aretheu** prin 1730 zice în mod clar: „Câte o dată mitra în totalitatea ei își părăsește locul și cade între cõpse. Acesta provine din cauza relaxãrei membranelor ce se inserãzã la ósele iliace și carì servã de ligamente fibróse uterului. Tóte aceste ligamente cedãzã când mitra cade la exterior.

**Soranus** la rândul sãu indicã chiar mijlóce de a combate prolapsul — prin reducere și introducerea unui tampon de lãnã în vagin. Ba ce e mai mult, el recomandã intervențiunii chirurgicale din cele mai energice: „Nu trebuie de loc, zice el, sã credem cã uterul este indispensabil vieței. Nu numai dînsul se precipitã la exterior, dar chiar la unele femei a putut fi ridicat fãrã a fi urmat de mórte. În Galatea, carnea de porc e mai frumoasă și mai bunã pentru alimentație, când provine de la animale la carì mitra a fost ridicatã. Dacă partea precipitatã prin progresul timpului și lipsa de îngrijiri cade în putrefacție, sau dacã prin contactul continuã al urinei sau al depositelor de murdãrie dînsa se ulcerãzã, trebuie sã o ridicãm fãrã nici o temere de pericol. Se spune cã un uter ast-fel putrefiat a putut fi ridicat în totalitate și cã bolnava cu tóte acestea a trãit.“

Este probabil cã aci a fost vorba mai mult de extirparea vre-unei hernii de fibrom sfacelat de cât de o adevãratã istectomie. Totuși din cele arãtate reese, cã vechii autori cunoșteau prolapsul uterului. Și drept probã avem cã înaintea lui Soranus se întrebuintãu, în lipsã de cunoștințe a bólei, diferite alte mijlóce unele barbare iar altele ridicule. Ast-fel gãsim în Schroeder cã un medic **Euryphon**, voind sã vindece cãderea uterului, spânzura bolnava de o scarã puindu-o cu capul în jos și picioarele în sus și ținãndu-o în acãstã pozițiune cel puțin 48 ore.

Alții, considerãnd afecțiunea ca un animal viu eșit din organism, puneau femeia pe vine și aprindeau diferite substanțe puturóse. Ei aveau credința cã mitra, fugãnd de asemenea mirosuri infecte și pãtrunzãtóre, ar reintra la locul sãu primitiv.

Alții în fine mergeau pãnã a pune sã umble șóreci și șópãrle pe uter, iarãși în speranță cã acest organ de fricã ar fugi înãuntru!

Dar fãrã a lungi prea mult istoricul, vom spune ca **Moriceau** în secolul XVII-lea iar **Levret** în al XVIII-lea puserã adevãratele baze ale prolapsului.

Iatã cum se exprimã Levret complectãnd vederile lui Moriceau: „În cãderea matricei, tumora e mai grósã în sus de cât în jos și orificiul sãu se descopere tot-d'a-una pe acest ultim



punct fie căderea completă sau nu. Când e completă, mitra ce atârnă între cõpse este ca înfășurată în vagin, pe care 'l a fîrit în căderea sa și 'l a rãsturnat asupra lui însuși; mitra pare spânzurată prin acẽstã tãcã de marginea vulvei. Vaginel ast-fel rãsturnat, conține o parte din bãsicã și une-orì o ansã de intestin care mãrește baza tumorii pãnã a face reducerea imposibilã. Palpãnd acẽstã tumorã excitãm trebuința de a urina. Rãsturnarea matricei nu presintã nici unul din aceste fenomene.

Dar iatã cã tocmai în epoca modernã, cãnd autorii începuserã a se ocupa mai de aprõpe de prolapsul uterin, **Huguier** în 1860, prin cercetãrile și observațiunile sale, produce o mișcare generalã și profundã în lumea științificã. El vine sã demonstre cã tot ceea ce s'a luat pãnã acum drept prolaps uterin, nu a fost și nu este de cãt o simplã ipertrofie a colului adicã a gâtului uterin.

Acest mod însã de a vedea atãt de exclusiv, nu putea sã aibã duratã. Negațiunea brutalã a unei entitãți morbide ca prolapsul, a trebuit sã cedeze pasul în fața adevãrului. Resultatul însã a fost cã, ipertrofia gâtului uterin— necunoscutã pãnã la Huguier— a intrat în cadrul nosologic alãturi cu prolapsul, ce nu a putut fi distrus.

Ce se înțelege prin prolaps al uterului? S'a susținut cã acẽsta represintã situațiunea uterului ce s'ar gãsi pe un plan mai inferior de cãt acela ce ocupã în mod normal. Definiția nu e rea; trebuie însã completatã. În adevãr, și în retrodeviațiunii uterul se gãsese mai jos ca planul sãu normal; și cu tôte acestea nu zicem ca el e în prolaps. Numai atunci vom zice cã uterul este în prolaps, cãnd și *corpul și gâtul se gãsesc mai jos de statica lor normalã*. Ast-fel fiind, partea esențialã ce ne autorisã a zice cã ne aflãm în fața unui prolaps, este ca gâtul uterului sã se pogõre în canalul vaginal și sã aibã tendința de a eși afarã. Și încã se mai cere, ca acest gât sã și pãstreze lungimea normalã: alt-fel ar fi vorba de o ipertrofie a colului iar nu de prolaps uterin.

Pe cãtã vreme decì gâtul uterului va fi la adãncimea cuvenitã și anume la 5—6 c. m. de la intrarea vaginului, nu suntem în drept a afirma un prolaps, or cãt de jos ar fi situat uterul de planul sãu normal. În asemenea cas vom avea retroflexiune iar nu prolaps. Când din contra vom constata cã orificiul extern al colului— fãrã ca organul sã fie ipertrofiat— se va afla cel puțin la 3 c. m. de la intrarea vaginului, avem dreptul a zice cã e vorba de prolaps, fãrã a ne ocupa de situația ute-

rului, care de alt-fel inevitabil va fi și el situat mai jos de planul normal. Dar tocmai din cauza diferitelor puncte de contact ale colului cu canalul vaginal, s'a căutat a se stabili mai multe grade în prolaps dându-le și numiri speciale.

Se numește *prolaps saũ alunecare* (abaissement), atunci când orificiul extern al gâtului uterin vine până la intrarea vaginului.

*Pogorarea saũ procidența* uterului, este când gâtul său ajunge manifest la exterior făcându-și aparițiunea la intrarea vulvei.

În fine *căderea saũ precipitarea* uterului, este atunci când organul în totalitatea lui (gât și corp), iese cu totul din orificiul vulvar și atârână în jos între cõpse întocmai ca o limbă de clopot. Fig. 81 arată un asemenea model.

Noțiunile acestea sunt bune a fi cunoscute. Usagiul însă a făcut ca toate să fie reunite sub un nume generic de *prolaps uterin*, indiferent de gradul peregrinațiunei sale. Cel mult am putea admite definiția ce s'a propus de: *prolaps incomplect și complect*.

*Prolaps incomplect* este atunci când uterul se găsește încă d'asupra orificiului vulvar; când însă tumora apare în totalitatea ei afară din vulvă, *prolapsul e complect*.

**Etiologia.** Ță o chestiune care încă este desbătută. Care e mecanismul intim al producerei prolapsului?

Pentru a răspunde la acésta și fără a intra în prea multe detalii, trebuie să ne reamintim că uterul e provędut de două feluri de aparate: unul de susținere — de *suspensiune* și altul de *sustentațiune saũ contenție*.

Ligamentele rotunde și țesutul celulo-gresos vesico-uterin înainte, ligamentele largi în laturi și ligamentele utero-sacrale înapoi, forméză aparatul de suspensiune.

Păreții vaginali, perineul cu aponevrozele sale, mușchii transvers și ridicătorul anusului, represintă aparatul de sustentațiune saũ contenție.

Grație acestor doi factori puternici, uterul ocupă și 'și păstrează situația sa normală; el dupe cum am arătat se află în anteversiune cu ușoră flexiune. Din momentul când unul din aceste aparate se va slăbi, uterul își părăsește locul primitiv și intră într'o nouă fasă anormală.

Cărui element se datorește starea de prolabare a uterului? Aci e greu a răspunde. Majoritatea autorilor și în special Trélat aũ susținut, bazați pe observațiunile clinice, că relaxarea saũ

slăbirea aparatului de susținere este cauza primordială a prolapsului. Incontestabil, această infirmitate în imensa majoritate a casurilor — pentru a nu zice tot-d'a-una — se constată pe femei multipare sau cel puțin unipare.

Două exemple demonstrative se citéză în știință de prolaps al uterului fără graviditate prealabilă. Unul aparține lui Puech: Este vorba de o tînără fată de 20 ani, virgină: dînsa făcând un sfort pentru a ridica o greutate, a simțit imediat o durere vie în basin. În urma acestui lucru, uterul se presintă la vulvă făcend ernie prin imenul întins. Prolapsul era decî complet. Din partea sa I. Veit citéză observația unei copile de 14 ani care, încă nevavend menstruale, era purtătoare de un prolaps uterin.

La acestea adaog și eū o observațiune personală de prolaps la o tînără fată, care încă nefiind măritată avea un prolaps în urma unui simplu sfort. La pag. 524 voi da descrierea în detaliū.

Dar asemenea casuri sunt așa de rari că aprópe nu se ține socotélă de ele. Se admite o predispozițiune anume și în special o discrasie generală și ereditară; în urma acestora, aparatul de suspensie și sustentăție s'ar găsi în așa degradare fiziologică în cât nu un sfort, dar chiar un rîs mai puternic sau igritură violentă, ar fi capabile a produce un asemenea straniū și inexplicabil fenomen.

Chestiunea decî nu s'a învîrtit asupra acestui punct, ci asupra teoriei emisă de Trélat și care e fórte seducătoare.

Acest autor susține cu multă dreptate, că în urma facerilor, perineul femeii este rupt sau prea mult relaxat prin trecerea capului și corpului fetal. Din partea lor, *Duplay* și *Chaput* au conchis din studii anatomo-patologice, că un perineū care nu măsórá mai mult ca  $1-1\frac{1}{2}$  c. m. predispune în mod fatal la prolapsul uterului. Dar mai mult, *Hadra* în 1884 a arătat un noū factor de slăbire a acestui aparat. Sunt în adevăr casuri unde perineul pare absolut intact și cu tóte acestea el e profund atins. Fenomenul provine din aceia că mușchiul transvers și ridicătorul anusului fiind ruți în timpul facerilor, dînșii nu s'au putut cicatriza. În acest cas, perineul de și în aparență intact, rêmâne însă subțire, lățit și fără nici o rezistență. Probă este, că dacā practicăm cu degetul examenul combinat al rectului și vaginului, constatăm că aceste douē organe n'au nimic interpus între ele de cât un pãrete subțire ca și o fóe de hãrtie; despãrțitóra recto-vaginală a dispãrut neremãind în locul sėu de cât o simplă mucósă de separățiune.





Fig. 81. Prolaps total și complet al uterului (personală).

Dar în afară de această rupere, Duplay și Chaput au găsit la autopsii — în cazuri de prolaps — o stare particulară a ridicătorului anusului; el constă în aceea că el e mult mai palid, mai subțire și foarte atrofiat. Concomitent toți mușchii perineului ca și aponevrozele sale se găsesc în aceeași stare de atrofie și flaciditate perzându-și ast-fel totă tonicitatea și elasticitatea lor.

Dar chiar de am admite integritatea tuturor elementelor aparatului de susținere, încă ar fi de ajuns resorpțiunea țesutului celulo-conjunctiv interpus între diferitele straturi ale podișului pelvien — fapt susținut de Martin — pentru a ne explica în de ajuns slăbirea profundă a perineului ca și a părților vaginale.

O dată lucrul acesta stabilit cari sunt consecințele?

După Trélat, organul care deschide scena este părțile posterior al vaginului.

Acesta, în urma ruperii sau slăbirei perineului, rămânând fără punct de sprijin, descinde puțin câte puțin până ce reușește a eși afară din vulvă. În timpul prolapsului său însă, el trage și de gâtul uterului și tinde a resturna corpul uterin înapoi. Din momentul însă când uterul vine în dreptul strîmtórei superioare a basinului, prolapsul este ca și efectuat. Apăsarea anselor intestinale precum și presiunea intra-abdominală, neîncetat vor sili uterul a descinde. Și cu atât mai ușor acest organ se va lăsa în jos, cu cât corpul său va fi mai voluminos, perineul mai lax or rupt, iar canalul vaginal mai lărgit.

Iată deci cum acest mecanism este destul de seducător.

Dar toate aceste condițiuni, după noi, nu vor fi suficiente dacă aparatul de suspensie nu va fi și el alterat în constituția sa fiziologică făcându-l a și perde tonicitatea normală. Pe cât timp deci ligamentele rotunde, ligamentele largi și cele utero-sacrale nu vor fi relaxate și slăbite, prolaps nu vom avea — orî cât de rupt ar fi perineul și orî cât de larg s'ar găsi canalul vaginal. În cazul acesta putem constata ernia părțelului posterior sau anterior al vaginului; putem constata prezența gâtului uterin la intrarea vulvei, dar toate vor constitui colpocelul posterior, colpocelul anterior sau ipertrofia supra-vaginală a colului; nici de cum însă prolaps uterin.

Mai mult, să presupunem că ligamentele rotunde sunt destul de slăbite pentru a nu putea lupta contra tracțiunilor exercitate pe col. În acest cas uterul să răstórnă. Dacă însă ligamentele posterioare sau utero-sacrale își conservă vigórea lor, uterul nu póte să înainteze mai mult; el este ținut și tras înapoi de ele. Uterul

decî va rămîne în retrodeviațiune fie de versiune sau flexiune, dar fără să fie vorba de prolaps.

De alt-fel, cercetările lui Duplay și Chaput au arătat pînă la evidență acest lucru. Ei au găsit că în prolapse, ligamentele largi sunt lungi, întinse, subțiate și transformându-se în simple două cîrpe înserate la cîrpele uterului. La rîndul lor ligamentele utero-sacrale în loc d'a ni se prezenta ca niște îndoituri pronunțate sub aspectul de cîrpe întinse, din contra ele numai reprezintă de cît niște simple bandele turtite și fără nici un relief. În fine aceeași stare ne oferă și ligamentele rotunde: fibrele lor musculare sunt cu totul atrofiate și subțiate.

Vedem deci că numai în cazul cînd ambele aparate de susținere și conținere ale uterului vor fi profund alterate și în mod simultaneu, numai atunci prolapsul e posibil.

Pe lîngă acesta se mai cere și alt-ceva. Să nu existe în basin nici o aderență patologică care să fixeze uterul de organele sau părțile vecine. În asemenea caz, chiar dacă ligamentele uterului ar fi relaxate, organul n'ar putea să urmeze tracțiunea părților vaginali ce se exercită asupra colului; el va fi bine ținut în loc de acele aderențe. Atunci, numai gâtul se va lungi; el va da hipertrofia supra-vaginală descrisă de Huguier.

Care însă din aceste două aparate jîcă rolul mai principal? Dîndu-se observațiile dîlnice — că prolapsul e precedat de lărgimea canalului vaginal, ruperi perineale, etc., — s'a conchis că alterația prealabilă a aparatului de conținere este indispensabilă pentru producerea prolapsului. Lucrul e posibil dar nu probabil și cu atît mai puțin demonstrat. Sunt în adevăr cazuri unde vedem femeii cu ruperi complete de perineu și lărgimi colosale de vagin, și totuși nu au nici măcar urmă de prolaps uterin. La altele din contra, totul e ca și normal; și cu toate acestea ele ne oferă prolapse complete de uter.

Adevărata cauză deci constă în alterația intimă a ambelor aparate. Faptul e provocat prin sub-involațiunea incompletă sau chiar absența ei, în urma facerilor sau avorturilor.

Dacă după naștere femeia nu păstrează repausul necesar și nu se înconjură de precauțiunile igienice cari asigură revenirea la starea normală a uterului ca și a tuturilor aparatelor sale, ele vor rămîne slăbite — din cauza atrofiei elementului muscular precum și a disparițiunii fibrelor elastice a țesutului celulo-conjunctiv. Și cu cît aparatul e mai slab, cu atît corpul uterului rămîne mai voluminos. În asemenea condițiuni, lesne înțelegem cum prolapsul



sul se va efectua, chiar de ar exista corpul perineo-vulvar complet. Dar precum și acesta rămâne lărgit și slăbit, atunci infirmitatea vine de la sine.

Acesta este în câte-va cuvinte mecanismul prolapsului uterin. Trebuie însă să adăogăm că Martin — și cu el mai toți autorii ca Simon, Hegar și alții — admit începutul prolapsului prin părțile anterior al vaginului iar nu prin cel posterior. Fenomenul se anunță prin o mică tumoră ce se vede atârând afară prin deschizătorea vulvară; dînsa e formată din segmentul inferior al părțelului anterior al vaginului. Cu timpul, părțile posterior al bășicii urmăză prolapsul părțelului anterior al vaginului; acésta ne dă *cistocelul*. Bășica fiind ast-fel depărtată de uter, ansele intestinale se interpun între aceste două organe; ele cu timpul prin presiune resping uterul înapoi până îl pune în aceeași axă cu vaginul. De aci încolo mecanismul de pogorâre al uterului e fôrte simplu, dacă bine înțeles ligamentele utero-sacrale permit acest lucru.

**Anatomia patologică.** Prolapsul uterului, mai ales când e complet, se însoțesce de o mulțime de leziuni ale tuturor organelor vecine. Lucrul este în adevăr fatal: uterul nu pôte ieși la exterior de cât tîrînd după sine toți părțelii vaginali pe cari îi răs-törnă resfrângându-și ca și un deget de mînușă. Prin urmare, în cazul cel mai simplu de prolaps, vom avea inevitabil și un col-pocel vaginal anterior și posterior.

În urma prolabarei însă a părțelilor vaginali, urmăză niște schimbări de raporturi a fundurilor de sac peritoneale de cea mai mare importanță, mai ales din punctul de vedere practic. Se știe în adevăr, că peritoneul în stare normală nu se pogoră pe vagin; el se oprește în dreptul istmului uterin. Ei bine, în ca-surile de prolaps, fundurile de sac peritoneale și în special cel anterior sau vesico-uterin se lasă — după Duplay și Chaput — mult mai jos; el însoțește părțile anterior al vaginului chiar pe o dis-tanță de 3 centimetri.

Dar lucrurile nu se opresc aci. O dată cu prolabarea vagi-nului, bășica și rectul, cari se găsesc în contiguitate cu dînsul, vor fi tîrîte către exterior urmând acésta prolabare. De aci *cis-tocel* și *rectocel*. Pe de altă parte, uterul lăsând un loc gol prin po-gorârea sa, ansele intestinale vor căuta să ocupe acest loc. Ba încă, dispozițiunii particulare se observă mai la tóte femeile co-prinse de prolapsus: masa intestinală, — fie din cauza lungimeii con-genitale sau dobândite a mesenterului, ori a unei inserțiunii vi-cióse — capătă o lungime mai mare.

Aceste anse în stare de ptosă, nu numai că umple tótă esca-vațiunea micului basin, dar sunt capabile să urmeze descinderea păreților vaginali. Dînsele interpunându-se între păreți, vin de bombéză în vagin; acésta constituie cunoscutele *enterocele vaginale* anterióre sau posterióre. Fenomenul acesta mai pórtă numele și de *elytrocel*.

Maî avem încă de considerat că prolapsul de multe ori — fără a dice ca Huguier tot-d'a-una — se însoțesce de ipertrofie une-ori considerabilă a porțiunei supra-vaginale a colului.

Fără decî să maî insistăm asupra celor-l'alte stări patologice a anexelor — cari maî tot-d'a-una sunt luxate și vîrite în fundul de sac posterior — și nici asupra ligamentelor de suspensie și con-tenție, suntem nevoiți ca în acelaș timp cu prolapsul să ne oprim asupra tuturilor acestor stări patologice a organelor vecine; ele dacă une-ori se pot întâlni singure fără prolapsul uterului, nici odată însă acesta nu se va produce fără dînsele. După cum vedem, un prolaps al uterului tîrască după sine tóte organele cu cari se învecinesce. De aceea uniî autorî, cu drept cuvînt au propus a se înlocui numele de *prolaps uterin*, prin acela de *prolaps genital*.

Incepem decî:

I. **Cistocelul.** Am arătat la mecanism, că lărgimea canalului vaginal constituie unul din factorii principali a invitațiunei ute-rului către prolabare.

În starea normală, păreții vaginului sunt în contact între e și contribue la mijlócele de susținere ale uterului. De îndată cei însă din diferite cause, ca faceri des repetate, inflamațiuni, esces de coit, relaxarea sau ruperea perineului, diferite bóle discrasice, senilitate, etc., vaginul capătă o lărgime demésurată, atunci pă-reții nu se maî susțin unul pe altul; ei rămân depărtați maî ales și prin interpunerea unei colóne de aer. În acéstă situațiune am arătat, că după opinia maî tuturilor autorilor, cel întâiî organ care face ernie, ieșind afară din orificiul vulvar, este păretele vaginal anterior. Dar fenomenul nu se produce de o dată ci în mod treptat, ast-fel: întâiî este segmentul inferior al păretelui anterior al vaginului care prolabéză și maî târđiî cel superior.

E posibil ca lucrul să rămăe în acéstă stare multă vreme, fără ca bășica urinară să se mișce din locul său. Atunci numai o porțiune din uretră urméză păretele vaginal erniat; acésta con-stituie ceea-ce se numesce **uretrocel**.

În imensa majoritate a casurilor însă, lucrul nu rămăne aci. Cu timpul segmentul posterior începe a se pogorâ și dînsul până

sul se va efectua, chiar de ar exista corpul perineo-vulvar complet. Dar precum și acesta rămâne lărgit și slăbit, atunci infirmitatea vine de la sine.

Acesta este în câte-va cuvinte mecanismul prolapsului uterin. Trebuie însă să adăogăm că Martin — și cu el mai toți autorii ca Simon, Hegar și alții — admit începutul prolapsului prin părțile anterior al vaginului iar nu prin cel posterior. Fenomenul se anunță prin o mică tumoră ce se vede atârând afară prin deschizătorea vulvară; dînsa e formată din segmentul inferior al părțelului anterior al vaginului. Cu timpul, părțile posterior al bășicii urmăză prolapsul părțelului anterior al vaginului; acésta ne dă *cistocelul*. Bășica fiind ast-fel depărtată de uter, ansele intestinale se interpun între aceste două organe; ele cu timpul prin presiune resping uterul înapoi până îl pune în aceeași axă cu vaginul. De aci încolo mecanismul de pogorâre al uterului e fôrte simplu, dacă bine înțeles ligamentele utero-sacrale permit acest lucru.

**Anatomia patologică.** Prolapsul uterului, mai ales când e complet, se însoțesce de o mulțime de leziuni ale tuturor organelor vecine. Lucrul este în adevăr fatal: uterul nu pôte ieși la exterior de cât tîrînd după sine toți părții vaginali pe cari îi răs-törnă resfrângându-și ca și un deget de mînușă. Prin urmare, în cazul cel mai simplu de prolaps, vom avea inevitabil și un col-pocel vaginal anterior și posterior.

În urma prolabarei însă a părților vaginali, urmăză niște schimbări de raporturi a fundurilor de sac peritoneale de cea mai mare importanță, mai ales din punctul de vedere practic. Se știe în adevăr, că peritoneul în stare normală nu se pogoră pe vagin; el se oprește în dreptul istmului uterin. Ei bine, în ca-surile de prolaps, fundurile de sac peritoneale și în special cel anterior sau vesico-uterin se lasă — după Duplay și Chaput — mult mai jos; el însoțește părțile anterior al vaginului chiar pe o dis-tanță de 3 centimetri.

Dar lucrurile nu se opresc aci. O dată cu prolabarea vagi-nului, bășica și rectul, cari se găsesc în contiguitate cu dînsul, vor fi tîrîte către exterior urmând acésta prolabare. De aci *cis-tocel* și *rectocel*. Pe de altă parte, uterul lăsând un loc gol prin po-gorârea sa, ansele intestinale vor căuta să ocupe acest loc. Ba încă, dispozițiunii particulare se observă mai la tóte femeile co-prinse de prolapsus: masa intestinală, — fie din cauza lungimeii con-genitale sau dobândite a mesenterului, ori a unei inserțiunii vi-cióse — capătă o lungime mai mare.



Aceste anse în stare de ptosă, nu numai că umple tótă esca-vațiunea micului basin, dar sunt capabile să urmeze descinderea păreților vaginali. Dînsele interpunându-se între păreți, vin de bombéză în vagin; acésta constituie cunoscutele *enterocele vaginale* anterióre sau posterióre. Fenomenul acesta mai pórtă numele și de *elytrocel*.

Maí avem încă de considerat că prolapsul de multe ori — fără a dice ca Huguier tot-d'a-una — se însoțesce de ipertrofie une-ori considerabilă a porțiunei supra-vaginale a colului.

Fără decí să maí insistăm asupra celor-l'alte stări patologice a anexelor — cari maí tot-d'a-una sunt luxate și vîrite în fundul de sac posterior — și nici asupra ligamentelor de suspensie și con-tenție, suntem nevoiți ca în acelaș timp cu prolapsul să ne oprim asupra tuturilor acestor stări patologice a organelor vecine; ele dacá une-ori se pot întâlni singure fără prolapsul uterului, nici odată însă acesta nu se va produce fără dînsele. După cum vedem, un prolaps al uterului tîrascé după sine tóte organele cu cari se învecinesce. De aceea unii autori, cu drept cuvînt aú propus a se înlocui numele de *prolaps uterin*, prin acela de *prolaps genital*.

Incepem decí:

I. **Cistocelul.** Am arătat la mecanism, că lărgimea canalului vaginal constituie unul din factorii principali a invitațiunei ute-rului către prolabare.

În starea normală, păreții vaginului sunt în contact între e și contribue la mijlócele de susținere ale uterului. De îndată cei însă din diferite cauze, ca faceri des repetate, inflamațiuni, esces de coit, relaxarea sau ruperea perineului, diferite bóle discrasice, senilitate, etc., vaginul capătă o lărgime demésurată, atunci pă-reții nu se maí susțin unul pe altul; ei rămân depărtați maí ales și prin interpunerea unei colóne de aer. În acéstă situațiune am arătat, că după opinia maí tuturilor autorilor, cel întâiu organ care face ernie, ieșind afară din orificiul vulvar, este păretele vaginal anterior. Dar fenomenul nu se produce de o dată ci în mod treptat, ast-fel: întâiu este segmentul inferior al păretelei anterior al vaginului care prolabéză și maí târziu cel superior.

E posibil ca lucrul să rămâe în acéstă stare multă vreme, fără ca bășica urinară să se mișce din locul său. Atunci numai o porțiune din uretră urméză păretele vaginal erniat; acésta con-stituie ceea-ce se numesce **uretrocel**.

În imensa majoritate a casurilor însă, lucrul nu rămâne aci. Cu timpul segmentul posterior începe a se pogorâ și dînsul până

eând întregul părete anterior al vaginului iese afară; acésta forméază colpocel total anterior. De óre-ce însă între fundul băşicei şi vagin există conexiuni intime, băşica în mod fatal îşi părăsesce locul; dînsa iese împreună cu păretele vaginului la exterior: **Cistocelul** e format. Prin urmare, în prolabarea băşicei avem doué stări ce pot fi independente. O prolabare număi a uretrei şi alta a corpului vesical. Să insistăm asupra fie-căria.

a) **Uretrocel.** Cei d'întâi autori carî s'au ocupat cu acéstă ches-tiune sunt *Duplay* în Franţa şi *Newmann* în America. Faptul constă că păretele inferior al uretrei se deprimă; el forţéază un teritoriũ corespondent din păretele vaginal; determină o proeminenţă, o tumoră. Une-orî acéstă tumoră nu se manifestă la exterior din cauza volumului sêu prea mic, aşa că pentru a o vedea, suntem siliţi a deschide vaginul cu o valvă de specul. Apăsând pe pă-retele posterior, putem vedea la extremitatea cea mai ante-rióră a vaginului şi imediat înapoiul meatului, o mică tumoră ca o alună saũ migdală, acoperită de îndoiturile transversale ale vaginului. Prin examenul cu degetul constatăm acelaş lucru; în plus tumora e mólă şi reductibilă prin presiuni, dacă mai ales volumul e mare.

În timpul acesteî exploraţiunii vedem eşind prin meat o can-titate de lichid din tumora redusă; el nu este decât urină. Dacă uretrocelul capétă un volum mare, atuncî dînsul iese din vagin şi póte să apară chiar la intrarea vulvei. Pe lângă aceste caractere, explorând organul cu o sondă metalică saũ o sondă canelată recurbată (*Duplay*), constatăm că introducênd instru-mentul în uretră şi urmând păretele superior, nu întâmpinăm nici un obstacol pentru a ajunge la băşică. Din contra, urmând păretele inferior, instrumentul imediat înapoiul meatului cade într'un diverticul saũ gropiţă; de aci — dacă manipulăm cu o sondă metalică de femee — putem extrage óre-care cantitate de urină. Impingênd însă instrumentul pentru a ajunge la băşică, suntem opriţi de un obstacol format din uretră : el constitue păretele saũ marginea posterióră a acestui buzunar. Număi după ce am efectuat o mişcare de basculă a sondei — lăsând pavilionul în jos — atuncî vârful trecênd peste obstacol, ni se permite prin sim-pla împingere a instrumentului a intra în băşică.

Causele uretrocelului pot fi de natură puerperală saũ se-cundară. Incontestabil că traumatisme ale păretelui anterior al vaginului — determinând plăgi şi reparându-se prin cicatrice — pot slăbi păretele vaginal; consecutiv porţiunea anterióră a ca-

nalului uretral forțeză cicatrița slăbită; dînsa făcînd proeminență sub forma unei tumori, dă naștere uretrocelului. De asemenea, șederea prelungită a unor calculi în uretră pot produce același rezultat. În fine stricturile meatului sunt capabile să se însoțească cu timpul de o dilatațiune înapoiul lor; aci uretra înaintînd pôte să ne dea un uretrocel.

Dar tôte aceste cauze sunt în afară de uretrocelele propriu-șise cari intră în categoria prolapselor. Aci rolul principal îl



Fig. 82. Prolaps al uterului, complicat de Cistocel total.  
Modul de sondare al bășiceii (personală).

jocă slăbirea paretului anterior al vaginului; ea e determinată prin modificațiunile aduse în țesutul sêu și al uretrei, în urma facerilor și a gravidității. Congestiunea timporală provocată de graviditate; traumatismele facerilor și rupturile intersticiale, schimbă condițiunile de stabilitate și elasticitate a uretrei. Păretele vaginal cedeză cel d'întâiu fiind rău susținut; țesutul areolar se dezvoltă d'asupra sa, apoi mucôsa uretrală este în sîrșit tîrîtă și ast-fel uretrocelul e constituit (Legueu).



Este probabil că pentru acest lucru, ea și pentru toate prolapsele se cere, după cum susține Lawson Tait, o predispoziție congenitală.

b) **Cistocelul.** Am arătat că după opinia tuturilor autorilor, în afară de Trélat, păretele anterior al vaginului este care prolabează cel d'întăiu și care anunță prolapsul uterin. În descinderea sa însă, bășica udului — grație conexiunilor ce dînsa are cu acest părete — tot-d'a-una își părăsesce locul normal; ea prolabează pe aceeași măsură ca și păretele vaginal.

Primul grad de prolaps al bășiceii udului său cistocel, este când numai păretele sēu inferior se desplasēază și face o tumoră în vagin.

Atunci însă când păretele vaginal iese cu totul afară din vulvă, dînsul țirasece întregul corp al bășiceii răsturnēndu-o în totalitatea sa și aducând-o împreună cu dînsa afară din vulvă. În acest al II-lea grad, bășica și-a părăsit cu desăvērșire situațiunea sa normală; de aci schimbare totală de raporturi precum și de funcțiuni. Jena funcțională va fi cu atât de mare cu cât uretra — grație ligamentului triunghiular suspensor — resistă la tracțiune; în acest cas se formēază un cot ce e capabil a astupa cu totul lumina canalului uretral; de aci retenție urinară. Și acēsta este așa de adevērat, că o femeie cu cistocel complect pentru a putea fi sondată, va trebui ca mai întăiu să introducem sonda în meat într'o direcțiune orizontală și antero-posteriōră; dar imediat suntem opriți tocmai de acel cot de care vorbirăm. Atunci pentru a intra în bășică, va trebui să facem omișcare de basculă sondei, ridicînd pavilionul (urechile sondei) în sus către simfisă; după aceea împingând înainte și în jos intrăm în bășică. Acest lucru se vede în fig. 82.

III. **Rectocel.** Păretele posterior al vaginului pōte une-orī să prolabeze singur independent de cel anterior. Ba încă după cum am arătat, Trélat susținea că descinderea sa este care dă semnalul prolapsului uterin.

Mărturisim că noi suntem pentru acēstă opiniune și o găsim chiar mult mai logică și simplă: ea ne explică răsturnarea mai comodă a corpului uterului, prin tracțiunea ce exercită acest părete pe gātul sēu în tot timpul descinderēii. Dar orī cum ar fi, când păretele posterior al vaginului erniază singur ieșind afară din vulvă, se numește *colpocel posterior*. Aci ea și în cazul precedent, fenomenul se anunță mai mult prin ernia segmentului inferior; mult mai târziu vine și cel superior.

Faptul principal este că, descinderea păretului posterior nu este urmată în mod fatal de pogorârea rectului, precum am văzut că bășica urmăzează păretele anterior al vaginului. Causa este că între aceste două organe se află un țesut celulo-grăsos lax; el le permite să alunece reciproc fără să se urmeze unul pe altul. Cel mult constatăm o ernie a porțiunii celei mai inferioare a rectului în vagin, și acesta nu pe o întindere mai mare de cât o nucă sașu castană, formând ceea-ce se numește o *ampulă*. Și încă se mai cere ca, concomitent să existe și o rupere a perineului.

Conchidem deci că prolabarea păretului posterior al vaginului de și mai tot-d'a-una urmăzează pe aceea a păretului anterior, pôte exista independent și fără descinderea rectului.

Se întâmplă că producându-se un gol între rect și vagin, ansele intestinale coprinse de ptosă să se insinueze sub păretele vaginal; acesta este *clitrocelul posterior*.

IV. **Ipertrofia gâtului uterin.** Iată o leziune care însoțește în mod fidel prolapsul uterin. Am arătat exagerațiunea lui Huguier când în 1860, prin celebrul său memoriu citit la Academia din Paris, a venit să susție că nu există prolaps uterin ci numai ipertrofia gâtului său. Adevărul este că această ipertrofie, prin aspectul ce ia când apare la intrarea vaginului, se apropie așa de mult de acela al prolapsului în cât confuziunea este foarte ușoră și chiar ispititoare.

În adevăr, o dată ce porțiunea supra-vaginală a colului e atinsă de ipertrofie, ea nu se pôte desvolta în abdomen; deci va căuta să se manifeste către regiunile ce-î oferă mai puțină rezistență și a nune către vagin. Dar atunci prin împingerea treptată și progresivă, acest gât înaintând în canalul vaginal, deslipese și tîrăse împreună cu dînsul atât păretele anterior cât și cel posterior al vaginului resfrângându-î ca un deget de mînușă. Dacă ipertrofia este împinsă la exces, atunci orificiul extern al colului ieșind în afară din vulvă și chiar între cõpse, și fiind provăduț de acel manșon sașu guler vaginal, ne oferă tôte caracterele prolapsului uterin.

Dar de aci a conchide că nu există prolaps ci numai ipertrofia colului, este a nega cea mai evidentă veritate. Ba ce e mai mult — cel puțin în ceea-ce mă privesce personal — în tôte prolapsele ce am văduț și tratat, n'am găsit de cât o singură dată coincidența acestei ipertrofii cu prolapsul uterin, ast-fel precum se vede în Fig. 83.

Importanța acestui cas este că femeea, nu numai că n'a avut copii, dar din antecedentele ei reese, că bóla s'ar fi declarat cu 4 ani înainte de a se mărita. Iată în scurt observația.

Este vorba de Ana Minx în etate de 28 ani. A suferit mult timp de febră palustră. Menstruele i-au venit la 13 ani, fără dureri; puțin abondente și durați 3—4 zile. E măritată de un an. Bóla actuală a început după spusele pacientei, acum 5 ani. Dînsa declară că ridicând o masă grea, a simțit pare că i s'a rupt ceva în abdomen. Cu timpul observă o tumoră ce îi ieșea din vagin mai cu de



Fig. 83. Ipertrofie supra vaginală a gâtului uterin la o femeie nulipară. Isterectomie vaginală (personală).

osebire când umbla și făcea sforțuri. De asemenea când sta mult în picioare și spăla rufe — profesiunea sa este spălătorésă. Același lucru îl constată în momentul defecațiunei și chiar al urinărei precum și ori de câte ori se pune pe vine. În timpul repausului și mai ales nóptea în pat, tumora se reduce de la sine. Raporturile sexuale nu o jena și nici nu erau dureróse. Are dureri mari în timpul menstruelor; scursóre albă și anexită stângă manifestă. La intrarea în spital constatăm gâtul uterin ieșit din vagin; el se reducea când bolnava sta în pat; reapărea punând-o să umble ori să tușescă. Introducând degetul în vagin, ai cărui păreți erau răsfrânși, se simțea gâtul în mod manifest măsurând 9. c. m. Prin palpația bimanuală fundul uterului se găsea înapoiul simfisei și



era mobil. În stânga se simt anexele mărite și durerose. Introducând isterometrul găsim o adâncime a colului împreună cu a cavității uterine de 13 c. m. La 3 Martie 1897 facem isterectomia vaginală după metoda clasică, fără nici un incident sau complicație. La 5 Martie se scot pensele, iar la 18 Martie bolnava iese vindecată.

Dar să revenim. Gâtul uterului nu se împarte precum este obiceiul a se dice: în porțiunea vaginală și supra-vaginală. Dînsul după cum a arătat Schroeder are trei porțiuni. Una sub vaginală, o altă medie în parte sub vaginală și în parte supra-vaginală. iar alta superioară exclusiv supra-vaginală. Lucrul acesta rezultă din modul de inserțiune al păreților vaginali pe gâtul uterului. În adevăr păretele anterior al vaginului se inseră mult mai jos pe col de cât cel posterior, al cărui punct de inserțiune e mult mai superior. De aci rezultă porțiunile menționate și cari se văd în mod clar în următoarea fig. 84 luată din Schroeder. Acastă ipertrofie a colului recunoște mai multe cauze în afară de cele congenitale.

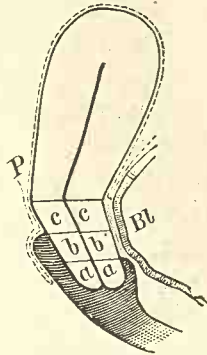


Fig. 84. Diviziunea gâtului uterin în trei porțiuni (Schroeder).

*P* Peritoneul. *Bl* Bășica. *aa* Porțiunea sub-vaginală. *bb* Porțiunea medie (sub-vaginală înăpoi și supra-vaginală. în'ainte) *cc* Porțiunea supra-vaginală.

Am arătat că la fetele tinere gâtul uterului are o lungime destul de considerabilă; el se găsește într'o adevărată ipertrofie. Prin urmare, această stare fetală persistând, ne poate oferi un tip de ipertrofie sub vaginală a colului de natură congenitală. Dar adevăratele ipertrofii sunt cele dobândite. Ele recunosc drept cauză unică, iritațiunile și inflamațiunile specifice. Aprópe tóte

endometritile mucóseï cervicale și cele parenchimatóse se însoțesc — precum deja a arătat Gallard — de aceste ipertrofii cari de obicei nu ocupă de cât segmentul vaginal. Martin însă a arătat, că concomitent întâlnim o asemenea ipertrofie și în porțiunea supra-vaginală, recunoscând aceeași cauză.

Noi avem obiceiul, ca ori de câte ori facem o laparatomie pentru afecțiunii uterine și mai ales a anexelor, să examinăm starea porțiunii supra-vaginale a colului. Ei bine, afirmăm că tot-d'a-una am găsit-o lungită și ipertrofiată, dar bine înțeles în grade diferite.

Să vedem acum prin ce mecanism această ipertrofie e determinată de prolapsul uterului și cari sunt formele sale?

Mecanismul e ușor privind figura dată de Schroeder. Din momentul când pereții vaginali intră în prolaps și prin urmare încep să tragă de gâtul uterului, se produce o iritațiune, o jenă în circulație și deci congestiune. Efectul acestor stări de lucruri va fi că pe măsură ce colul se pogórá, pe atâta se lungesce și se ipertrofiază. Dacă peretele anterior al vaginului va fi care exercită tracțiunea, atunci lungirea și ipertofia va ocupa porțiunea medie. Cu timpul orificiul colului va apare la vulvă; fundul de sac anterior al vaginului va fi șters, iar cel posterior conservat. Când din contra părțile posterior intră în joc, atunci acțiunea sa se va exercita asupra porțiunii supra-vaginale. A fortiori fenomenul se va produce, când ambiî părți ai vaginului, precum de alt-fel se și întâmplă, se vor prolaba.

În acest cas, fundurile de sac vaginale sunt distruse; gâtul uterului în totalitatea sa lungit și ipertrofiat va ieși afară la vulvă răsturnând împreună cu dînsul și părții vaginului; ei se vor însoții la rîndul lor de cistocel ori rectocel. În ceea ce privește ipertrofia exclusivă a porțiunii vaginale, acesta nu presintă aproape nici un interes. În adevăr dînsa nu aduce absolut nici o modificare în situațiunea fundurilor de sac ale vaginului precum nici în statica uterului. Totul își conservă aproape complet situațiunea normală. Singur gâtul uterului în porțiunea sa vaginală se găsește lungit și ipertrofiat putând eși chiar afară din vulvă. Varietatea acesta se datoresce exclusiv inflamațiilor cronice, determinate de metritele parenchimatóse cervicale.

**Simptome și diagnostic.** În prolapsul uterului, pe lângă simptomele sale proprii, avem și acelea a tuturilor organelor ce cu această ocaziune suferă schimbări în statica lor normală. Incepem cu:

1. **Uretrocetul și Cistocetul.** Adesea observăm casuri de prolaps

complect al uterului cu cistocel total și fără ca bolnavele să se plângă de vre-un fenomen vesical. Alte dăți însă întâlnim persoane în prada unor adevărate suferințe, manifestate prin disurii, poliachiurii și chiar retențiune complectă, și totuși ele nu sunt atinse de cât de un ușor uretrocel sau cistocel de primul grad. Probabil asemenea casuri trebuie puse pe o stare particulară de nervositate a pacientei. Cu toate acestea, stagnațiunea udului, alterațiunea acestui liquid, îngroșarea peste măsură a mucoasei, desquamațiunea epitelială și diferitele detritusuri ce cad în acest buzunar formând un amestec muco-purulent, toate iritând în mod continuu canalul și gâtul bășiceii, pot da naștere fenomenelor mai sus descrise. Și dacă de la uretrocel — care în definitiv reprezintă o mică pungă cât o alună sau castană — ne transportăm la cistocelul părții posterioare al bășiceii — ce chiar în primul său grad ne oferă o pungă mult mai voluminoasă — ușor ne închipuim cum stagnațiunea de urină, formațiunea de calcule, transformarea detritusurilor epiteliale și a urinei în puroi, devin cauza fenomenelor locale de cistită, precum și a turburărilor generale de natură psihică ce torturează pe bolnavă. Neurastenia, gastricismele, vărsăturile, cefalalgiile, etc. sunt rezultatul intoxicațiunii cronice și lente a urinei stagnante în buzunarul cistocelic. În plus, femeea fără să aibă trebuință să urineze, totuși se simte udă mai ales când umblă. Fenomenul ușor se explică Buzunarul format de cistocel fiind umplut, escesul de urină iese dirijindu-se către gâtul bășiceii pe care forțându-l, provoacă scurgere de urină prin picături. Acesta se numește *incontinentă prin regorjare*. De alt-fel lucrul se constată și la uretrocel, dacă buzunarul are o capacitate mai mare.

Când cistocelul atinge ultimul grad, adică când bășica udului în totalitatea sa este răsturnată și ășită afară împreună cu părțile vaginal, — formând cu uretra acel ot despre care am vorbit, — atunci pe lângă fenomenele sus arătate, putem întâlni retențiuni complecte de urină. Dar aceste retențiuni nu provoacă chemarea medicului; bolnavele din instinct și experiență știu a combate accidentul; ele singure apasă pe corpul vesical aflat între cõpse, sau ridică prolapsul în sus.

Recunoșcerea uretrocelului și cistocelului e ușoră. Trebuie arătat dacă tumora e un colpocel simplu, sau concomitent există și stările patologice sus indicate. Este adevărat că și într'un cas și în altul suprafața exterioară a tumorei e formată de părțile vaginale, caracteristici prin acele îndoituri transverse de mu-



cósă. Dându-se însă că colpocelul adesea se însoțesce de cistocel sau uretrocel, noi datorî suntem a explora rezervoriul urinar pentru a ne da séma de situațiunea sa.

Uretrocelul forméză o tumoră relativ mică, situată imediat înapoiul meatului și oprindu-se la o distanță de unul sau două c. m. Decî nu pôte fi cufundat de cât cu prolapsul extremităței anterióre a păretului vaginal. Introducerea sondei în uretră, combinată cu palpațiunea digitală din vagin, ne arată prezența uretrocelului, pe de o parte prin reductibilitatea sa, iar pe de alta prin ieșirea câtor-va picături de urină din însăși punga, unde sonda e introdusă. Sforțurile la cari supunem pe bolnavă nu aũ mare valóre, căci în ambele casuri tumora ia dimensiuni mai mari; cu tóte acestea avantagele vor fi mai mult din partea colpocelului de cât a uretrocelului.

S'ar putea confunda uretrocelul cu unii kiști ai vaginului. Dar aceștia fórte rarî se găsesc pe linia mediană; ei sunt cu totul reductibili; printr'un examen minuțios constatăm că se află în grosimea păretului vaginal, iar nu d'asupra.

Tumurile fibróse ale păretelui vaginal se vor deosebi prin consistența lor dură și prin sediul în despărțitóreă vesico-vaginală.

Cât privesce cistocelul, de dînsul nu va putea fi vorba de cât dacă întregul părete anterior al vaginului este prolabat, sau cel puțin numai porțiunea sa posterióră. E destul însă a constata un prolaps, pentru a afirma prin anticipație că există și un cistocel. Cu tóte acestea nu vom neglijea examenul cu degetul, pentru a ne convinge că tumora este fluctuentă, reductibilă și mai cu deosebire că începe la 1—2 c. m. înapoiul meatului. Acesta chiar constituie semnul patognomonic prin care cistocelul se deosibesce de uretrocel. Pe lângă acesta, introducerea sondei ne va arăta grosimea păretelui vaginal prin distanța sau prin spațiul ce separă degetul de vârful sondei. Vom observa iarăși că golind bășica de urină, tumora dispăre; umplând-o prin injecțiune de lichide, tumora crește luând aspectul unui gușe de pelican.

Când cistocelul a atins al II-lea grad, adică când întregul corp vesical a însoțit prolapsul complect al păretelui vaginal, atunci tumora iese cu totul afară din vulvă. Aci o simplă presiune cu mâna va fi capabilă să reducă tumora determinând scurgere de urină prin meat. Semnul e patognomonic. Introducerea sondei — după indicațiunile ce am arătat — va confirma și mai

mult faptul ; ea ne va arăta în același timp diferite complicațiuni ca, prezență de calculi, fungosități sângerânde, cistită purulentă, etc., etc.

**Rectocelul.** Se recunoște, introducând degetul în anus și recur-bându-l înainte. În cazul când afecțiunea există imediat d'asupra sfincterului anal, intrăm într'o cavitate de mărimea unei nucii, făcând ernie în vagin. Cu această ocaziune putem constata prezența unor mici boluri fecale de consistențe diferite. Esplorând mai sus, ne dăm séma dacă și o porțiune din rect se află în prolaps său nu.

Iată-ne acum în fața unui prolaps al uterului. Dînsul e caracterisat printr'o tumoră în general fórte mare, cel puțin cât un pumn. Aspectul este piriform cu baza în sus său înainte, vârful înapoi și în continuitate cu deschiderea vulvară. Suprafața exterióră e formată de părății vaginalli anteriori și posteriori, răsfrânși ca un deget de mînușă. Prolabarea însă nu este cu totul circulară și nici totală : există încă la intrarea vulvei vestigiuri de funduri de sac anterior și posterior. De aceia forma tumorcii e conică, avînd partea cea mai largă său baza în sus. În casurile recente, mucósa vaginală conservă caracterele sale de îndoitori numeróse și regulate. Mai târziu aceste caractere dispar : mucósa, mereu expusă la aer și la frecări, se îngroșă tocmai ca și pielea. În plus ea oferă diferite ulcerațiuni mai mari său mai mici.

Privind tumora, vedem în centrul său, puțin înapoi, orificiul extern al colului, de obicei largit, cu buzele rupte și ulcerate ; une-orî constatăm chiar existența unui epiteliom, probabil produs prin desele iritațiuni. Percurtând tumora o găsim mată pe totă întinderea ; e posibil însă a descoperi înainte său înapoi o sonoritate exagerată. Acésta ne indică prezența de anse intestinale. Posibilitatea acestui lucru trebuie să ne atragă bine atențiunea, pentru a lua măsurile necesarii în timpul operației. Existența acestui elitrocel se mai recunoște și prin aceia, că în momentul reducerii auzim un sgomot sui generis, numit gar-guiment său kiorăitură. Prin palpație luând tumora în mână, distingem corpul și gâtul uterului. Ne vom da în același timp séma de gradul lor de ipertrofie, precum și de situațiunea în care se află uterul : ante său retrodeviațiune.

Explorațiunea cu isterometrul este mijlocul cel mai sigur și demonstrativ. Indată ce vom găsi o lungime mai mare ca 8—9 centimetri, avem dreptul să bănuim ipertrofia supra-vaginală a colului ; cu o lungime de 10—12 său 14 centimetri, faptul devine absolut sigur.

Dacă bolnava nu e prea grósă, introducând degetele înapoiul

simfisei pubiene, ne convingem de absența completă a corpului uterului. Păstrând această atitudine, dacă reducem tumora simțim cum fundul uterului vine în contact cu degetele noastre. Mai sunt și alte semne banale: femeea pusă în decubitul dorsal, tumora se reduce de la sine saŭ cu o forțe ușoră intervențiune. Din contra, la cel mai mic sforț ca tuse, rîs, opintelă, etc., tumora reapare imediat. Dacă punem bolnava să umble, același fenomen îl constatăm.

Faptul acesta de reducere și reaparițiune ușoră a prolapsului, ne arată o lărgime și laxitate forțe mare a tuturilor aparatelor de suspensie și susținție. Fenomenul este în totul analog cu erniile vechi provădute de o lărgime excesivă a orificiului inguinal; grație acestuî lucru, ernia redusă nu se mai pôte menține în locul seŭ. De aceea s'a dat și prolapsului aceeași numire ca și acesteia, de *prolaps incoercibil*. Și precum — dacă între sacul erniar și ansele intestinale se stabilesc aderențe — ernia nu se mai reduce, tot ast-fel se întâmplă și cu prolapsul. Dînsul în urma diferitelor aderențe ale fundurilor de sac, nu mai pôte fi redus. Acelaș lucru se întâmplă dacă uterul prolabat devine sediul unor fibróme, ce-î cauzéază o creștere mare de volum; în casurile acestea *prolapsul se numesce ireductibil*. Dar tot ireductibil este și când uterul e coprins de o congestiune mare sanguină. Aci însă ireductibilitatea este *temporară* iar nu definitivă ca mai sus.

**Prognosticul.** Din punctul de vedere chirurgical, nu există exemple de vindecare spontanată a prolapsului uterin, decî intervențiunea tot-d'a-una trebuie pusă în joc. Și cu atît mai mult vom recurge la mijloce chirurgicale, cu cât un prolapsul vechiŭ se pôte complica de leziuni anatomo-patologice profunde, atît ale gâtului, corpului uterin, precum și ale bășiceî. S'a observat în adevăr degenerescenta cancerósă, produțiune de fibróne, polipi, sarcóne, etc. Din partea lor uretra și bășica, prin stagnațiunea urinei, pot da naștere la calculi, cistite purulente, alterațiunea și distrugerea celulelor epiteliale și chiar la transformare în neoplasme. Cistocelul complet, însoțindu-se de deviațiunea stărei normale a ureterelor, se pôte complica de dilatațiune progresivă și nefrite ascendente. Dar chiar presupunând că asemenea desordine nu s'ar produce, încă intervențiunea este justificată, prin starea desagreadabilă în care se găsește femeea, posedând între cópsele sale o asemenea tumoră.

Este adevărat că une-orî prolapsul cel mai complet nu aduce o jenă prea mare bolnavei și nu o împedică a umbla.



Eū am avut casurī de femeī muncitōre de la țarā, carī pur-tau prolapse de cāte 9 și 12 ani, fără sǎ le fi impeditat de la munca cāmpului. Ba unele din ele au fost capabile chiar sǎ rēmānǎ gra-vide. In schimb însă, sunt alte femeī și în special cele din clasa cultǎ, carī nu numai nu se pot suferi cu o asemenea diformitate, dar sunt coprinse și de dureri une-orī exasperante. Probabil cǎ și prolapsul uterului stǎ în legăturǎ, ca și cele-l'alte deplasǎri ale diferitelor organe, cu anume stǎri generale ale individului și gradul de civilizațiune.

**Tratamentul.** Atât în prolapsul propriū și al uterului, cât și a celor-l'alte prolapse ale organelor circumvecine, s'a propus douē metode: medical și chirurgical.

Incepem întâiū cu uretrocelul. Incontestabil spǎlăturile antiseptice și cauterisǎrile modificatōre a mucōseī uretrale, sunt mijlōce rațiionale și chiar bine făcātōre. In special se recomandǎ de Newmann, atingerile buzunarului cu soluțiuni de nitrat de argint. Cānd însă mucōsa uretralǎ și-a perdut caracterele, mijlō-cele acestea devin cu totul ineficace. Mulți autori ca Lyot, Bour-sier, Bouilly, Le Dentu și Pichevin, au arǎtat, prin examene istologice, modificațiuni fōrte profunde ale mucōseī uretrale. Une-orī dīnsa este distrusǎ sau lipsesce; altǎ datǎ celulele epi-teliale sunt înlocuite prin alte celule rombice, turtite și fără nu-cleū. Stratul dermic este infiltrat de celule embrionare, carī cu timpul se transformǎ în țesut conjunctiv adult cu putere re-tractilǎ.

Lesne înțelegem deci cǎ uretrocelul ajuns în acest grad, nu mai e susceptibil de nici o modificare.

De aceea s'a instituit intervențiuni chirurgicale între carī mai principale sunt douē: incisiunea simplǎ a buzunarului, pre-conisatǎ de Duplay, Trélat și alții. Operațiunea se face spintecān-du-se tumora prin fața vaginalǎ, fie cu bisturiul, cu ansa galva-nicǎ sau termocauterul. Se lasǎ apoi ca cicatrizarea sǎ se efec-tueze de la sine; prin acēsta vindecarea se obține. De ore-ce însă în urma acestei intervențiuni bolnavele au rēmas cu fis-tule, astǎđi se preferǎ *operațiunea lui Lawson Tait*. Dīnsa constǎ în a spinteca cu bisturiul pǎretele vaginal pānǎ se ajunge la punga uretrocelului. Disecǎm dupǎ aceea lambourile și de o parte și de alta, iar apoi excisǎm pǎreții buzunarului coprinđând tōtǎ mucōsa bolnavǎ. Reunim cele douē mǎrgini ale mucōseī sǎnǎtōse cu fire de catgut; lambourile vaginale cu fire de mǎ-tase sau de argint.

**Tratamentul cistocelului.** Prima idee ce a venit în spiritul chirurgilor a fost a se adresa prolapsului părții vaginale, căutând a reduce marea sa lărgime. Cel d'întâiu autor a fost Girardin, care în 1835, a propus rezecția acestui părete cu ajutorul bisturiului; el puse ast-fel bazele elitrorafiei anterioare. Operațiunea acesta a suferit multe modificări din partea lui Simon, Emmet, Hegar, Munde, Felling, etc. Principiul constă în a excisa pe o bază cât se poate mai largă, totă mucósa vaginală care formeză buzunarul cistocelului. După ridicarea complectă a acestei mucóse, care în treacăt fie șis e fórte greú de realizat, se cóptează buzele suprafeței sângerânde prin suturi transversale, fie cu fire de mătase saú de argint. Dar și acest al II-lea timp încă nu e ușor de executat. Dar admițând indeplinirea tuturilor actelor operatorii și lăsând la o parte posibilitatea deschiderii bășicei, încă operațiunea nu asigură recidiva cistocelului.

De aceea noi nici odată nu am recurs la asemenea operațiuni indirecte, ci am preferat metoda instituită de Tuffier. Dînsa constă a deschide abdomenul și a fixa complect bășica de păretele abdominal. Cu alte cuvinte a face *cistopexia*.

Noi, bazați pe anume considerațiuni ce vom arăta la tratamentul prolapsului, nu ne mărghinim numai la această cistopexie simplă, ci fixăm bășica de uter iar pe acesta de abdomen.

Acestei operațiuni, care a făcut obiectul memoriului nostru de medic primar, am dat numele **istero-cisto-ventro-pexie**.

Detaliile le vom arăta mai la vale.

**Tratamentul rectocelului.** Am arătat că rectul nu intră în prolapsare de cât prin porțiunea sa cea mai inferioară; el formeză o simplă ampulă ce bombéză din partea vaginului. Și de óre-ce fenomenul se însoțesce tot-d'a-una de ruperi perineale, tratamentul ce convine este același. Nu insistăm asupra acestui punct fiind desvoltat pe larg la capitolul respectiv. Reamintim că putem uza de cele două metode: de avivare, saú dedublarea despărțitórei recto-vaginale.

Metoda de avivare, vulgarisată de Simon, Hegar și Martin constă în a ridica cu bisturiul o suprafață cât se poate mai largă din mucósa vaginală a părții posterior, fie în formă de elipsă saú în mod circular. După ridicarea acestui lamboú, reunim mărghinele sângerânde prin mai multe puncte de sutură în sens transversal. Operațiunea pórtă numele de *colporafie posterioară*. Dacă concomitent perineul e rupt, prelungim secțiunea în jos și în afară; căutăm a ridica împreună cu lamboul vaginal și o su-

prafață cât de largă din perineu. Forma lambourilor se apropie mult de a unor aripă de fluture. Reunind între ele mărginele sângerânde, obținem *colpo-perineorafiu*.

Astăzi se preferă metoda de dedublare a perineului, numită operațiunea lui Lawson Tait. Asupra ei nu insistăm fiind deja descrisă.

Maî nainte însă de a întreprinde ori-ce operațiune, suntem datorî a examina cu multă atențiune, dacă nu cum-va concomitent cu colpocelul nu există și o ernie de anse intestinale formând elitrocelul. In cas afirmativ ce tratament se cuvine?

Există două mari varietăți de elitrocel. Une-ori peritoneul recto-vaginal saü fundul de sac a lui Douglas, este așa de mult lungit, în cât se continuă direct până la extremitatea vaginală. El se așeză între rect și päretele posterior al vaginului în tocmai ca o pâlnie. Nu presintă însă absolut nici o strâmtoare în sus către abdomen; el nu forméză cel maî mic indiciu de inel. Forma acésta observată și descrisă de Berger, se crede a fi de natură congenitală. Dînsa depinde de conservarea stärei normale ce se observă la fetus, unde peritoneul se pogoră förte jos între rect și vagin. Ast-fel fiind, intestinele se pogoră și ocupă acest sac în tocmai precum s'ar pogoră în regiunea inguinală prin canalul lui Nück rămas deschis. Se crede că persistența unei asemenea dispozițiunii fetale și deci producerea elitrocelului în mod congenital, ar fi chiar o cauză a prolapsului genital, saü cel puțin a colpocelului posterior.

A doua varietate este în totul analógă cu o ernie obiönuită. Aci sacul erniar are un orificiu fie pe päretele posterior al vaginului, saü la limita cavităței peritoneale. Orificiul acesta fiind destul de strîmt, póte fi capabil a determina strangulațiunii. In ori-ce caz o ansă intestinală se angajéză prin el, intră în sac și se așeză între rect și vagin. Acésta constituie propriu dis *ernia intestinală vaginală*. Une-ori însă intestinul reușese a se infiltra și a se invagina chiar în päretele posterior al vaginului, formênd în punctul de penetrare un orificiu. Atunci sacul erniar împreună cu ansa intestinală, bombéză în canalul vaginal. El forméză o tumoră rotundă, de volum variabil și avênd ca înveliș extern însăși päretele vaginal. Acésta constituie în înțelesul strict al cuvêntului adevêratul *elitrocel*. Dar alte dăți, ansa intestinală împreună cu sacul apasă pe päretele anterior al rectului, unde reușește a se invagina ca maî sus. Atunci tumora devine proeminentă în lumina rectului. Acéstă forméză ceea ce se numesce *hedrocel*.



Trecem acum la **tratament**. Sunt două metode: Una care aparține lui Gaillard G. Thomas se face astfel: se reduce mai întâi ernia; se răsfrațe apoi sacul ca un deget de mânășă împingându-l către abdomen. După aceea se deschide pântecul de deasupra pubisului; apucându-se fundul sacului erniar se fixează de buzele plăgei făcându-se astfel o retro-fixație erniară.

Metoda lui Berger constă în a spinteca pările vaginale; deschide sacul și reduce intestinul. Merge apoi în direcția sacului până la orificiul cavității lui Douglas. Aci, după ce rezecă sacul în mod circular, suturază buzele. Dacă sacul erniar nu are orificiu — aparținând primei varietăți — atunci Berger caută să micșoreze cea largă deschidere trăgând fundul uterului în sus și fixându-l de abdomen.

Nu încapă îndoială că dacă lucrul e posibil, nimic nu ne împiedică să închidem această deschidere, rezecând o porțiune din foițele peritoneale și apoi suturându-le.

### Tratamentul prolapsului uterin.

Pentru nici o afecțiune nu s'a inventat atâtea metode, procedee și aparate ca pentru prolapsul uterului. De sigur nu ne vom încurca în a le descri pe toate. Causa este că, pe lângă nisele detalii numeroase și modificări infinite — aduse fie cărei metode și procedee de autorii ce au concurat pentru a-și asigura legarea numelui lor cu chestiunea tratamentului — mai avem și aceea că ne-am încărcat memoria în mod zadarnic: practica a arătat insuficiența lor.

Noi considerăm tratamentul prolapsului după etatea persoanei. Iată o femeie bătrână cu pările abdominale groși, cu canalul vaginal prea larg și cu toate părțile constitutive a organelor de sustensie și suspensie excesiv de laxe și subțiri. Este evident că nu vom căuta să ne amusăm a întreprinde asupra lor operațiuni ce le-ar putea fi mai mult vătămătoare de cât folositoare. La dînsa va fi de ajuns reducerea prolapsului, căutând apoi să-l menținem prin diferite instrumente apropiate, ca cingători, pesare, etc. Dar tocmai din cauza unei prea mari lărgimi a vaginului, pesarele pe lângă celelalte inconveniente mai au și pe acela că ne având un punct de sprijin solid, imediat ce au fost introduse cad la exterior. Pentru asemenea cazuri s'a inventat aparate cu totul speciale numite *isterofore*. Ele constau într'o încingătoare, la care este adaptat un arc solid, recurbat la extremitatea liberă și

purtând în vârful său un aparat fie în formă de inel sau pahar. După ce am redus prolapsul, introducem acest instrument, care fixat la cingătorea ce se aplică pe abdomen, îl împiedică de a ieși din vagin și ast-fel uterul e menținut în locul său. Un model de acest aparat avem în fig. 85.

Cele-l'alte mijlôce ca masajul, pozițiunile genu-pectorale repetate mai multe ședințe pe zi, pesarele cu aer; diferitele gimnastice, n'au absolut nici un efect; ele abia merită a fi menționate. Dar nici cele-l'alte aparate mai sus descrise nu îndeplinesc tot-d'a-una cerința dorită.

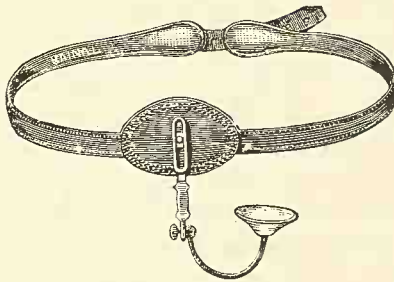


Fig. 85. Hysterophore cu pâlnie.

De aceea cu tôte că n'avem practica lucrului, totuși socotim operațiunea imaginată de *Freund* a fi aplicabilă în special la femeile bătrîne. Dînsa e fôrte simplă și nu pretinde nici cloroformisare precum nici nu expune la vre un accident.

Acéstă operațiune fôrte ingeniósă are de scop douë lucruri; întâi să strîntoreze părății vaginali fără a-i rezeca, și al II-lea că în același timp să se reducă și prolapsul.

Iată cum se face. Se ia un ac curb și se introduce pe sub părății vaginali începând imediat la limita inserțiunei colului. Mergem cu acul pînă la ôre-care distanță, și când nu mai putem înainta, străpungem cu vârful scoțându-l afară. Punem atunci un fir de mătase sau de argint și-l tragem. După aceea înfigem din nou acul, dar la ôre care distanță de ultima împunsătură; șerpuiim iarăși pe sub mucósă și căutăm a eși prin ultimul punct adică al II-lea. Aci deschidem acul punem extremitatea firului și-l tragem. După aceea din nou la ôre care distanță și înapoi facem aceeași manoperă. Scótem acul prin al III-lea orificiū, apucăm

firul și-l tragem. Și tot ast-fel continuăm până când ne apropiem de prima înțepătură. Atunci înfigem pentru ultima oră acul trecându-l prin primul orificiū și scoțându-l prin ultimul, apucăm firul și-l tragem. Cu modul acesta avem ambele capete eșite prin același orificiū, iar tot restul sēu se află sub mucōsă. Dacă acum strângem firul, pāreții vaginului se sbārcesc ca și o pungă: în același timp însă gātul uterului se urcă. Dar mai nainte de a strânge firul, trebuie să aplicăm alte 2—3—4 saū mai multe rînduri, iarăși în mod circular și la distanță de 1—2 c. m. până ce ajungem la intrarea vulvei. Numai atunci procedem la strângerea și inodarea firelor; începem de jos în sus și în mod convenabil ca să nu ștergem lumina colului. Cu modul acesta prolapsul e redus; pāreții vaginali puși în contact se vor lipi, grație unei inflamațiuni adese determinată de fire și a unei cicatrice, care va fi suficientă pentru a asigura, dacă nu o vindecare definitivă, cel puțin destul de prelungită. Cu tōte acestea, operațiunea lui Freund nu a intrat în practica curentă și pare a fi părăsită chiar de însuși autorul.

A doua metōdă iarăși inocentă este aceea a lui *Le Fort* numită *închiderea saū cloasonarca vaginului*. Dînsa constă că prolapsul odată redus, ridicăm cāte un lamboū destul de larg de pe pāretele anterior și posterior al vaginului; în urmă puind în contact prin suturi aceste suprafețe sāngerānde, determinăm închiderea canalului obținānd și un mijloc de susținere al uterului. Dar și acēstă metōdă cu tōte modificările și procedeele aduse, este părăsită căci nu dă nici un rezultat.

Rēmân operațiunile făcute pe vagin și perineū numite *colpoperineorafie*. Despre ele însă în mai multe rēnduri am vorbit; noi nu avem nici o confiență în aceste operațiuni.

Tratamentul radical singurul capabil a fi urmat de vindecare, constă a ne adresa direct la organul prolabat — la uter. Cu alte cuvinte trebuie să facem isteropexia, de óre-ce nici scurtarea ligamentelor rotunde, nici acelor utero-sacrare n'au dat nici un efect.

Dar mai nainte de a descrie acēstă metōdă, trebuie să vorbim de alte două operațiuni ce une-orī sunt inevitabile.

Acestea sunt *isterectomiile parțiale saū totale*.

Când prolapsul uterului se complică saū este reprezentat printr'o enormă ipertrofie supra-vaginală a colului, atunci vom recurge la operația numită a lui *Huguier*. Ea constă în secțiunea colului în dreptul istmului, fie în mod circular or în formă de



con saŭ cuŭ. Operațiunea se face fórte ușor: nu avem de cât a practica o incisiune circulară în jurul colului și apoi prin disecție saŭ deslipire cu degetul, să mergem până la istm, după regulele stabilite la isterectomia vaginală. Ajunși aci secționăm totă porțiunea ipertrofiată a colului. Uterul se retractă; în ascensiunea sa, el tîrasc și păreții vaginului producând ast-fel o colopexie naturală.

Unii autori însă între cari Folet din Lille, pentru a asigura și mai bine fixarea păreților vaginali în sus, determină ridicarea unui lamboŭ în formă de guler saŭ manșon, în lărgime de 2—3 c. m. plecând la óre-care distanță de orificiul extern al colului. După ce s'a ridicat acest lamboŭ, fie de o dată saŭ împărțindu-l în două printr'o linie verticală trasă pe fie-care margine a tumorei, se procede la operațiunea propriŭ đis ce am indicat. Dînsul crede că odată colul ridicat, păreții vaginali prověduți de acea suprafață sângerândă se vor lipi între dînși la extremitatea lor superióră, formând iarăși o colopexie mai sigură.

În fine une-orî suntem nevoiți a practica isterectomia vaginală totală, în cas de degenerescența cancerosă a uterului prolabat, iar alte dăți isterectomia abdominală parțială supra-vaginală din cauza diferitelor tumori în special fibróme ce se desvoltă în uter.

Și într'un cas și în altul, chestiunea care a preocupat pe autorî este că după ablațiunea uterului, să se asigure fixarea păreților vaginali pentru a nu prolaba din nou. Isterectomia abdominală totală—făcută pentru prima óră de Langenbeck în 1813 pentru un uter prolabat canceros, iar de Choppin în 1867 cu tot dinadinsul, fără ca uterul să fi fost degenerat—se practică fără mare dificultate conform regulelor ce am stabilit.

Pentru fixarea păreților vaginali însă, sunt mai multe procedee. Mac Monagle din St. Francisco, suturéză după ablațiunea uterului ligamentele largi unul cu altul, ast-fel ca să închidă peritoneul și să producă la partea superióră a vaginului un punct de inserțiune solid. Martin din Berlin închide peritoneul și cöse ligamentele largi, ast-fel ca suprafața lor sângerândă să facă proeminența în vagin. Czempen sfătuesce de asemenea să cöse vaginul de bonturile ligamentelor largi, tăiate cât mai departe posibil de uter. În fine Quénu printr'o modificare proprie, care constă că firele dintr'o parte a ligamentelor largi să fie legate cu cele din partea opusă, ajunge la același rezultat. Dînsul fixéză apoi păreții vaginului de aceste bonturi. Mai există în fine și

procedeul lui Fritch. El constă în a ridica prealabil lambourii destul de mari din părțile anterior și posterior al vaginului, cari ast-fel scurtate, le suturază iarăși la baza ligamentelor largi.

În cazul când facem isterectomia abdominală supra vaginală saū totală, vom căuta de asemenea ca să reunim părțile vaginale între ei prin suprafețele sângerânde, iar apoi să le fixăm la baza ligamentelor largi. Dacă facem o isterectomie supra-vaginală, vom căuta ca bontul gâtului uterin să fie acoperit de peritoneu, iar în urmă să-l ridicăm cât se pôte de sus fixându-l de bontul format de ligamentele largi și de o parte și de alta. Acesta constituie metoda lui Jacobs preconisată în 1896.

Acestea sunt în general diferitele metode și procedee ce s'aū propus pentru operațiunile făcute asupra prolapsului uterin, după anume casuri și indicațiuni. Am spus însă că tratamentul propriu și radical este reprezentat prin fixarea directă a uterului de părțile abdominal, cu alte cuvinte *isteroperia*.

Mulți recomandă că această operațiune să se însoțească și de restabilirea pe cât posibilă a aparatului de sustentație, adică a corpului perineo-vulvar.

Noi însă avem opiniunile noastre proprii asupra acestei chestiuni; ele se găsesc resumate în următoarea comunicare ce am făcut la societatea de ginecologie în 1899 și pe care o reproducem în tocmai. (Vezi „Clinica“ din Februarie).

## Tratamentul prolapsului uterin prin hystero-cysto-ventropexie

de Dr. I. Kiriac.

Organele genitale interne ale femeii sunt susceptibile a-și părăsi locul normal ca și multe alte organe. Acesta constituie ceea-ce se numește *prolaps*.

Unii autori susțin că prolapsul și ernia e unul și același lucru.

După noi, deosebirea este enormă. Și dacă credem necesar a insista puțin asupra acestui lucru, este că tratamentul diferă cu totul, fiind vorba de ernie saū prolaps.

Este adevărat că și într'o ernie organul își părăsesce situațiunea normală și deci analogia pare justă. Dar această asemănare este numai aparentă.

În adevăr, pentru ca să existe o ernie se cer două lucruri:

primul, ca organul să-și părăsescă situațiunea normală (prolaps) și al doilea ca odată acéastă pozițiune părăsită, să iasă la exterior fie printr'un orificiū preexistent, saū accidental. De exemplu: când intestinul reușește a învinge obstacolul ce-i oferă canalul inguinal și apare la exterior pogorându-se chiar până în scrot, pórtă numele de ernie inguinală. Dar tot acelaș intestin de și aflat pe un plan mult mai inferior de cât în starea normală, pórtă numele de prolaps, dacă n'a părăsit cavitatea abdominală. Ast-fel se petrece și cu splina, rinichiul, ficatul, etc.; ele vor fi în prolaps orī de câte orī și-au părăsit locul normal lăsându-se mai jos, dar fără a eși din cavitatea abdominală. De óre-ce însă uterul este în prolaps atunci când ese din vagin forțând acest canal până a-și face aparițiunea între cõpse, constituind ultimul sēu grad, s'a susținut cu drept cuvânt că și aci e vorba de o adevărată ernie. S'a comparat vaginul cu canalul inguinal și decī s'a đis: că precum intestinul, pentru a deveni ernie trebuie să învingă acest canal, tot ast-fel și uterul nu e în prolaps de cât învingând și el canalul vaginal. Comparațiua nu e justă. Noțiunile cele mai elementare de anatomie, refusă modul acesta de a vedea. Dar chiar de am admite o asemenea analogie, încă deosebirea e enormă între ceea-ce se petrece cu o ernie și prolaps.

În ernie există prealabil un canal cu două crificiuri. Acest canal care forméză singurul și cel mai puternic obstacol, e într'o neîncetată luptă cu intestinul care printr'o dorință inexplicabilă dar constantă, caută a eși afară. Și în adevăr că și iese afară imediat ce acéastă barieră a fost învinsă. Cu uterul nu este tot același lucru; aci vaginul nu are un orificiū intern ca canalul inguinal ci o boltă cu totul închisă. Și dacă în adevăr uterul în prolaps complect iese afară din vagin, nu e dóră că a forțat vre-un orificiū, ci a tîrît cu dînsul și a deslipit pãreții vaginului rēsfrângându-i ca și un deget de mǎnușă.

Pentru ce am insistat asupra acestui lucru?

Pentru a arăta că intențiunea tratamentului între aceste două infirmități e cu totul deosebită.

Pentru cura radicală a erniei, singura nóstră preocupare este ca organul odată redus, să reînfințăm obstacolul care a fost învins; să închidem în mod cât se póte de perfect orificiul și canalul prin care intestinul a erniat.

În prolaps din contră, ne propunem a ridica pur și simplu organul și a-l fixa apoi în locul ocupat anterior.

Este adevărat că pentru prolapsul uterului, tocmăi din cauza



analogiei ce s'a căutat a se face între vagin și canalul inguinal, prima idee a autorilor vechi și chiar a unora din cei moderni a fost, de a întreprinde operațiunii pe vagin, căutând a strâmtora acest organ și a forma dintr'însul un obstacol contra prolapsului uterin odată redus. Dar toate aceste operațiuni, ce nu pot fi considerate de cât ca paliative, noi le considerăm absolut ineficace; de aceea nici odată n'am întreprins *elitrorafiele*, *colporafiele*, *colpoperineorafiele*, etc., etc. N'am întreprins nici chiar alte operațiuni cari par mai raționale, precum este scurtarea ligamentelor rotunde, ce formeză operațiunea lui Alexander, tot din cauza credinței și convingerei ce avem de a fi ineficace.

Dar nu-mi propun a face istoricul tratamentului și descrierea metodelor și procedeele în prolapsul uterului. Voese numai a discuta care e mijlocul cel mai sigur pentru a ne da adevăratul tratament radical al acestei infirmități.

Cel d'întâi autor care a emis cea mai logică idee de tratament radical al prolapsului uterului a fost Lawson Tait și Kelly din Philadelphia. Acest autor, în 1887, prin laparatomie, apucă uterul și ridicându-l îl fixează de pereții abdominali la o înălțime convenabilă, prin mijlocul mai multor suturi. Operațiunea a fost numită hysterorafie.

Eū în 1888, am practicat pentru prima oară în țară această operațiune cu deplin succes.

Chestiunea fiind reluată în Germania și Franța, repede s'a recunoscut de toți autorii că acesta este mijlocul cel mai eficace.

Ađi mai toți autorii sunt de acord, că singurul tratament rațional al prolapsului uterin este fixarea directă a acestui organ de perețele abdominal, de unde numele de *ventro-pexie*.

La rîndul meu am întreprins această operație pe alte 5 cazuri, cari au făcut obiectul unui memoriu ce am publicat în 1893. Cu această ocaziune însă am imaginat o adevărată metodă, care îmi este proprie. Bazându-mă pe faptul clinic și de toți autorii observat că, de odată cu prolapsul uterului se constată și un prolaps simultaneu al bășiceii udului, mi-am propus că hysteropexia trebuie neapărat însoțită și de cystopexie. De aci numele ce am dat acestei operațiuni de **hystero-cysto-ventro-pexie**.

Dînsa constă că, odată peritoneul deschis, fixeaz perețele anterior al bășiceii de abdomen printr'un fir, iar perețele posterior de fața anterioară a uterului, și în fine uterul la rîndul său de abdomen: *hystero-cysto-ventro-pexie*.

Ideia acesta 'mi-a fost sugerată și în urma unei recidive ce

am constatat într'un cas de simplă hystero-pexie. Este vorba de o femeie, care fusese operată de mai bine de un an; dînsa coperinsă de recidivă, vine într'un serviciu medical bolnavă de o pneumonie dublă. Imediat după ce a sucombat, i-am făcut autopsia.

Am constatat atunci următorul fapt destul de important și anume că, uterul deși în prolaps recidivat, totuși aderențele nu erau distruse ci lungite în așa grad în cât să fi permis organului o nouă coborâre. De aceea ȳic, avînd în vedere acest cas, și considerînd și rolul activ al bășiceii udului, care nefiind fixată ar exercita asupra uterului tracțiunii continue, am propus și fixarea acesteia în același timp cu a uterului.

Dar iată ce am adăogat în memoriul meu: în cas de a constata recidivă și prin această metodă, sunt hotărât a merge și mai departe, adică a practica o adevărată rezecție a peritoneului parietal visceral atît pe uter, abdomen și bășică, iar în urmă a procede la fixarea lor.

La cea d'întâiu ocazie voiŭ pune neapărat în practică acest lucru, pe care îl cred ca ultima resursă pentru a preveni recidiva, fără a mai recurge la alte operațiuni pe vagin sau perineu. <sup>1)</sup>

Mărturisesc că cât-va timp n'am cutezat a recurge la acest mijloc, de téma unor accidente posibile și lesne de prevădut. M'am mîrginit deci în câte-va casuri numai la provocarea unei suprafețe sîngerînde pe fața anterioră a uterului, prin mijlocul unei răzuirii cu lingura lui Volkmann.

Incurajat însă de rezultatele satisfăcătore ce obțineam în laparatomii prin spălăturile cu sublimat, am aplicat această idee în 1895, Noembrie 14, practicînd rezecția unei porțiuni după suprafața anterioră a uterului, nu numai a foitei peritoneale ci și din substanța organului. Pe o întindere egală și corespondentă am excisat o porțiune analogă din foia parietală a peritoneului abdominal. Prin mijlocul a trei puncte de sutură cu mătase, făcute după procedeul lui Czerny, am pus în contact ambele aceste suprafețe sîngerînde la o înălțime de 3 centimetri d'asupra simfisei pûbiene.

Pentru a înlătura incovenientele justificate, sau mai bine ȳis obiecțiunile fôrte seriose ce s'aŭ adus contra isteropexiei de a provoca avorturi, am luat anume precauțiuni. Se scie în adevăr că în casuri de isteropexie pe femeii tinere sau capabile de a rē-

<sup>1)</sup> Loco citat, pag. 4.

mâne gravide, acéstă operațiune a fost combătută, pe de o parte că dă nascere la abort — uterul neputându-se desvolta în deplina sa libertate — sau chiar dacă concepțiunea ajunge până la termen, facerile devin fórte laborioase, dând nascere la cele mai serioase distocii.

Condus de opiniunea acelora că rolul ipertrofic al uterului este asigurat dacă fundul rămâne liber, am căutat ca rezecțiunea ce o practic să fie situată pe treimea inferióră a feței sale anterióră.

Deci caut ca lamboul să începă din nivelul istmului, sau prea puțin mai sus, dar în orî-ce cas să rămăe destul de depărtat de fundul uterului.

Dar iată în câte-va cuvinte cum procedez:

Odată laparatomia făcută, un ajutor îmi reduce prolapsul, iar eu cu două degete ale mânei stângi îmbrățișez uterul în nivelul gâtului și-l aduc în plagă. Când acest lucru oferă óre-cari dificultăți, prin mijlocul unei pense lungi cu dinți, apuc uterul de fund și-l pui în evidență. Atunci protejând cavitatea peritoneală cu comprese fierte în sublimat, desemnez cu bisturiul un lamboü pătrat de 3 centimetri.

După acésta disec; apuc succesiv fie-care buză cu o pensă mică cu dinți, și ridicăm prin ușore tăeturi întreg acest lamboü deja circumscris.

Acéstă exereză, coprinđend o grosime destul de apreciabilă din substanța uterului, e însoțită de óre-care scurgere venósă, une-orî destul de pronunțată, mai ales când uterul este ipertrofiat și consecutiv congestionat. Aplicarea unei comprese în timp de câte-va minute, triumfă contra acestuî mic incident, de alt-fel fără importanță.

Disecțiunea acestuî lamboü trebuie bine făcută, ast-fel în cât să se ridice în tótă întregimea lui, așa ca suprafața sângerândă să fie complectă. In cazul când lamboul a fost ciupit (entamé), atunci cu fórfecele sau cu bisturiul trebuie ridicată acéstă mică porțiune de pe suprafața uterului. Odată lucrul bine făcut, ridicăm dintr'o porțiune corespondentă a peritoneului parietal al abdomenului un lamboü de aceiași mărime, dar fără a coprinde de cât exclusiv foița peritoneală.

După acésta, un ajutor introduce o sondă de metal în bășică, căutând a împinge cât mai sus fundul său. Tot-d'a-una am evitat a apuca bășica cu pense lungi cu dinți. Cu acul Reverdin și pe partea proeminentă a sondeî, trecem un fir, avênd



precauțiunea de a nu străbate în bășică. Firul are direcțiunea verticală. Una din ansele sale trece prin părțile uterului imediat sub suprafața sângerândă; apoi legăm.

Cu modul acesta unim o porțiune din părțile posterior al bășiceii cu uterul.

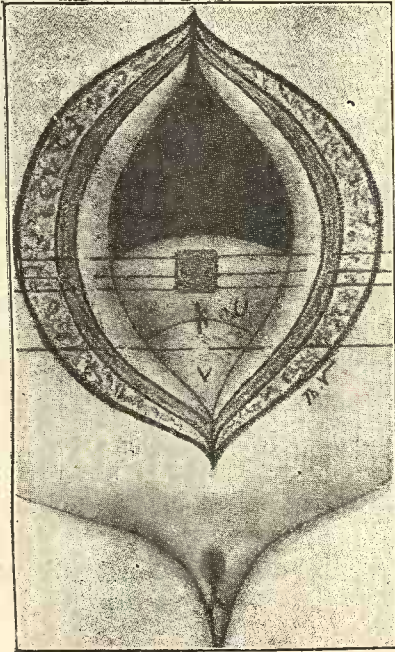


Fig. 86. Hystero-cysto-ventro-pexie.  
U Uter. V Vesică.

(Metóda Dr. I. Kiriac).

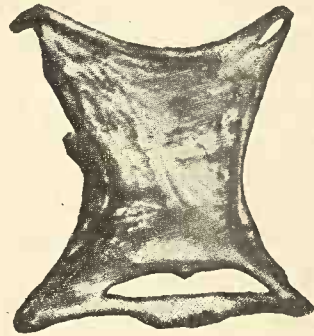


Fig. 87. Lamboú ridicat după  
fațan aterióră a uterului.  
Mărimea exactă normală  
 $\frac{3}{8}$  cm. p. (personală).

După aceia fixăm, iarăși printr'un punct, părțile anterior al bășiceii de acela al abdomenului. Operațiunea se termină prin fixarea uterului de abdomen prin mijlocul celor două suprafețe sângerânde.

Tóte firele sunt de mătase împletită No. 3 și 4. Firele pentru fixarea uterului sunt trecute după metóda Czerny.

Acésta este *hystero-cysto-ventro-pexia*, însoțită de ridicarea de lambourii uterin și peritoneal.

Până acum n'am practicat nici răzuirea nici lambourii pe bășică, ast-fel că contactul acestor două organe (bășica și abdomen) e obținut fără nici o soluție de continuitate.

În fig. 86 și 87 se vede modul fixării bășicei și a uterului între ele și abdomen, precum și lamboul de mărime naturală ridicat după fața anterioară a uterului.

Acesta este ultimul procedeu și pot dice chiar metoda la care m'am oprit în tratamentul prolapsului uterin.

În afară de acest mijloc, nu știu ce anume altul s'ar putea preconiza ca intervențiune directă asupra organului prolabat.

Întâmplarea a făcut, ca una din femeile operate și anume Rada Vasile, tratată prin această metodă în Noembrie 1896, să fie revădută după un an de zile. Fenomenul cel mai important și care constituie una din cele mai bune demonstrațiuni de eficacitatea acestei metode. este că uterul nu oferia absolut nici o urmă de recidivă. Acesta încă o dată ne arată că, lipirea simplă între două suprafețe peritoneale fără nici o altă avivare, nu garantéază câtuși de puțin contra recidivei; pe câtă vreme în cazul contrariu rezultatele operatorii imediate rămân definitive. Ast-fel e cazul nostru: bășica udului, care a fost simplu reunită printr'un punct de sutură cu abdomenul, a cădută din nou; reunirea însă între uter și abdomen, obținută prin mijlocul a două largi suprafețe sângerânde, n'a cedat întru nimic: uterul a rămas fixat la aceleași 6 centimetri d'asupra simfisei, unde a fost pus în momentul operației.

Iată observațiile pe scurt a acestei operațiuni luate din condicele serviciului meu.

I. *Marita G. Ion*, 26 ani Servitoare, Menstruată la 15 ani, cu abondență, dureri și durând 7 zile. Tot-d'a-una a fost bolnăvicioasă plângându-se de dureri în abdomen. A avut scurgeri de urechi. Acum 2 1/2 ani a născut un copil care móre după 7 luni. După facere a părăsit repede patul și rămâne cu dureri în abdomen. De un an a observat scoborârea mitrei eșind numai când muncia saă ridica greutatea. Actualmente presintă prolaps complet al uterului.

La 14 Noembrie 1895 se face laparatomie. Se constată o enteroptosă generală; din această cauză uterul e tras cu dificultate în plagă fiind mascat de ansele intestinale. Se introduce o sondă metalică în bășică, al cărui fund se pune în evidență. Se fixează fața posterioară de cea anterioară a uterului printr'un punct de sutură, iar fața anterioară a bășicei de abdomen, iarăși printr'un

punct. După aceea se ridică după fața anterioară a uterului un lamboi producând o suprafață sângerândă cât o piesă de 5 lei. Același lucru se face în regiunea opusă ridicându-se din peritoneul parietal al abdomenului o porțiune de aceeași întindere.

Se aplică ambele aceste suprafețe sângerânde una peste alta prin două fire de sutură făcute cu mătase grosă, străbătând prin stratul mucos peritoneal și grosimea uterului.

Se completează închiderea peritoneului prin alte două puncte de sutură. Abdomenul se închide prin 10 puncte în două etaje.

Urmările operatorii fără nici un incident. La 23 Noembrie se scot firele. După 10 zile de la operație bolnava începe a umbla prin salon fără ca uterul să mai cadă în jos. Corpul uterului se simte la 5 laturi de degete d'asupra simfisei. La 11 Decembrie bolnava iese vindecată. N'a mai fost revădută.

II. *Rada Văduva*, 60 ani muncitoare. Măritată la 20 ani. A avut 4 copii. De un an a simțit ieșindu-î prin vagin o tumoră numită de dînsa gâlcă.

Prolaps complet reductibil.

La 3 Octombrie 1897 laparatomie. Se face istero-cisto-ventropexia cu resecția unei porțiuni a părții anterioare al uterului și părțile abdominal. Bășica se fixează de abdomen și uter printr'un punct, iar uterul prin fața sângerândă iarăși de abdomen prin trei puncte.

Se închide abdomenul prin 6 puncte musculo-peritoneale și 9 puncte cutanate.

La 10 Octombrie se scot firele. Reuniune per primam. La 25 Octombrie se concediază fără nici o urmă de recidivă. Nu s'a mai revădut.

III. *Maria Ușurel*, 45 ani, muncitoare. Menstruată la 15 ani în mod regulat. A avut 2 copii. Acum 12 ani când a avut primul copil, la 2 zile după facere ridicând o ladă grea, a simțit ieșindu-î o gâlcă din pânțece lăsându-se în jos. După cât-va timp tumora a apărut între cõpse; nóptea se reducea iar ziua apărea. Deși în această stare de prolaps, totuși după 5 ani femeea rămâne însărcinată când prolapsul s'a redus. Sarcina a continuat până la termen și a născut un copil dar care a murit chiar în ziua născerii. După facere prolapsul se reproduce; dînsul ia un volum și mai mare și devine ireductibil.

27 Octombrie 1897. Laparatomie. Incizie 6 cm. Se trage uterul în plagă; se ridică un lamboi triangular de pe fața anterioară a uterului și altul de pe peritoneul parietal, care se reu-



nesc prin trei puncte. Bășica se fixeză printr'un singur punct de abdomen și de uter. Se închide abdomenul prin 6 puncte cutanate.

26 Noembre. La examenul local atât în stațiunea verticală cât și dorsală nu se observă nici cel mai mic prolaps. Timp de 8 zile bolnava umblă continuă fără nici o menajare și nu iese nimic prin vulvă; înainte de operație prolapsul era total. Depărtând buzele mari și mici se vede părțile anterior al vaginului mai lax, fără însă a eși din orificiū. Colul uterului se simte la 5 cm. de la intrarea vaginului. Fundul uterului se simte fixat la 3 laturi de deget d'asupra simfisei. Prin părășii abdominali se simte o cicatrice grósă și aderentă de uter cu care împreună se mișcă în sens lateral. Cavitatea uterină 9 cm. Vîrfurile isterometrului se simte în cicatricea abdominală. În această stare bolnava ese din spital. Nu s'a mai revădut.

IV. *Badea Vasile*, 45 ani, muncitóre. Măritată la 15 ani. Menstruația s'a stabilit după măritiș viind regulat; duréză 3 zile, cantitate potrivită, precedată de dureri abdominale. A născut 11 copii. Acum 3 ani a avut ultima facere dificilă, durerile durënd o sêpēmână. La 3 zile după facere, fiind silită să se ocupe de ale casei, s'a dat jos din pat; ridicând o căldare, a simșit ceva care se cobóră în vagin producându-ı o senzațiune de tensiune și greutate continuă. După câte-va zile a apărut la intrarea vaginului o tumoră môle, roșietică și rotundă care din ce în ce a devenit mai voluminosă. Acestă tumoră dispărea când bolnava stătea culcată și reapărea imediat la exterior la cel mai mic sfortș; îi producea mari suferințe puind'o în imposibilitate de a munci; faptul acesta a determinat'o să intre în spital și să cêră operația.

20 Noembre 1897. Laparatomie. Se deschide abdomenul printr'o incisie de 9 c. m. Din cauză că tóte ansele intestinale erau prolabile umplënd cu totul micul basin, i s'a dat bolnavei un plan înclinat. Introducëndu-se mîna în abdomen, se descopere uterul care se apucă cu fôrte mare greutate din cauza interpunerei număróselor anse. Se aplică pe fundul sêu o pensă cu dinșii. Uterul era mic de volum și neaderent. Un ajutor introduce o sondă în bășică împingënd'o înapoi și în sus. Se aplică 2 puncte de sutură fixându-se bășica de abdomen și de fața anterioră a uterului. Apoi se avivéză uterul ridicându-se un lamboi cât o piesă de 5 lei.

Se determină o avivare analogă pe teritoriul parietal în drépta și în stînga fie-cărei buze a incisiunei; după acestă se pune

în contact cu uterul fixându-se prin 3 puncte de sutură. S'a căutat ca acul să străbată uterul cât mai adânc. Se strâng firele și se face toaleta; se închide restul peritoneului prin alte 4 puncte cari împreună cu cele de pexie fac 7. Firele abdominale au fost 8.

Urmărilor operației foarte bune. La 20 iese din spital fără nici o urmă de recidivă.

Acastă bolnavă a fost revădită după un an. La dînsa s'a constatat reproducerea prolapsului bășiceii, dar absolut fără indiciu de prolaps al uterului; acesta a rămas fixat ca în ziua operației și anume la 3 degete mai sus de simfisa pubienă.

V. *Rada Rasmir*, 21 ani, muncitoare. Menstruată la 15 ani în mod regulat, fără dureri, dar abundant. Măritată la 16 ani a avut 3 copii. După ultima facere spune că simțea un glod în pînțece care o jena. Intr'o zi când spăla rufe, ridicând căldarea a simțit niște dureri violente ca și cum ar fi tăiat-o cu cuțitul prin pînțece. În același timp i-a eșit o tumoră prin organele genitale externe.

24 Iulie 1898. Laparatomie. Incisia se scoboră până pe pubis. Păreții abdominali foarte laxi. Se dă bolnavei un plan înclinat; se apucă cu pensa uterul care era foarte mic; se aduce în plagă cu cea mai mare ușurință nefiind nici o urmă de aderență.

După acésta, cu bisturiul se circumscrie un lamboi pe fața anterioară a uterului pe o întindere de 3 c. m. p. Se disecă în mod cu totul clar pe fie-care parte a incisiunii peritoneului parietal câte un lamboi de aceeași mărime; care se aplică pe cel uterin prin 4 fire de mătase; ele se trece acul cât mai profund prin substanța uterului.

Bășica se fixază prin cele 2 puncte obicnuite.

Se închide abdomenul prin 7 puncte musculo-aponevrotice peritoneale și 7 cutanate. Lungimea incisiei 9 c. m.

La 15 August bolnava, făcând deja slujba de servitoare prin curtea spitalului, plécă la domiciliul său fără nici o urmă de recidivă. Fundul uterului se simțea la 9 c. m. d'asupra pubisului.

\* \* \*

O altă operație care a făcut mult sgomot în sciință și care și ađi se practică de mulți chirurđi, este operația lui **Alexander**.

Ca principiu e foarte logică; ca rezultat practic însă ni se pare problematică. În orî-ce cas toți recunosc că singură scurtarea

ligamentelor rotunde nu e suficientă; dînsa trebuie însoțită și de alte operațiuni complimentare pe vagin, perineu, etc. Noi nu am practicat nici o dată această operație.

Reproducem din teza D-lui Dr. *F. Barret de Nazaris* făcută în 1891, descrierea unui anume procedeu în operația lui Alexander.

„**Punct de reper, incisiune.** Bolnava e așezată pe masa de operație; câmpul operator spălat cu săpun și desinfectat. Prima grije a chirurgului este să pipăe pubisul pentru a descoperi singurul punct de reper necesar adică *spina pubisului*. Incisiunea va pleca de la spina pubisului mergînd chiar pe dînsa și se va dirige în linie dréptă către spina iliacă anterioră și superiőră sau mai bine încă către un punct așezat la 2 cm. înăuntru acestei spine iliace. Cu modul acesta buzele incisiunii vor fi just superpuse pe stâlpii inguinali fără să ȳ incruciseze în unghi ascuțit.

Lungimea incisiei va fi variabilă după grăsizea bolnavei, dar credem că lungimea extremă a plăgei nu trebuie să fie de cât de la 5—6 centimetri.

Pielea și țesutul celular vor fi incisate aprópe fără să dea sânge. O pensă emostatică așezată pe tegumentósa abdominală, pe care o întălnim mai adesea, e suficientă pentru a opri emorragia.

Indată ce plaga va fi ștėrsă, va trebui să urmărim disecțiunea țesuturilor pănă la *aponevrosa* marelui oblic, care trebuie să apară în tótă strălucirea sa și să nu ne oprim la o *lamă fibróasă dar mai întunecóasă*, un fel de fascia divizând paniculul adipos la femeile grase (precum a arătat Beurnier și precum noi înșine am constatat în cercetările nóstre) și care póte să se impue drept aponevrosa marelui oblic. Trebuie să mergem înainte; aponevrosa marelui oblic are un aspect care nu înșelă. Dacă ezitați, lăsați bisturiul, și cu sonda canelată sau indexul sgărie fundul incisiunii. Nu veți întărđia a descoperi aspectul sifeiú ce căutați. Veți descoperi această aponevrosă în tótă întinderea incisiunii.

**Căutarea ligamentului rotund.** Este absolut necesar a se orienta pe fundul incisiunii ce s'a practicat. Cel mai sigur mijloc de a nu se rătăci este a căuta spina pubisului cu indexul și dacă plaga e bine stėrsă, zărim fórte net cei doi stâlpi inguinali, cari se dirig către dînsa și circumscriú orificiul extern al canalului inguinal, unde apare un *dop gros* galben pe care nu trebuie să-l mai perdem din vedere. Acest dop adipos conține extremitatea sau ramurile resfirate ale ligamentului rotund. Apucă-l în totul cu o pensă emostatică, nu perdeți timpul a disocia în acest punct, această ar



fi o disecțiune dificilă, inutilă și expunându-vă puteți a dedubla ligamentul din care ați isola o singură ramură respirată respingând pe cele-l'alte. Pe cât posibil evitați a apuca ramura pubienă a nervului marele abdominal.

Dopul adipos va fi ușor tras cu pensa în afara orificiului extern al canalului inguinal, câte-va lovitură de sondă canelată îl vor isola în masă pe o întindere de unul sau două centimetri. Nu insistați, puneți o altă pensă emostatică cât mai departe posibil de desuptul celei d'întâiu; veți avea un punct mai solid, câte-va lovitură de sondă canelată spintecă fibrele arciforme cari acopere canalul inguinal și liberază complet ligamentul rotund de toate traectele celulose, cari îl fixază la părății acestui canal. Pentru ca ligamentul să vie ușor în afară, este *capital de a-l isola complet* în traectul său inguinal. El va apare sub forma unui cordon în general alb, care va deveni din ce în ce mai voluminos pe măsură ce-l veți trage în afară. In această din urmă manevră, se apucă cu o pensă ligamentul rotund cât mai aproape posibil de orificiul intern al canalului inguinal și cu degetele celei alte mâini tragi de dînsul respingând către orificiul intern filamentele celulose ce dînsul ar putea să tîrască în eşirea sa.

In timp ce exercitați tracțiunii, un ajutor respinge în sus și nainte tamponul așezat în fundul de sac posterior al vaginului pentru a ajuta ligamentul să tragă uterul.

Scurtarea nu este eficace de cât dacă ați tras în afară de la 10—14 cm. de ligament

**Fixațiunea ligamentului la stâlp.** Când ligamentul este suficient atras afară din abdomen, D-nul profesor Lanelongue îl apucă cu o pensă emostatică just la orificiul intern Fig. C 88 și 89 (Schema No. 1) al canalului și 'l încredințază unui ajutor. Luând o pensă emostatică cu dinți aseuțiți, traversază stâlpul intern (Schema No. I A) de din afară înăuntru cu pensa, *dinții inchiși*, după aceia îi deschide pentru a apuca extremitatea liberă a cordonului pe care îl aduce prin butoniera ast-fel practică. O pensă asemănătoare traversază în acelaș mod stâlpul extern (Schema No. I B) dar de dinăuntru în afară; ast-fel că ligamentul descrie un nod care lăgă ca o cravată cei doi stâlpi; în fine extremitatea liberă este trecută sub prima ansă ce descrie ligamentul pentru a merge să întâlnească stâlpul intern A (veți schema No. 1).

După ce am făcut ca ligamentul să descrie aceste circvoluțiuni împrejurul stâlpilor, e suficient o ușoră tracțiune executată pe extremitatea sa liberă pentru a strânge nodul și a

apropia ceî doi stâlpi ca două perdele. Nodul ast-fel format este lipit printr'o legătură încrucișată în X. Iată cum se procede: Un lung catgut No. 5 străbate succesiv stâlplul intern, circumvoluțiunile ligamentului și stâlplul extern. Inodăm catgutul și cu acelaș catgut, fără a 'l tăia, traversăm stâlpii și cordonul în sens

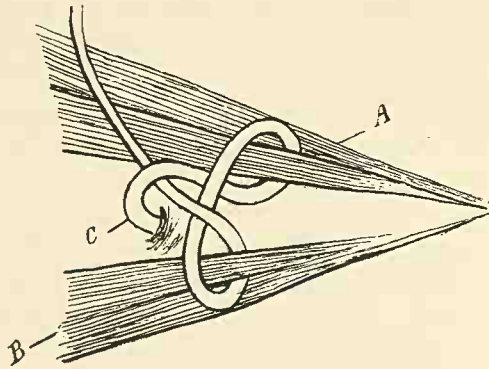
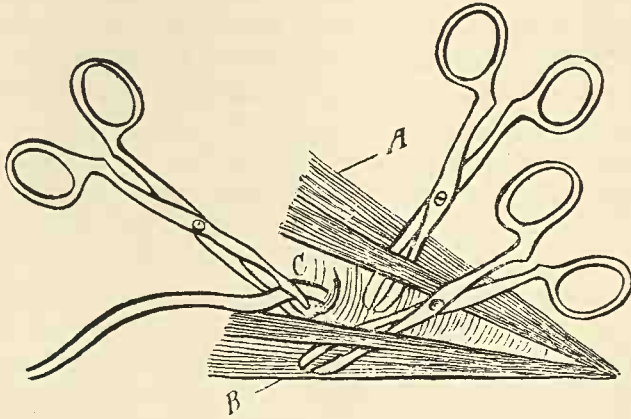


Fig. 88 și 89 (Schema No. 1).

contrariu pentru a forma un X precum am ȃis. Inodăm încă catgutul.

Ligamentul rotund este culcat între ceî doi stâlpi, extremitatea sa liberă readusă către pubis. Cu acelaș catgut facem o sutură cojocăreșcă care traverséză ceî doi stâlpi și ligame

Acéstă sutură profundă terminată, coprimdem în suturile superficiale făcute cu pěr de Florența cari reunesc buzele incisiunei, ceea-ce remâne din ligament.

Urmeză toaleta plăgei. Fără drenagiũ ; pansament uscat cu praf de iodoform acoperit cu vată salicilată, totul menținut cu o spică dublă.

D. profesor Lanelongue nu așteptă să isoleze ligamentele de ambele părți pentru a exercita simultaneũ pe ele tracțiunile necesari pentru a îndrepta uterul. El termină complect Alexander de o parte, înainte de a trece la căutarea ligamentului din partea opusă“.

## Cap. XII. Inversiunea uterului.

De sigur nimic n'a putut să impresioneze mai mult pe vechii autori, ca prezența între cõpsele femeii a unei tumori atárnânde de volum și aspect adesea fórte bizar.

Din cele ce scim astăzi însă, o asemenea tumoră în trãsuri generale, nu põte fi de cât saũ un fibro-miom sub mucos care ieșit din uter și vagin se presintă la exterior ; saũ o inversiune a uterului, ori în fine un prolaps complect al acestui organ. Dar aceste trei felurite bóle, în anume circumstanțe se asemănă așa de mult între ele, că astăzi chiar cu greũ le putem diferenția.

Nu încape îndoială, că pentru vechii autori dificultățile fiind și mai mari, e greũ a sci dacă ei în adevěr aveaũ cunoscința complectă de fie-care din aceste tumori. Lucrul sigur este, că dintre tóte, prolapsul uterului prin mai marea sa frecvență le era destul de cunoscut. Și probă avem că dînșii menționéză semnul patognomic al acestei afecțiunii ; ei descriũ orificiul extern al colului de la extremitatea inferiõră tumorii, care prin aspectul sãu bizar le inspirase chiar ideea că ar fi vorba de un animal ieșit din organism. Faptul menționat în autori și chiar recomandațiunea dată de Soranus, de a se extirpa acéstă tumoră ca ne având nici o consecință rea pentru femeie, probéză și mai mult că dînșii fără să fi sciut, aũ făcut mai mult ablațiune de fibrõme sfacelate de cât isterectomii. Cu tóte acestea nicãeri nu se găsesce menționat



vre-un semn, care să ne arate preocuparea lor de varietatea fibrómelor sub mucóse erniate. Și chiar ni se pare curios acest lucru: fără îndoială fibrómele în tóte timpurile au fost mai frequente de cât inversiunile uterului, de carí se vorbește în scrierile vechi.

Denucé aduce ca probă urmátóarele expresiuni chiar ale lui Hyppocrate; prin ele s'ar deduce că acest autor scia să deosebescă inversiunea uterului de un simplu prolaps.

„Dacă matricea a ieșit complect afară din părțile genitale, dînsa atárnă ca un scrot. Durerea ocupă partea de jos a pântecelui, lombele, stinghiile; dacă a trecut mult timp dînsa nu mai intră la loc.

Acéstă bólă vine când în timpul facerei, femeea încercă oboseli cari ating însuși mitra (inertția uterină); sau când femeea are raporturi cu bărbatul său în timpul períodei lochiilor“.

După Hyppocrate găsim în *Aretheu* expresiuni și mai clare relativ la inversiunea uterului. Dînsul arată două feluri de tumori între cópsele femeei: una care în mod vedit este prolaps, iar alta de sigur inversiune, dar fără să o numescă. În adevăr, după ce vorbește de prolaps dînsul dice: „O asemenea tumoră se mai produce când tunica (cea externă) care învelesce cavitatea bicornă a uterului este deslipită cu violență de părțile contigue. Dubla membrană (internă) a matricei, este în adevăr deosebită de acéstă tunică și dînsa póte să fie separată când în urma inflamațiunei, a avortului, sau a unei faceri violente devine aderentă cu placentă. Dacă placentă este smulsă cu putere, tunica uterului este trasă în același timp la exterior. Dacă femeea nu móre, acéstă tunică póte să revie la locul său și să restabilească exact conexiunile normale ale uterului, sau să rămăe ușor proeminentă prelingînd cópsele femeei“.

*Soranus* cređînd și el în existența a două tunici ale uterului spune, că în anume casuri mitra cade la exterior; tunica nervósă sau externă rămăne în loc, iar cea internă singură să fie răsturnată (inversa).

*Galien* devine mai complect arătând chiar mecanismul inversiunei; el constă în expulsiunea prea repede a fetului, în tracțiunile nemoderate asupra placentei, în sforțurile femeei, și prin contracțiunea violentă a mușchilor abdominali.

Dar dintre toți *Rhazès* medic arab în 1500, este singurul care vorbește în mod clar de inversiune pronunțând pentru prima óră acest cuvînt.

„Răsturnarea matricei, ȳice el, (egressio matricis) se recunosce prin acest semn cã corpul organului se oferã direct la pipãit. Acestã ține la faptul cã afecțiunea se produce când partea interioară a matricei devine exterioară, iar nu în urma rupturii ligamentelor. Accidentul apare fie prin ieșirea prea repede a fetului, fie în urma unei săriturii sau loviturii violente, fie prin extracțiunii fără nici o menajare a placentei“.

În secolul al 17-lea, inversiunea uterului devine din ce în ce mai cunoscută. *Mauriceau* vorbește de două feluri de căderi ale uterului. Într'una, ȳice dînsul, matricea cade cu totul în afară și fără ca fundul său să fie câtu-și de puțin răsturnat. Cea-altă cădere de matrice — care este și cea mai supăratore — este aceea ce pórta numele de răsturnare. În acest cas matricea nu numai cã e cădută cu totul afară, dar fundul său este răsturnat ast-fel cã se vede fără orificiũ. În acest cas matricea sãmănã cu o mare bucatã de carne sãngerãndã ce atãrnã între cõpse; și ceea ce e de mirat e faptul cã se vede casa copilului, care e matricea ieșind prin pórta care e orificiul extern“.

În fine *Puzos* în 1744 stabilește urmãtoarele divisiunii cari au rãmas și ađi clasice, cu ore-cari modificãri.

I. Inversiune de primul grad este când fundul uterului se rãsrãnge înãuntru pe întinderi mai mult sau mai puțin mari, dar fără sã trecã de orificiul intern sau extern. Gradul acesta s'a comparat cu un fund de sticlã sau cu fundul unei pãlãrii môle deprimatã.

Gradul al II-lea este când răsturnarea uterului învinge rezistența orificiului intern al colului, iese prin canalul cervical și apare în interiorul vaginului. Progresiunea acestei inversiunii depinde de rezistența ce opune ligamentele largi precum și cele rotunde. De aci urmãzã diferite sub-varietãți de inversiune; ele însã pentru a pãstra numele de gradul al II-lea, fundul uterului nu trebuie sã trecã de orificiul vulvei.

În fine gradul al III-lea este când fundul uterului împreună cu corpul său iese afarã din organele genitale și atãrnã între cõpse ca o limbã de clopot. În cazul acesta resfrãngerea este totalã; ea se însoțește și de aceea a gâtului uterin, ast-fel cã mucõsa uterinã se continue direct și fără nici o linie de demarcație cu pereții vaginali.

Autorii Englezii și în special *Crosse* admit tot trei grade de inversiune, dedublând însã primul și combinând pe al II-lea cu al III-lea. Ast-fel gradul întâiu constã în rãsrãngerea fundului

uterin până la o oře-care distanță. Gradul al doilea când fundul apare la orificiul extern al colului, unde se pōte simți cu dege-

Fig. 90.

Fig. 91.

I-iul grad de Inversiune.

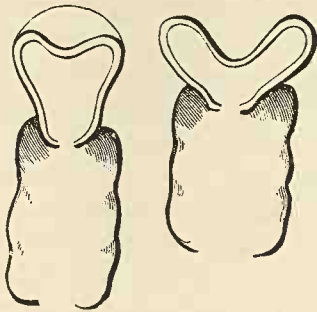
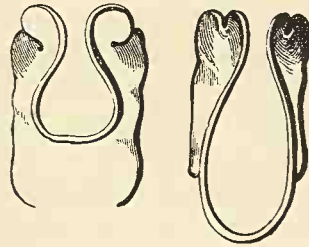


Fig. 92.

Fig. 93.

Al II-lea grad de Inversiune



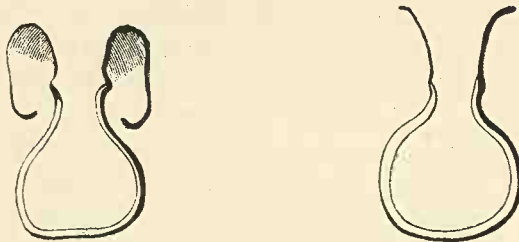
Primul grad de depresiune. Fundul uterului mai mult sau mai puțin deprimat.  
Orificiul colului. Orificiul vaginului.

Al II-lea grad de depresiune. Uterul mai mult sau mai puțin resturnat.  
Orificiul vaginului. Orificiul colului.

Fig. 94.

Fig. 95.

III-lea grad de Inversiune.



Orificiul vaginului. Vagin mai mult sau mai puțin rēsturnat.  
Vestigiul colului. Uterul rēsturnat în totalitate.

tul dând impresiunea unui polip; iar gradul al treilea este când acest fund trece de orificiul colului și apare în vagin.

Fig. 90, 91, 92, 93, 94 și 95 luate din Denucé de la care am împrumutat multe idei aci expuse, reprezintă cele trei grade ale inversiunii.



**Etiologia.** Cunoştem forma și constituțiunea uterului în starea normală. Dînsul oferă două lucruri principale. Întîi o grosime foarte mare a părășilor în raport cu o cavitate foarte mică. De aci rezultă, ca uterul pentru a se putea răsturna, trebuie neapărat să intervie două factori. Pe de o parte o lărgime exagerată a cavității sale, iar pe de alta o subțime considerabilă a părășilor săi. Și este așa de adevărat acest lucru, că un uter normal nu e cu putință a se resfrînge, chiar dacă l'am avea în mână și am întrebuița sforțurile cele mai mari.

Dar cari sunt acei factori capabili a ramoli părășii uterini și a'i lărgi cavitatea sa interioară? Nu este de cât unul singur: graviditatea. Și în adevăr, nu există nici un caz unde inversiunea uterului să se fi produs în afară de intervențiunea acestui fenomen. Un singur exemplu este dat de Boyer; el dice că a observat inversiunea la o femeie care nu avusese copii de 15 ani. Dar acesta nu esclude principiul stabilit; demonstrat este că e destul o femeie să fi avut o singură facere, pentru ca organul să-i fi rămas slăbit și propriu a fi răsturnat. Prin urmare, faptul aparițiunei inversiunei mai curând sau mai târziu după nascere, este o chestiune cu totul a parte. De aci a provenit chiar divisiunea clasică de *inversiuni recente sau acute și inversiuni cronice sau tardive*. De alt-fel toate statisticile și în special aceea a lui Crosse a arătat că din 400 de inversiuni, 350 au fost datorite facerilor iar 50 altor cause. În adevăr în afară de graviditate se invocă ca etiologie a inversiunei și dezvoltarea de miofibróme în uter, precum și acumulațiunea exagerată în cavitatea sa de diferite lichide cu caracter seros sau sanguin. Dar mecanismul după care aceste afecțiuni produc inversiunea, este cu totul diferit de al expulsiei feteului în timpul facerei.

Să vedem deci mai în detaliu în ce mod graviditatea și în special expulsia feteului și a placentei determină inversiunea uterină. Se admit trei ordine de cause:

§ 1. **Contractiunile spasmodice a însuși părășilor uterini.**

§ 2. **Tracțiunile exercitate pe fundul uterului prin fața sa internă.**

§ 3. **Presiunile exercitate pe fundul uterului prin fața sa externă.**

§ 1. Inversiunea produsă prin simpla contractiune spasmodică și convulsivă a mușchiului uterin, fără intervențiunea altui agent, este greu de susținut și poate chiar imposibil. Singur *Astruc* a dat o teorie mult timp primită și de alți autori. Iată cum s'ar petrece lucrul. Răsturnarea provine câte o dată din agitațiunile convulsive ale matricei după o facere laborioasă. Aceste contrac-

țiunii împing fundul uterului prin orificiul colului încă deschis; fenomenul e aprópe analog cu contracțiunile întretăiate ale intestinelor în colicele violente, cari împingând când partea superioară în cea inferioară, sau acésta în aceea, produce invaginațiunea. Paul Dubois în 1855, iar în același timp școla Englesă și Americană, susțin acésta idee și mecanism dar cu o simplă condițiune. Se scie că fibrele mușchiului uterin sunt de trei feluri: longitudinale, circulare și oblice sau în elice. Ei bine, ori cât de spasmodică ar fi contracțiunea lor, dînsele sub nici un cuvînt nu vor putea răsturna fundul uterului; cel mult vor avea drept efect a transforma organul într'un fel de diafragm. De aceea se susține, că fenomenul e posibil numai atunci când dintr'o cauză óre care, o porțiune a fundului uterin s'a răsfrânt deja ca un deget de mînușă; și că numai în urmă pot interveni aceste contracțiuni spasmodice ale mușchiului pentru a complecta lucrul început.

Iată de alt-fel cum se exprimă Crosse în acésta privință. Eú nu pricep cum organul în el însăși ar avea puterea să începă deplasarea și să producă depresiunea. Dar când inversiunea a fost deja începută, când fundul uterului merge către introversiune și ajunge să fie apucat de corp, care nu este încă răsturnat, atunci numai mușchiul iritat tratéză partea răsturnată ca un corp strein și caută să o expulzeze prin contracțiunile sale. Orificiul gâtului uterin nu se opune la acésta expulsione ca și în timpul facerei. Ast-fel o parte a uterului lucréză asupra restului și determină răsturnarea până la gradul de *eversio-extrema*.

§ 2. Inversiunea produsă prin tracțiuni pe fața internă. Aci prima și unica cauză constă în nerăbdarea ce aú móșele sau obstetricianii de a grăbi expulsionea placentei, trăgênd de cordon în mod întempestiv și cu violență. Este lesne de înțeles acest mecanism care în sine e tot ce póte fi mai simplu. În a 9-a lună, când uterul e la maximum de dilatație iar păreții fórte ramoliți, o tracțiune chiar ușoră exercitată pe cordon, va determina în mod fatal răsturnarea fundului uterin în mod complet și fără nici o greutate.

Dar în afară de aceste tracțiuni de o mână strêină, fenomenul încă se produce în următórele condițiuni. De exemplu dacă femeea în momentul născerei stă în picioare sau pe vine. Atunci fetul o dată ieșit afară, el prin greutatea sa va exercita o tracțiune pe cordon și placentă; dînși la rîndul lor vor determina inversiunea. De asemenea dacă cordonul prin natura sa

este prea scurt, sau dacă se află îndoit pe corpul său gâtul fetului; acesta în momentul ieșirii sale din uter, iarăși va exercita o tracțiune violentă pe placentă și va produce inversiunea prin același mecanism, cu toate că femeea ar fi culcată în pozițiunea orizontală. În fine dacă cordonul fiind prea subțire sau fragil s'a rupt, iar placentă oferă aderențe cu uterul, așa în cât intervențiunea medicului devine imperioasă, încă inversiunea se produce, dacă deslipirea placentei făcută cu mâna, nu se execută în mod blând și magistral.

Să nu credem însă că inversiunea prin tracțiunile asupra placentei se efectuează numai în timpul expulsiei fetului, adică la a 9-a lună a gravidității. Dînsa se poate obține chiar în timpul unui avort, adică atunci când condițiunile nu par a fi atât de favorabile. În adevăr se citează o observațiune clasică a lui Woodson în 1860. El povestesc istoria unei fete de 27 ani gravidă în 4 luni. Dînsa fiind surprinsă în bae de dureri de nascere, a apucat și a tras cu violență fetul. În același timp ea trase afară uterul și-și produse o inversiune completă.

### § 3. Inversiuni produse prin presiuni extra-uterine.

Am arătat cu ocaziunea staticii uterine, că acest organ se află sub masa intestinală precum și sub influența presiunii intra-abdominale. A fortiori uterul în timpul gravidității și al facerii se găsește în contact și mai intim cu acești agenți, precum și sub acțiunea diafragmului. Lesne deci înțelegem că uterul odată golit, pereții săi de nu vor avea tonicitatea normală pentru a rezista acestor diferiți agenți, cu înlesnire vor putea fi răsfrânși prin intervențiunea apăsării intestinelor și a presiunii intra-abdominale.

Nimeni n'a descris mai pitoresc, dacă ne e permisă expresiunea, rolul acestui agent în producerea inversiunii ca Galien. Iată cum acest mare observator se exprimă: „Sub influența facultății de expulsie, orificiul matricei se întredeschide și întregul fund al uterului apropiindu-se pe cât posibil de orificiul împinge fetul în afară. În același timp cu fundul uterului, părțile care-l înconjoară, adică pereții abdominali, ajutând din toate forțele lor, strâng cu violență fetul și-l proiectează la exterior. Această parte a acțiunii, la care femeea în muncă ajută și dînsa, constă nu în uter, dar în mușchii abdomenului; ei vin în ajutorul său, precum fac pentru actul defecațiunii sau emisiunea urinelor. Ast-fel la unele femei, când această facultate expultrice se exercită într'un mod fără măsură, s'a putut vedea cum dure-



rile violente expulsă în același timp și fetul și uterul însăși. Accidentul este cu totul comparabil cu ceea ce se petrece într'o luptă saă apărare, când unul din luptători sforțându-se să răstörne și să pue la pământ pe adversarul său, cade și el în același timp cu dînsul. Tot ast-fel este și cu uterul. Când dînsul expulsă cu violență fetul, pöte el însuși să fie precipitat în același timp în afară, mai ales când ligamentele care-l fixăză la basin sunt relaxate mai dinainte.

Acéstă teorie förte ingeniösă, fiziologică și de o claritate magistrală, a fost admisă și de alți autori mai vechi precum și de cei moderni. Intre alții avem pe *Le Roux* din Dijon în 1776, care se exprimă ast-fel parafrazând teoria lui Galien, Puzos și Astruc.

„Să presupunem o facere precipitată; ultima durere expulsăză copilul. In acest timp mitra care n'a încercat de cât puține contractiuni, n'a avut timpul să-și întărăscă în destul păreții săi, pentru ca să pötă resista la acțiunea mușchilor pântecelui și a diafragmului. Aceste puteri când copilul a ieșit, lucrăză încă pentru cât-va timp.

Ele împing cu violență intestinele pe fundul uterului, care din cauza micei sale grosimi, oferă puțină resistență. Uterul deci cedăză sforțurilor transmise de la acești agenți și presiunei intra-abdominale. Dînsele comprimându-l, determină o depresiune a fundului uterin în tocmai ca cum am împinge fundul unei pälării cu pumnul.

In casul acesta precum și în acela arătat prin contractiunea izolată a muschiului uterin, inversiunea pörtă numele de spontanată. Din contra, când fenomenul se produce prin tracțiunii exercitate pe cordon, pentru a grăbi expulsiunea placentei, inversiunea se numesce provocată.

Mai există însă și un alt gen de inversie determinată de noi înșine; acéstă este când exagerând metoda numită a lui Credé, exercităm presiuni nemoderate pe fundul uterului cătând a înlesni expulsiunea placentei prin expresiune în casuri de inerție uterină.

Dar pronunțând acest cuvânt de inerție, suntem nevoiți a insista puțin asupra lui căci oferă un interes förte mare în chesțiunea ce ne preocupă.

Din tóte cauzele ce am arătat mai cu deosebire în inversiunea spontanată, resultă că atât cât uterul nu-și pierde din calitățile sale contractile, el nu pöte fi răsturnat orî cât de mari ar fi agenții ce intervin. Am arătat deja opiniunile diferiților autori

cară a susținut că numai atunci inversiunea se produce când uterul e coprins de inerție numită uterină. Se poate întâmpla ca această inerție să fie totală. În cazul acesta inversiunea se produce cu cea mai mare înlesnire; dînsa atinge ultimul său grad prin simpla contracțiune a muschilor abdominali și a presiunii intra-abdominale, exercitată prin sforțurile executate de femei în timpul facerei. Aceasta reprezintă tipul inversiunii spontane acută și totală a uterului.

Dar cazul cel mai comun este inversiunea numită tardivă și cronică. Dînsa recunoște ca agent iarăși o inerție uterină, dar nu totală ci parțială, localizată. Și în ce punct începe această inerție?

Deja Kiwisch și Oldham a emis o teorie care a avut mult timp curs în știință. După dînsii, inversiunea începe mai întâiu printr'un corn; ea se continuă pe fundul uterului până ce organul în totalitatea lui se răsfrînge în afară. Alți autori, fără a schimba mult ideea lui Kiwisch, au precizat în mod mai exact anume punctul coprins de inerție; el corespunde exact cu locul ocupat de inserțiunea placentei. Între aceștia avem pe Le Roux, Crosse și Rokitansky; ei au stabilit această teorie rămasă și azi în picioare.

Iată ce dice Le Roux: Locul unde se înserază placenta este acela care oferă mai puțină grosime în contracțiunile uterine; este locul cel mai slab după ieșirea copilului; este el care e mai dispus să se răstórne într'o durere în timpul facerei, este el care tot-d'a-una se răstórna“.

Crosse dice: „Condițiunea cea mai activ predispozantă la un început de inversiune, fără care gradele mai înaintate nu se pot produce, este inerția parțială a uterului“.

În fine Rokitansky dezvoltând mai complet aceste idei adaugă: „Trebue să menționăm o circumstanță cu totul singulară, care presintă o oare-care importanță din cauza pericolului ce poate produce. Aceasta este paralisia porțiunii placentare; ea se manifestă în momentul când cele-lalte părți ale organului suferă reducțiunea. Acest accident dă loc la un fenomen particular. Partea placentară paralizată este gonită în cavitatea uterină prin contracțiunea părților vecine; rezultă de aci o tumoră intra-uterină, care corespunde la o depresiune pe fața externă a uterului. Această tumoră presintă cea mai mare analogie cu un polip uterin și diagnosticul nu se poate stabili de cât după un examen profund“.

Odată lucrul început, pe lângă contracțiunile uterine, adăogându-se presiunea intra-abdominală și presiunea directă a mesei intestinale, ușor ne explicăm producerea inversiunii uterine.

Acéstă inversiune forméză tipul inversiunii tardive; dînsa la rîndul său oferă douë sub varietăți: *inversiune tardivă gradată* și *inversiune tardivă bruscă*. Cea gradată se numesce ast-fel, căci imediat după facere inversiunea odată începută își continuă mersul în mod progresiv. Intr'un timp mai mult sau mai puțin lung, uterul complet răsturnat își face aparițiunea în vagin sau chiar afară din vulvă între cõpse. Inversiunea tardivă bruscă se caracterisă prin aceea, că femeea considerată ca fiind în sănătate completă, de odată — în urma unei săriturii, a ridicărei unei greutăți, a unui sfort, sau chiar în momentul defecațiunei — uterul său iese afară în inversiune completă.

#### § 4. Inversiuni uterine determinate de fibro-miome sau polipi uterini.

Când am studiat tumorile fibromatõse ale uterului, am arătat că une-orî acest organ ia o proporție destul de mare în întreaga sa constituție așa că se apropie fõrte mult de graviditate. Fenomenul a și fost numit de către Guyon, tocmai din cauza acestei analogii: *graviditate fibrõsă*.

Dar cu totă lărgimea excesivă a cavităței uterine și ramolirea păreților organului de care se însoțesce acéstă formă difuză de miom uterin, totuși inversiunea nu s'a observat, sau cel puțin nu s'a studiat de cât în casurile de fibro-miome izolate și circumscrise. Și dintre acestea, încă numai acelea ar fi capabile să provõce inversiunea, cari aparțin varietăței numită fibrom sub mucos. Acéstă tumoră am vëdut că, avënd punctul de inserțiune pe fundul uterului, grație contracțiunei muschiului uterin; dînsa în mod treptat și regulat este împinsă către cavitătea uterului; une-orî reusesce a trece de orificiul gâtului uterin, se pogorâ în urmă în vagin iar de aci este expulsată întocmai ca și un fetus. Dacă un asemenea fibro-miom are o bază sesilă, dînsul pe măsură ce se expulséză e în stare a trage după el și porțiunea corespondentă a fundului uterin: se forméză ast-fel primul grad de inversiune; dînsul apoi treptat se va completa pe măsură ce tumora va înainta. Deci e posibil că miomul de odată cu ieșirea sa afară din vulvă, să se însoțescă și de o inversiune completă a uterului. Dacă însă fibro-miomul în loc de a fi sesil



e pediculat, el p $\acute{o}$ te s $\acute{a}$  determindre același rezultat, grație volumului și greutatei sale. Prin urmare, ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  tumor $\acute{a}$  presupun $\acute{a}$ ndu-o at $\acute{a}$ rn $\acute{a}$ nd $\acute{a}$   $\acute{i}$ ntre c $\acute{o}$ pse, d $\acute{i}$ nsa  $\acute{i}$ n tocmai ca și un fetus tr $\acute{a}$ g $\acute{a}$ nd de pedicul — asem $\acute{a}$ nat cu cordonul și placenta — p $\acute{o}$ te determina o inversiune brusc $\acute{a}$  și acut $\acute{a}$  a uterului.

$\acute{I}$ n t $\acute{o$ te cele-l $\acute{a}$ te casuri de dezvoltarea fibro-mi $\acute{o}$ melor,  $\acute{i}$ n afar $\acute{a}$  de sediul lor just pe fundul uterului, inversiunea se obține mai cu gre $\acute{u}$ .  $\acute{I}$ n adev $\acute{e}$ r, fibro-mi $\acute{o$ mele laterale ale p $\acute{a}$ reților uterine pot la rig $\acute{o$ re s $\acute{a}$  determindre o  $\acute{i}$ nfund $\acute{a}$ tur $\acute{a}$  a punctului corespondent inserțiunii sale, dar  $\acute{i}$ n mod excepțional și  $\acute{i}$ n or $\acute{i}$ -ce cas f $\acute{o}$ rte gre $\acute{u}$ .  $\acute{I}$ ar c $\acute{a}$ nd inserțiunea miomului se face pe un plan mai jos ca cele dou $\acute{e}$  treimi superioare ale uterului, nu este cu putință a se obține nici chiar cel mai mic indici $\acute{u}$  de inversiune. A fortiori lucrul nu va fi posibil de imaginat, c $\acute{a}$ nd o tumor $\acute{a}$  fibromiomat $\acute{o}$ s $\acute{a}$  s $\acute{a}$ r dezvolt $\acute{a}$   $\acute{i}$ n porțiunea supra-vaginal $\acute{a}$  a colului.

Nu exist $\acute{a}$  nici un mecanism special de invoc $\acute{a}$ t pentru producerea inversiunii prin asemenea tumori; totul este analog cu cele ce am v $\acute{e}$ du $\acute{t}$  c $\acute{a}$  se petrec  $\acute{i}$ n inerția parțial $\acute{a}$  a uterului și contractiunea sinergic $\acute{a}$  a muschilor abdominali, precum și intervențiunea diafragmului, a mesei intestinale și a presiunii intra-abdominale.

Lucrul important este, c $\acute{a}$  rolul fibr $\acute{o}$ melor  $\acute{i}$ n producăiunea inversiunii uterine a fost bine cunoscut de vechi $\acute{i}$  autori.

Ast-fel vedem mai  $\acute{i}$ nt $\acute{a}$ i $\acute{u}$  pe *Hunter*, care vorbind de diferite mecanisme ale r $\acute{e}$ sturn $\acute{a$ rei uterine,  $\acute{d}$ ice: „inversiunea p $\acute{o$ te s $\acute{a}$   $\acute{i}$ nc $\acute{e}$ p $\acute{a}$  și c $\acute{a}$ nd uterul este mic, dar destul de mare prin faptul unei anumite b $\acute{o$ le.  $\acute{I}$ n acest caz r $\acute{e}$ sturnarea este gradat $\acute{a}$ . . polipul dezvolt $\acute{a}$ ndu-se umple cavitatea uterin $\acute{a}$ , iar uterul se silesece  $\acute{i}$ n mod constant ca s $\acute{a}$ ’l gon $\acute{e}$ s $\acute{c}$  $\acute{a}$ . Acțiunea uterului se exercit $\acute{a}$  de sus  $\acute{i}$ n jos; polipul este gradat  $\acute{i}$ mpins c $\acute{a}$ tre partea inferioar $\acute{a}$ ; fundul uterului descinde  $\acute{i}$ ncetul cu  $\acute{i}$ ncetul  $\acute{i}$ n propria sa cavitate urm $\acute{a}$ rend polipul. C $\acute{a}$ nd polipul este  $\acute{i}$ n vagin și dac $\acute{a}$  nu are pedicul, fundul uterului se g $\acute{a}$ sesce  $\acute{i}$ n dreptul buzei externe a colului; jum $\acute{e}$ tatea superioar $\acute{a}$  a uterului umple exact jum $\acute{e}$ tatea inferioar $\acute{a}$  a cavit $\acute{a}$ tei sale. E $\acute{u}$  nu cred,  $\acute{d}$ ice el, c $\acute{a}$  ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  mișcare s $\acute{a}$  se p $\acute{o$ t $\acute{a}$  opri aci: partea r $\acute{e}$ sturnat $\acute{a}$  devine ca un corp strein; uterul continu $\acute{a}$  acțiunea sa pentru a se sc $\acute{a}$ pa de ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  porțiune,  $\acute{i}$ n tocmai precum lucrul se petrece  $\acute{i}$ n intersusceptiunea intestinal $\acute{a}$ “.

*Bardelocque* a demonstrat și d $\acute{i}$ nsul c $\acute{a}$ , dac $\acute{a}$  polipul prin volumul s $\acute{e}$ u a determinat mișc $\acute{a}$ ri de contractiuni explosive  $\acute{i}$ n uter

și a putut fi dat afară ea și printr'un fel de acușment, el pôte trage după dînsul, prin faptul greutății sale adesea considerabile, porțiunea uterului la care era inserat printr'un pedicul tot-d'a-una foarte scurt.

În fine *Ferrand* în 1828, complectând această teorie adaugă, că manoperile chirurgicale exercitate pentru a trage polipul la exterior, pot să contribuie în mare parte la producțiunea inversiunii. Tracțiunile ast-fel practicate, sunt capabile une-orîsă de prime fundul uterului; păreții deveniți subțiri și slăbiți prin desvoltarea chiar a tumorei, pot produce inversiunea printr'un mecanism foarte analog cu acela al tracțiunilor exercitate pe placenta în timpul facerilor.

### § 5. Inverisuni uterine provocate de ematometrie și idrometrie.

Am arătat la bólele vaginului și ale uterului că, în urma unor anume condițiuni congenitale sau dobândite, acumulațiunii de serositățe, sau sînge pot fi capabile să determine o lărgime excesivă a cavității uterine, precum și o subțime exagerată a păreților uterini; ele pot mări volumul organului până a ajunge chiar dincolo de ombilic. Ei bine, în asemenea condițiuni, dacă evacuațiunea conținutului uterin se face în mod brusce, în acelaș timp cu expulsiunea coagulilor sanguini sau a liquidului seros, păreții uterului deja slăbiți și subțiați pot să se răsfrîngă asupra lor însași, fiind coprinși de inerție. Uterul neputînd resista contracțiunilor muschilor abdominali precum și acțiunei presiunii întra-abdominale și a greutății meselor intestinale, se va resfrînge, se va inversa. Ast-fel se citéză mai multe observațiuni ale lui *Le Blanc*, *Mauriceau*, *Benevoli*, etc., unde evacuări brusce de ematometru și idrometru, aũ fost însoțite de inversiuni uterine. Dar felul acesta de inversiune, pe lângă aceea că se observă foarte rar, nu a fost nici bine studiat nici confirmat de autorii moderni.

Este socotesc de prisos a mai insista asupra posibilității inversiunii uterine în urma depositului de grăsimi pe păreții uterului, sau pe ansele intestinale, ori a unei desvoltări excesive a marelui epiploon. Lucrul e posibil, că la o femeie ce a avut mai mulți copii și care a rămas cu o subinvoluțiune incomplectă sau nulă a uterului, păreții acestuia păstrînd moliciunea puerperală și o lărgime mare a cavității precum și un început de depri-mare a unei porțiuni a fundului sîu, agenții sus citați să pótă la ri-

góre să completeze inversiunea prin acțiunea lor lentă, continuă și progresivă; dar nici-o-dată în mod primitiv și în afară de gravitate.

**Simptomele și diagnosticul.** Fie care grad de inversiune are simptomele sale proprii și un anume diagnostic diferențial. Inversiunea de primul grad nu se manifestă prin nici un semn propriu. Fôrte adesea femeile după naștere se plâng de dureri vagi în lombe, în anexe, în regiunea rinichilor, precum și de scurgeri une-ori destul de abundente de sânge. Dar tóte acestea de obicei se pun pe socotéla diferitelor complicațiuni inflamatorii, fie ale uterului, a anexelor saú parametrului. Nu mai gândindu-ne la posibilitatea unui început de inversiune — gândire la care trebuie să ne oprim când în special emoragiile sunt opiniatre sfidând orî-ce tratament rațional — numai atunci dic putem procede la o explorațiune apropiată. Acésta constă în prima linie în palpațiunea abdominală precum și în examenul rectului.

Dacă circumstanțele sunt favorabile — reprezentate prin aceea că femeia ar avea un pânțece móle și lipsit de grăsime — am putea, introducând degetele sub simfisa pubienă și explorând cu persistență și metódă, să descoperim corpul uterului, iar pe fundul său o depresiune mică, cu márginele ridicate și circulare, sémănând cu fundul unei butelii. Simultaneu introducând degetul în rect și explorând fața posterióră a uterului, putem mergênd în sus către fund, să dăm peste aceeași margine regulată și circulară ce am constatat prin păreții abdominali. Dacă la aceste semne mai adăogăm și explorațiunea cu isterometrul, și vom simți că vârful instrumentului înaintând în axa centrală a cavităței se oprește la o mică distanță de 3—4 cm., iar că dirigindu-l în lături dinsul póte înainta mergând până la o distanță de 6—7 cm.; și ne ar fi posibil în același timp ca prin mișcări circulare să înconjurăm tumora de jur împrejur, vom fi în drept să afirmăm o depresiune a fundului uterin saú inversiune de primul grad.

A susține însă că acésta este o inversiune pură, saú un polip sesil însoțit de inversiune, este aprópe imposibil. Cel mult ne ar putea ajuta senzațiunea ce am căpăta prin explorarea cu isterometrul cu privire la consistența și regularitatea tumorei. În adevêr, fiind vorba de o inversiune simplă, tumora va fi netedă, fără ridicături, fără mamelóne, de o consistență móle, fermă dar elastică. Într'un polip saú miom sub mucos, caracterele acestea nu vor fi atât de netede și clare: în ele vom constata părți neregulate, aici adâncături, dincolo ridicături și fără o



aceiași consistență. Credem că astăzi cu mijlocele antiseptice, putem recurge la o explorațiune mai directă și anume la dilatațiunea suficientă a cavității uterine iar în urmă la introducerea directă a degetului; atunci pipăind tumora în toate punctele sale, vom căpăta o senzațiune mai justă de cât a isterometrului și vom putea mai cu precisiune să afirmăm cele ce am constatat.

Trebue să menționăm cu această ocaziune, o stare particulară a uterului căria un autor englez *Rigby* i-a dat numele de matrice turtită sau matrice stând pe vine (acroupie). Dînsa e caracterisată printr'o îngorjare generală a uterului, o inmuere a părților săi, așa că, neputându-se menține în situațiunea normală, s'ar putea lăsa în jos scurtându-se pe ea însăși în nivelul istmului, ca și cum o persoană s'ar îndoi pe genunchi. În acest cas, cavitatea uterului e micșorată; instrumentul său degetul constată prezența părților interni imediat d'asupra orificiului uterin. Ridicând însă uterul în sus, avem senzațiunea nu ca cum am reduce o porțiune răsturnată a fundului uterin, ci ca și cum ridicăm organul în totalitatea lui; desdoindu-l, în acest timp femeea simte imediat o ușurare. Dar lucrul acesta se întâmplă excesiv de rar și l'am menționat numai pentru a fi preveniți.

Inversiunea de al doilea grad presintă ca simptome următoarele: fundul uterului a trecut de orificiul colului uterin și iese afară sub forma unei tumori de mărimea unui măr, portocală sau mai propriu zis a unei pere; ea umple întregul canal vaginal. Explorând această tumoră cu mâna, constatăm că are o consistență fermă, elastică, cu suprafața netedă și foarte regulată. Mergînd cu degetul în sus, simțim că tumora se strîmtează luând forma unui pedicul; dînsul ne conduce până la gâtul uterului al cărui orificiū e larg deschis, iar buzele aplicate pe acest pedicul. Intrînd în orificiū, degetul nu pōte să înainteze mult; el este oprit de o boltă mărginită de un burelet numit cervical. Aceeași senzațiune o căpătăm prin explorațiunea cu isterometrul. Une ori adîncimea acestei bolți este egală în toate părțile. Alte dăți însă e mai profundă înainte sau înapoi, după cum părțile uterini s'au inversat în mod egal sau nu. În ori ce cas nu ne este posibil a intra mai mult ca două sau trei c. m. Vom simți în toate direcțiunile aceeași boltă circulară. Trecînd în afară de buzele colului cari sunt lipite de pedicul, și mergînd în sus dăm de o altă boltă; dînsa este formată de fundurile de sac ale vaginului. Avînd ast-fel degetul în vagin, dacă facem palpațiunea abdominală și căutăm a intra cu degetele înapoiul simfisei pubiene, nu

numai că constatăm absența fundului uterin, dar descoperim în locul său o largă cavitate, comparată de Baudelocque cu forma unei străchini sau a unei găleți; aci mâna pôte fi introdusă în totă libertatea și pôte să atingă degetul explorator din vagin. Pe lângă acésta, explorând rectul constatăm aceeași absență a fundul uterului. În plus, dacă în același timp introducem o sondă în bășică, vom simți imediat vârful sondei prin pãretele anterior al rectului; aceste două organe numai sunt separate aprópe prin nimic între dînsele. Semnul acesta e patognomic.

Privind tumora cu ochiș, și lãrgind vaginul cu specule, constatăm că dînsa ne oferă o suprafață netedă; ea este provăduță de o mulțime de puncte visibil strălucitoare; ele nu sunt de cât orificiul numeróselor vase și glande. Adesea constatăm o transudare sanguină transformată une-orî în adevărată emoragie. Mai putem în fine descoperi porțiunii de placentă sau resturi de cotiledóne.

Tumora acésta, care nu e de cât corpul uterin răsturnat, numită încă și *glob uterin*, mai are ca semne caracteristice că nu presintă la extremitatea liberă nici o deschidere ce s'ar impune drept orificiul colului, precum am văduț în prolaps. Există însă două orificii mici în părțile laterale și greu de găsit; acestea o dată constatate e tot ce pôte fi mai demonstrativ. Ele sunt orificiile trompelor; prin ele putem introduce două subțiri stilette sau doi perî de Florența.

Cu ce s'ar putea confunda inversiunea? Cu nimic de cât cu trei lucruri: cu un prolaps al uterului, cu un polip, sau cu fibro-miom sub-mucos.

Semnul patognomic al prolapsului este pe de o parte existența orificiului colului uterin în mijlocul și la polul inferior al tumorei; pe de alta răsturnarea pãreților vaginali cu suprimarea fundurilor de sac. Concomitent și aprópe inevitabil avem și un cistocel. Dar tocmai aceste trei lucruri lipsesc cu desăvârșire într'o inversiune. Decî cu puțină atențiune diferencierea va fi fórte ușorã.

Cu un polip însă, sau fibromiom sub-mucos, lucrul e mult mai greu. Adesea s'a confundat un polip cu inversiunea sau acesta cu acela. Posibilitatea primului cas nu e de nici o gravitate; din contra. În adevăr bolnava are tot câștigul creduând într'o inversiune, când e vorba de un polip: abținându-ne, dînsa nu e supusă la nici un pericol. Nu e însă tot ast-fel în cazul al doilea. Și drept probă avem că sunt o mulțime de ob-

servații unde chirurghi experimentați voind a extirpa cu bisturiul, saū ecrasorul lui Chassaignac un presupus miom saū polip, aū causat mórtea bolnavei printr'o peritonită supra-acută. In locul polipului se sdrobise un uter înversat.

Cum dar vom evita erórea? In casurile simple dispunem de óre-care mijlóce. Avem maī întâiū aspectul tumorei: dînsa, prin prezența acelor puncte multiple, prin existența a douē orificii în părțile laterale, prin consistența fermă și elastică, se va deosebi de un polip: suprafața acestuia va fi maī neregulată, consistența inegală și absența orificiilor trompelor. Maī avem încă faptul caracteristic ce constă în aceea, că degetul saū isterometrul introdus între pediculul tumorei și orificiul colului, nu pot străbate dincolo de 1—2 c. m.; suntem opriți de acea boltă formată de resfrângerea părților uterini. In tr'un polip, care de obicei se inseréză pe unul din părțile laterali ai uterului, vom putea, chiar dacă dînsul umple în mod complect cavitatea colului, să strecurăm instrumentul între el și uter, să străbatem la adâncimi de 7—8 c. m. Iar când inserțiunea polipului este cu totul centrală iar circumstanțele sunt ast-fel în cât vârful isterometrului este oprit de a străbate în cavitatea uterului, așa că ne-am crede în prezența unei inversiuni, ne maī rămâne un mijloc dat ca patognomic de cei maī mulți autori vechi — admis și ađi de cei moderni. Acesta este *sensibilitatea și contractilitatea specială a tumorei*. Dacă presăm în mână globul uteriu, vom produce o durere caracteristică une-orī așa de violentă, în cât determină fenomene de șoc: bolnavele pot să cadă în sincopă. Semnul acesta când îl constatăm, este atâta de decisiv în cât prin el singur, diagnosticul de inversiune uterină se impune. El este fórte prețios, și suntem condannabili a nu-l căuta maī nainte de a întreprinde orī-ce tentativă de tratament. Tot așa suntem datorī la acésta, precum suntem datorī într'un caz de hidrocel, să ne dăm bine séma de situațiunea testiculului maī nainte de a practica puncția. Și precum acolo, locul unde în urma presiunii bolnavul va scóte un țipăt de durere, vom dice că în acel punct se află testiculul, tot ast-fel și într'o tumoră erniată în canalul vaginal saū între cópse, de îndată ce prin apăsare bolnava va simți durere exchisă, imediat vom afirma că avem a face cu inversiune.

Care este cauza acestei dureri? S'a susținut de unii că ar fi vorba de o proprietate particulară a mucóseī uterine; ađi însă se scie că acéstă mucósă chiar în stare normală este insensibilă.



Maî probabil este că întregul ţesut al uterului e dureros, din cauza congestiunei precum şi din prezenţa peritoneului ce căptuşeşte faţa sa externă. Tumora devine cu atât maî sensibilă cu cât peritoneul va fi maî întins şi tras de uterul inversat. Maî există încă un caracter arătat pentru prima óră de Valentin: el constă într'o contractilitate specială a globului uterin. In timpul expioraţiunei cu degetul saũ cu vîrfu unu ac, vedem cum globul uterin se contractă şi se ghemuesce către col prin mişcări cu adevărat serpentine.

Dar ambele aceste douë semne, de şi forméză baza diagnosticuluî, adesea nu le putem constata; maî cu sémă în casurî de inversiunii cronice, unde mucósa uterină este cu totul alterată. Dar orî cum ar fi, noî datorî suntem să explorăm cu cea maî profundă minuţiositate. Barnes a pus chiar în principiũ, că tocmaî pentru a nu se ascunde acest semn, femeea nu trebuie nicî odată adormitã când voim să facem ablaţiunea unu polip. Ideea autoruluî era că la prima manifestare a durereî, să întrerupem operaţiã: este vorba de inversiune iar nu de polip.

Caracterul acesta de sensibilitate al uteruluî inversat a atras încă de mult atenţiunea autorilor prin importanţa sa. Ast-fel *Leuret* dice: polipul este de ordinar indolent, pe când fundul matriceî e dotat de un sentiment exchis. Din partea sa *Sabatier* spune: polipul e puţin sensibil, matricea rësturnată tot-d'a-una sensibilă. In fine un autor din secolul al 18-lea *Deumann*, scria următórele: Când punem o legăturã pe pediculul unu polip, trebuie să fim cu multã luare aminte la sensibilitatea şi natura durereî ce încércã bolhava. O durere vie în momentul strângereî legăturêî indicã tot-d'a-una că legătura conţine o porţiune de uter.

Maî există un semn; el iarăşi este de mare valóre în stabilirea diagnosticuluî diferenţial. Acesta este posibilitatea de reducţiune parţială a globuluî uterin. Semnul acesta este patognomonic şi a fost deja indicat de *Sabatier*; el stabilise că polipul e puţin sensibil şi nu e susceptibil de reducţiune. Matricea rësturnată e tot-d'a-una sensibilă şi se reduce maî mult saũ maî puţin uşor, fie în parte saũ totalitate. In fine *Baudelocque* iar acum în urmã *Marion Sims* aũ stabilit valórea semiologicã a acestuî semn de mare importanţă.

**Simptomele şi diagnosticul.** Inversiunea de al III-lea grad. Acésta este caracterisată dupã cum seim prin ieşirea totală a uteruluî complet rësturnat prin orificiul vulveî şi atârând între cópse ca o limbă de clopot. Caracterele sunt maî puţin clare ca în al

doilea grad: acésta din cauza expunerii mucóseí uterine la acțiunea aerului, a frecărilor, a depunerii pe suprafața sa de diferite materii streine, etc. Totul face ca mucósa uterină să devină sbârcită, ratatinată și imposibil de recunoscut. Nu mai găsim nici acele puncte numeroase, nici acel aspect roșu caracteristic, precum nici cele două orificií laterale ale trompelor. Un singur lucru rămâne constant și anume, că la extremitatea liberă și în centrul tumorei nu constatăm nici un orificiú ce ne-ar indica prezența gâtului uterin. Faptul e suficient pentru a esclude prolapsul uterului. Tóte cele-l'alte semne arătate în gradul al II-lea le vom cerceta și aci cu multă minuțiositate.

Caracteristica însă a inversiunei de gradul III constă în aceea că tumora e mai voluminóasă în partea periferică și merge strîm-torându-se către intrarea vaginului. Degetul explorator nu mai constată lipirea buzelor colului de tumoră și nici acel cerc circular ce ne-ar conduce într'o boltă închisă de tóte părțile. Acésta provine că în inversiunea extremă, întregul părete al uterului, fiind rêsfrânt în totalitatea lui, a tras după sine și deslipirea părreților cavităței cervicale a colului împreună cu buzele sale. De aci rezultă o continuitate perfectă între mucósa uterină și cea vaginală, aprópe fără nici o linie de demarcare. Cel mult putem constata un fórte mic burelet rezultat din poeminența buzelor colului; după el imediat dăm într'o boltă formată din fundurile de sac vaginale.

În acéastă situație, diagnosticul e fórte greu de pus într'o inversiune și polip uterin. Singurul lucru constă pentru polip, în aceea că între tumoră și col putem introduce isterometrul une-orí la adâncimi fórte mari; în inversiune lucrul e cu totul imposibil căci intrăm d'a dreptul în fundurile de sac vaginale. Dar dacă pediculul polipului e larg și a contractat aderențe cu buzele colului, semnul acesta devine cu totul negativ; atunci confusiunea e complectă. Și cu atât mai complectă va fi, când polipul erniat se va fi complicat și de o inversiune. Vom căuta în asemenea cas să ne dăm séma prin tóte mijlócele de prezența saú absența uterului în escavațiunea basinului, precum și de reductibilitatea tumorei fie în totalitate saú în parte. Acéastă reductibilitate trebuie făcută cu multă metóda conducându-ne exact de aceleași principiiuri stabilite la reducerea erniilor prin taxis. Metóda acésta nu are trebuința a fi descrisă; destul este a dice că dînsa a fost cunoscută de Baudeloque. Prin ea s'a reușit a se reduce inversiuni chiar de 8—10 luni. Din nenoi-

rocire une-orî tumora devine ireductibilă, din cauza unei congestiuni pasive determinată de constricțiunea exercitată pe tumoră de inelul gâtului uterin și mai ales al istmului. Alte dați ireductibilitatea provine din precipitarea anselor intestinale, a epiploonului și a anexelor în cavitatea lărgită a uterului inversat. Câte odată aceste organe contractă aderențe între ele sau cu părțile uterine deja captușiți cu peritoneu, așa în cât se opun la orî-ce reducțiune a tumorei. În fine, prin faptul golului ce rămâne în locul uterului răsturnat, e posibil ca fundul de sac vesical să vie în contact cu părțile anterior al rectului; aci contractând aderențe, el pôte să astupe cu desăvârșire escavațiunea pelvienă ca și un diafragm sau boltă puternică. În acest caz uterul pierdându-și dreptul de domiciliu, reducerea iarăși nu mai e posibilă.

**Tratamentul.** Nu încape nici o îndoială că aflându-ne în fața unei inversiuni acute, sau chiar cronică și bruscă, vom căuta imediat să facem reducerea tumorei. Reușita este aproape sigură. Vom tampona apoi bine vaginul, vom ține femeia mult timp în repaus și deci vindecarea o putem obține.

Nu este însă tot ast-fel cu inversiunile cronice și mai ales de gradul al III-lea. Aci s'a propus o mulțime de metode și procedee; dintre ele însă noi recomandăm următoarele și mai ales una, pe care o considerăm ca a noastră proprie.

1. Vom încerca prin toate mijlocele să obținem reducerea tumorei în mod lent și progresiv. Aplicarea dilnică de tampone la baza tumorei este recomandată de Pozzi; reducerea imediată și chiar forțată prin întrebuițarea taxisului lateral, se recomandă de Courty. Se apucă tumora în mână și se caută prin ușore presiuni laterale să micșorăm congestiunea organului; căutăm în același timp a-l împinge treptat înăuntru pentru a trece de inelul constrictor al colului.

Dar tocmai acesta este una din dificultățile cele mai mari de reducere. De aceea unii autori între cari Courty, Barnes și alții, au recomandat secțiunea gâtului uterin și debridarea sa prin una sau mai multe incisiuni longitudinale.

Gaillard Thomas a căutat să lărgescă orificiul uterin al colului pe calea abdominală. Bolnava a murit de peritonită.

Dacă avem norocul să obținem reducerea, noi propunem ca procedeu original, ca imediat sau a doua zi să se facă laparatomia și să se fixeze fundul uterului de părțile abdominale; cu alte cuvinte să facem isteropexia.



Când însă reducerea nu e posibilă prin nici un mijloc, atunci e de prisos a încerca alte procedee, în special acela lui Küstner, pe care-l găsim complicat. Dînsul constă a deschide fundul de sac posterior al vaginului printr'o incisiune transversală. După ce introducem degetul și deslîpim aderențele și în special lărgim inelul de strangulație, se spintecă păriletele posterior al uterului. Se inspectează cavitatea sa, se reduc intestinele saŭ alte conținuturi; după aceea se reduce și uterul împingînd pe păriletele anterior, pe cînd degetul stă fix în fundul de sac, ținînd gâtul uterului în loc. După aceea se cîose părileții uterului închi-zându-se de asemenea și fundul de sac peritoneal.

Acastă operațiune e lungă și combătută de unii autori; ei aŭ fost siliți a termina operația prin isterectomie totală. De aceea metoda lui Küstner e considerată ca un mijloc de încercare; în casuri dificile recurgem imediat la isterectomie.

Operațiunea cea mai radicală este isterectomia vaginală totală. Dînsa nu presintă nici o greutate; din contra se face foarte ușor. Nu mai atuncea, cînd inversiunea fiind de gradul al treilea și linia de demarcație între col și uter dispărută, putem avea ore-care esitare unde să aplicăm bisturiul, nefiind siguri de existența gâtului uterin. Dar e foarte rar o dispariție așa de totală a colului. În orî-ce cas, printr'un examen minuțios, vom putea descoperi un burelet de o consistență fibrósă; el fiind însăși buzele colului putem imediat practica incisiunea la ore-care distanță d'asupra sa și să procedăm la isterectomie.

O altă metodă care e mai puțin recomandabilă este *isterotomia*, adică ablațiunea uterului inversat în nivelul orificiul extern al colului. Marele inconvenient al acestei operațiuni nu stă atît că se lasă în loc un mic bont uterin, care dacã nu e de nici un folos bolnavei rîmîne mai mult ca un ghimpe saŭ agent de infecțiune primitivă saŭ secundară. Acăsta șic nu e un cuvînt puternic și nici demonstrat, mai ales că ași se pôte-evita prin îngrijiri antiseptice. Pericolul și punctul negru al acestei operațiuni este că nu suntem siguri de conținutul ce se află în buzunarul uterului. Noi am vîșdut deja ce organe importante pot să prolabeze în această cavitate, și decî la ce grave accidente putem espune pe bolnavă secționînd partea prolabată a uterului, fie prin diferite aparate sdrobotore saŭ d'a dreptul cu bisturiul.

Noi de și am obținut un frumos succes făcînd această operație, cu tôte acestea mărturisim că e mai logic a face secțiunea

mediană a uterului pentru a ne convinge de conținutul cavității sale, și în urmă să procedăm la o operațiune radicală.

Tóte cele-l'alte mijlóce ca legături elastice, aplicarea ecrasorului lui Chassaignac, aplicarea curenților electricei, etc., sunt inutile și de întrebuintat și de descris.

Conchidem că singura operațiune rațională este isteropexia când reducerea s'a putut obține; iar în cazul contrariu, isterectomia totală.

Amputația însă parțială a uterului pe care am făcut-o, fiind însoțită de un bun succes, credem util a o descrie.

### Observație.

Maria Rădulescu, 30 ani, intră în serviciul nostru cu diagnosticul: *inversiunea uterului*.

Menstruată la 13 ani; la 16 ani se mărită. A avut doi copii. La a doua facere ne declară că *în urma expulsării fătului* a simțit o tumoră de mărimea unui ou de găscă eșind din vulvă. Mōșa s'a căsnit să scótă cu totul acea tumoră însă i-a fost imposibil din cauza țipetelor de durere ale bolnavei. De atunci tumora a rămas până ađi neredusă. Desele emoragii, ce veneau la 2-3 săptămăni, silesc pe bolnavă a intra în spital.

*Starea presentă.* Prin vagin se simte o tumoră perfect rotundă, de mărimea unei portocale, de consistență môle, elastică, dar destul de renitentă; păreții neteđi și fără nici o eserescență sau ulceratióe. Ede remarcat că *tumora durează de 10 ani*; ea prin niuic nu s'a manifestat de cât prin simple emoragii continue; uneori mai micí alte dăți fórte abundente. Acéstă tumoră presintă un fund și un larg pedicul; are aspectul piriform. Pe suprafața pediculului sunt aplicate buzele colului; între pedicul și acestea degetul se póte introduce, dar nu póte înainta în sus fiind oprit de un fund de sac complet de jur împrejur. Prin palpația abdominală se simte degetul dinapoiul simfisei. Fundul de sac nu are mai mult ca 2 cm. împrejurul tumorei. Inapoiul simfisei se constată absența uterului. Nici o durere în abdomen.

*La 19 Martie 1895* fac operația; examinez din nou cu multă minuțiositate tumora. După cloroformisare se apucă tumora cu o pensă cu dinți; treptat se trage afară, până ce coletul ajunge la intrarea vulvei. După ce fac largi spălături antiseptice, introduc acul la mijlocul pedicului. Pun un fir dublu de mătase care se légă. Aplic apoi ansa galvanică și secționez. Mai multe artere și arteriole dau sânge; pun pense iar apoi fire. După aceea pun cinci fire de sutură prin grosimea bontului afrontându-se suprafețele. Se lasă firele lungi ca în cas de vre un accident să se póte trage bontul în afară. Pansament. Tumora extrasă e formată exclusiv din păreți musculari, caracteristici uterului; are grosimea de 2 cm. *La 25 Martie* se scot firele. *La 20 Aprilie* bolnava iese din spital perfect de bine. Gâtul uterului are formă conică prezentând o cavitate cu o adâncime de 1 cm.

## CHESTIONAR

### Deviațiunile uterului.

- Istoric. Ce credeau vechii autori? Cări sunt mijlocele de susținere ale uterului. Rolul ligamentelor rotunde. Experiența lui Spiegelberg. Care este situația normală a uterului? Axa sa. Cum recunoșcem poziția normală a uterului? In ce constă deviațiunea uterului? Definițiunea deviațiunei uterine . . . . . pag. 470—476
- Clasificațiunea deviațiunilor: versiune, flexiune, anteversiune, retroversiune, caractere; flexiune corporală și cervicală, flexiuni divergente. Prolaps uterin, antepozițiune, retropozițiunei, latero-pozițiune. *Anteversiunea*. Caractere. Etiologie. Rolul inflamației uterine. Simptomele. Diagnosticul și tratamentul . . . . . „ 476—480
- Anteflexiunea*. Caractere. Diviziune: anteflexiune corporală, cervicală și cervi-corporală. Definițiuni și caractere. Etiologia; anteflexiuni congenitale și dobândite. Simptomele. Diagnosticul. Tratatamentul. Diferite procedee. Tija lui Fehling și a lui Le Four . . . . . „ 480—488
- Deviațiunile uterului înapoi*: Retroversiune, retroflexiune. Definiție și caractere. Mecanismul. Cause. Teoria lui Schultze. Simptomele. Diagnosticul. Tratatamentul. Reducerea manuală și instrumentală. Scurtarea ligamentelor rotunde. Procedeele lui Wylie și Dudley. Operațiuni directe asupra uterului. Cervixia: Amussat, Nicoletis, Byford. Vagino-fixația, Procedeele Schücking, Dürhssen, Le Dentu și Pichevin. Isteropexia abdominală. Istoric. Objecțiuni . . . . . „ 488—509

### Prolapsul uterin.

- Considerațiuni generale. Istoric. Hippocrate, Arethou, Soranus, Euryphon, Moriceau, Levret și Huguier. Mecanismul prolapsului. Definițiune. Diviziune: alunecare, procidența și precipitarea uterului. Etiologia. Rolul ligamentelor de suspensie și contenție. Opinia lui Trélat. Opinia autorului . . . . . „ 509—518
- Anatomia patologică*. Leziunile organelor vecine. Elitrocel, cistocel, rectocel, ipertrofia colului. Uretrocel. Mecanism. Cistocel. Istoric. Mecanism, diferite grade. Cause. Diviziunea colului în trei porțiuni. Mecanism și varietăți. Simptomele proprii uretrocelului, cistocelului și rectocelului. Caracterele prolapsului. Prolaps incoercibil și reductibil „ 518—531
- Tratatamentul uretrocelului. Medicațiuni modificatrice. Operațiuni chirurgicale. Procedeele lui Duplay și Trélat prin spintecarea buzunarului. Metoda lui Lawson Tait. Tratatamentul cistocelului. Operațiuni indirecte (elitrorafie): Girardin. Cistopexia abdominală (Tuffier). Tratatamentul elitrocelului. Varietate: elitrocel și hedrocel. Procedeele



lui Berger și Gaillard Thomas. Tratatamentul prolapsului uterin. Pesare isterofore. Operația lui Freund. Metóda lui Le Fort. Tratatamentul ipertrofiei colului. Operația lui Huguier. Procedetul lui Follet din Lille, colopexie. Isterectomie vaginală totală : Isteric. Fixarea pãreșilor vaginali. Procedetul lui Mac Monagle, Martin, Czempen, Quenu și Jacobs. Isteropexia. Considerațiuni proprii ale autorului. Istero-cisto-ventropexie cu rezecție de lambouri (metóda autorului). Operația lui Alexander. Procedetul lui Lannelongue . . . . . pag. 531—551

### Inversiunea uterului.

Isteric. Diferite grade. Causete inversiunei. Opinia lui Hipocrate, Galien, Dubois, etc. Inversiuni provocate și spontanate. Inversiuni puerperale. Mecanismul. Inversiunea acută și cronică. Punctul de unde începe. Rolul insectiunei placentei. Teoria lui Kievisch și Rokitansky, inversiuni provocate de fibro-mióme. Mecanism. Isteric. Inversiuni provocate de ematometru și idrometru . . . . . „ 551—563

Simptome și diagnostic. Caracterile inversiunei de gradul I, II și III. Uter turtit. Rigby. Diagnosticul cu prolaps, polip și fibrom. Semnele patognomonice ale fie-cãruia. Sensibilitatea, contractilitatea și durerea. Tratatamentul. Reducere imediată și gradată. Incisia orificiului uterin. Isterectomie . . . . . „ 563—571

## PARTEA IV

---

### BOALELE LIGAMENTELOR LARGI

---

**Considerațiuni generale.** După ce peritoneul căptușește fața anterioară și posterioară a uterului, ajungând la marginele acestui organ se dirige sub formă de două fâșii către oșele iliace. Acestea constituie ligamentele largi. Aceste ligamente, prin direcțiunea lor aproape verticală, împarte cavitatea pelvienă în două mari despărțituri sau compartimente. Despărțitura anterioară e numită fundul de sac-vesico-uterin sau *cavum ante-uterin* destinat pentru locuința bășiceii; cea posterioară se numește fundul de sac recto-uterin sau *cavum retro-uterin* ce este destinat pentru rect.

Ligamentele largi prezintă două fețe și patru margini. Fața anterioară e în raport cu bășica formând fundul de sac vesico-uterin; cea posterioară cu rectul formând fundul de sac vesico-uterin sau Douglas. Ambele fețe sunt netede și unice. Totuși pe fața anterioară există o ridicătură determinată de ligamentul rotund; pe cea posterioară se află două ridicături falciforme, determinate de ligamentele utero-sacrale și numite îndoiturile lui Douglas.

Marginea internă e largă cât grosimea uterului pe care îl înbucă. Marginea externă e mult mai subțire din cauza lipsei celor două foi peritoneale; dînsa se fixează în laturile pelvisului urmând o linie verticală situată cam la mijlocul liniei dintre gaura obturatrice și marea scobitură sciatică. Marginea superioară formeză trei îndoituri numite aripi; ele conțin fie-care un anume

organ: în aripa anterioară puțin dezvoltată, se află ligamentul rotund; în cea medie — care e cea mai superioară și mai dezvoltată formând aproape ea însăși marginea corespondentă a ligamentului — se află trompa lui Fallope; în cea posterioară, se află ligamentul ovarului. De observat este că trompa împreună cu porțiunea tubară, în totalitatea ei e conținută și învălită de toate părțile în această fôie peritoneală numită aripa medie. Sub dînsa cele două foițe peritoneale se reunesc și constituie ast-fel un meso-salpix ce se coboră pînă la ovar. Din contra, peritoneul din aripa posterioară nu învelesce în mod complet ovarul ci numai ligamentul utero-ovarien, tubo-ovarien și marginea anterioară a ovarului; el se oprește în dreptul hilului. Peritoneul, zice Testut, contrariu cu aserțiunile celor vechi nu se prelungește pe ovar, ci se oprește în dreptul hilului unde endoteliul seroșei se oprește brusc înlocuindu-se prin epiteliul ovaric. Resultă deci că ovarul, afară de marginea sa anterioară, plutesce cu totul în cavitatea peritoneală. Marginea inferioară a ligamentului larg corespunde la țesutul celular sub peritoneal al basinului, la aponevrosa perineală superioară, iar cu totul înăuntru, la marginele laterale ale vaginului. După Guerin, cavitatea circumscrisă de cele două foi ale ligamentului larg este ermetic închisă în jos de fascia proprie.

Am spus că ligamentele largi sunt formate din două foi peritoneale: una anterioară și alta posterioară. Dar aceste două foi nelipindu-se între ele, intercepteză un spațiu numit cavitatea ligamentelor largi. Această cavitate este de foarte mare importanță atât prin organele ce conține cât și prin procesele morbi dela care dă naștere.

Discuțiunea constă în aceea că după unii autori, această cavitate este cu totul virtuală; ea nu conține nici un țesut celulo-conjunctiv capabil a se inflama și deci a produce flegmon. Pentru alții din contra, lucrul ar fi cu totul alt-fel.

Cercetările moderne și în special ale lui Delbet au stabilit, că există două regiuni sau cavități: una superioară și alta inferioară. Porțiunea superioară numită și intra-peritoneală se întinde de la cornul uterin în jos către istm, iar în lături pînă la oșele iliace. În totă această întindere cele două foițe sunt aproape lipite între ele; deci propriu zis nu există nici o cavitate ci maximum un spațiu virtual. Mai mult, nu se găsește aproape de loc țesut celulo-conjunctiv; în orî-ce caz el e într'o cantitate atât de minimă că nu e cu puțință dezvoltarea nici unui proces inflamator sau mai bine zis al vre-unui flegmon. Totuși în această cavi-



tate există organe foarte importante. Ast-fel urmărind linia de inserțiune de la cornul uterin la istm găsım: trompa lui Fallope, ligamentul rotund și artera spermatică: în lături anexele, vasele utero-ovariene și limfaticele cari nasc de la fundul uterului, a trompelor și ovarelor. Dar încă o dată, cele două foi ale ligamentului larg se aplică pe toate aceste organe precum și între dınsele; un alt spațiu gol ce ar conține alt-ceva, de cât organele menționate, nu există.

Este clar ȃice Lawson Tait că nu există cavitate reală a ligamentului larg; dınsa e cu totul virtuală. Intrebuițăm însă cuvântul de cavitate numai pentru a exprima faptul că se află acolo un spațiu care conține organe, oferind un óre-care interes embriologic și având adesea o mare importanță patologică. Vom reveni.

Nu este însă tot ast-fel cu partea saŭ logea inferióră a ligamentelor largi. Acesta constituie în adevăr o cavitate reală. Dınsa, prin faptul că în sus e închisă prin lipirea celor două foi peritoneale, pórta numele de cavitate extra-peritoneală; acesta reprezintă baza ligamentului larg.

Acéstă bază — convexă, stă rezemată pe țesutul conjunctiv lax care separă vaginul de aponevrosa de invăliș a ridicătorului anusului; dınsa înconjóră de jur împrejur fețele uterului situate în afară de peritoneu. Acesteia Germanii și în special Virchow i-a dat numele de parametrium. Cavitatea acesta s'a numit de Richet spațiu pelvi rectal superior. Delbet o numește téca ipogastrică, pentru că dınsa conține ramurile pelviene ale iliacei interne. Și în adevăr, în țesutul acestei cavități se află așezate voluminoasa arteră uterină precum și ureterele ce sunt vırte sub acest țesut conjunctiv. In cazul de tumori saŭ supurațiuni în acéstă regiune, artera ca și ureterele pot fi foarte mult împinse în jos și deci susceptibile a fi atacate în timpul extirpării tumorilor saŭ unei deschideri de vaste abcese. Limitele acestei cavități aflată la baza ligamentelor largi ar fi următoarele: înapoi a-ponevrosa sacro-recto genitală și ligamentele utero-sacrale; înainte bășica și fundul de sac vesico-uterin, partea inferióră și posterióră a aponevrosei ombilico-vesicale care separă cele două logi; în sus convergența celor două foi ale ligamentelor largi și aponevrosa pelvienă superióră; în jos aponevrosele și planșeul perineal. Mărginele sunt: înapoi scobitura sciatică prin care ies ramurile externe ale ipogastrice; înainte și înăuntru gâtul uterului și päreții vaginali; în afară regiunea obturatrice. Pe

lângă vasele ipogastrice, această cavitate conține încă ganglionii, limfatice, nervi și uretera. Aceste limfatice, venite de la gâtul terului și partea superioară a vaginului, se duc la ganglionii așezați pe pereții pelvienii; ele formează împrejurul gâtului o rațea densă. Aci zice Segond, Poirrier nici o dată n'a întâlnit ganglionul descris de Lucas-Championnière.

În bólele ligamentelor largi vom descri parametrita și flegmonul ca având sediul în cavitatea extra-peritoneală sau a bazei ligamentului. După aceea vom trece la pelvi-peritonita, la kiștii para-ovarici și la ematocel aparținând cavității intra-peritoneale. În plus vom descri diferitele tumori solide de origine fibrósă și mușculosă: știut este că în constituția ligamentelor largi există, dupe Rouget, fibre musculare netede.

## Cap. I. Flegmonul ligamentelor largi

Parametrita (Duncan și Virchow.) Celulită pelvienă (Emmet).— Flegmon perituterin (Nonat) Adenoflegmon juxta pubien (Guerin)

Prin flegmon al ligamentelor largi se înțelege în termeni generali, inflamațiunea țesutului celulo-grăsos ce se află la baza ligamentelor largi, adică în regiunea extra-peritoneală. În loja superioară— care conține trompele, ovarele, ligamentele rotunde, vasele utero-ovariene și cele-l'alte limfatice— nu există după cei mai mulți autori nici un țesut grăsos capabil a fi coprins de inflamație; cel mult acest țesut ar fi într'o cantitate așa de mică, că devine incapabil de colecțiuni purulente.

Ast-fel fiind, lucrul ar deveni foarte ușor: procesul morbid va fi limitat exclusiv în această lojă extra-peritoneală. Din nenorocire însă, separațiunea între cele două loji nu este atât de solidă, în cât inflamațiunea plecată de la baza ligamentelor largi să nu colpoșescă și etagiul superior. Pe de altă parte, Delbet prin câte-va observațiuni clinice și experiențe a probat, că deși între foile ligamentului larg a etagiului superior nu există de cât o foarte mică cantitate de țesut celulo-conjunctiv, totuși se poate desvolta și aci în mod primitiv inflamațiunii, une-orii de natură serósă iar alte dăți franc purulente. Mai mult, de când laparotomiile s'au întins pe o scară foarte largă, s'a adeverit— contrariu ideilor până aci dominante— că flegmonul ligamentelor largi, dacă nu tot-d'auna, cel puțin în imensa majoritate a casurilor, își are

punctul de plecare tocmai în această lojă superioară intra-peritoneală, grație extensiunii inflamației plecată de la ovare sau trompe.

Faptul acesta a fost deja intrevăzut de Aran. El e singurul care, bazat pe observațiuni clinice, a emis ideia că flegmónele și pelviperitonitele se datoresc inflamațiunii anexelor. Dar mai cu deosebire Lawson Tait este acela care cel d'întâiu, întreprinzând ablațiunea anexelor în supurațiunile pelviene, a arătat că aceste organe tot-d'a-una erau bolnave și că prin urmare ele sunt adevărata cauză a flegmonului numit al ligamentelor largi. La rëndul său Pozzi, constituindu-se în apărătorul acestei idei, a introdus chiar o entitate morbidă a parte, dându-i numele de perimetro-salpingită. Dînsul caută să demonstre că de aci provine tot rēul: după modul evoluțiunei salpingitei, putem avea o simplă inflamație serósă a ligamentului larg, un flegmon supurat sau chiar celulită pelvienă difusă. Fără a contesta acest lucru — de care suntem convinși — credem noi că modul de a vedea a lui Pozzi aduce óre-care confesiune între pelvi-peritonita și flegmonul ligamentelor largi. Și adevărul este că dînsul, sub numele de perimetro-salpingită, studiază și pelvi-peritonita și acest flegmon.

Noi deci vom urma diviziunea clasică studiind a parte flegmonul de pelvi-peritonita. Nu vom căuta însă să descriem separat flegmonul de la baza ligamentelor și acela din etajul superior — de și clinicesce dînsele au o simptomatologie proprie. Dar mai nainte de a intra în acest studiu, cred că e bine a face o mică recapitulare.

Prin parametru se înțelege țesutul conjunctiv aflat la baza ligamentului larg și căptușind fața superioară a ridicătorului anusului. Acest țesut pelvien, dice Schroeder, este format de o masă resistantă, care se ridică de fie-care parte a vaginului și a uterului, terminându-se în sus prin trei puncte formate: la mijloc prin baza ligamentului larg; înainte de țesutul celular ce înconjură bășica, iar înapoi de țesutul conjunctiv ce însoțesce rectul. Din aceste diferite puncte considerate ca centru, se iradiază țesut conjunctiv lax. Acolo unde acest țesut nu servă de cât de umplură, este înlocuit prin țesut adipos.

Iată acum și descrierea acestui parametru făcută de Luseha și pe care o reproducem din Legueu: sub peritoneul basinului se întinde un plan celulos mai mult sau mai puțin încărcat de grăsime, care umple fără întrerupere intersticiile între fața inferioară a peritoneului și muschiul ridicător al anusului. Dacă



considerăm că acest muschiu, ce reprezintă într-o cât-va diafragmul basinelui, se scoboră de fie-care parte către planul median și se depărtază din ce în ce mai mult de fața internă a pereților laterali, lucrul devine evident că acest muschiu divide cavitatea pelvienă în două spațuri : unul așezat d'asupra, altul așezat dedesubtul lui. Și de ôre-ce peritoneul nu se coboră până la fața superiôră a ridicătorului anusului, rezultă în mod clar

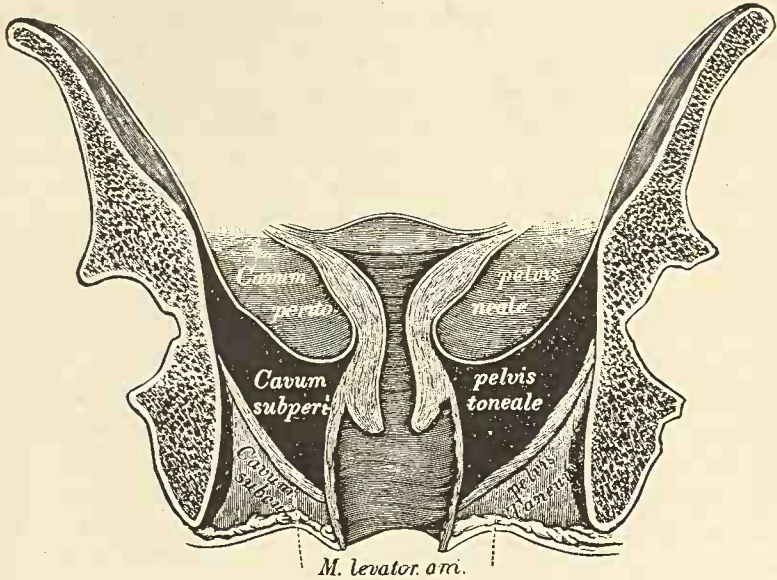


Fig. 96. Dispoziția celor trei logi din micul basin (După Bandl).

un interval între acest muschiu și peritoneu ; spațiul acesta formează cavitatea pelvienă sub peritoneală. Pe de altă parte, între fața inferiôră a ridicătorului anusului și fețele laterale ale basinelui rămâne un interval foarte profund și plin de grăsime ; el s'ar putea numi scobitura pelvienă sub-cutanată, pentru că e limitată în jos prin piele.

Avem deci trei camere separate : o cavitate peritoneală, una sub-peritoneală și alta sub-cutanată.

Parametrul, după această descripțiune, înconjură jumătatea inferiôră a uterului, îmbrățișează înainte bășica, înapoi rectul, iar în lături merge până la aponevroasa ridicătorului anusului.

Cât privește cavitatea peritoneală sau cavitatea propriu zisă a legamentului larg, dînsa conrespunde înăuntru cu marginile uterului; în sus cu îndoiturile sau aripele legamentului rotund, ale trompei și ovarului iar în afară cu peretele pelvien. În jos această cavitate e închisă prin lipirea celor două foi peritoneale precum și prin prelungirea aponevroasei ombilico-vesicale a lui Delbet.

Pentru mai multă claritate reproducem fig. 96 din Martin, care e tot ce poate fi mai demonstrativ. Aci se ved cele trei logi superpuse.

1) O afundătură a peritoneului căptușind marginile laterale ale uterului până la istm (cavum pelvis peritoneale).

2) Dedesubt un spațiu sub-peritoneal: parametru format în starea normală de țesut celulo-gresos, limitat în sus de seroasă iar în jos de ridicătorul anusului (cavum pelvis sub-peritoneale).

3) Sub muschiul ridicător al anusului există un alt spațiu celulo-conjunctiv foarte bogat în grăsime; el e limitat în sus de mușchi iar în jos de piele (cavum pelvis sub-cutaneum),

Inflamațiunea acestui țesut poartă numele de flegmonul bazei ligamentelor largi, de parametrită, celulită pelvienă, flegmonul tecei ipogastrice, flegmon juxta-uterin, etc.

**Etiologie.** Există două flegmone a ligamentelor largi sau parametrite. Unul benign iar altul malign: după agentul care le dă naștere.

Caracteristica lor constă în aceea că în cazul de parametrită neinfecțioasă sau benignă, inflamațiunea se mărginește la o leziune locală și circumscripă; pe câtă vreme în cea malignă sau de natură infecțioasă, o asemenea inflamațiune are tendință ireversibilă către infecțiune: ea copleșește nu numai țesutul celulo-grăsos ce constituie parametrul, dar se întinde în regiuni mult mai departate. Această formă aduce adesea mórtea bolnavei. Inflamațiunile benigne recunosc drept cauză agenți banali, ca plăgi, contuziuni, escese de coit, oboseli, lipse igienice în timpul menstruației, explorațiunii brutale ale vaginului, traumatisme în timpul facerilor etc. etc. Este bine înțeles că în toate aceste cazuri intervențiunea unui agent patogen sau microb nu poate fi exclusă. Benignitatea constă că microbul nu e provădit de nici o virulență specială, iar organismul din partea sa nu e atins de nici o bôlă constituțională, capabilă a imprima o natură virulentă sau o pululațiune escesivă a microbului.

Din nenorocire însă, forma această benignă de flegmon parametric se observă mai rar în raport cu cea malignă.

În imensa majoritate a casurilor, parametrita sau flegmonul ligamentelor largi este consecința stărei puerperale. În adevăr, foarte adesea-orî femeele în urma facerilor, avorturilor, sau tentativelor de a avorta, sunt de ordinar coprinse de această afecțiune. Dar această nu însemnă că bóla tot-d'a-una recunósce această cauză. Este destul ca simple explorațiuni făcute în condițiuni septice să fie capabile a da naștere unei inflamațiuni pelviene. Ca probă avem că acest flegmon se observă în orî-ce intervențiune chirurgicală rău făcută, fie pe vagin, pe gâtul uterului sau fundurile de sac. Explorațiunea uterină cu isterometrul murdar precum și dilatațiunea colului, dau același rezultat. Examenul unei femei pentru a stabili dacă e sau nu însărcinată, s'a însoțit une-orî de acest flegmon.

Este destul în tóte aceste casuri, să existe o ulceratiune sau escoriațiune cât de mică pe traectul canalului vaginal, pentru a fi suficientă ca infecțiunea să se propage până la baza ligamentelor largi. Ast-fel Beigel arată 11 casuri de flegmóne a ligamentelor largi, consecutive operațiunilor pe buza mare, glanda lui Bartholin și chiar rupturi ale perineului. De și Segond consideră aceste observațiuni puțin esplicite, atribuindu-le mai mult la o simplă coincidență de cât ca o relațiune de cauză la efect, noi însă credem lucrul posibil, de óre-ce mare parte din limfaticele vaginului trec în țesutul celulo-grăsos al pelvisului.

Tóte cele-l'alte infecțiuni provenite în urma inflamațiunei anexelor, sau străbaterii microbului prin mucósa uterină pe calea limfatică, aparțin grupului flegmónelor ligamentului larg propriu ȓis, adică al cavităței peritoneale. S'a susținut în această privință în special de Cornil, că mucósa și păreții uterului forméză o barieră puternică, ce nu permite gonococului străbaterea în regiunile peri-uterine. Singur streptocolul ar avea privilegiul de a înainta în aceste regiuni. Astăđi însă, grație cercetărilor lui Wertheim, scim că această barieră este o iluziune, de óre-ce pentru gonococ nu există nici o barieră. Pe de altă parte și alți agenți patogeni ca stafilococcus aureus, albus și tóte speciile de microbi, pot trece prin mucósă și păreții uterului pentru a da naștere acestor flegmasii, mai ales dacă prealabil se determină o leziune cât de neînsemnată fie chiar un micro-traumatism.

Dar prin ce mecanism intim această infecțiune se produce?

Bernutz, Courty și acum în urmă Charpy susțin calea venósă. Dupě dînșu se produce o flebită sau peri-flebită; în urma



acesteia agentul morbid, străbătând în țesutul celulo-conjunctiv pelvien, dă naștere unei inflamațiuni, adesea flegmonosă.

Duplay, Voillemier și Guéneau de Mussy sunt cei d'întâi cari au atribuit infecțiunea prin vase limfatice.

Dar mai cu deosebire Guérin a susținut cu cea mai mare tărie și cu tot talentul său, că afecțiunea ar proveni dintr'un transport al virusului prin căile limfatice; de aci apoi s'ar stabili într'un ganglion ce ar avea sediul înapoiul pubisului. Pentru acest cuvînt el a și dat numele afecțiunii de *adenoflegmon juxta-pubien*. Lucas Championnière s'a făcut și el apărătorul acestei idei. Deși Poirier spune că nici o dată n'a găsit un asemenea ganglion, totuși nu e mai puțin adevărat că există o rețea foarte bogată de vase limfatice împrejurul gâtului uterin și în țesutul celulo conjunctiv. Prin urmare, dacă acest flegmon n'ar recunoșce ca origină o adenită, este incontestabil însă că provine dintr'o limfangită. De aci numele de *limfangită peri-uterină* sau *limfită* după Martineau. S'a mai discutat iarăși dacă inflamațiunea se poate propaga direct prin țesutul celulo-conjunctiv. Lucrul e posibil; se cere însă anume condițiuni cum ar fi cazul, când lipsiți de precauțiuni antiseptice am practica o puncție exploratrice cu siringa Pravaz în fundul de sac posterior al vaginului; atunci depunerea agentului morbid s'ar face d'a dreptul în acest țesut. De aci inflamațiunea se propagă pe calea continuităței până la baza ligamentului larg. Dar și în acest cas, după ultimele date anatomice, propagațiunea se face tot prin vasele limfatice, de ôre-ce origina acestor vase se găsește în însăși țesutul conjunctiv.

Ar mai fi încă o cale de propagațiune: aceea prin metastasă sau embolie, adică prin inoculațiune directă pe calea sanguină. Ast-fel ar fi cazul de dezvoltare a flegmónelor ligamentului larg în urma bólelor infecțioase generale, ca rugeola, scarlatina, variola și febra tifoidă. În fine s'a emis ideea că unele flegmóne pelviene ar recunoșce o cauză cu totul specifică și anume aceea a intervențiunii bacilului tuberculosei, plecat de la uter, trompe sau ovare.

**Anatomia patologică.** Parametrита sau flegmonul ligamentelor largi ne prezintă două forme clinice: una *difuză* și alta *circumscrișă*. Dînsese rezultă din natura agentului provocator și în special al virulenței sale. Flegmonul de origină puerperală, în majoritatea casurilor ia caracterul difuziunei; și cu atît mai mare va fi diviziunea cu cît infecțiunea s'a produs pe calea venosă. Acésta reprezintă tipul parametritei maligne infecțioase. În adevăr, infec-

țiunea septică p $\acute{o}$ te copleși de o dată întregul țesut celular pelvien, fără cea mai mică tendință de localizare. T $\acute{o}$ tă masa celulo-conjunctivă a micului basin, e copleșită de un edem av $\acute{e}$ nd o col $\acute{o}$ re lividă; aci șerpuesc limfatice pline de microb $\acute{i}$  iar venele pline de coagul $\acute{i}$  și puroi $\acute{u}$ . Extensiunea este at $\acute{a}$ t de întinsă și se produce în mod așa de repede, întocmai ca și un erisipel. De aceea Virchow i-a și dat numele de *erisipelas malignum puerperale*. Emmet, Bouilly și Pozzi o numesc *celulită pelvienă difuză*. Noi propunem numele de *pancelulită infectioasă*.

Forma ac $\acute{e}$ sta e cea mai gravă: d $\acute{i}$ n $\acute{s}$ na mai nainte de a intra în supurație, prov $\acute{o}$ că m $\acute{o}$ rtea bolnavei. Este excepțional ca ac $\acute{e}$ stă infiltrație edemat $\acute{o}$ să să intre în resorbție sau să se colecteze sub formă de mici focare purulente. Ac $\acute{e}$ sta ar fi p $\acute{o$ te singura speranță de sc $\acute{a}$ p $\acute{a}$ re; din nenorocire e f $\acute{o}$ rte rară.

În casurile ușore, când infecțiunea nu e împinsă la maximum s $\acute{e}$ u, procesul inflamator p $\acute{o$ te să r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ie în limitele anatomiche ce am descris, adică în cavitatea extra-peritoneală a bazei ligamentului larg. În acest caz flegmonul este circumscris; puroiul cap $\acute{a}$ tă o consistență crem $\acute{o}$ să și oferă t $\acute{o$ te caracterele recunoscute de bună natură.

Păreții buzunarului când este unic, sunt c $\acute{a}$ ptușiți de o membrană cenușie, burgeonantă, anal $\acute{o}$ gă cu membrana piogenică descrisă de Delpech. Une-or $\acute{i}$  acest buzunar e prov $\acute{e}$ duț de diferite b $\acute{a}$ rne sau tractur $\acute{i}$  celulo-fibr $\acute{o}$ se; ele pl $\acute{e}$ că de la un p $\acute{a}$ rete la altul împ $\acute{a}$ rțindu-l în mai multe loji secundare. Alte d $\acute{a}$ ți nimic din t $\acute{o$ te acestea, așa că punga abcesului e simplă și de o capacitate de la 200—500 grame cel mult. Mai avem înc $\acute{a}$  de considerat că păreții abcesului, pot c $\acute{a}$ te odată să aibă o grosime considerabilă merg $\acute{e}$ nd de la 2—3 centimetri; d $\acute{i}$ nșii prin aspectul lor lardaceu și ușor s $\acute{a}$ nger $\acute{a}$ nd, se pot impune drept o tumoră malignă, în special sarcom. Invers cu ac $\acute{e}$ sta, păreții pot fi f $\acute{o}$ rte subțiri; așa în c $\acute{a}$ t neav $\acute{e}$ nd nici o rezistență ei se pot perfora; liquidul purulent ce conțin se r $\acute{e}$ sp $\acute{a}$ ndește atunci în t $\acute{o$ te părțile vecine.

III. A treia varietate de flegmon este când procesul inflamator de și nu e de natură septică, totuși cap $\acute{a}$ tă o extensiune din cele mai colosale. El nu numai că copleșește și străbate în interiorul cavității intra-ligamentare d $\acute{a}$ nd naștere flegmonului ligamentului larg propriu ȃis, dar se întinde la întregul țesut celulo-gr $\acute{a}$ sos din fosele iliace și la acela al țesutului prevesical. Puroiul odată format, apare la exterior prin c $\acute{a}$ ile cele mai bizare,

urmând traectul diferitelor aponevroze, vase, nervi, etc. Varietatea acésta de flegmon, de și în realitate nu e septic, totuși compromite viața bclnavei, atât prin fistulele interminabile la cari dă nascere, precum și prin imposibilitatea de a-l ataca, chiar intervenind în modul chirurgical cel mai rațional.

Am și astăzi present în memorie o tînără fată virgină, ce am operat în strada Bradului acum 4 ani. Dînsa în timpul menstruelor fu coprinsă de o inflamațiune violentă în micul basin, Părinții sîi de religione mosaică, din prejudiciu și de frică nu aū recurs imediat la ajutorul medical. Tocmai târziu, speriați de progresele bólei, am fost chemat. Am constatat o emaciațiune și o stare cașectică colosală. În plus întregul abdomen, plecând de la simfisa pubienă pînă aprópe de ombilic înainte, iar în lături și mai ales către fosa iliacă stîngă pînă la spina iliacă antero-superióră, conținea o tumoră enormă, mult mai mare ca un cap de adult și cu totul fluctuantă. Făcînd o deschidere d'asupra ligamentului lui Poupert, am dat drumul la mai mult ca 2 kilograme de puroiū, de alt-fel cu aspect de bună natură. Introducînd degetele bine antiseptisate, am constat o cavitate extra-ordinar de mare: ea coprindea aprópe întreg abdomenul, mergînd de la ombilic în escavațiunea sacrală și în ambele fose iliace. Păreții sîi neteđi, cu o ușóră suprafață-acoperită cu muguri cārnoși, păreaū destul de subțiri. Am introdus douē tuburi largi de drenaj, prin cari đilnic făceam spălături cu sublimat, creolină și acid fenic. Efectele imediate aū fost fórte îmbucurátore, căci temperatura care de douē luni se menținea între 39—40° scăđuse treptat pînă la normală. Din nenorocire, acéstă stare n'a durat mult: bolnava după o nouă suferință de 5 luni de đile, a murit de consumție, probabil în urma unei resorbțiuni lente și progresive. Către sfârșit ieșiau prin plagă nisce muguri cārnoși de próstă natură, avênd în totul aspectul unor muguri sarcomatoși.

Dar să vedem mai în detaliu, care este calea de propagațiune și cum ni se manifestă la exterior aceste flegmóne, cari încă odată, de și prin natura lor nu sunt septice, totuși omóră pe individ, fie prin extensiune progresivă sau prin producere de fistule și anfractuosități interminabile.

Dacă ne reamintim limitele ce s'aū stabilit în țesutul celulo-conjunctiv aflat la baza ligamentelor largi, lesne deducem căile ce puroiul odată format, póte să ia. În prima linie am spus că țesutul acesta celulo-conjunctiv ce înconjórá de jur împrejur gâtul uterului, se află în contact înainte cu bășica, înapoi cu rectul și



în jos cu fundurile de sac vaginale. Prin urmare, în fie-care din aceste organe abcesul se poate deschide. Deschiderea cea mai comună este în vagin prin fundul de sac posterior, apoi în rect și mult mai rar în bășică. Cât privește uterul, deschiderea în acest organ este cu totul excepțională. Cu toate acestea Delbet a putut să reunească șapte observațiuni. Am văzut însă că întregul acest țesut celulo-grăsos pelvien, aflat la baza ligamentelor largi, este sprijinit în jos și în lături pe aponevroasa superioară a perineului și aceea a ridicătorului anusului. Prin urmare, dacă puroiul reușește a perfora aceste aponevroze, el va putea să-și facă aparițiunea fie la perineu, fie infiltrându-se între pereții rectului și ischion simulând în tocmăi un abces al fosei ischio-rectale. Dacă fenomenul ocupă întregul țesut de la baza ligamentului larg și maximul său de evoluțiune ar fi către fosa iliacă, atunci abcesul urmând și disecând vasele iliace, poate să apară sub arcada lui Fallope; el poate merge chiar până la vârful triunghiului lui Scarpa, simulând abcesele femorale. El mai poate ieși prin marea scobitură sciatică și deci să apară pe fese; une-orî se oprește în dreptul micului trochanter putându-se lua drept o coxalgie supurată.

Personal am observat un asemenea caz la o femeie din Craiova. Dînsa era tratată de coxalgică; în realitate însă abcesul era consecința unui flegmon al ligamentelor largi. În fine abcesul poate să-și facă loc prin gaura obturatorie către fața internă a cōpsei în nivelul canalului crural. Dar cazul mai rar este când puroiul deslipește înapoi peritoneul, pe care ridicându-l ajunge până la escavațiunea sacrală urmînd ligamentele posterioare ale uterului. Când puroiul invadează înainte deslipind fundul de sac vesico-uterin, el poate să se infiltreze pe perețele posterior al bășiciei.

Când flegmonul se dezvoltă primitiv său în mod secundar în cavitatea proprie a ligamentului larg, atunci el se află închis în această lojă peritoneală, ale cărei limite le cunoștem și anume: în năuntru este limitat de mărginele uterului, în afară de fosa iliacă, în sus de marginea superioară a ligamentului larg cu cele trei aripi, iar în jos de aponevroasa superioară a perineului, dublată de fața posterioară a aponevrosei ombilico-vesicale. În cazul cel mai frequent, abcesul se dezvoltă în sus, întinșînd marginea superioară a ligamentului larg; prin urmare se va apropia foarte mult de peretele abdominal. Aci formeză o placă întinsă de la uter către fosa iliacă, numită de Chaumel *plastron abdominal*. Dacă evoluțiunea se face mai mult către fosa iliacă și abcesul reușește a

perfora foița peritoneală, el p<sup>o</sup>te să se infiltreze înapoiul peritoneului parietal și aponevrosa psoasului; disecând părțile el p<sup>o</sup>te merge sus chiar până la diafragm. Une-orî însă urmărind numai traectul arterei utero-ovariene, el se opresce în regiunea rinichiului; aci făcând proeminență înapoi către triunghiul lui J. L. Petit, simulază un abces perinefretic. Alte dăți, mersul în loc să fie direct ascendent, ia o direcțiune înainte și în sus disecând fosa iliacă internă; atunci puroiul vine să proemineze d'asupra ligamentului lui Fallope, până la spina iliacă antero-superi<sup>o</sup>ră.

Dar tendința flegmonului este a lua o dezvoltare mai mare înapoi; atunci dînsul împingînd despărțit<sup>o</sup>rea peritoneală utero-rectală, caută a o șterge umplând cu des<sup>o</sup>vîșire fundul de sac a lui Douglas. În fine de și casul e mai rar, totuși extensiunea imflamației și peregrinarea puroiului p<sup>o</sup>te să ia un drum cu totul opus. El e capabil ca forțând întru cât-va baza ligamentului, să vie în perineu, urmând aponevrosa acestui organ. Alte dăți însă urm<sup>o</sup>ză aponevrosa ombilico-vesicală; atunci imflamațiunea sa<sup>u</sup> puroiul p<sup>o</sup>te să ia cea mai mare extensiune înainte, copleșește țesutul celulo-grăsos prevesical și merge chiar până la ombilic; aci deschid<sup>o</sup>ndu-se dă nascere uneia din varietățile fistulelor ombilicale.

O singură dată am observat acest caz la o femeie din Alexandria, pe care am tratat-o în sanatoriul meu în 1897. Dînsa în urma unei faceri a fost coprinsă de un flegmon violent al ligamentelor largi. Acesta cu timpul s'a deschis spontanat tocmai în dreptul ombilicului; pe aci ieșea o cantitate destul de abundantă de puroiu seros și fetid. Bolnava fiind foarte emaciată, am încercat în câte-va rînduri injecțiuni deterșive, dar dînsa neavînd paciență a plecat nevindecată.

În fine puroiul p<sup>o</sup>te să urmeze drumul ligamentului rotund și să apară în nivelul orificiului extern al canalului inqual sa<sup>u</sup> chiar în grosimea buzei mari.

**Simptomele și diagnosticul.** Este foarte rar ca un flegmon al ligamentelor largi să ia nascere în mod insidios. În imensa majoritate a casurilor, pentru a nu țice tot-d'a-una, scena e deschisă în mod sgomotos. În special cînd flegmonul e de natură puerperală, imediat după 2—3 țile de la facere, femeia e coprinsă de un frison une-orî înspăimîntător, și de o ridicare bruscă a temperatur<sup>o</sup>ei putînd atinge 39—40 grade. Dar în același timp dînsa e coprinsă de dureri violente, localizate în partea de jos

a basinelui, saŭ către fosele iliace. Pe lângă acestea bolnava mai suferă de dureri depărtate în cõpse; ele se datoresc compresiunii trunchiurilor saŭ firelor nervõse plecate din plexul sacral. Acest cortegiŭ se însoțese de dureri exasperante în abdomen, precum și de vârsături incoercibile și poracee. Cea mai ușorã atingere a părților abdominali e imposibilã; femeea stã sgârçitã în pat, coprinsã de sudorî reci și cu ambele cõpse flexate pe basin. Acêsta ne indicã la sigur desvoltarea inflamațiunei, nu la baza ligamentului larg, ci în însãși cavitatea peritonealã a acestui ligament. Dar în acest caz e mai mult vorba de o pelvi-peritonitã, de cât de un adevãrat flegmon saŭ parametritã. Pulsul în loc de a fi plin ca în stãrile febrile clare, este mic, frequent numãrînd 120—130: caractere proprii peritonitelor. Când terminațiunea nu e fatalã, tõte aceste fenomene generalî se slãbesc în intensitatea lor, fãcând loc semnelor locale. Cu tõte cã Olshausen și cu dînsul mulți autori recomandã, cã în primele zile când bóla se aflã în apogeul sãu, trebuie sã ne abținem de la orî-ce explorațiune digitalã a fundurilor de sac vaginale, noi însã împãrtășim opiniunea lui Segond. Inconjurați de tõte precauțiunile antiseptice, sã nu ne abținem de la o asemenea explorațiune; ea e fõrte utilã atãt pentru stabilirea justã a diagnosticului, cât și pentru prevederea urmãrilor ce bóla va avea.

Introducând deci degetul în vagin, vom cãuta sã ne dãm bine sãma de starea fundurilor de sac. Aci putem constata diferite semne ce ne vor arãta pe de o parte varietatea flegmonului, iar pe de alta întinderea sa. Ast-fel, dacã vom gãsi o tumefacție limitatã înapoiul gâtului uterin, având un cerc inflamator, ce se întinde împrejurul acestui organ, trecând prin părțile sale laterale și pe cea anteriorã în dreptul inserțiunei sale pe vagin; și dacã în același timp vom constata cã acêstã zonã inflamatorie se lãțesece înapoi pierdându-se în profunđimea micului basin, vom avea a face cu varietatea de *flegmon pericervical*. Dînsul inconjurând gâtul de jur împrejur în regiunea istmului, ar avea partea mai largã dirijatã înapoiul basinelui; de aci subțindu-se din ce în ce, vine de înconjorã gâtul uterului în tocmã ca un *inel*. Acest nume a fost dat de Gallard. În fig. 97 avem un model de acest flegmon. Forma acêsta corespunde la flegmonul tip *circumscris al basei ligamentului larg*, la *parametrita benignã*, la *adenoflegmonul juxta-pubien* saŭ așa numit *circum uterin*. Este evident cã explorațiunile fãcute în tõte punctele coprinse de acêstã



zonă inflamatorie, vor fi însoțite de dureri mai mult sau mai puțin vii exprimate de bolnavă. În special vom provoca o durere fixă în nivelul istmului uterin, care va fi și semnul patognomic. Uterul își poate păstra situațiunea normală; el poate însă să fie într'o pozițiune exagerată înainte ori înapoi, după cum abundența procesului inflamator va fi în partea anterioară sau posterioară. În ori-ce cas mobilitatea organului nu este micșorată mergând până la o fixitate serioasă.

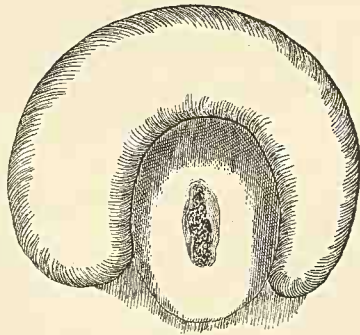


Fig. 97. Flegmon pericervical în formă de inel sau potcova (Auvard).

Dacă din contră vom constata o împăstare și zonă inflamatorie care ar merge de la mărginele uterului fără nici o linie de demarcație, dirigindu-se în afară către fosa iliacă internă, făcând să bombeze fundul de sac vaginal corespodent, îndoială nu există. Ne aflăm în fața unui flegmen coprinzând întreaga bază a ligamentului larg. Aci vom constata, în special pe mărginele uterului o tumefacțiune grosă; dînsa în majoritatea casurilor respinge cu totul uterul în partea opusă sănătoasă, puindu-l în latero pozițiune complectă. Alte dăți însă se poate constata o latero-flexiune (după noi deviațiune divergentă), adică că gâtul uterului să fie tras către partea bolnavă iar corpul împins către partea sănătoasă. În toate casurile uterul este fix în pozițiunea sa; el nu permite aproape nici o mișcare, care de alt-fel este excesiv de dureroasă. Iar dacă flegmonul ocupă ambele baze ale ligamentului larg, atunci tumefacțiunea fundurilor de sac va fi generală, uterul solid fixat, ca și cum ar fi vârit într'o masă de gips. Atunci pereții vaginului ne vor oferi o consistență dură, lipsită de ori-ce elasticitate și reprezentând ceea-ce Pozzi numește *vagin in carton*.

Tot cu această ocaziune ne vom da seama de diferite percepțiuni ce vom simți cu degetul, ca puncte moi, tari sau chiar fluctuente, precum și diferite pulsațiuni ce nu e rar a întâlni din partea arterei uterine. De asemenea vom căuta a ne da seama până la ce întindere înapoi și înainte se întinde această inflamațiune. In fig. 98 din Auvard reprezintă flegmonul de la baza ligamentului.

Dacă flegmonul s'a dezvoltat primitiv în cavitatea proprie a ligamentului larg, atunci semnele locale vor fi cu totul deosebite. Aci împăstarea și îndurațiunea în loc de a le constata către fundurile de sac vaginale, ele vor face proeminență și vor deveni manifeste către pereții abdominali. Prin urmare explorațiunea va fi eficace în această regiune, pe când fundurile de sac ale vaginului vor fi aproape libere. Iar dacă flegmonul propriu-zis al ligamentului

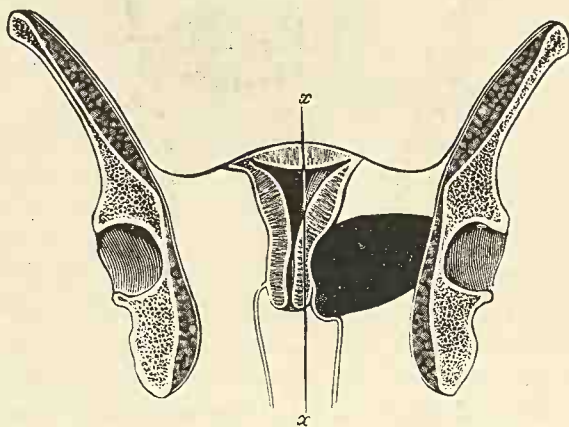


Fig. 98. Flegmon al bazei ligamentului larg (xx planul median al pelvisului).

larg va ocupa ambele cavități, atunci întregul abdomen la partea sa anterioară va fi copleșit de o placă îndurată, mergând de la o margine la alta; atunci vom avea ceea-ce Chaumel a numit *plastron abdominal*. Această placă de și în majoritatea casurilor este rezultatul unei îndurațiuni inflamătoare, totuși Polk și Terillon au demonstrat, că une-orî poate să rezulte din prezența anexelor inflamate și tumefiate. Este bine înțeles că fenomenele generale vor fi mult mai alarmante în această ultimă varietate de flegmon, — ce în definitiv e o adevărată pelvi-peritonită — de cât în simpla inflamație a bazei ligamentelor largi. In orî-ce caz, bolnava va fi co-

prinsă de diferite alte fenomene, manifestate din partea organului în vecinătate cu flegmonul. Ast-fel, vom avea dificultăți în urină, iar une-orî chiar supresiune completă a udului dacă ureterele vor fi prinse și comprimate de masa mobidă. Din partea rectului iarăși vom constata constipațiunii, tenesme, etc. În fig. 99 din Auvard avem flegmon al etajului superior al ligamentului larg.

După cum vedem, diagnosticul flegmónelor ligamentelor largi în general nu e greú; simptomele și sediul lor sunt patognomonice. Nu este însă ast-fel când vom fi chemați la o epocă

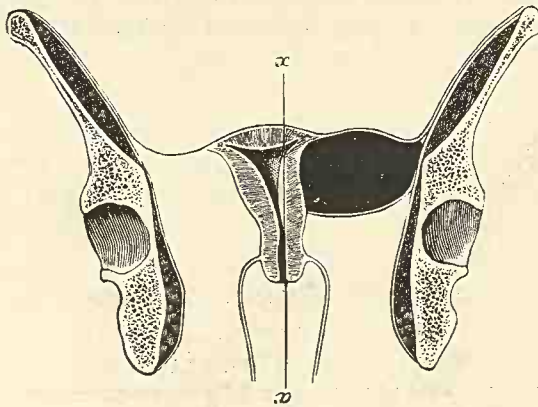


Fig. 99. Flegmon al vârfului gamentelor largi ( $xx$  planul vertical trecând prin mijlocul pelvisului).

depărtată și când flegmonul s'ar fi terminat prin rezoluțiune incompletă. În acest caz, putem să ne aflăm în fața unor noduli de volum și de consistență diferită. Prezența lor constatându-se prin grosimea fundurilor de sac vaginale, și având conexiune cu părțile laterale ale uterului, acești noduli vor putea fi luați drept fibróme ale acestui organ, sau chiar ale ligamentului larg, dacă se vor afla în grosimea sa. S'ar mai putea încă confunda asemenea noduli cu ovarele sau trompele inflamate căzute în fundul de sac posterior. Antedentele însă, precum și durerile ce sunt exquisite în cas de anexită, iar forțe atenuate sau nule în caz de noduli inflamatori sau cronici, ne vor servi mult în diferențierea lor. Pe lângă acesta, pe măsură ce timpul trece, noduli inflamatori vor avea tendința a dispărea în volumul și fenomenele lor; anexitele sau fibrómele vor rămâne staționare sau vor progresa.



Dar mai cu sémă în cazul când acești noduli sunt consecința unui simplu edem inflamator al țesutului celulo-pelvien, ei ne pot oferi surprise, une-orî amuzante: disparițiunea complectă dintr'o di în alta a bólei ce constatase și de care ne îngrijisem. Este bine înțeles însă, că o asemenea surprisă sciințifică, rezultând dintr'o resorbțiune repede a serosităței inflamatorice, să nu fie înlocuită printr'o neglijență saũ ignoranță grotescă, luând bolurile fecale drept noduli. Cu puțină practică vom sci a evita păcáléla, aducându-ne aminte că silabele sunt mobile, se turtesc ușor prin apăsarea cu degetul, și sunt absolut indolente; lucrul acesta nu întâlnim în nici un alt-fel de tumoră, fie ea de cea mai mică importanță. In orî-ce caz, noi nu vom neglija a face examenul rectal, pentru a ne da și mai bine séma de situațiune și în special de întinderea flegmonului și situațiunea uterului.

Dupé ce dar am stabilit diagnosticul între aceste flegmóne pur inflamatorii a ligamentelor largi, ne rămâne a vorbi de forma cea mai malignă, și anume de *parametrítá septică, de celulita pelvieniă difusă*, saũ *erisipelul malign puerperal*. Din nenorocire, adesea acest diagnostic este inutil: bolnava móre înainte de vreme. Cu tóte acestea, noi îl vom afirma, când femeea în timpul lăuziei e coprinsă de fenomene generale grave, de dureri mari în abdomen, anexe și în plus când întregul vagin și une-orî chiar și perineul, vor fi posedate de nisce plăci albe cenușii, murdare, în totul analoge cu plăcile difterice. Atunci infecțiunea e generală; ea coprinde întréga sferă genitală internă și externă a femeii. Adesea-orî stabilirea diagnosticului e repede urmată de certificatul de verificare al morței.

**Mersul și prognosticul.** Din cele arătate la anatomia patologică, deducem că flegmonul ligamentelor largi une-orî are o evoluțiune așa de repede, în cât întréga sferă genitală internă e coprinsă de procesul inflamator în așa grad, că nu ne mai permite nici o intervențiune; sfârșitul este inevitabil fatal. Acésta se obesrvă mai ales în flegmónele de natură puerperală; ele forméză tipul parametrítei difuze septice. Alte dăți însă acest flegmon are un mers acut, fenomenele se pot localisa spontanat saũ prin îngrijiri; el se póte circumscri. Rari sunt casurile în cari o inflamațiune a ligamentelor largi să apară în mod lent și cronic. Acésta ar fi posibil numai admițând natura tuberculósă a flegmonului, care încă nu e bine demonstrată.

In aceea ce privesce prognosticul, dînsul trebuie considerat

tot-d'a-una grav, atât prin natura bólei cât și prin copleşirea organelor circumvecine. În adevăr, mai tot-d'a-una aceste flegmóne recunosc ca origină supurațiunea anexelor; de aci și numele de perimetro-salpingită saũ după noi perimetro-anexită. Dar pentru moment noi nu luăm în considerațiune acest lucru și n'avem a ne opri asupra lui; ne rezervăm a reveni când vom trata despre salpingo-ovaritele cronice supurate. Presupuiind însă casul cel mai simplu de flegmon pur al ligamentelor largi, încă prognosticul rămâne serios din mai multe puncte de vedere. Ast-fel, admitând o inflamațiune pur serósă a țesutului pelvien, și închipuindu-ne o resorbție totală, ar rămâne în picioare o distrugere saũ topire a acestui țesut. Dar Martin, Schültze și alți autori ai arătat, că tocmai un asemenea fenomen este o cauză predispozantă a deviațiunilor și prolapselor uterine.

Mai oferă încă gravitate aceste flegmóne și prin locurile unde ele se deschid. Am vădut multiplele puncte pe unde abcesul póte să iasă. Ei bine, tóte aceste orificii fistuloase și traecte sinuoase sunt adesea în afară de resursele artei. Bolnavele decí vor fi expuse a fi lăsate în prada unor cloacuri supurative profunde. Ele cad în cele din urmă victimă: continua și progresiva resorbție a materiilor putride pune capăt unei vieți suferinde. Mai avem încă ca punct negru în prognosticul acestei afecțiunii faptul că, în regiuni depărtate rămân mici focare sub formă de noduli. Aceștia, dacă mult timp pot rămâne latenți și ascunși, une-orí însă grație diferitelor circumstanțe, dînșii se reaprind și dau nas-cere la abcese, de a căroră origină nu ne putem da bine séma nefiind preveniți. În adevăr, putem întâlni asemenea procese supurative în fosa iliacă, în téca mușchiului psoas și chiar în țesutul celular peri-nefretic. Ele produc ceea-ce ađi e cunoscut sub numele de *abcese tardive*.

În fine flegmonul ligamentelor largi póte să fie însoțit de unele consecințe din cele mai grave. În adevăr, chiar după evacuarea puroiului, iar câte o dată și în afară de acesta, țesutul celulo-conjunctiv al basinului póte să între într'o stare cicatricială cu putere retractilă, în cât să provóce nisce deformațiuni și deviațiuni ale uterului din cele mai grave și iremediabile.

Fenomenul acesta e capabil a determina acea bólă fórte bine descrisă de *Freund* și cunoscută sub numele de **parametrită cronică atrofiantă**.

Este adevărat că după *Freund*, această bólă nu recunósce drept cauză consecințele unui flegmon supurat al ligamentelor

largi, căci dînsul o atribue altor cauze, ca onanismul, libertinajul, coitul incomplet, făcerile des repetate, ori chiar unei predispoziții individuale. Dar ori cum ar fi, această parametrită cronică atrofiantă, fie dînsa chiar idiopatică, totuși procesul începe de la baza ligamentelor largi, iar de acolo se întinde în lungul ligamentelor utero-sacrale precum și în jurul bășiceii. Puțin câte puțin procesul se întinde mai sus în ligamentele largi; el copleșește țesutul care înconjoară vaginul și ocupă în sfîrșit totă trama de țesut conjunctiv a micului basin.

Dar procesul acesta, care constă într'o atrofie cicatricială, într'o ciroasă a țesutului celular pelvien, pôte fi și consecința unei inflamațiuni, a unui flegmon. În adevăr, și acesta e capabil să fie urmat de nisce asemenea bârne fibröse și retractile, formate fie din țesut conjunctiv pur, din peri-flebite sau tracturi limfangitice cu putere retractilă. Ei bine, tôte aceste bride, strîngând vasele nutritive, uterul și cele-l'alte părți din prejur, mergînd chiar pînă la trompe și ovare, vor aduce o jenă profundă în circulațiune, plus deviațiuni uterine precum și a anexelor, deviațiuni din cele mai multiple și bizare. Adesea totul este transformat într'un bloc inform vîrît în micul basin; aci funcțiunile sunt adesea suprimate sau se îndeplinesc pe socotéla celor mai mari suferințe. Dismenoreele, amenoreele, desgustul de raporturi sexuale, durerile violente în timpul mersului și chiar în repaus, forméză tabloul simptomatic al femeilor ce au suferit de un flegmon al ligamentelor largi, terminat prin retractiunea permanentă și progresivă a țesutului celulo-conjunctiv, însoțit el însuși de *parametrîta cronică atrofiantă dobîndită*.

Numai într'un singur cas prognosticul flegmonului ligamentului larg este favorabil: atunci când inflamațiunea rămîne circumscriasă iar abcesul limitat într'o pungă relativ mică și aședat în fundul de sac posterior al vaginului. În tôte cele-l'alte cazuri, trebuie să fim fôrte rezervați cu privire la urmările acestei bóle.

**Tratamentul.** Aci vom avea în vedere esclusiv tratarea flegmonului pur al ligamentelor largi, fără complicațiune de inflamația sau supurația anexelor. În acest ultim cas, tratamentul va fi fôrte diferit și mult mai complicat: el cere intervențiunii radicale de ablațiunea totală a uterului sau anexelor, fie pe cale abdominală sau vaginală. Dar capitolul acesta va fi tratat când vom vorbi de tratamentul anexitelor supurate; alt-fel am fi expuși a repeta de mai multe ori același lucru.



Presupunem deci că ne aflăm în fața unui flegmon pur al ligamentelor largi.

Avem la dispoziție două mijloce de a combate acest proces, după cum vom fi chemați în prima perioadă de simplă inflamație, sau în a doua perioadă de supurație. La început vom uza de toate mijlocele antiseptice și antiflogistice. În prima linie injecțiunile vaginale calde până de la 40 — 45° cu soluții boriccate sau sublimatate, vor fi de mare folos. Mai folosite însă sunt clismele boriccate laudanisate; ele lucrează mai direct asupra focarului inflamator precum și anexelor ce tot-d'a-una trebuie presupuse bolnave. Este bine înțeles, că bolnava va fi pusă într'un repaus absolut precum și la o dietă severă. Dacă în primele zile ale accidentului constatăm o tendință de manifestare a bólei către părțile abdominale, putem recurge fără nici un inconvenient la aplicarea mai multor lipitori puse d'asupra simfisei pubiene sau ligamentului lui Poupert. La rigóre nu vedem nici un inconvenient ca lipitorile să fie puse chiar pe fundurile de sac ale vaginului; noi însă nici o dată n'am practicat acest lucru.

Ceea ce însă este în uz și lucru de care profităm cu profuziune, sunt vesicătorile puse în lăturile uterului, și acolo unde constatăm procesul inflamator mai dezvoltat. Iarășî unguenturile mercuriale beladonate puse pe abdomen, le recomandăm în mod destul de favorabil. Cât privesc aplicațiunile refrigerente ca pungile de gheață, suntem mai rezervați; noi nu recurgem la ele de cât în casuri de fenomene peritoneale.

Tóte aceste mijloce, unite cu repaus, cu luarea la interior de chinină, antipirină, benzonaftol și preparațiunile opiacee, constituie *tratamentul medical al flegmonului ligamentelor largi*.

Când însă flegmonul a intrat în perioadă de supurație, atunci totul trebuie dat la o parte; trebuie făcut loc intervențiunei chirurgicale. În privința acésta ne vom conduce după cum ne va arăta însăși bóla. Cu alte cuvinte vom tăia acolo unde abcesul e mai proeminent.

**I. Calea vaginală.** Când abcesul proeminéză în mod manifest în fundul de sac anterior și chiar posterior, operațiunea e foarte ușoră. Vaginul bine antiseptizat, introducem degetul înapoiul colului, în punctul cel mai culminant și fluctuent. Infigem bisturiul; facem mai întâi o incizie mică, căutând a nu atinge artera uterină sau uretera. Cu atât mai mult vom avea acest lucru în spirit, cu cât în cazul de colecțiuni mari, aceste organe pot deveni foarte superficiale și să se apropie foarte mult de inserțiu-

nile colului pe vagin. Tocmai pentru acest cuvânt, *Simson* recomandă a se face mai întâiu o puncție exploratrice cu trocarul său siringa. Noi însă preferim înfigerea vârfului bisturiului, după care imediat ce am dat ieșire puroiului, lărgim în lături această incisiune pentru a putea introduce degetul. Aci iarăși nu trebuie să facem esces de zel — căutând a rupe diferitele tracturi plecate de la un părete la altul; adesea ele conțin vase importante și putem deci provoca o emoragie greu de oprit și foarte periculoasă. A fortiori este cu totul interzis introducerea unei linguri tăioase; prin această, pe lângă inconvenientele sus arătate, putem determina perforarea păreților și să intrăm în cavitatea peritoneală. Deci, imediat ce abcesul a fost deschis — luând toate precauțiunile a nu ataca bășica, rectul, sau alte vase importante — introducem un tub de drenaj simplu sau în formă de T, prin care facem spălături antiseptice. Dacă voim, putem umple cavitatea abceselor cu tifone iodoformate, asigurând un drenaj capilar.

Metoda acesta de deschidere a abcesului prin fundul de sac posterior, este veche și clasică. Ea aparține lui *Bernutz*, *Nona*, *Velpeau* și diferiți chirurși ai timpului.

Când însă abcesul nu bombéază în mod suficient în vagin ci e ridicat destul de sus, dar în destul pentru a fi atacat pe calea abdominală, atunci se recomandă metoda lui *Laroyenne* din Lyon. Dînsa constă a face întâiu o puncție prin calea vaginală cu un trocar special, avînd forma unui isterometru și ușor recurbat. El sémănă întru cât-va cu trocarul lui *Chassaignac*; canula însă este spintecată și capabilă ca odată intrată în punga abcesului, iar sula ascuțită retrasă, să se pótă introduce pe această canulă un instrument tăios în forma unui litotom, care deschizându-se, să spintece buzunarul pe o întindere mai mare.

Noi însă suntem de acord cu mai mulți autori a uza și în acest caz de explorațiunea digitală. Prin urmare odată fundul de sac vaginal deschis, vom introduce degetul; descoperind tumora fluctuantă, vom aplica bisturiul pe lat sau vârful unor fórfeți conduse pe pulpa degetului; impingând deschidem abcesul. Restul constă în drenare, pansament, etc. Ca exces de precauțiune vom menționa metoda lui *Wiedow*. Ea constă a deschide abcesul în două timpî, și anume: deschidem întâiu fundul de sac vaginal anterior sau posterior după indicațiune și mergem până la păretele abcesului; facem tamponarea cu tifone iodoformate. Dupe 24—48 ore — când aderențele se cred a fi stabilite, se procede din nou la o altă incisiune coprinđend de astă dată abcesul.

În mai multe cazuri noi am deschis aceste flegmone cu termocauterul Pacquelin; avem obiceiul a introduce două tuburi de drenaj pe cari le fixăm prin suturi cu mătase de părății vaginului. Metóda acésta în general e însoțită de bune rezultate; totuși i se impută a fi urmată de fistule ce nu se pot închide. Lucrul e posibil și depinde de două circumstanțe. Întâiu de o lărgime prea mare a cavității abcesului și rețracțiunea extrinsecă a părăților sēi. În acest caz, e bine înțeles că mugurii cărnoși desvoltați pe fețele interne ale părătelui abcesului, nu se pot desvolta în mod suficient pentru a se uni cu cei din partea opusă și a complecta închiderea cavității. Atunci trebuie să lăsăm un timp mai îndelungat funcționarea tuburilor de drenaj, sau să înlocuim aceste tuburi prin umplerea cavității cu tifóne iodoformate. Ele ar avea ca efect, a escita travaliul formativ al mugurilor și a strîmta în mod progresiv cavitata. O altă cauză este că, abcesul e provădut de mai multe cavități secundare cari au scăpat intervențiunei, sau au fost incomplet deschise. Când dar vom vedea o persistentă fistulósă, trebuie să facem o nouă explorațiune a cavității abcesului, pentru a ataca focarele secundare distrugând tracturile fibróse ce forméză loji separate; cu acésta vom transforma întréga cavitata din multiplă în unică iar apoi o vom trata în mod convenabil.

**II. Deschiderea flegmonului în cazul când proeminența vine în partea rectului.** Fórté adesea, dacă nu intervenim la timp, de schiderea se face în mod spontanat prin acest canal. De multe ori bolnavele se vindecă; alte dăți însă rămân cu fistule interminabile. Noi vom evita ca sub nici un cuvânt să nu deschide m abcesul prin acéstă cale; pe de o parte că putem provoca emoragii, iar pe de alta că favorisăm infecțiunea focarului. În plus se va crea o comunicațiune directă între rect și vagin, cu greú sau chiar imposibil de remediat. De aceea vom preferi una din cele două metode, cari sunt: *calca perineală* și *ischio-rectală*.

**Calea perineală** se face prin mai multe procedee pe cari le putem numi *directe* și *indirecte*.

Procedeul direct numit *perineotomia transversală* aparține lui Sănger și Zuckerkandl. Dînsa constă a face o incisiune transversală plecând de la o tuberositate ischiatică la cea-l'altă, trecând pe dinaintea anusului. Separăm apoi despărțítórea recto-vaginală făcând o disecțiune fină cu fórfecele sau bisturiul; căutăm a desdoi cele două foi, având degetul în rect pentru a-l feri de a fi atins. Mergem ast-fel cu disecțiua până în fundul de



sac a lui Douglas. Aci printr'o lovitură de bisturiu deschidem abcesul; după acésta drenăm și spălăm.

**Metóda indirectă** constă a ataca abcesul tot pe calea perineală dar trecând prin fosa ischio-rectală. Acésta constituie metóda lui Hegar.

Sänger recomandă a se face o incisiune verticală începând în dreptul treimeii posterioare a buzei mari și la 2 c. m. în afară de anus; mergem cu incisiunea până la vârful coccyxului. Tăem strat cu strat, tăem aponevroasa ridicătorului anusului și dăm de abces; îl deschidem.

Maî există încă o metódă de a deschide aceste abcese: prin calea sacrală. Dînsa se face în tocmai ca operațiunea lui Kraske, resecând coccyxul saú chiar una saú două din vertebrele sacrale. Calea acésta însă de și rațională totuși nu se întrebuintează de cât fôrte rar.

Dacă însă colecțiunea purulentă devine maî proeminentă către păriletele abdominal, atunci neapărat dînsa trebuie deschisă pe acéstă cale. Aci avem două metode. Saú atacăm abcesul printr'o adevărată laparatomie, despre care însă vom vorbi la tratamentul anexitelor; saú evităm deschiderea peritoneului, făcând o incisiune de 8—10 c. m. imediat d'asupra ligamentului lui Poupart în tocmai cum am voi să facem legătura iliacei externe. Acésta constituie *metóda lui Burdenhauer* numită încă și laparatomie sub peritoneală. Punctele de reper sunt următoarele: doi centimetri d'asupra arcadei lui Fallope și o incisiune de 8—10 c. m. paralelă cu acéstă arcadă și puțin recurbată în sus și în afară. Tăem pielea, grăsimea, aponevroasa marelui oblic. Menagem, secționând artera epigastrică între două legături; tragem peritoneul cât se póte în sus, deslipindu-l. Ajungând pe păriletele abcesului, îl recunoscem și-l incisăm în partea cea maî culminantă. Drenăm și fixăm dacă e posibil marginile abcesului la plaga abdominală. Ne vom feri pe cât posibil a face răzuirea päreților; acésta pentru motivele ce am expus la anatomia patologică și a nune: a nu provoca deschideri de vase, saú ce e maî grav perforarea päreților; dînșii une-orî fiind fôrte subțiri putem intra ușor în cavitatea peritoneală.

Am practicat acéstă operație în fôrte multe rânduri. Une-orî abcesul era așa de superficial în cât a fost suficient simpla incisiune a pielei pentru ca puroiul să iasă în cantități mari. Intr'un caz însă am practicat chiar răzuirea destul de largă a abcesului fără nici un accident desagreabil.

Iată în scurt observația:

Flórea Savu, în etate de 30 ani, intră în serviciul nostru cu un flegmon enorm al ligamentelor largi; proveniență abominală.

Menstruată la 14 ani. Acum un an și jumătate a avut primul copil, facere dificilă. Acum o lună a născut al doilea copil iarăși greu. De la această facere pacienta a rămas bolnavă. Dînsa fu coprinsă de dureri în ipogastru, fiori, călduri și transpirație abundantă. La intrarea în serviciu constatăm o stare debilă și anemică. Prin palpația abdominală găsim o tumoră ce se ridică d'asupra simfizei până la ombilic. Dînsa e dură, durerosă, mată și mai desvoltată către dreapta. Fundurile de sac pline, convexe, uterul imobil, face corp cu tumora. Orificiul colului întredeschis, fundul uterului nu se simte. Splina mărită de volum. Temperatura de 39<sup>4</sup> séra, 37<sup>5</sup> diminéța.

La 28 Maiu 1897 fac operația, se trage o incisie laterală dréptă asupra arcadei lui Fallope; se secționéază strat cu strat, se dă de un țesut scleros fórte îngroșat, care se tae în mod treptat până când apare în plagă câte-va picături de puroiū gros. Imediat se înfige bisturiul și se lărgesce punga în sus și în jos. Se introduce degetul, se dă de o cavitate enormă cu păreți fórte îngroșai, plini de fongosități și tracturi celulo-fibróse, care plecaū de la un părete la altul formându-l într'o mulțime de mici loji. Tóte acestea se distrug cu degetul, iar păreții se rázue cu lingura lui Volkmann, în care timp iese o cantitate destul de mare de sânge. Este de observat că puroiū n'a fost mult, relativ cu volumul tumorei. Se spală bine cavitatea cu sublimat și creolină, iar apoi se umple tótă punga cu gaz iodoformat.

La 2 Iulie, în urma pansamentelor regulate bolnava iese cu totul vindecată. Tumora abdominală, cât și cea vaginală dispărută. A rămas însă cu păreții abdominali puțin sensibili și cu o ușură împăstare la nivelul și împrejurul plăgei.

## Cap. II. Pelvi-peritonita sau peri-metrita (Duncan).

Prin pelvi-peritonită se înțelege inflamațiunea membranei peritoneale care căpтуșesce escavațiunea pelvienă sau pelvisul. Limitele sale sunt coprinse în spațiul plecat de la ultima vertebră lombară înapoi, în lături oșele iliace interne, iar înainte simfisa pubienă. În patologie însă, prin pelvi-peritonită se înțelege mai mult inflamațiunea peritoneului micului basin, adică a porțiunii situate sub strîmtórea superióră a basinului. Prin urmare aci, în acéstă porțiune limitată sunt localizate adevăratele pelvi-peritonite. Nu înséamnă însă că inflamația nu póte coprinde întregul pelvis: dînsa e capabilă să se întinđă la totalitatea membranei ce forméază marea cavitate serósă abdominală și să dea nascere unei peritonite generalizate.

Scim că unul din rolurile principali ale peritonelui este de a servi ca înveliș protector al organelor abdominale precum și ca agent de alunecare între dînsese.

În cavitatea micului basin există trei organe principale: tóte însă găunoșite, cavitate, deci fără volum constant. Acestea sunt *bășica, uterul și rectul*. Raportul și rolul peritoneului în fața acestor organe a fost fórte bine arătat de Freund, ale cărui vederi le reproducem din Schroeder: „Micul basin este o cavitate înconjurată în mare parte de păreți osoși și presentând acésta de caracteristică că dînsul conține trei organe găunóse, al căror grad de replețiune variază mult chiar în stare fiziologică. În starea de vacuitate, bășica, uterul și rectul nu sunt suficiente ca să umple acéstă cavitate; în starea de replețiune din contra ele nu găsesc aci destul loc. Asemenea schimbări de volum nu sunt posibile de cât faptului, că acéstă cavitate abdominală se acomodéază cu asemenea variațiuni fórte întinse. Intestinul îndeplinesce rolul de umplutură: ast-fel, atunci când e prea mult loc în bășică, el se interpune între uter și rect; din contra, la trebuință el părăsesce complect cavitatea pelvienă și se retrage în pânțece unde póte să nu ocupe de cât regiuni fórte limitate. Pentru ca organele găunóse ale micului basin să póta să se umple și să se goléscă, trebuie ca ele să fie mobile unele în raport cu altele. Trebuie afară de acésta ca învelișul lor propriu să le permită pe rând să se măréscă și să se micșoreze de volum. Și de fapt aceste viscere sunt învelite în micul basin de țesut conjunctiv lax, iar



foile peritoneale cari le înconjură nu aderă mai mult cu ele de cât într'un mod foarte slab. Faptul acesta însă nu se aplică de cât la bășică, la vagin cu gâtul uterului și la rect; împrejurul corpului uterin, peritoneul este lipit intim. Uterul nu suferă de cât creșterii de volum lente și gradate; el se dezvoltă atunci între foile ligamentului larg, pe când peritoneul care-l acopere se ridică cu el. Dacă, precum se întâmplă în momentul nașterii, corpul uterului se golesce și se retractă în mod brusce, elasticitatea peritoneului este insuficientă pentru a-i permite să urmeze această mișcare de retractiune; atunci dînsul se dispune în formă de îndoituri. Cele-lalte viscere găunose ale micului basin din contra, pot să se întindă și să se retracteze repede și să ia unele vis-à-vis de altele pozițiuni diverse. Dar toate aceste schimbări sunt posibile grație țesutului conjunctiv môle și lax ce ocupă toate intersticiile între aceste diferite organe."

Dar în afară de aceste trei organe, mai sunt conținute în cavitatea micului basin alte două și mai esențiale din punctul de vedere patologic a nume: trompele, ovarele, precum și toate vasele limfatice cari pléacă de la corpul și fundul uterului, mergînd la anexe și ganglionii lombari.

Ce rezultă din aceste considerațiuni?

În prima linie avem faptul deja arătat, că peritoneul este atâta de intim unit cu jumătatea superioară a corpului uterului încât nu e cu puțință nu numai a-l deslipi, dar nici chiar a-l separa prin cea mai minuțioasă disecțiune, făcută de cel mai consumat anatomist. Ast-fel fiind, lesne înțelegem cum inflamațiunile acute sau cronice ale cavității uterine înaintând în mod lent și progresiv, de îndată ce au reușit a trece prin păreții organului, imediat această inflamațiune se propagă la peritoneul pelvien dând ast-fel naștere pelvi-peritonitei acute sau cronice. Dar dacă calea acésta e mai tardivă și greoie, există o alta mult mai repede și ușoră, reprezentată prin bogata rețea de vase limfatice. Tipul cel mai clasic al acestui mecanism ni-l oferă infecțiunile uterine în timpul nascerilor, al puerperalităților și mai ales al avorturilor către a 3-a și a 4-a lună. În asemenea circumstanțe, vasele limfatice fiind larg deschise, absorbțiunea virusului se efectuază cu o repedițiune foarte mare; pelvi-peritonita devine supra-acută, generală și adesea orî mortală. Acésta forméază tipul celei mai periculose varietăți de pelvi-peritonită; dînsei Siredey a dat numele de *limfo-peritonită puerperală*. Nu rare orî explorațiunile cavității uterine făcute fără toate rigorile antisepsiei, sunt urmate

de aceleași rezultate. Și tocmăi pentru a preveni asemenea accidente, am insistat mult la răzuirile uterului că mai bine e să păcătuim prin exces de precauțiuni antiseptice, de cât prin defect. În adevăr casurile nu sunt rare, când răzuirii uterine rău făcute au agravat starea bolnavei, prin pelvi-peritonită. Dar și chiar o simplă explorațiune cu isterometru sau dilatațiunea orificiului intern au fost însoțite de aceleași pelvi-peritonite grave și chiar fatale.

Dându-se conexiunea strânsă a peritoneului cu jumătatea superioară a corpului uterin și lipsa jumătății sale inferioare de contactul acestei membrane, cu drept cuvânt *Lucas Championnière* a stabilit ca lege, că ori-ce contaminațiune septică a cavității uterului d'asupra istmului, în mod fatal e urmată de pelvi-peritonită; din contra aceleași operațiuni făcute pe gâtul uterului, se însoțesc de flegmone ale ligamentelor largi.

Rolul jucat de uter în produțiunea pelvi-peritonitelor a fost tot-d'a-una așa de isbitor, în cât *Lisfranc* îl considera ca agentul principal și chiar sine qua non. Dînsul susținea că cel puțin uterul, tot-d'a-una trebuia găsit într'o stare mărită de volum căria îi dădu-se numele de *angorjament uterin*.

Nu este însă tot ast-fel cu bășica și rectul. Aceste organe ne avînd conexiuni intime cu peritoneul — care nu le servă de cât ca o simplă membrană de înveliș — inflamațiunile lor cu greu se pot comunica cavității pelviene, ci numai în mod cu totul tardiv și secundar. Din partea acestor organe decî pericolul nu e mare; în ori-ce cas el e fără comparațiune cu acela ce am arătat la uter.

Pericolul cel mai puternic există din partea anexelor și mai ales a trompelor. Este sciut că peritoneul formază un sac închis de toate părțile. O singură excepciune însă există: peritoneul comunică cu exteriorul în nivelul pavilionului trompei; el se deschide direct în cavitatea peritoneală. Dar nu e numai atât; dînsul formază unicul exemplu de continuare intimă și fără linie de demarcație a unei mucóse cu o serósă. Scim că mucósa uterină se prelungește direct prin conductul trompei și merge de căptușese pavilionul acestui organ unindu-se intim cu peritoneul; orificiul trompei comunică decî cu această cavitate.

Consecințele unei asemenea stări de lucruri sunt extra-ordinar de grave. În adevăr, inflamațiunea nu numai a cavității uterine, dar chiar a vaginului, pôte cu o repeđiciune colosală să mérgă, prin simpla continuitate de țesut a mucósei prin trompă

și pavilion, până în cavitatea pelvienă pentru a determina pelvi-peritonitele cele mai grave. Și acesta chiar constituie factorul cel mai principal al pelvi-peritonitelor. Astăzi aproape nu se mai admite o pelvi-peritonită fără salpingită sau mai corect zis o salpingită fără pelvi-peritonită. De aceea Pozzi reunește toate inflamațiunile pelvisului și în special a peritoneului pelvien într-o singură afecțiune numită *perimetro-salpingită*; din ea apoi ar rezulta pelvi-peritonita, sau flegmonul ligamentelor, după evoluțiunea și mersul său ulterior. Dar după cum vom vedea, grație conexiunilor intime ce există între trompe și ovar, inflamațiile unuia din aceste organe însoțindu-se inevitabil de a celui-l'alt, aproape tot-d'a-una salpingita va fi însoțită de ovarită și vice-versa. Deci pentru a fi juști, ar trebui să numim pelvi-peritonita, perimetro-salpingo-ovarită sau *perimetro-anexită*. Dar acest lucru îl vom studia a parte la bólele anexelor.

Mai rămâne însă un alt punct: dacă une-orî într'o pelvi-peritonită constatăm drept cauză o salpingită simplă, óre ovarul la rândul său singur, póte da naștere unei pelvi-peritonite? Nu încape nici o îndoială în această privință. Ovarul aflat fiind în cavitatea pelvienă, inflamațiunea sa se póte transmite la peritoneu și să dea naștere unei pelvi-peritonite; dar vorba este prin ce mecanism acest organ s'a inflammat. Datele anatomice nu ne permit a admite de cât propagarea inflamațiunei prin limfatice, plecate de la corpul uterului (?) Dar ovaritele plastice sau supurate, recunoscând agenți diferiți sosiți prin calea sanguină sau metastatică, nu le împiedică a produce în mod secundar pelvi-peritonite de aceiași natură.

Concluziunea însă este, că în special corpul uterului și trompele sunt organele de predilecțiune cari provócă și întrețin pelvi-peritonitele. De aceea astăzi nu se mai admite *teoria lui Bernutz*, care susținea o pelvi-peritonită esențială, adică independentă de inflamațiunile uterului sau ale anexelor. Toți sunt de acord că pelvi-peritonita provine fie dintr'o limfangită plecată de la uter, sau prin propagațiunea directă a aceleași inflamațiuni plecată iarăși de la uter dar prin continuitate de țesuturi, de la trompe, pavilion și serósa peritoneală.

După cum vedem pelvi-peritonita nu este propriu zis o entitate morbidă, ci o complicațiune a altor stări patologice, ca ale uterului, trompei sau ovarului. Cu toate acestea dînsa, fie chiar luată ca complicațiune, întrece atât de mult bóla primitivă prin leziunile anatomice, simptomatologia și mersul său propriu, că



ocupând prima linie, a făcut să i se dea o descriere specială considerându-se ca cum ar fi o bătă de sine stătătoare. Să ne explicăm. Iată o femeie care în urma unui coit impur, în specie blenoragic, microbul ar fi trecut prin trompe și a invadat peritoneul pelvien determinând o pelvi-peritonită. Nu mai încapă îndoială că în drumul său microbul va fi provocat o salpingită; dar atât bolnava cât și noi clinicianii nu avem atențiunea atrasă de fenomenele din partea trompei, ci din ale peritoneului. Decî suntem forțați a ne ocupa de ceea ce constatăm și de ceea ce bolnava se plînge. Și în definitiv putem întâlni procese morbide întinse în trompe și ovare, precum și tumori destul de voluminoase, și totuși peritoneul pelvien să nu fie atins. Decî din punctul de vedere clinic puțin importă starea anexelor. Ceea ce ne preocupă este starea peritoneului pelvien, existența pelvi-peritonitei. Și când constatăm acésta, apoi de dînsa trebuie să ne ocupăm; pe dînsa trebuie să o tratăm. Este adevărat că într'o mulțime de cazuri, pentru a vindeca pelvi-peritonita trebuie să atacăm întâi anexele ce mai tot-d'a-una sunt bolnave și aũ fost cauza pelvi-peritonitei; dar iarăși, de multe ori întâlnim anexite fără pelvi-peritonite — cel puțin atât în cât bolnavele să nu se plîngă de ele.

Dar prin aceste linii s'ar părea că ne punem în contradicțiune cu opiniunea generală admisă de autori, că pelvi-peritonita e fatal însoțită de salpingită sau anexită, și că am căuta să reinviem opiniunea lui Bernutz. Nicî de cum. Voim numai a arăta că rațiunea pelvi-peritonitei se datoresce predominenței simptomelor sale asupra inflamațiunei anexelor sau a uterului, fără însă a esclude leziunile acestora. Cu alte cuvinte, când o metrită cronică sau puerperală se însoțesce de un resnet mare asupra peritoneului pelvien, de sigur nu dînsese ne vor preocupa, precum nicî tratamentul dirijat contra lor va vindeca pelvi-peritonita: intervențiunii mult mai energice — ca deschiderea abdomenului și spălăturile acestei seróse cu diferite antiseptice — vor scăpa viața bolnavei. Tot același lucru vom dice și de anexe. Și aci, durerile extra-ordinare de cari se plîng bolnavele sunt în legătură nu atât cu starea morbidă a trompei sau ovarului, ci cu prezența diferitelor aderențe din cavitatea pelvienă. Și drept probă avem, că une-orî făcând laparatomii, de și ne găsim în fața unor aderențe intime, totuși anexele nu sunt atât de bolnave. Dar tocmai acésta a fost punctul de plecare al operațiunilor conservatrice: ele constau în simpla rupere a aderențelor și liberarea organelor conservând anexele. Mai există în fine și o

altă probă: femeii coprinse de pelvi-peritonite tratate prin mijloace chiar medicale, au putut concepe și să facă copii. Acesta demonstrează că dacă nu ambele anexe, cel puțin una din ele a trebuit să fie sănătoasă.

Trecând peste aceste cauze generale a pelvi-peritonitei, să vedem mai de aproape cauzele sale determinante. Se poate obține o pelvi-peritonită directă; astfel ar fi străbaterea unui corp contondent sau ascuțit în interiorul cavității pelviene, fie prin vagin, bășică, rect, etc. Acesta reprezintă *peritonita traumatică*, de alt-fel rară. Mai putem numi peritonite primitive și inflamațiile transmise direct prin căile limfatice sau continuitate de țesut prin orificiul trompei. Tot în această clasă vom număra supresiunea bruscă a menstruelor: picături de sânge căzute în peritoneu ar provoca o complicație directă. Escesele de coit, masturbația, expunerea la răceală, injecțiunile intempestive prin vagin, diferite explorațiuni în uter, col, operațiuni ginecologice, etc., intră în aceeași clasă.

Ca pelvi-peritonite secundare avem pe acelea provenite din diferite neoplasme ale uterului, a anexelor, tuberculoza intestinală, peritoneală, spargerea diferitelor pungă purulente, torsionarea bruscă a unor pedicule, a trompelor, ovarelor, etc., etc.

**Anatomia patologică.** Leziunile ce constatăm în pelvi-peritonită variază după cauzele care i-au dat naștere. Două sunt formele principale: o *pelvi-peritonită infectioasă sau malignă* și alta *neinfectioasă sau benignă*. În cea infectioasă iarăși avem două varietăți, una de natură *puerperală*, iar alta de natură *blenoragică*.

Forma septică puerperală foarte rar se localizează. Dînsa are tendință la extensiune, copleșește întregul peritoneu și dă naștere unei peritonite generalizate mortale. În această formă nu constatăm de cât prezența unui exudat răspândit în toate anfractuositățile cavității pelviene și provădit de plăci numeroase de întinderi variabile și de culore albă gălbue lactescentă; toate au caracterele unor pseudo-membrane. Acestea se găsesc răspândite pe suprafața peritoneală precum și pe intestine; acestea sunt lipite între ele printr'o substanță aglutinativă; dînsa aducînd jenă în circulație îi dă un aspect roșu vinos sau chiar albăstrui. Acestă infecțiune — datorită diferiților microbi ca streptococ, stafilococ, etc., intrații prin vasele limfatice larg deschise — a primit numele de *limfo-peritonită puerperală*. De multe ori infecțiunea se produce și prin manipulările noastre asupra uterului, rău conduse și rău îngrijite. Prin ele provocînd deschiderea limfaticelor cu

lingura tăioasă, isterometru sau alt instrument, determinăm o inoculațiune repede; ea e urmată de pelvi-peritonită tot așa de acută ca și cea puerperală.

Pelvi-peritonita blenoragică, după afirmările lui Lawson Tait și mai ales ale lui Noegerat, rezultă din infecțiunea specifică a gonococului lui Neiser. Nu ne vom opri asupra mecanismului acestei infecțiuni deja arătat. Vom spune numai că, infecțiunea peritoneului este secundară plecând de la trompe, ovare sau de la ambele de o dată. Dînsele, coprinse de inflamațiuni plastice și fiind aderente între ele, cad prin greutatea lor în fundul de sac a lui Douglas. Aci determină infecțiuni de obicei localizate, dar cu leziuni așa de întinse că de multe ori să impun drept tumori maligne. Despre ele vom vorbi la capitolul salpingo-ovarite sau anexite.

Pelvi-peritonita ce întâlnim mai des în practică, este cea *benignă* sau *neinfecțioasă*; nu trebuie însă să abuzăm de acest termen: inflamațiunile peritoneale tot-d'a-una trebuiesc considerate ca fiind consecința unor agenți specifici și virulenți. Singura deosebire ar fi că evoluțiunea lor nu este atâta de repede și fulgerătoare. Există probabil circumstanțe și anumiți factori în organism cari luptând contra invasiunei bôlei, reușesc a opune o barieră puternică limitând procesul în extensiunea sa. Tocmai pentru cuvîntul acesta pelvi-peritonita ia numele de benignă, iar nu din cauza absenței de microbi ce tot-d'a-una există. Ori cum ar fi, ca rezultat clinic ne rămâne că pelvi-peritonita benignă neinfecțioasă, ni se presintă sub formă cronică și pe un teritoriū limitat.

Acésta însă nu însemnă că dînsa nu ne pôte oferi caracterele unei inflamațiuni acute: din contra, foarte des aparițiunea sa se manifestă prin dureri brusce și violente, prin ascensiuni termice și o stare generală caracteristică. Totul însă are tendința a se localisa, a se limita. Acésta formăză una din variațiunile pelvi-peritonitei, reprezentată prin *perîodu de exudațiune*. Leziunile anatomice sunt foarte rar constatabile, tocmai prin faptul că acésta formă fiind benignă nu omórá pe individ; de aceea dînsele s'aū descris prin analogie sau pe calea experimentală.

Clinicește, primul fenomen ce observăm este propriū ori cărei iritațiuni a membranei seróse: suprafața peritoneală își pierde luciul său strălucitor prin descuamațiunea celulelor epiteliale; vasele se găsesc dilatate la extrem. De aci diapedeză și



formare de un liquid seros, amestecat cu detritusuri de celule, leucocite sau alte produse. Dar acesta ne arată tendința către supurație. Tipul pelvi-peritonitei seroase este ca liquidul acumulat înapoiul uterului să fie limpede, seros și curat. În această stare, el poate repede să se resorbă și să nu lase nici o urmă de existența sa. Alte dați, concomitent cu dînsul, se dezvoltă aderențe; unele laxe și filamentose plectă de la un pãrete la altul; dar altele sub formã de plãci, fixezã în mod așa de intim organele între dînsese, în cât chiar presupunînd resorbția părții liquide, totuși aderențele rãmãind, bolnava n'a profitat nimic de acẽstã pseudo-vindecare; dînsa rãmãne infirmã. Alte dați întrẽga cavitate pelvienã este transformatã într'o mulțime de loji sau mici cavitãți determinate din încruciașarea diferitelor aderențe. În acest cas, exudatul de și se resorbe din unele cavitãți, rãmãne însã intact în altele; în unele din ele ia caracterele purulente sau chiar de puroi.

Dupã cum vedem, pelvi-peritonita benignã își meritã numele mãi mult prin faptul cã nu omorã bolnava; în realitate, ea este destul de malignã prin leziunile la cari dã nascere. Cu tôte acestea, încã persistãm a admite o formã esențialmente benignã. Dînsa e caracterisatã printr'o abondență de liquid; dînsul acumulat în cavitatea lui Douglas, ia un aspect piriform: vîrfurile dirijate în escavațiunea pelvienã, baza în sus și în lãturi mergẽnd pãnã la simfisa pubienã și vîrfurile uterului. Forma acẽstã se apropie mult de a ematocelului, despre care vom vorbi.

În resumat pelvi-peritonita benignã rãmãne caracterisatã prin faptul cã orĩ-care ar fi leziunile inflamatorii, ele sunt și rãmãn limitate fãrã sã trecã de escavațiunea pelvienã.

Mãi existã o formã de pelvi-peritonitã benignã numitã *totalã* sau *generalã*. Dînsa este caracterisatã prin aceea cã inflamațiunea fie în mod acut sau cronic, copleșește întrẽga suprafață a peritoneului, mergẽnd de la cavitatea pelvienã pãnã d'asupra ombilicului sau chiar regiunea ficatului. Aci gãsım pe tõtã suprafața peritonealã precum și pe ansele intestinale o cantitate mãi mult sau mãi puțin abondență de liquid seros, și în special prezența de aderențe în mare parte subțiri și filamentose. Ele însã nu sunt mãi puțin capabile a lipi întrẽga masã intestinalã; ele aglutinãnd ansele între dînsese iar pe acestea cu peritoneul parietal, formezã un singur bloc. Și aci iarãși, cuvîntul benign nu și gãsesește rațiunea de cât în aceea cã nu omorã bolnava: leziunile sunt

departe de a corespunde idealului; ele sunt cât se pôte mai maligne. Am avut ocasiunea să observ un singur caz de acéstă formă benignă generalisată; observațiunea o voiți arăta la tratament fiind de fórte mare importanță.

**Simptomele și diagnosticul.** Pelvi-peritonita acută puerperală apare în mod bruscă; ea se însoțesc de fenomene alarmante generale și locale. Inceputul se anunță printr'un frison violent, ascensiune mare de temperatură, puls mic și frequent, balonarea pântecelui, meteorism, vërsături verdui, retractiunea feței, ochii scântetori, buze livide, etc.

Cele-l'alte forme oferă fenomene puțin mai blânde, dar totuși intense. Bolnava se plânge de dureri brusce în abdomen, în dreptul anexelor, de dificultăți în emisiunea urinei, la defecațiune, dureri în cõpse, etc., după cantitatea și sediul exudatului său prezenței aderențelor. Făcând examenul vaginal, abdominal său combinat, ne putem da séma de o mulțime de fapte destul de importante. În prima linie vom explora fundurile de sac vaginale; și după cum tóte său unele din ele vor fi șterse, sensibile și prezentând puncte fluctuente orî dure, vom afirma existența unei *pelvi peritonite retro-uterinã, ante-uterine* său *lateralã*. Ne vom da sémã de mobilitatea său fixitatea uterului, precum și de conexiunea acestui organ cu produsul patologic. Une-orî pelvi peritonita e manifestă către fundurile de sac vaginale: acestea devenind proeminente, afecțiunea s'ar putea lua drept flegmon al ligamentelor largi. Lucrul cu atât mai mult e posibil, cu cât exudatul infiltrându-se între pãreții vaginali, produce în tocmai senzațiunea vaginului în carton, proprie flegmonului. Dar modul aparițiunei bólei precum și simptomele generale fiind diferite, ne va ajuta în diagnosticul diferențial.

Când exudatul se limitézã către pãreții abdominali, atunci în reginnea acésta tumefacția și fenomenele vor fi mai accentuate. Dar și aci confusiunea cu flegmonul propriu ȃis al ligamentului larg, iarășî intervine. De obiceiũ pelvi peritonita este mai mult medianã; ea nu trece de simfisa pubienã, cel puțin când este localã. Flegmonul propriu ȃis al ligamentului larg — dacã e unilateral — se întinde către fosa iliacã corespondentã; în cazul contrariũ, constatãm o tumefacție ce merge dintr'o parte în altã a abdomenului, formând ceea-ce am numit plastronul abdominal a lui Chaumel. În fine diagnosticul va avea în vedere și starea anexelor, precum și prezența lor în locul fiziologic său puncte anormale. Pentru ca examenul să fie complet, vom termina prin

explorațiunea rectului, și la nevoie chiar a bășiceii udului — dar e mai bine să ne abținem pentru a nu provoca cistite.

**Prognosticul.** Este analog cu al flegmonului ligamentelor largi: pelvi-peritonita poate să intre în rezoluție sau să se termine prin supurație, precum de asemenea ea poate rămâne limitată sau să se generalizeze. În cazuri supurative, procesul se poate deschide în rect, bășică și excepțional în uter. Dacă pelvi-peritonita este generală, puroiul își face drum prin pereții abdominali și în special în dreptul ombilicului. De asemenea colecțiunea purulentă se poate deschide într'o anșă intestinală în interior, sau chiar la exterior formând un anus contra naturiei.

**Tratamentul.** În tocmai același ca în flegmonul ligamentelor largi: repaus absolut, antiflogistice intus et extra și revulsive de tot felul. Când pelvi-peritonita a intrat în perioada de supurațiune, intervențiunea chirurgicală va fi iarăși analogă cu a flegmonului ligamentar. Deci nu avem nimic de adăugat. Există aici ca și acolo o indicațiune specială cu privire la isterectomia vaginală totală prin îmbucătățire, precum și ablațiunea anexelor, cari de obicei sunt cauzele pelvi-peritonitelor. Dar acest lucru îl vom trata la un capitol special al salpingo-ovaritelor.

În ceea ce privește tratamentul pelvi-peritonitei infecțioase puerperale, nu vedem după noi, un altul mai rațional de cât laparatomia și spălăturile largi peritoneale cu sublimat corosiv.

Am spus că am avut ocaziunea să observ un cas de pelvi-peritonită generală. Îl reproduc pentru a arăta încă odată unul dintre imensele beneficii ce am obținut cu spălăturile de sublimat ale peritoneului făcute *largo mano*. Observațiunea devine cu atât mai importantă cu cât leziunile era așa de întinse și înaintate, că în momentul când am crezut că am deschis peritoneul, în realitate mă găsiam în cavitatea unei anse intestinale; și cu toate acestea bolnava s'a vindecat. Iată în scurt observația:

*Maria Potuschi*, 29 ani, intră în serviciul nostru la 24 Aprilie 1897. Menstruată la 14 ani, în mică cantitate și neregulat, cu dureri de mijloc. La 18 ani se mărită. A avut 3 copii. Anul trecut un avort în 7 săptămâni. După 3 luni suferă de dureri în mijloc și fosele iliace, după care abdomenul începe a se umfla.

Starea prezentă: Pacienta mult slăbită. Ultima menstruație a ținut o săptămână, cu dureri. Abdomenul distins. Circonferența în dreptul ombilicului 72 cm. De la ombilic la spina iliacă stângă 14 cm. iar la cea dreaptă 10 cm. D'asupra simfizei un pachet venos dilatat-varicos. Forma abdomenului globulosă, tensiune mare, explorațiunea organelor nu e posibilă. Palpația dureroasă; tot abdomenul cu sonoritate exagerată, afară de fosa iliacă stângă unde e submatitate. Uterul în



uşoră anteversiune, relativ mobil şi nedureros; colul deschis. Fundul de sac posterior dureros. De aci către fosa iliacă stângă plécă o tumoră ca un cordon gros de 2—3 degete, fórte dureros la presiune. Urina n'are albumină.

*Laparatomie 6 Maiü 1897.* Se aplică mai multe pense pe vene ce erau varicoşe. Ajuns la linia albă dăm peste un ţesut de culóre cenuşie, scleros ce se crede a fi peritoneul. Se face o mică incisie prin care se introduce degetul în lături, dar totuşi nu ne simţim în cavitatea peritoneală.

Revenim, facem o puncţie cu siringa Pravaz, se scóte o mică cantitate de líquid verquíü. Facem o nouă incisie, introducem degetul şi rămânem surprinşi vedându-ne în cavitatea intestinală din care scótem materii fecale! Aplicăm trei puncte Lambert în etaje. Procedăm apoi la deslipirea anselor intestinale rupând, aderenţe fórte late şi dure. Constatăm că întregul pachet intestinal forma o încolăcitură confusă; tóte ansele erau lipite la un loc. Atunci începem a scóte afară din abdomen fie-care ansă intestinală în parte, deslipind cu multă precauţiune tóte aderenţele. Facem spălături largi cu soluţie de sublimat sterilizată, după care intestinele se pun la loc. Abdomenul se închide prin 24 fire de mătase. Lungimea incisiei 12 c. m. Cloroform 17 grame. Operaţia a durat o oră.

În timpul nopţei balnava e coprinsă de vărsături şi are peste 15—20 scaune muco-sanguinolente.

7 Maiü. Scaune mai rari fără sânge.

14 Maiü. Se ridică pansamentul, se scot firele; reunire per-primam.

12 Iunie. Nici o durere în abdomen, uterul deviat spre drépta. Bolnava iese fórte mulţumită.

La 2 Maiü 1898 bolnava a venit pentru a ne vedea; este fórte mulţumită, nu mai are absolut nici o durere, mănâncă bine şi mult. Se constată un început de eventraţie la două degete d'asupra simfisei.

### Cap. III. Hematocel.

(αίμα αιματος, sânge și Κηλή, tumora).

**Hematocel retro-uterin** (Nelaton); **hematocel peri-uterin** (Gallard); **hematocel peri-isteric** (Trousseau); **hematocel circum-uterin** (Sinety); **hematocel pelvien** (Mac Clintock; Pozzi).

De sigur revărsări de sânge în abdomen s'au petrecut în toate timpurile; ele n'au putut să nu atragă atențiunea autorilor.

În teza D-lui Dr. Ionescu Buzeu, găsim câte-va probe de acest lucru: ele arată că însuși Hippocrate și Galien prin descrierile ce au lăsat, ne autorisă a crede că ei s'au aflat în fața unui hematocel retro-uterin, dar fără să-i pronunțe numele.

Hippocrate spune că a vădut o servitoare, care purta în drépta o tumoră tare și mai de loc durerosă; această femeie nu părea atinsă de idropică și nu avea dispnee; era însă decolorată. După câteva zile fu atinsă de disenterie de care se vindecă. În urmă menstruațiunea reveni; duritatea la pântece dispăru și femeia se făcu sănătoasă. Tot Hippocrate relatează că femeia unui grădinar fu apucată de febră continuă; se observă la pântecel ei sub ombilic o duritate care-i cauza dureri violente. Această tumoră a dispărut după ce fu malaxată cu mâinele unse; sânge în abundență se scurse din părțile genitale.

Hippocrate atribuia aceste tumori la o revărsare a menstruelor în unul din flancuri, din cauza deviațiunei orificiului uterin în acea parte; când orificiul revine către părțile genitale, sângele catamenial trece prin această cale, iar tumora se micșorează.

Galien țice: dacă supresiunea menstruelor durează cât-va timp, se întâmplă să se formeze la unele femei o tumoră în flancuri, iar la altele se arată la extremitatea inferiură a pântecelor o tumoră de natura abceselor.

În 1737 *Ruysch* medic din Amsterdam, după ce susține ca și cei-l'alți că sângele pôte în cazul de ocluziune a gâtului uterin să trecă din cavitatea uterului prin trompe în basin, după observațiunea foarte demonstrativă a unui chirurg, care făcând necropsia la o femeie mórta în timpul menstruației, surprinse natura asupra faptului. El găsi cavitatea uterului plină cu chiaguri de sânge; trompa și ovarul din aceeași latură erau de asemenea pline de sânge, iar asupra ovarului se află chiaguri aderente destul de voluminoase.

În fine *Pelletan* în 1810, într'o observațiune intitulată: revărsare de sânge cauzată printr'un anevrism al ovarului, spune că asistând la necropsia unei femei—pe care Bichat o avusese în căutare pentru o bôlă cu caracter necunoscut—a observat că ovarul era de mărimea unui ou de găină; asupra lui exista nisee vase fôrte dilatate și o crăpătură astupată de un chiag de sânge. După cum vedem, din tôte aceste observațiuni ale vechilor autori, putem deduce diferite cauze și simptome ale hematocelului; dar repetăm, probe sigure cum că dînșii ar fi cunoscut hematocelul nu există.

Tocmai în 1831 *Recamier*, este cel d'întâi care arată semnul caracteristic al ematocelului: Dînsul vorbește de o femeie de 23 ani, care în urma unui avort, căpătase o tumoră sanguină înapoiul uterului împingênd vaginul înainte. Lucrul fiind luat drept un abces se punționeză: Recamier rămâne fôrte surprins, că în loc de puroi a ieșit sânge. Cu 10 ani mai târziu *Bourdon* publică două observațiuni în memoriul său asupra tumorilor fluctuente ale micului basin.

În fine în 1848 *Bernutz* se ocupă cu multă ardóre de acéstă afecțiune de care 'și lipese și numele său.

Dar dintre toți, nimeni ca *Nelaton* n'a dat o descriere mai clară a acestei afecțiuni. El i-a dat și numele de hematocel retro-uterin, care se conservă și astăzi în mod clasic.

Ce va să dică hematocel retro-uterin?

Insemneză o tumoră formată din sânge și așezată înapoiul uterului.

Aceste două cuvinte ce represintă definițiunea cea mai simplă, conține în același timp și caracterele fundamentale ale bólei. În adevăr, putem avea o revărsare de sânge ori cât de mare în cavitatea abdominală și chiar înapoiul uterului, dar atât cât acéstă masă sanguină nu va fi conținută într'o cavitate închisă proprie a sa, în care să se închisteze și să formeze tumoră, acéstă nu va constitui bóla ce ne preocupă; decî nu va fi ematocel. Dar pentru a fi complecți, se mai adaugă încă un caracter și anume: că tumora sanguină retro-uterină să fie capabilă să determine o schimbare pronunțată a uterului din starea sa normală, și anume că acest organ să fie împins fôrte mult înainte către simfisă și bășică; cu alte cuvinte să se găsească în ante-positiune exagerată. Decî:

*Tumoră sanguină închistată așezată înapoiul uterului și respingênd fôrte mult acest organ înainte, constituie hematocelul retro-uterin.*

De aci urmêză următoarele două lucruri: întâi că sângele



revărsat în abdomen să se așeze înapoiul uterului și să se închisteze; iar al doilea să fie de o cantitate suficientă și anume de 400—500 gr., pentru a putea exercita o presiune pe uter împingându-l înainte. Numai atunci dicem că avem a face cu un hematocel. În adevăr o revărsare mare de sânge în cavitatea peritoneală dar ne închistată nu formeză un hematocel, ci emoragie internă sau după Legueu *inundațiune peritoneală*.

Barnes făcând abstracție de etimologie, numește această emoragie *hematocel cataclismic*. Numele nu corespunde în ce privește partea întâia, căci sângele ne fiind închistat nu poate fi hematocel; cuvântul însă de cataclismic e tot ce poate fi mai just și mai propriu, luând în considerațiune modul brusc și dramatic cu care apare această afecțiune. Adevărul este că, hematocelul recunoscând de obicei o revărsare bruscă de sânge provenită dintr-o graviditate extra-uterină, astăzi numai jocă un rol mare fenomenul închistării mesei sanguine. Deci se poate admite și denumirea lui Barnes. Rămâne însă neclintită observațiunea clinică ce ne arată existența a două feluri de ematocele: unul unde sângele provine din alte cauze de cât graviditatea extra-uterină și care e capabil să se coaguleze, grație unei alterațiuni prealabile a peritoneului pelvien; iar alt hematocel gravidic, în care masa sanguină e mult mai mare și unde sângele nu se închisteză, tocmai din cauza integrității seroșei peritoneale.

Dar să vedem mai în detaliu, care este cauza acestei afecțiuni. Luându-se în considerație sediul tumorii și relațiunile sale cu organele genitale interne, prima idee sugerată autorilor a fost să caute sorgiunea acestei emoragii în toate organele ce constituie sfera genitală internă, precum și fóia peritoneală ce le acopere. Ast-fel pe rând s'au încriminat uterul, ovarele, trompele, pelvi-peritonele, vasele, etc. Tóte aceste teorii astăzi aprópe au dispărut. Observațiunile clinice și cercetările anatomo-patologice macroscopice și microscopice au arătat, că în imensa majoritate a cazurilor, și am putea dice tot-d'a-una, hematocelul nu are de cât o singură origină: *graviditatea extra-uterină*. Cu tóte acestea, pentru respectul diferiților autori și pentru a ne conforma cu uzul clasic, vom trece în revistă diferitele teorii ce s'au emis, fără însă a ne opri prea mult asupra lor.

Prima teorie, cea mai veche, atribue hematocelul revărsării sângelui menstrual sau mai bine dis refluxului acestuia din uter prin trompă. Teoreticesce lucrul s'ar petrece ast-fel: să ne închipuim o atresie a orificiului intern al ulterului — fie în urma

unui spasm, precum susținea *Ruysch*, *Haller* și *Bernutz*; fie prin faptul astupărei directe a acestui orificiū cu un dop mucos ori lambourī de mucosă uterină deslipită. In asemenea condițiuni, sângele menstrual sosit în cavitatea uterină neputând ieși la exterior, dînsul parte se va coagula. parte va rămănea în stare liquidă, grație acțiunei mucusului uterin ce are proprietatea de a menține în stare fluidă o parte din sânge. Atunci părății uterului sunt escitați; de aci congestiuni, exalațiuni, transudațiuni sanguine și chiar ruperi de mici vase. Iar cînd întręga cavitate uterină s'a umplut de sânge și nu pôte învinge obstacolul de la orificiul intern, el va trebui să-și găsescă o ieșire. Acastă ieșire indicată și naturală va fi orificiul trompelor; pe aci sângele trecînd prin extremitatea abdominală a acestui organ, se varsă în peritoneu și produce ast-fel hematocelul.

Ađi e greū de susținut o asemenea imaginațiune; decī nu insistăm mai mult asupra ei. Singurā ideia lui Guérin invocată în favórea acestei teorii, s'ar putea admite. După dînsul fenomenul se produce grație unei exfoliațiuni totale a mucósei uterine, cauzată ea însași de o dismenoree membranósă. Ea ar fi capabilă să lase cu totul deschis și lărgit ostium tubar, astupând în acelaș timp orificiul intern al cavităței uterine. După cercetările moderne însă acastă exfoliațiune a mucósei nu este de cāt însași caduca, ce ar coincide cu o graviditate extra-uterină și care singurā e capabilă a da o emoragie mare, un hematocel.

II. *Teoria lui Trousseau saū origina hematocelului în trompă.* Acest autor admitea că exalațiunea părăților mucósei întregēi trompe, ce în mod fiziologic există în momentul menstruației, se exageréză fórte mult în unele împrejurări. Presupunēnd decī o asemenea supra-abondență, și în acelaș timp o strămtóre a ostiului tubar, este evident că sângele se va vărta în peritoneul pelvien. El trecînd prin orificiul abdominal al trompei forméză ast-fel hematocelul retro-uterin.

III. *Teoria lui Nelaton și Laugier saū hematocel de origină ovarică.* Mecanismul dupē acești autori ar consta în aceea, că în timpul menstruației se produce o iperemie exagerată în ovar, și decī un aflux mai mare de sânge. Dacă ne închipuim că în acastă circumstanță pavilionul trompei nu se aplică exact saū chiar de loc pe ovar — din cauza diferitelor stări patologice — rezultatul va fi că tot sângele produs în ovar, va cădea în cavitatea retro-peritoneală și va da nascere unui hematocel.

Dintre toți autorii însă, *Gallard* s'a arătat cel mai mare apă-

rător al acestei teorii; el adăogă încă un nou factor, anume căderea ovulului fecundat său nu în peritoneu. De aci și numele de *zămislire* sau *plămădeală extra-uterină* (ponte). De și un asemenea mecanism ađi nu e de nimeni admis, totuși ideea lui Gallard a format începutul unui mare pas în etiologia ematocelului, atribuindu-l posibilităței unei fecundări extra-uterine.

Mecanismul hematocelului de origină ovarică catameneală a fost mai ales combătută de Scanzzoni. El susține că ovarul sănătos nu e capabil să dea loc unei emoragii serioase cerută de un hematocel. D'însul împreună cu alți autori între cari și Huguier, au susținut că numai un ovar bolnav și în special când este atins de leziunea numită sclero-kistică, pöte să fie punctul de plecare al unor enormi kiști sanguini; aceștia spărgându-se ar umple peritoneul pelvien, și ar reprezenta cel mai tipic ematocel. În sprijinul acestei idei, Scanzzoni citéză un caz urmat de mörte, unde dintr'un kist ematic al ovarului s'a scurs trei kilograme de sânge în cavitatea peritoneală. De și faptul e primit cu rezervă — căci rar se întâlnesc asemenea kiști datoriti unei simple degenerescențe scleroase a ovarului — totuși astă-đi se consideră lucrul ca bun; el însă e pus tot pe socotéla unei sarcini extra-uterine.

IV. *Teoria lui Richet sau hematocel de origină venösă.* După acest autor, bóla ar proveni din ruperea pachetului venos-utero-ovarien, care s'ar găsi într'o stare de dilatațiune varicösă. În urma unei acumulări mai mare de sânge în interiorul acestui plex, s'ar forma nise dilatațiuni ampulare numite boseluri. Ele la un moment dat spărgându-se, revärsarea sângelui în cavitatea pelvienă ar da naștere hematocelului. Dar și aci observațiunile moderne au arătat că e vorba tot de o graviditate extra-uterină tubară. În special Pilliet a demonstrat, că aceste varice venöse nu sunt de cât nise diverticule ale trompei insinuate în grosimea ligamentului larg; păreții sëi förte subțiri și scrijilați, prin plesnirea lor, produc emoragia ăisă varicösă. Cum că o presiune mare venösă e capabilă a rupe păreții vasului, se demonstră după cum a arătat Lawson Tait și atunci când în urma extirpării diferitelor tumori suntem nevoiți a aplica legături pe ligamentele largi. Adesea în urma acestor operațiuni, păreții venelor se rup după câte-va ăile și dau naștere unei emoragii destul de abundente.

Töte aceste cause sau mecanism al hematocelului, provin dintr'un *epanșament or revärsare sanguină primitivă.*

Mai există însă o altă origină a ematocelului, cunoscută sub



numele de epanşament sanguin secundar. Dînsul ar rezulta din ruperea falşelor membrane ce s'ar găsi în cavitatea lui Douglas sau fundul de sac retro-uterin. Diferitele inflamaţiuni ale acestei regiuni, în special pelvi-peritonitele, sunt urmate de o stare particulară a peritoneului pelvien, care-î schimbă cu totul caracterele fiziologice. Peritoneul este foarte mult îngroşat şi brădat de o mulţime de neo-membrane cari plécă de la un părete la altul şi dirijate în diferite direcţiuni; ele interceptéză o mulţime de cavităţi de diferite mărimi, transformând regiunea într'un adevărat burete. Acéstă stare de inflamaţiune totală şi îngroşare a peritoneului, a primit numele dat de Virchow de *pachy-pelvi-peritonită*. Dar mai cu deosebire acele falşe membrane s'aũ vėđut că posedă o vascularitate foarte mare; deci ruperea lor într'un moment de mişcare bruscă sau alte circumstanţe, pot da nascere unei emoragii destul de violente şi abondente, pentru a fi suficienţă constituirei unui ematocel. Fenomenul ar fi analog cu ceea-ce se petrece în emoragiile meningeae, în meninge şi tunica vaginală, recunoscënd aceeaşi cauză de rupere a aderenţelor vechi, rezultate ele însăşi din pachy-meningite, pachy-vaginalite cronice, etc.

Cum că în pelvi-peritonitele vechi există asemenea leziuni, lucrul e fără contest; dar că ruperea unor asemenea membrane să fie capabile a da nascere unei emoragii așa de însemnate cerută de un ematocel, este îndoiios. De aceea şi aci se crede că e vorba tot de o graviditate extra-uterină.

Mai există în fine şi alte cauze de ematocel ce s'ar putea numi *discrasic* sau *idiopatic*. Dînsul se datorese unei stări de difluenţă sanguină, determinată de bóle generale, ca scorbut, emfilie, debilităţi profunde în urma bólelor generale infecţioase, etc.

După cum vedem nici una din teoriile ce s'aũ emis nu aũ curs în sciinţă. Ematocelul retro-uterin are o singură cauză: graviditatea extra-uterină.

Idea acéstă se datorese lui Lawson Tait. El e cel d'întăi care a atras atenţiunea autorilor asupra acestui lucru. Mecanismul constă, că fecondaţiunea în majoritatea casurilor făcându-se în tubul trompei, fetul se desvoltă aci cât îi permite distensiunea păreţilor. Când trompa devine enorm dilatată prin acumulaţiunea desânge — formând emato-salpinx — dacă embrionul nu mai e viabil, lucrul pôte rămânea aci. Acéstă constituie chiar un mod spontanat de vindecare, prin resorbţiunea lentă şi gradată a conţinutului. În cazul contrariu, dacă fibrele musculare ale canalului trompei sunt puternice, iar păreţii destul de groşi, conţinu-

tul împreună cu fetusul pot fi expulsați prin orificiul abdominal al trompei și să cază în abdomen. Dacă din contra păreții sunt subțiri iar fibrele musculare atrofiate, atunci punga kistului fetal se sparge; tot conținutul său cade iarăși în abdomen. Și într'un cas și în altul, rezultatul este: o revărsare mare de sânge cu fenomene cataclismice, formare de o tumoră înapoiul uterului, adică un hematocel. Și faptul este așa de demonstrativ, că mai tot-d'a-una când facem laparatomia contra acestei afecțiuni, găsim nu numai embrionul sau fetusul — când îndoială nu mai poate fi — dar chiar în lipsa acestora, avem prezența de membrane ce nu sunt de cât restul din chorion. Dar și în lipsa acestor probe, noi încă avem la dispoziție alte semne pentru a demonstra originea hematocelului ca fiind sub dependența unei gravidități extra-uterine: Pilliet a arătat că însași examenul coagulului parietal, aderent de tubul trompei, ne va demonstra denudarea mucosei și prezența de celule migratrice, pigmentate în nivelul său; ele formază cele două semne demonstrative ale unei gravidități extra-uterine de o durată veche.

**Anatomia patologică.** Caracterele esențiale ale hematocelului, fiind o revărsare de sânge înapoiul peritoneului și închistarea sa, descrierea acestor două lucruri va constitui întreaga anatomie patologică.

Prima chestiune la care va trebui să răspundem este: pentru-ce sângele orî-care ar fi originea sa, el tot-d'a-una cade înapoiul uterului. Lucrul se explică de la sine când sorgintea emoragiei vine din ovar, pavilionul trompei sau orî-ce alt vas de prin prejur. Organele acestea fiind pe un plan mult mai inferior ca marginea superioară a ligamentului larg, este evident că sângele odată ieșit, nu are unde să se scurgă de cât în acest spațiu retro-uterin, prin simplul fenomen al gravitației. Nu este însă tot ast-fel când emoragia ar proveni din porțiunea tubară a trompei, mai ales către țestul său intern. Dar noi scim că organul acesta se află în aripa medie a ligamentului larg, care toc-mai ocupă planul cel mai superior în raport cu aripa anterioră și posterioară. Prin urmare revărsarea de sânge în asemenea caz, mai ușor e chemată a se face în fundul de sac anterior sau vesico-uterin, de cât în cel posterior. În starea fiziologică însă fundul de sac anterior este aproape închis, grație pozițiunii normale a uterului: acesta fiind în anteversiune, fața sa anterioră merge către cea posterioară a bășiceii și limitază în mod simțitor, dacă nu chiar șterge acel fund de sac. Resultă deci că scurgerea de

sânge se va face tot în fundul de sac posterior, de și situațiunea organelor ce o produce, e mai favorabilă pentru ca scurgerea să fie în fundul de sac anterior. Cu toate acestea fenomenul se observă; el a motivat chiar o varietate a parte, numită *ematocel ante-uterin*.

În ceea ce privește cantitatea sângelui constituind hematocelul, dînsa variază în mod evident cu mărimea vasului ce i-a dat naștere. O emoragie arterială, mai ales când calibrul vasului e mare, e capabilă a aduce în mod instanteneu mórtea bolnavei, prin abundența sa. Se citéză casurî de emoragii fulgerătoare în cantități de unul și două chilograme de sânge. Ast-fel este cazul lui Cestan și Prochownik, în care un ematocel a putut conține pînă la 3100 gr. sânge liquid și 500 gr. coagul. Noi înși-ne am avut a face cu asemenea casurî, pe carî le vom relata la graviditatea extra-uterină.

Nu tot ast-fel va fi cu emoragiile de origină venoasă, precum și acelea rezultate în urma unui avort. Aci presiunea sanguină fiind mult mai mică, emoragia va fi mai puțin abondentă, emostasa putându-se obține în mod natural. Volumul ematocelului iarăși póte fi destul de redus, când sorgintea emoragiei recunósce drept cauză ruperea unor aderențe de întindere și gro-sime neînsemnată.

Cu toate acestea, abundența emoragiei pare a sta în strânsă legătură nu atât cu natura vasului ce i-a dat nascere, ci cu starea de integritate a seróseî peritoneale. Veit a demonstrat că peritoneul fiind sănătos, n'are nici o tendință a favorisa emostasa, din cauză că integritatea endoteliului acestei seróse împedică coagularea sângelui. Ast-fel fiind lucrul, o emoragie fie ea provenită chiar dintr'un vas fórte mic, dînsa se va continua și va fi capabilă să umple întréga cavitate abdominală cu sânge, ca și cum ar fi fost vorba de deschiderea unui mare vas. Din contra, alterațiunea acestor celule existând, sângele imediat ce vine în contact cu ele, va avea o tendință irezistibilă la coagulare. Din contra, admițând prezența de aderențe vechî și false membrane — al cărui rol este a se opune unei difuziunii prea mari a sângelui — avem doi factorî principalî pentru asigurarea emostasei. Prin urmare, în asemenea casurî ematocelul va fi relativ mic, cu tótă proveniența sa din deschiderea unui vas mare.

Segond a dat următoarea formulă fórte adevărată dicînd: *energie mică cu un peritoneî bolnav; energie mare cu un peritoneî sănătos.*



Și în adevăr, în practică lucrurile cam ast-fel se și petrec: femeele cari de multă vreme se plâng de dureri în micul basin; femeele ce au suferit de pelvi-peritonite vechi; femeele purtătoare de dureri anxiale; femeile la cari constatăm prezența de multe și întinse aderențe fixându-le uterul și cele-l'alte organe în pozițiuni vițioase, ele sunt acelea cari, în momentul izbucnirii unui ematocel, se resimt mai puțin și ne oferă fenomene adesea-orî negative. La dînsele nu vom întâlni revărsări mari de sânge, ci buzunare de capacitate medie. Din contra, femeile cari până aci nu se plângeau aprópe de nimic, la ele izbucnirea ematocelului se însoțește de fenomene în adevăr dramatice și cataclismice; dînsele în mijlocul unei emoțiuni profunde, sting viața bolnavei în câte-va minute.

Mecanismul constă în starea de întegritate sau alterațiune patologică a peritoneului.

Intr'un caz, emoragia este difusă și continuă; în altul, repede se închistéză; sângele se coaguléză și emostasa se obține.

Să vedem acum în ce mod sângele odată cădút înapoiul uterului se închistéză pentru a forma o pungă, constituind hematocelel ?

Sunt două anume circumstanțe. Une-orî această pungă este deja formată, grație prezenței aderențelor și neo-membranelor ce plécă de la fața posterióră a uterului la cea anterióră a rectului, iar în lături spre basin. În cazul acesta, sângele revărsat cade într'o cavitate deja formată; deci la moment se închistéză. Acestă cavitate póte să fie unică, cu pereți groși sau subțiri, conform cu constituțiunea neo-membranelor. Alte dăți întâlnim două sau mai multe loji, provenite din distribuțiunea, numărul aderențelor și încrucisarea lor. În cazul acesta sângele își pierde calitățile sale; el se amestecă cu diferite detritusuri epiteliale și devine seros, sero-mucos, sirupos, de colóre brună, purulent, etc. O altă circumstanță este când emoragia se produce în cavitatea peritoneală fără existența prealabilă de aderențe sau neo-membrane. În acest caz sângele se difuzează în tot abdomenul; el se interpune printre ansele intestinale, sau cade în părțile cele mai declive. Atunci dînsul ne oferă variațiunea fenomenelor orî-cărui liquid intrând în cavități largi. Prin urmare, un asemenea viitor ematocel, în tocmai ca și o ascită, va lua pozițiuni diferite, determinate de acelea ce vom da bolnavei. Există însă câți-va factori cari, în lipsa unei alterațiuni a serósei peritoneale capabilă de a favorisa emostasa, intervin dînșii pentru a limita un spațiu, unde

sângele grămădindu-se, să fie silit a se coagula și deci emoragia să se oprască. Dacă ne-am închipui că bolnava în momentul isbuenirei ematocelului ar avea organele cavitare într'o stare de replițiune; dacă cu alte cuvinte s'ar întâmpla ca bășica, rectul și intestinele să fie pline de lichide și materii fecale, atunci uterul ar fi împins înapoi de bășică, iar părțile anterior al rectului ar înainta către cel posterior al uterului. De aci putem întrevedea cum fundul de sac a lui Douglas se micșorează de capacitate. La rîndul lor, ansele intestinale pogorându-se cât se pôte mai jos, ar forma ca un fel de capac d'asupra acestei cavități. Dînsa deci ast-fel redusă la maximum, sângele aflându-se închis într'un spațiu mic, el nu va întârșia să se coaguleze, iar consecutiv emoragia să se oprască.

De sigur, un asemenea ideal e greu de întălnit; și probă avem, că din nenorocire hematocелеle adesea dobăndesc un volum considerabil. Ba une-orî, epanșamentul sanguin trece chiar dincolo de virful uterului, așa în cât acest organ în loc de a fi împins de dinapoi înainte către simfisă, din contra se află apăsat, prin faptul situațiunei sale, de desubtul mesei sanguine, care va exercita întréga sa presiune pe fund, iar nu pe părțile posterior.

Prin urmare, iluziuni în intervențiunea unor anumiți factori de a micșora cavitătea retro-uterină, să nu avem. Totuși și în lipsa acestor mijloce, închistarea sângelui revărsat în abdomen încă se obține, grație unei intervențiuni ale sforțurilor naturei. Ast-fel, prin faptul prezenței liquidului sanguin în contact cu peritoneul visceral al intestinelor, se produce o ușoră inflamațiune adesivă. Grație acestui fenomen, ansele intestinale repede se lipesc între ele și limitéză în sus fundul de sac al lui Douglas. Ele constitue deci o barieră destul de puternică contra difuziunei sângelui. Bernutz a dat numele acestui lucru de *diafragma patologică*. Imediat sau concomitent cu acesta, procesul inflamator, sângele se propagă în lăturile basinului și pretutindenî unde peritoneul e în contact cu sângele, care pe măsură ce se coagulează pe atât inflamațiunea devine mai vie. Așa dar totul contribue la limitarea emoragiei, la obținerea unui hematocel pe cât posibil de mic.

Acestea sunt în câte-va cuvinte leziunile anatomo-patologice ale ematocelului. Ferber și Beigel au atras atențiunea asupra unei alterațiuni specifice a peritoneului în caz de hematocel. Lucrul ar consta în nisce pete brune, formate de pigment și in-

filtrate în seroasă. Dar acesta nu e alt-ceva de cât rezultatul extravasațiunii de sânge, analog cu ceea-ce observăm și în alte țesuturi, în caz de contuziuni sau emoragii. Precum acolo existența acestui fenomen ni se arată prin aparițiunea la exterior — fie pe piele, pe mucósa conjunctivală, bucală, labială — de pete la început brune, apoi galbene, etc., tot ast-fel este și cu ematocelul. El o-dată infiltrat în seroasă, se va însoți de acele pete arătate de Ferber.

**Simptomele și diagnosticul.** Din punctul de vedere clinic, există două hematocelul retro-uterine, stând în legătură cu modul aparițiunii lor. Când bóla e precedată de fenomene numite de Bérnutz dramatice, iar de Barnes, cataclismice, atunci avem a face cu un ematocel difus, cu o revărsare mare de sânge, care póte omorâ bolnava ca și cum ar fi trăsniță. Forma acesta corespunde în general cu ruperea unui kist fetal, sau mai bine çis a unei gravidități extra-uterine.

Bolnava în mod subit — stând la masă, sau în mijlocul unei conversații, orî în diferite alte circumstanțe — e coprinsă de nisce dureri vii, de o paliditate extremă a feței, de sudori reci, de o frecvență și micșorare escesivă și filiformă a pulsului, de o balonare a pântecelui. Une-orî desfășurarea acestor fenomene este așa de repede, în cât mai înainte de a putea să ne gândim a veni în ajutorul femeii, dînsa piere sub ochii noștri, lăsându-ne cea mai tragică impresiune. Adesea medicii nepreveniți și necunosători de acest lucru, aũ atribuit mórtea bolnavei unei otrăvirii, sau chiar a unor accese supra-acute de cholera.

Dacă din norocire terminațiunea nu e fatală, fenomenele se calméză puțin; încetul cu încetul bolnava își revine, rămîind însă sub stăpânirea celei mai mari debilități.

În afară de această formă supra-acute, avem alta, unde fenomenele sunt mai puțin dramatice; totuși însă destul de suficiente pentru ca bolnava să inspire cele mai serioase griji celor cari o înconjoră.

Dar orî cât de atenuată ar fi aparițiunea ematocelului, dînsul nici o dată nu se anunță fără dureri brusce, simțite în micul basin. Aceste dureri provin din ruperea aderențelor, sau deslipirea vre-unei false membrane, în urma cărora emoragia apare. Dînsa însă nefiind într'o cantitate enormă ca în prima formă, nu se va însoți de acele lipotimii și sincope, ci numai de un *simpleu tipăt*, ce bolnava exprimă involuntar și în mod subit.

Fórte rar se întâmplă ca ematocelul să apară în mod insi-



dios, adică fără fenomene acute. Este adevărat că une-orî femeile se plâng de dureri vagi în basin; altele în dreptul anexelor sau d'asupra pubisului, etc. Unii presupun că la fie care din aceste dureri se produc câte un mic ematocel, până când la un moment dat dînsul se completează printr'o revărsare mai mare de sânge.

Conchidem deci, că în urma emoragiei interne, fie ea mare sau mică, fenomenul principal de care bolnavele se plâng, este o durere ce ele simt în abdomen și care une-orî ia caracterul sfâșiitor. Lucrul acesta se observă mai ales în revărsări mari de sânge în cavitatea peritoneală. Atunci pantecele este enorm de balonat; cea mai mică explorațiune devine imposibilă, căci nici însuși cel mai ușor înveliș — până și chiar cămașa devine insuportabilă pentru abdomen. Bolnava în prada celor mai mari suferințe, caută să-și ia diferite pozițiuni; dînsa însă va căuta să păstreze tot-d'a-una relaxarea mușchilor abdominali; ea va avea cõpsele flexate pe basin. În plus dînsa privește înspăimîntată, ca nu cumva cine-va să se apropie de ea, precum nici să misce patul. Aceste dureri une-orî ocupă întregul abdomen și au caracterul sfâșiitor, excruciant.

Causa acestei dureri este atribuită astăzi mai de toți autorii unor iritațiuni intense a suprafeței peritoneale. Singur Trousseau susținea că ele ar proveni dintr'o fluxiune violentă, produsă în anexele uterului în timpul ematocelului, iar nici de cum din cauza iritațiunei peritoneale. După el peritoneul ar fi insesibil în fața corpiilor străini. Dar în afară de aceste dureri sunt altele al căror mecanism e simplu. Ast-fel avem durerile din cõpse genunchiū și pulpe. Ele provin din presiunea ce tumora exercită asupra plexului nervos sacral. Mai avem încă dureri tot din cauza compresiunei, ce ni se manifestă din partea organelor vecine în special bāsică și rect. Dupe volumul ematocelului, putem să avem retențiune completă și de urină și de materii fecale. Lumina acestor organe põte fi cu totul ștersă. S'a vëdut casuri când compresiunea rectului era așa de mare, că s'a cređut la existența unei oclusiuni intestinale. După Sinety, bazat pe unele observațiuni și concepțiuni teoretice, ar resulta că fenomenele de strangulațiune internă nu sunt tot-d'a-una rezultatul unei compresiuni, ci a unei paralisii a stratului muscular a intestinului. Ea ar fi consecutivă invasiunei brusce a sângelui, precum și a unei peritonite supra-acute. Compresiuni analõge se pot exercita și chiar pe uretere. Ast-fel este un cas publicat de Dumontpallier, în care, ȃice Sinety, făcînd examenul anatomic a

găsit ureterele comprimate și dilatate. Rinichii fură în mod consecutiv alterați, așa că bolnava, care resistase la mai multe emoragii intra-pelviene provenite dintr'un kist fetal, a succumbat în cele din urmă cu accidente uremice. Dar alte dați compresiunea se exercită mai mult asupra gâtului bășiceii. Atunci bolnava este coprinsă de disurie și polakiurie, așa că e nevoită a face udul un număr înfinit de ori. Tot acelaș lucru putem dice despre rect. Acest organ fiind supus unei iritațiuni continue, bolnava se plânge de tenesme rectale și dorințe false în actul defecațiunei.

Până aci am vădut că fenomenul predominant al ematocelului constă în manifestarea unor dureri foarte violente, fie de compresie sau iritație, simulând o pelvi-peritonită. Pentru acest cuvânt, unii au propus numele de formă *pseudo-peritonitică*.

Dacă fenomenele de metroragie și expulsiunea de membrane din uter predomină, apropiindu-l de semnele unui avort, hematocelul se numește *pseudo-avortiv*.

După ce fenomenele generale ca și cele locale s'au calmat, iată ce constatăm în examenul cu degetul introdus în vagin. În fundul de sac posterior găsim o tumoră fluctuantă, care proeminază și dă acestui fund o formă cu totul convexă. Prin examenul bimanual, găsim fundul uterului cu totul înainte, împins de tumoră și lipit de simfisă; gâtul său deviat și respins în sus, este foarte greu de atins. În figura 100 avem un model de ematocel retro-uterin. Fundul de sac anterior e gol, dar șters. El este plin și ne oferă aceleași caractere ca cel precedent, numai când hematocelul este ante-uterin. În cazul acesta corpul uterului e cu totul respins înapoi către sacrum. Fundurile de sac laterale pot și ele fi copleșite de tumoră, sau ocupate de anexele bolnave.

Când ematocelul este recent, senzațiunea de fluctuație este cu totul manifestă; mai târziu însă putem percepe senzațiunea unor bulgări de zăpadă ce i-am fărâma între degete; ei nu sunt de cât coaguli sanguini.

În fine la o epocă mai veche ne rămân nise adevărați noduli de consistență foarte tare; ei se pot impune drept fibróme sau alte produse patologice. În asemenea casuri diagnosticul diferențial se bazează pe antecedente și modul aparițiunei bólei.

Nu vom scăpa din vedere examenul atentiv al gâtului uterin; deschiderea orificiului său, starea de ramolire a mucóseii, volumul uterului, precum și starea anexelor, pentru a stabili ori-

gina hematocelului ea fiind în legătură cu o graviditate extra-uterină.

În cazurile când hematocelul provine din simple ruperi ale aderențelor și este strein de o graviditate ectopică, toate semnele din partea uterului și a anexelor sunt și rămân negative.

Credem de prisos a mai insista asupra diagnosticului diferențial între un hematocel și un kist ovaric la început. Tot astfel vom zice și de o bătă și mai puțin apropiată, precum ar fi apendicita. Cu puțină atențiune și cunoșcerea antecedentelor, hematocelul va fi ușor diferențiat. Explorarea rectului ne va permite să ne dăm și mai bine seama de întinderea tumorii, de caracterele sale și de diferite puncte dure, unele moi, alte semifluc-

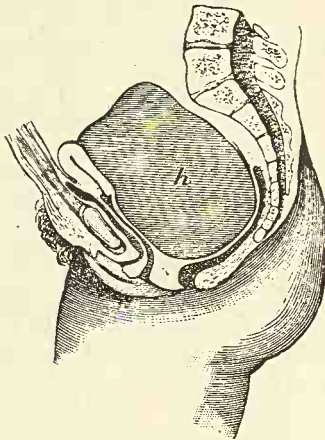


Fig. 100. Hematocel retro-uterin intra-peritoneal. *h* tumora sanguină.

tuate, porțiuni cu pereți groși, alții subțiri, etc., ce vor fi proprii hematocelului.

**Mersul, prognosticul și tratamentul.** Imediat ce hematocelul trece de perioada supra-acută, el are un mers cronic. În acest caz poate să se termine prin *resoluție*, *indurație*, sau *supurație*. După resorbția părții lichide a sângelui, rămân noduli fibrinoși de volum și consistență variabilă, cari în general pun un timp destul de îndelungat ca să dispară. Când circumstanțele sunt favorabile și funcțiunile menstruale se restabilesc, atunci cu oare-cari îngrijiri apropiate, vindecarea se obține de la sine, de și în mod lent.



Casurile de supurație se observă mai rar, și numai atunci, când înaintea ematocelului au existat fenomene inflamatorii cronice din partea anexelor sau peritoneului. Dar chiar și în acest caz, nu există o supurație francă, căci la deschidere, pe lângă puroi iese o cantitate mult mai mare de sânge negru, murdar și amestecat cu coaguli.

În regulă generală putem dice, că ematocelul, dacă nu omorâ imediat pe bolnavă în timpul exploziunii, încetază de a fi malign; bolnavele au posibilitatea de a scăpa.

**Tratamentul.** Discuțiuni nu încapă cătuși de puțin când e vorba de un ematocel fulgerător. Singura scăpare a bolnavei constă a recurge imediat la laparatomie, chiar și atunci când s'ar părea că nu avem nici o speranță. Numai deschizând repede abdomenul și golind cavitatea peritoneală de tot sângele și coagulii, putem descoperi sorgintea emoragiei. Acésta o vom căuta direct în unul din anexe. Aci, prin pense, apoi aplicare de legături oprind emoragia, putem reda viața bolnavei. Dacă timpul ne permite, putem întreprinde ablațiunea uneia sau ambelor anexe, pentru ca operațiunea să fie mai radicală. În asemenea casuri urgente, socotim că e prudent a ne abține de a face și ablațiunea uterului, pentru a nu determina un șoc prea mare, la care bolnava n'ar putea rezista.

Noi am tratat mai multe asemenea casuri în extremis, și am obținut cele mai frumoase rezultate prin spălăturile largi cu sublimat. Dar acésta se va vedea la capitolul graviditate extraordinară.

În cazul însă când hematocelul apare cu mai puține fenomene alarmante, ne putem impune expectativa. La acésta vom adăuga repausul și medicațiunii fondante intus et extra, ca aplicațiunii de unguent cinereu beladonat pe pânțece; mai târziu vesicători, iar la interior iodol în cantitate de un gram pe zi, ce ne pôte da bune rezultate.

Dacă ematocelul a intrat în stadiul de supurație, sau formeză o tumoră fluctuantă care bombéză în vagin, putem interveni pentru a da scurgere conținutului său, împiedicându-l astfel a se deschide în mod spontanat în organele vecine și în special spre rect. Acésta eventualitate pôte fi foarte vătămătoare, nu numai prin faptul că femeea rămâne cu o fistulă rectală interminabilă, dar și prin aceea că punga ematocelului e susceptibilă să se infecteze, aducând astfel complicațiunii din cele mai serioase. Deci e prudent a procedea la deschiderea pungei.

Metóda cea mai veche și aceea care dă și ađi fórte bune rezultate, este deschiderea prin calea vaginală, numită *metóda lui Bernutz*. Dînsa constă a practica o incisiune transversală saű mediană pe fundul de sac posterior al vaginului în dreptul inserțiunei sale pe gătul uterin.

Noi în mai multe casurî am făcut acéstă operațiune cu Paquelin. Obiceiul însă este a se face cu bisturiul. O dată punga deschisă și golită, facem o explorațiune convenabilă cu degetul, pentru a ne da seama de starea anexelor și conținutul pungei. În câte-va casurî am scos de douě-orî câte un fet, iar alte dați resturî de placentă. Ne vom abține a rupe aderențele și tracturile fibróse, pentru a nu provoca emoragiî. Facem apoi taponada buzunarului, saű drenăm cu tuburî de cauciuc.

Se impută acesteî metóde că nu represintă un tratament radical, de óre-ce se lasă în loc anexele bolnave precum și diferite loji în buzunarul principal, carî ne fiind larg deschise pot favorisa o infecțiune generală. Noi am avut un asemenea caz, unde era vorba de o graviditate extra-uterină, și am fost apoi siliți după câte-va ăile a complecta operația prin laparatomie, făcând isterectomia abdominală totală. E bine înțeleș, că atunci când hematocelul e complicat de leziuni anexiale profunde, iar punga se transformă într'un vast abces pelvien, singurul tratament rațional și radical nu e de cât extirparea acestuî focar purulent. Cu alte cuvinte isterectomia totală, fie pe calea vaginală saű abdominală.

Relativ, în acéstă ultimă metóda, de alt-fel recomandată de ceî mai mulți autorî, dificultatea cea mare ce ni se oferă, este în extirparea buzunarului locuit de ematocel. Une-orî acéstă dificultate merge până la imposibil. De aceea s'a recomandat de unî să se marsupializeze. Din cele arătate însă la anatomia patologică, am vėđut că ematocelul nu are un părete propriu-ăis, ci numai diferite straturî. Prin urmare o marsupializare în sensul propriu al cuvîntului nu e posibilă, saű cel mult e cu totul ilusorie. Ast-fel fiind, vom căuta să deslipim punga atât cât vom putea. Nu ne vom teme a lăsa în loc porțiunii chiar întinse de aceste membrane, mai ales dacă sunt aderente cu intestinele. Ele cu timpul se vor resorbi.

În casurî dificile noi, după spălăturile largî cu sublimat, introducem în abdomen compresiî lungî și largî, pe carî le întindem în tot micul basin și le lăsăm în loc 2--3--7 ăile. (Veđi graviditatea extra-uterină).

**Hematocelul extra-peritoneal**, numit de Huguier *pseudo-ematocel*. Nu avem să ne oprim cătuși de puțin asupra acestei varietăți: pe de o parte din cauza rarității sale — fiind chiar negat de unii; iar pe de alta că afară de micșnuanțe, simptomatologia sa e analogă cu a flegmonului ligamentelor largi.

Acest ematocel constă în aceea că emoragia se produce și rămâne închisă între cele două foi ale ligamentului larg, fără să cadă în cavitatea peritoneală propriu zisă.

Cauzele sunt — în prima linie, ruperea unei vene varicoase din plexul pampiniform sau pachetul tubo-ovarien. El mai poate proveni și dintr'o graviditate extra-uterină tubară, în care însă ruptura făcându-se în partea inferioară, sângele deslipește meso-salpinxul și cade în cavitatea ligamentelor largi. Am avut două cazuri tipice de această varietate de ematocel: când am deschis punga prin fundul de sac posterior al vaginului, am scos în acelaș timp și fetul. În orî ce cas, acest ematocel fiind conținut într'o cavitate restrînsă, sângele va fi forțat să se coaguleze repede și deci emoragia să se oprască. De aceea și simptomele sale sunt mult mai puțin sgomotóse și se apropie de acelea a flegmonului ligamentelor largi. Singur Beigely și Sinety, consideră ematocelul extra-peritoneal ca jucând un rol mai important de cât se crede în patogenia formei ordinare. Ar trebui însă, adaugă autorul, să admitem mari modifi cațiuni a țesuturilor ce constituie ligamentele largi, pentru a permite invasiunea sîngelui în serósă. Structura acestor ligamente și experiențele întreprinse de Tripier arată, că în starea normală, ligamentele largi oferă o rezistență considerabilă și suportă o presiune foarte mare înainte de a se rupe.

Mersul și tratamentul e analog cu al flegmonului ligamentului larg.



## CHESTIONAR

### Cap. I. Bólele ligamentelor largi.

Considerațiunii generale. Existența a trei cavități: peritoneală, extra-peritoneală și sub-cutanată. Diferite discuțiuni: Lawson Tait, Delbet, Virckow. Flegmonul ligamentelor largi. Diferite numiri. Definițiune. Sediul. Diviziunea flegmonului în acela al bazei și vârfului ligamentului larg. Etiologia. Flegmon benign și malign. Caractere. Mecanism. Calea venoasă. Calea limfatică și calea sanguină. Anatomia patologică. Forma difusă și circumscriită a ligamentului. Caractere. Deschiderea flegmonului prin diferite căi. Simptomele. Flegmon peri-cervical a lui Gallard; al bazei și al vârfului ligamentului larg, caractere și semne patognomonice. Prognosticul. În ce constă gravitatea flegmonului? Tratamentul medical și chirurgical. Deschiderea prin calea vaginală, prin calea perineală și ischio-rectală. Metóda indirectă. Metóda lui Hegar, Bardenhauer, etc. . . . . pag. 577—600

### Cap. II. Pelvi-peritonita saú para-metrita.

Definițiune, limite considerațiunii generale datorite lui Freund, consecințe, etiologie și mecanism. Rolul vaselor limfatice. Rolul uterului și al trompelor. Rolul ovarului. Considerațiunii proprii ale uterului. Anatomia patologică. Pelvi-peritonită malignă și benignă. Influența stărei puerperale și blenoragică. Opinia lui Lawson Tait și Noegerat. Perióda de exudațiune și supurațiune. Simptome și diagnostic. Peritonita retro-uterină, ante-uterină și laterală. Caractere și semne patognomonice. Prognosticul și tratamentul. Intervențiune în forma generalisată de pelvi-peritonită cu aglutinarea întregii mese intestinale. Observația autorului . . . . . „ 600—611

### Cap. III. Ematocel.

Diferite numiri, definiție. Istoric. Hippocrate, Galien, Peletan, Recamier, Bernutz. Condițiunile de îndeplinit ale ematocelului. Patogenia. Discuțiuni. Teorii: Bernutz, Trousseau, Nelaton, Gallard, Richet, Virchow. Rolul gravidităților extra-uterine. . . . . „ 611—617

Anatomia patologică. Mecanismul revărsării sângelui în spațiul retro-uterin. Circumstanțele care favoriséză saú se opun la coagularea sângelui. Simptome și diagnostic. Modul aparițiunii ematocelului, caractere și semne patognomonice. Ematocel pseudo-peritonitic și pseudo-avortic. Tratamentul. Operațiunea lui Bernutz. Considerațiunii ale autorului. Ematocel extra-peritoneal. Condițiunile de producere . . . . . „ 611—627

## PARTEA V

---

# BÓLELE ANEXELOR

### (TROMPE ȘI OVARE)

---

**Considerațiuni generale.** Uterul nu este un organ izolat în cavitatea micului bazin. El este înconjurat de acel învăliș peritoneal numit ligamentele largi; ele contribuie ași asigura împreună cu alți factori o pozițiune fixă, fiziologică. Pe lângă acésta, uterul e provăzut în dreapta și în stânga de alte organe destinate ași asigura înalta funcțiune pentru care e destinat. Aceste organe, cunoscute sub numele de anexe, le forméază *trompa și ovarul*. Ovarul e făcut pentru a produce oul, iar trompa pentru a'l primi și a'l conduce către uter. Intregul părete intern al trompei de la o extremitate la alta presintă un sistem de îndoituri longitudinale formate din mucósă; scopul lor este a îngreua peregrinarea ovulului și a spermatozoidului, făcând ast-fel posibil un contact mai prelungit între aceste două ființe microscopice. Odată oul fecundat și ajuns în uter, se fixéază aci; se desvoltă și crește până la momentul oportun. Atunci eșind la exterior, ne reproduce pe noi înșine asigurându-ne perpetuarea speciei. Nu este cu puțință acest fenomen fără anexele uterului, fără trompe și ovare.

Să ne oprim puțin asupra unor date anatomice pentru a înțelege mai clar și mai ușor mecanismul după care procesul morbid póte ataca anexele.

I. **Trompa.** Numele provine din comparațiunea justă ce s'a făcut de către Fallope asemănându-o cu o trompetă. Și în adevăr, organul începe printr'un tub subțire din partea uterului, merge lățindu-se din ce în ce, până când în cele din urmă se termină printr'o lățire exagerată întocmai ca și o trompetă. De aci și numele de *Trompa lui Fallope*. Destinațiunea sa însă fiind a conduce oul către uter, trompa pörtă în mod logic și numele de *oviduct*.

Trompa lui Fallope în lungime de 10—12 c. m., iar după Beigel de la minimum 4—12, presintă trei porțiuni:

a) Porțiunea internă numită intersticială sau intra-uterină e cea mai scurtă măsurînd 2—3 c. m. Ea se află în continuitate cu grosimea corpului uterin și comunică cu el printr'un orificiū numit *ostium uterinum*. Unghiul format din reunirea acestor două organe, constituie *cornul uterin*; el e situat la partea cea mai superiöră și laterală a uterului, în nivelul fundului său. Cunoștiința acestui lucru e de mare importanță în clinică. In adevăr, introducînd degetul în vagin iar mîna opusă aplicată pe fundul uterului, imediat ce vom constata un cordon de grosimea unui creion și dirijîndu-se către fosa iliacă, acesta va fi începutul trompei. Este adevărat că sub acest cordon putem da peste un altul care e ligamentul rotund, precum și acela al ovarului. Dar ele vor fi mult mai fine. In plus direcțiunea lig. rotund e cu totul inversă; el merge în jos pe marginele uterului, ca unul ce are destinațiunea a se duce către canalul inguinal. Noțiunile acestea constituie baza fundamentală a descoperirei salpingitelor. Iată cum se exprimă în acéstă privință Martin: Diagnosticul salpingitei este bazat exclusiv pe percepțiunea trompei lui Fallope în mijlocul țesuturilor în cari e vîrită. Am ferma convingere, că nu se pöte determina existența unei afecțiuni tubare prin palpațiune cu öre care siguranță, de cât dacă reușim să simțim și să izolăm în mod complect extremitatea uterină a organului, care participă de alt-fel förte rar la procesul morbid. Eü nu pun decî diagnosticul de cât dacă îmi e posibil să constat raporturile tumorii cu uterul prin mijlocul extremităței sale interne.

b) *Porțiunea medie a trompei.* Numită și corpul trompei, începe de la porțiunea internă până la o distanță de 7—8 c. m. Punctul principal al acestui segment este că în partea sa internă presintă o zonă strîmtă numită *istm*, iar în cea externă una mult mai largă numită *ampulă*; dînsa e mai subțire și mai möle ca cea precedentă. Acest lucru se datoresce fibrelor musculare lon-



gitudinale și circulare; ele ne explică aspectul moniliform ce prezintă hidro-salpinxul și emato-salpinxul.

c) *Porțiunea externă a trompei*. E cunoscută încă sub numele de pavilion, din cauza lărgimei excesive a suprafeței sale. Vechii anatomici i-au dat numele de *morsus diaboli*. Dînsa e caracterisată prin prezența mai multor foi subțiri 10—15 cu marginile dințate și dispuse pe unul sau două rînduri. Ele se numesc frunze și s'au asemănat cu flórea de mușetel. Aspectul general al acestor foi sdrențuite, neregulate și caprițioase, este totuși cochet și de mare eleganță. (Fig. 101 din Testut ne dă un model).

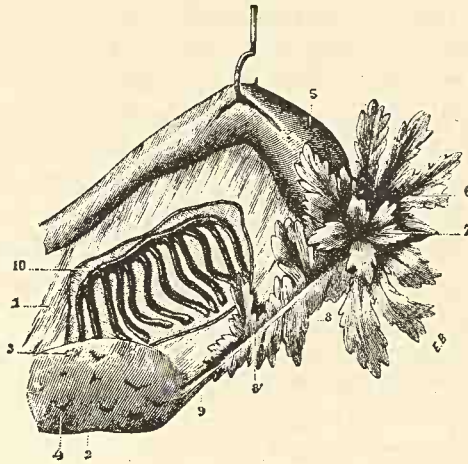


Fig. 101. Pavilionul trompei vădută prin fața sa internă sa mucosă (partea dréptă).

1. Ligamentul larg vădută prin fața sa posterióră. 2. Ovarul cu: 3. vesiculele lui de Graaf. 4. Cicatricele. 5. Ampula trompei. 6. Pavilionul cu două cercuri concentrice a franjelor. 7. Ostium abdominal. 8. Franja ovarică cu sghiabul său longitudinal. 9. Ligamentul tubo-ovarien pe care se continuă sghiabul longitudinal al franjei ovarice. 10. Organul lui Rosenmüller.

Tóte aceste foi plutesc libere în cavitatea abdominală; în centrul lor se află un mic orificiū numit *ostium peritoneale*; prin el trompa comunică direct cu peritoneul.

Trompa în această porțiune externă nu e liberă ci unită cu ovarul printr'un ligament numit tubo-ovarien; el permite ca trompa să se aplice pe ovar spre a prinde ovulul în timpul epoei men-

struale și pentru a-l conduce până la uter. Și pentru a se asigura și mai bine acest lucru, una din foile trompei anume cea mai lungă dintre ele, se duce până aproape de hilul ovarului urmând drumul ligamentului tubo-ovarien. Mai mult, această franjă ovarică numită *fimbria ovarica*, e provădută de un mic sghiab pe fața sa internă, ce merge de la ovar până la ostium peritoneale.

Trompa în totalitatea ei e învelită de peritoneu și e conținută în aripa medie saŭ inferiőră a ligamentului larg. În lungul margineii inferiőre a trompei, cele două foi ale peritoneului se lipesc între ele și forméză organului un fel de mezo, numit chiar *mezo-salpinx*.

Trompa e formată din trei tunici: una externă care e peritoneul ce o învelesce; una medie musculósă cu fibre musculare longitudinale și circulare, iar alta internă care e tunica mucósă. Dînsa se fixéză direct pe stratul muscular fără intermediul vreunui țesut conjunctiv. Ea este care forméză acele îndoituri longitudinale. Dînsa nu posedă glande, dar e provădută de celule epiteliale prismatice și cu cili vibratili, cari se mișcă de din afară înăuntru; dînșii contribue la progresiunea ovulului către uter.

Trompa este irigată de artera ovariană. Acésta plecată de la aortă și ajungēnd la unghiul extern al ovarului, dă o colaterală ascendentă ce se duce la pavilion, iar apoi îndoindu-se înăuntru merge la corpul trompei. Dînsa e numită de Testut artera *tubară externă*. Cea internă provine din uterina, care dupe ce s'a anastomosat cu ovariana în dreptul cornului, dă o mică ramură flexuósă cu direcție transversală ce se așéză d'asupra trompei și constituie artera *tubară internă*. Ambele aceste artere tubare se anastomozéză în plin canal între cele două foi ale mezo-salpinxului și forméză o arcadă lungă numită *arcada sub-tubară*. De aci plécă ramuri descendente pentru ovar și ascendente pentru trompă, cari străbat și se pierd în tunica musculară și mucósă.

Venele eșite din capilarele musculósei și mucósei se dirig în mezo-salpinx, se anastomozéză, iar apoi se aruncă în plexul utero-ovarien.

Limfaticele trompei nasc din cele trei tunici și se pogóra ca și venele în mezo-salpinx. Ajunse la marginea anterioră a ovarului, dînsele întâlnesc limfaticele eșite din acest din urmă organ, precum și acelea cari provin din corpul uterului, cu cari amestecēndu-se se ridică în abdomen pentru a se vęrsa în ganglionii lombari.

**Ovarele.** Organe destinate pentru producerea ovulelor, sunt analóge cu testiculele bărbatului. De aci și numele de *testes muliebris*. În număr de două, câte unul de fie care lature a uterului; în greutate de 6—8 grame, ovarele corespund la mijlocul liniei plecată de la spina iliacă antero-superióră la simfisa pubienă. Ele se află aședate în cavitatea micului basin, înapoiul uterului, înaintea rectului, sub trompă și în contact prin marginea sa anterióră cu fața posterióră a ligamentului larg, în dreptul simfisei sacro-iliace. Ovarul se află conținut în aripa posterióră a ligamentului larg. El e fixat în pozițiunea sa normală prin *ligamentul utero-ovarien* numit încă *ligamentul ovarului*. Acesta pléacă de la extremitatea sa internă și merge în partea laterală și superióră corespondentă a uterului, la corn, între inserțiunea trompei și a ligamentului rotund. Extremitatea externă a ovarului se unește cu pavilionul trompei iarăși printr'un ligament special numit *ligamentul tubo-ovarie* sau *ligamentul trompei*. În fine prin marginea sa anterióră se fixéză de fața posterióră a ligamentului larg; restul rămânând necăptușit de peritoneu. Fața inferióră a ovarului e convexă; privește în jos, înapoi și în afară; se sprijină pe părății laterali ai basinelui determinând o depresiune numită de Krause *foseta ovarienă*. Fața superióră și marginea posterióră sunt convexe și necăptușite de peritoneu.

Cercetările lui Waldeyer și Sappey au arătat că contrariu opiniunii vechilor autori, ovarul nu posedă o membrană serósă, ci un singur strat de celule cilindrice, care pórta numele de *epiteliu germinativ*. Acest strat stă direct pe scheletul ovarului; el e format din țesut conjunctiv dens considerat ca analog cu albuginea testiculului. Epiteliul germinativ merge până la hilul organului; aci se continuă cu celula epitelială a peritoneului. În afară de acest epiteliu germinativ ovarul e format din două straturi unul periferic cortical și altul central. Partea periferică compusă din țesut conjunctiv ține exclusiv foliculii lui de Graaf din cari iese ovulul; de aceia și pórta numele de *porțiunea glandulară sau ovigenă*. Partea centrală, e formată în totalitatea ei de vase; pentru acésta se și numește *porțiunea vasculară sau bulbósă*. Ovarul posedă o arteră proprie a sa numită ovarienă, plecată din aorta abdominală. Dînsa e fórte subțire și străbate în ovar prin marginea sa externă. Anastomosa ce face cu artera uterină am văzut'o la trompe. Venele eșite din stratul cortical și anume după fața internă a foliculilor lui de Graaf se dirig către porțiunea medulară, se încolăcesc și ies prin hil; aci amestecându-se cu cele



provenite de la uter, se ridică către abdomen formând *plexul pampiniform*. Acest plex se unește într'un trunchiū comun numit vena *utero-ovarienă*, care la stânga se varsă în vena renală, iar la dreapta în vena cavă inferiōră.

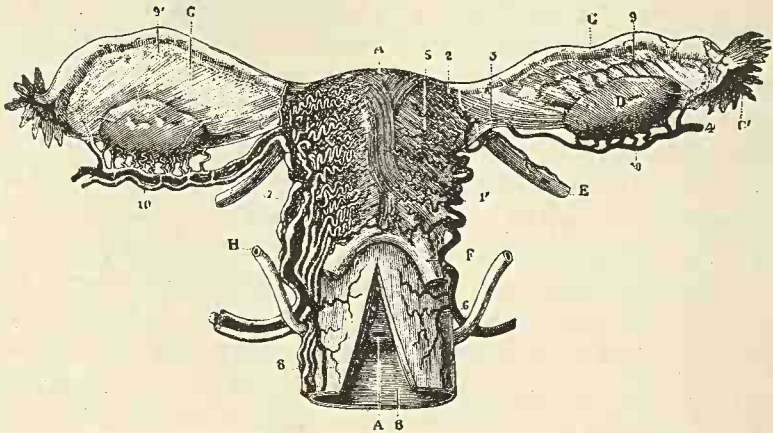


Fig. 102. Vasele uterului și anexelor.

A. Fundul uterului. A' Buza colului. B. Vaginul deschis prin pãretele sãu posterior. C. Trompa lui Fallope cu C' pavilionul sãu. E. Ligamentul rotund. F. Ligamentele utero-sacrale. G. Aripa superiōrã a ligamentului larg sau mezo-salpinx. H. Uretera.

1. Artera uterinã cu 1' porțiunea sa ascendentã. 2. Ramura terminalã a uterinei  
3. Anastomosa prin inoculațiune între artera uterinã și artera ovarianã. 4—5. Arterele helicine ale corpului uterului. 6. Arterele vaginale superiōre. 7. Plexul venos uterin. 8. Plexul venos vaginal. 9, 9. Artera și vena tubarã. 10. Vasele hilului ovarului.

Limfaticele aũ aceeași originã ca și venele. Dînsele ies dintr'o bogatã rãtea, se resolvã în trunchiuri și trunchiulețe, cari ieșind prin hil se amestecã cu cordonul vascular utero-ovarian, cu al trompelor. Tóte la un loc se ridicã în abdomen și merg de se varsã în ganglionii lombari sub extremitatea inferiōrã a rinichilor. In fig. 102 luatã din Testut se vede dispozițiã generalã a aparatului genital intern al femeii.

## Cap. I. Inflamația anexelor.

Raporturile strânse ce există între trompe și ovare, precum și între acestea și uter fac, că procesul inflamator atacând pe unul din ele, în mod fatal se propagă și la celelalte. Și dacă uneori e posibil a avea o inflamație separată a uterului, e foarte greu dacă nu imposibil, a întâlni o salpingită fără ovarită și viceversa. De aceea, precum Pozzi a căutat și a reușit să introducă în patologie un neologism numit *perimetro-salpingită*, tot astfel Bouilly și alți autori au introdus pe acela de *anexită, salpingo-ovarită, ooforo-salpingită*, etc. Acesta ne arată solidaritatea acestor trei organe, uter, trompă și ovar, precum și a membranei ce le învălește — peritoneul. Dacă însă din punctul de vedere simptomatologic adesea totul e reunit într'un singur mănunchi, nu însemnează că fie-care din aceste organe să nu pótă fi surprinse singure și să nu aibă anumite leziuni anatomo-patologice.

Precum ne-am silit a descri separat inflamațiunea uterului, tot ast-fel vom căuta a face cu trompa și ovarul.

**Etiologia.** La începutul acestui volum am insistat destul de mult și am căutat a da totă dezvoltarea cuvenită tuturor cauzelor capabile a produce inflamația organelor genitale interne ale femeii. E de prisos a mai insista, căci ar fi să repetăm lucruri deja arătate. Ne vom mărgini într'o simplă recapitulare, ex-ceptând însă traumatismele și influența bólelor generale.

Trei sunt agenții principali provocatori ai inflamației anexelor: *microbul specific al blenoragiei, microbul special al supurației ca streptococ și stafilococ, și în fine starea puerperală.* Este evident că acesta ar fi cea mai bună clasificare ce ar putea servi ca bază în studiul salpingitelor și ovaritelor. Din nenorocire, acești agenți cu totă specificitatea lor nu produc leziuni consecutive. Cu alte cuvinte aflându-ne în fața unei salpingite sau ovarite, nu numai că prin simpla vedere nu putem spune cărui grup specific aparțin leziunile ce privim, dar nici însuși microscopul nu ne pótă da o legitimă satisfacțiune. Și dacă cel puțin bacteriologia ar reuși să ne descopere felul microbului, ne-ar fi de mare folos. Dar nici dînsa nu e stăpână pe afacere: adesea cercetările sale rămân negative. În casuri de exemplu perfect cunoscute, unde prin experimentațiune am provocat o inflamație cu gonococul blenoragic, încă microbul nu'l putem găsi. Tot ast-fel se întâmplă și

cu alți microbi precum și cu infecția puerperală, unde nimic nu găsim de specific, sau cel mult microbi banali ai supurației. Ast-fel fiind, suntem nevoiți a renunța la clasificarea anexitelor după etiologie. Ne vom mărgini a constata leziunile așa cum se presintă și ni le oferă or ce proces inflamator.

Incercările de clasificățiunii a anexitelor propuse de Cornil, Zweifel, Orthmann, Martin, etc., au rămas fără curs în știință.

Clasificarea ce noi am propune ar fi aceea bazată pe aspectul macroscopic ce ne oferă leziunea. Am avea într'un grup anexite unde or-cât de mari ar fi leziunile, trompa nu capătă un volum considerabil care să merite numele de tumoră; din contra, într'un alt grup ar intra anexitele voluminoase având caracterile proprii tumorilor. Cu alte cuvinte *anexite plastice* și *anexite tumor.* Știu că fundamentul acestei clasificățiunii e slab; dar tot slab e or și care altul. Mai logică mi s'ar părea o clasificățiune pur clinică și terapeutică. Eū ași împărți anexitele în *durerose* și *nedurerose*. In adevăr, se presupunem cele mai profunde leziuni în trompă. Dacă femeea nu suferă, ea nu numai că nu vrea să știe de acest lucru, dar nici nu se arată medicului. Ceea ce desasperază pe femei și o hotărăște a se supune celei mai grave operațiunii, nu e nici volumul, nici leziunea mucosei, nici a țesutului conjunctiv or parenhimul trompei; sunt durerile. Tot d'a-una am profesat, că în afacere de anexite, chirurgul să nu facă laparatomia de cât fiind rugat de bolnavă; și nu va fi rugat de cât când bolnava va avea dureri. Nenorocirea este că suntem prea des rugați. Mărturisesc că în serviciul meu pun la cruce încercări pe bolnave, în sensul că nu le ascund absolut nimic din gravitatea operației. Merg până a le spune că e vorba să le deschid pânțele, să le scot mațele și că e posibil chiar să móră! Eī bine, cu tot acest limbagiū brutal — de alt-fel făcut inadins pentru a vedea până unde merge abnegațiunea bolnavei — totuși ele mă rógă plângând să intervin, nemaī putând suporta durerile atroce. De n'ar fi durerile, nici o bolnavă nu s'ar opera precum nici noi nu avem dreptul a interveni. In anexite nu e acelaș lucru ca într'un cancer; aci bóla odată constatată trebuie ne apărat ridicată, fie ea durerosă sau nedurerosă. Anexita fiind o bóla inflamatorie, procesul morbid póte să retrocedeze. Și câte casurī vindecate nu am vėzut, atunci când operațiunea era fórte ispititoare.

Eū am ca principiū: pentru anexite nu fac laparatomie de cât în cele prea durerose și rugat fiind de bolnavă. Rămāne



însă bine înțeles că aci e vorba de anexite plastice, iar nu de cele supurate sau kistice; aci conduita e cu totul diferită.

Am intrat în aceste digresiuni pentru a arăta, că elementul durere ar putea fi luat în considerație pentru stabilirea unei clasificățiuni.

Pozzi, a propus o clasificățiune iarăși clinică divizând salpingitele în *nekistice* și *kistice*. Trebuie recunoscut, că clasificățiunea nu are o bază științifică: tumorile kistice ca hidro-salpinx, pio-salpinx și emato-salpinx nu sunt entități morbide primitive și de sine stătătoare. Ele sunt efectul unor alte cauze: în special consecința unei vechi inflamațiuni. Pe de altă parte nu există nici o legătură de etiologie între un emato-salpinx și cele alte tumori. Reunirea lor într'un acelaș grup e cu totul forțată și artificială. Emato-salpinxul reprezentând o graviditate extra-uterină, nu are nimic a face cu un hidro-salpinx a cărui patogenie e cu totul diferită.

Dar în lipsă de o alta mai bună vom urma și noi această clasificare.

Mai nainte de a intra în acest studiū, să ne oprim puțin asupra unei chestiuni de foarte mare importanță și de actualitate Care este mecanismul inflamațiunei anexelor? Din cele arătate am văzut conexiunea intimă ce se află între trompă și ovar precum și între uter și trompă. Mucosa uterină se continuă fără nici o întrerupere pe întreaga față internă a trompei până la orificiul abdominal; aci se unește fără linie de tranziție cu invelișul epitelial al peritoneului. La rëndul său trompa e în strânsă legătură cu ovarul prin mijlocul ligamentului tubo-ovarian precum și prin aplicarea directă a franjelor pavilionului ce se aplică direct pe ovar. Ce mecanism decī mai simplu și mai natural pentru explicarea inflamației anexelor, de cât trecerea succesivă a microbului patogen din cavitatea uterului în tubul trompei și până la extremitatea sa cea mai externă, până la pavilion? Și o dată ajuns aci, el pôte ad libitum să copleșescă cavitatea peritoneală sau și însuși ovarul, grație raportului intim ce există între acest organ și trompă.

Toți autorii fără excepțiune recunosc și admit această inflamație plecată de la uter pe calea continuităței. Singur Lucas-Championnière admite un alt mod de propagațiune și anume prin calea limfatică. Dînsul se bazază în special pe următorul fapt ce preținde a fi constatat. El susține că în multe casuri, leziunile trompei le-a găsit foarte manifeste și întinse la partea externă a con-

ductului în regiunea pavilionului; porțiunea internă însă care e în continuitate cu uterul era perfect sănătoasă. Acésta e o probă că inflamația nu s'a propagat pe calea continuităței mucósej uterine ci pe o alta: prin calea limfatică.

S'a obiectat acestui mod de a vedea un alt fapt cu totul analog, unde inflamațiunii la distanțe mari se pot propaga tot prin mijlocul mucósej, fără ca acésta să fie atinsă în tótă lungimea sa. S'a dat ca exemplu epididimita și orhita unde inflamația de și plecată de la mucósa uretrală, totuși canalul deferent nu e de loc prins. Prin urmare tot așa s'ar petrece și cu salpingita. E posibil ca inflamația de la uter să se stabiléscă drept în pavilionul trompei, fără a se determina leziuni apreciabile porțiunii sale uterine sau corpului trompei. Dar în afară de acest raționament, microscopul a descoperit leziuni și în acele segmente ale trompei ce păreañ sănătoase la simpla vedere.

Chiar de s'ar admite opinia lui Championière, noi mărturisim nu pricepem posibilitatea mecanismului invocat de dînsul; noi nu vedem nici o legătură între limfaticele uterului și acelea ale trompei sau ovarului. Cercetările anatomo-istologice ale lui Leopold, de Sinety, Sappey, Poirrier, etc., sunt cu desăvârșire negative și fără putința a esplica ceea ce susține Championière. Etă în adevăr ce s'a stabilit asupra acestui lucru. Limfaticele uterului, plecate de la mucósa, stratul musculos și serósă, după ce se reunesc în trunchiulețe și trunchiuri, se dirig către suprafața externă a uterului unde forméză o rățea bogată așezată sub serósa peritoneală. Ajunse aci, iată după Testut cum ele se comportă. Acésta rățea periferică dá naștere ca și rățeaua venósă la trei grupuri de vase eferente: limfaticele superióre, inferióre și a ligamentului rotund. Limfaticele superióre în număr de 2 sau 3 se separă de organ în dreptul unghiului său lateral; ele străbat în grosimea ligamentului larg, urméză traectul venelor utero-ovariene, se ridică cu ele în cavitatea abdominală și în fine se aruncă în ganglionii lombari. Trecând pe dedesuptul hilului ovarului, limfaticele superióre ale uterului întâlnesc limfaticele ovariene, cari din acest moment urméză exact acelaș traect. Este de observat însă în acésta privință, că în tótă porțiunea lor pelvienă, limfaticele uterine și limfaticele ovariene de și juxta puse și mergând alături, își conservă însă în mod reciproc independența lor. Nu e de cât tocmai sus în dreptul celei de a V-a vertebră lombară (Poirrier) că aceste două grupe de limfatice se anastomozéză între ele sau chiar se fusionéză, pentru a'și vërșa

limfa în canale comune (ganglionii lombari). Limfaticele inferioare provin din porțiunea rățelei periferice ce înconjoară gâtul uterului. În număr de 3—4 ele se deslipesc de la partea laterală a colului, și aproape imediat se lipesc cu vasele uterine urmându-le direcțiunea. Ca și acestea din urmă, ele șerpuesc mai întâi de dinăuntru în afară în buza ligamentului larg, apoi se îndoiesc în sus și înapoi, ocupă părțile lateral al basinelului și vin de se varsă într'un grup de 2—3 ganglionii, ce sunt așezați în unghiul de bifurcație al arterei iliace primitive. Câte-va limfaticale ale colului s'ar duce după Cruveilhier și Guerin la un mic ganglion așezat la intrarea canalului sus pubien. Din partea sa L. Championnière spune că ar fi găsit un mic ganglion așezat în partea laterală și înapoiul colului, puțin d'asupra fundului de sac lateral al vaginului. Dar și acest ganglion e contestat nefiind după Poirrier de cât o îngrămădélă de simple limfaticale. Cât privește limfaticalele ligamentului rotund, de ordinar puțin numeroase și foarte subțiri, ele urmăză traectul venelor omonime. Dinsele plecate de la unghiurile uterului se dirig cu ligamentul rotund către orificiul intern al canalului inguinal și se termină fie în ganglionii iliaci externi, fie în ganglionii îndoiturei cõpsei.

Iată tot ce se știe asupra limfaticelor uterului. După cum vedem nu există absolut nici o relațiune între ele și anexe; decî nu înțelegem propagarea inflamațiunei la trompe sau ovare prin calea limfatică plecată de la uter. Am înțelegere de exemplu origina limfatică a flegmonului ligamentelor largi; ne-am explica de asemenea pelvi-peritonita pe calea limfatică, căci aci cel puțin Mierzejewski a arătat prezența unor stomate, ce ar pune în comunicare directă limfaticalele peritoneului cu limfaticalele sub seroase ale uterului; dar o salpingită sau ovarită determinată prin transportul agentului patogen plecat de la uter prin calea limfatică, acésta nu o vedem și nici nu ne-o putem esplica. Chiar de am admite o fusiune între limfaticalele inferioare ale uterului cu acelea ale ovarului sau trompei — în momentul când ele ajung la hilul ovarului sau în mezo-salpinx — încă mecanismul ar fi greu de explicat. În adevăr, microbul pentru a străbate în anexe, ar trebui să lupte contra curentului limfei din trompe sau ovar, ce este cu totul invers de al curentului plecat de la uter. Considerăm decî opiniunea lui L. Championnière — cel puțin atât cât ne permite puterea noastră — ca o simplă ipoteză lipsită de date anatomice precise.

Ast-fel, fiind teoria inflamațiunei anexelor pe calea continui-



tăței mucóseï plecată de la uter, rămâne singură în picióre ca fiind cea mai logică și naturală.

Trecem acum la studiul separat al inflamațiunei trompei și ovarului.

### § 1. Salpingitele.

Inflamațiunile trompei, începând de la formele cele ușóre până la cele mai grave, pot fi considerate ca rezultatul unui proces morbid inflamator acut. Acéstă aserțiune ar da nascere unei confusiumi în sensul că, cel puțin din punctul de vedere clinic, fórte rar întâlnim salpingite acute cu fenomenele lor clasice. De obiceiú constatăm leziuni fórte înaintate reprezentând procesul cronic în splendórea lui, fără ca femeile să se fi plâns de fenomene acute clasice.

Acéstă însă nu distruge opiniunea nóstră. Probă avem cercetările microscopice: ele arată că inflamațiunea cea mai simplă catarală a trompei, este punctul de plecare al tutulor formelor cele mai profunde și intersticiale. Prin urmare dacă clinicesce salpingita acută, nu se manifestă de cât rar, totuși microscopicesce existența sa rămâne demonstrată în afară de ori-ce îndoială. Dar ori-cum ar fi, noi vom începe cu forma cea mai ușórá pentru a ajunge treptat la cele mai grave și profunde.

**I. Salpingita catarală sau endo-salpingita.** In acéstă formă leziunile cele mai importante sunt din partea mucóseï. Dînsa e mult mai umflată, de o colorațiune mai roșie și infiltrată de celule embrionare. Celulele epiteliale în general sunt dispărute și înlocuite cu elemente embrionare. Conservarea acestor celule, nu se observă după Sinety de cât în mod excepțiional și numai pe alocurea. După dînsul, inflamațiunea pare că începe prin stratul sub epitelial al mucóseï; aci se găsește une-ori infusiumi sanguine sau echimose destul de întinse.

Martin însă zice că inflamațiunea catarală acută a trompei se caracterisă prin umflarea mucóseï și a îndoiturilor; mai tot-d'una însă se constată conservarea complectă a epiteliului. Probabilitatea o credem din partea lui Sinety. Una din cauzele groșeței extra-uterine ar fi după Lawson Tait tocmai disparițiunea celulelor și a cililor vibratili ai mucóseï. Numai ast-fel se permite spermatozoidului a străbate în regiuni mult mai depărtate ca în starea fiziologică. Dar lucrul acesta provine tocmai în urma unor vechi salpingite. Ori-cum ar fi, îndoiturile longitudinale ce există

pe totă întinderea canalului trompei fiind tumefiate, pot să determine obstrucțiunea calibrului acestui organ deja destul de mic în starea lui normală. Sciut este că în porțiunea internă a trompei, în dreptul ostiului uterin, lumina tubului nu e mai mare ca 1—2 mm.; în porțiunea medie sau corpul trompei de 6—7 mm., și numai către extremitatea externă, calibrul devine ceva mai pronunțat. Lesne deci prevedem cum mucósa care formeză îndoiturile longitudinale ale trompei, de îndată ce se îmbuibeză de un aflux mai mare de sânge sau infiltrare de celule embrionare, canalul trompei cu ușurință va fi astupat sau cel puțin conside-



Fig. 103.

Model de salpingită catarală. Trompa sensibil mărită de volum și încolăcită. Primul grad de hidro-salpinx (personală).

rabil micșorat. Este adevărat că Raymond prin cercetările sale a arătat că în special orificiul intern al trompei nici o dată nu se astupă, ei suferă numai îndoituri sau cuderări; clinicesc însă avem unul și acelaș rezultat: supresiunea scurgerilor conținutului din trompă în uter.

Acésta este primul grad și cel mai ușor de salpingită numită catarală. Consecințele sunt o creștere puțin pronunțată a tubului trompei căpătând un volum cel mult cât micul deget. Pe suprafața sa se pot observa ridicături; ele ne arată dispozițiunea normală de porțiuni mai strâmte și mai largi ce ne oferă acest organ. In fig. 103 avem un asemenea model.

Conchidem că în salpingita catarală simplă, procesul inflamator nu trece dincolo de mucósa trompei; țesutul muscular și a fortiori membrana serósă peritoneală rămân intacte. Cel mult procesul inflamator se póte întinde în tótă lungimea trompei, ajungând până la pavilion. Aci franjele saú ciucurii acestuí organ pot să se lipescă între dânșii, dar în mod fórte slab ca și cum între ele ar fi interpusă o substanță móle, gelatiniformă. Alte dăți constatăm prezența de filamente mai mult saú mai puțin lungi, dar fórte subțiri ce plécă de la fața externă a franjelor către peritoneul pelvien saú către ovar. Un proces mai înaintat este când orificiul abdominal al trompei se astupă separat. Atunci se forméză o afundătură la baza pavilionului; franjele rămân mai mult saú puțin resfirate; acésta ia aspectul de ombilic saú ședut de găină (cul de poule). În alte circumstanțe tóte franjele se resfrâng înăuntru și se lipesc prin fețele lor externe seróse; atunci obliterațiunea e complectă. Mult mai rar o asemenea obliterațiune se observă din partea orificiului intern saú uterin (ostium uterinum). Aci obliterațiunea nu rezultă atât din sudarea părților cât din ipertrofia mucósei, saú din îndoituri anormale a gâtului trompei. Obliterațiunea orificiului extern al trompei (ostium abdominale) este, dacă voim, o complicațiune favorabilă, grație ei conținutul trompei fie chiar seros este împedecat de a cădea în cavitatea peritoneală, unde ar putea provoca fenomene peritonitice. Nenorocirea e că tocmai în salpingitele acute, acésta obstrucțiune lipsesce une-orí; așa că lichide până și picături de puroiú pot cădea în peritoneu. Acésta ne și explică fenomenele peritoneale de carí se însoțesc unele salpingite acute. Permeabilitatea orificiului intern (ostium uterinum) ne explică fenomenele curioase ce ne oferă bolnavele de a simți eșind prin organele genitale externe, cantități mai mult saú mai puțin mari de un liquid seros saú chiar purulent. Faptul rezultă din golirea conținutului salpingitei prin orificiul uterin. Varietatea acésta pórtă numele de *salpingită profluentă*. Fenomenul a fost deja observat de Froriep chiar și în tumori mai voluminoase, ca idrosalpiux. De aci numele *idrops tubae profluens*. Să revenim.

Dacă salpingita rămâne la inflamațiunea simplă a mucósei leziunile în general sunt pasagere.

Când însă procesul inflamator a fost însoțit de o diapedeză prea mare de globule albe, ele ne mai putând fi resorbite se vor transforma în puroiú și vor da ast-fel nascere unei salpingite acute purulente, dar fără a determina acea creștere mare de vo-



lum a organului și nici obstrucțiunea orificiului pentru a merita numele de pio-salpinx. Totul se mărginesce în prezența unei cantități de liquid purulent în interiorul trompei, fără a fi inchistat și fără ca procesul inflamator să fi trecut dincolo de mucosă, adică în stratul muscular. Nu există de cât îngroșarea îndoiturilor mucosei; ele sunt acoperite de muguri cărnoși anastomosați și infiltrați de celule embrionare. Celulele epiteliale sunt deformate. Ele devin turtite și-și pierd cili vibratili. Forma lor e conservată numai în unele sinusuri ce separă îndoiturile mucosei. Acestea au fost luate de unii autori drept glande, lucru ce nu există în stare fiziologică.

E rar însă ca salpingita acută purulentă să aibă leziuni așa de limitate. Cornil a arătat că în asemenea cazuri, infiltrațiunea trece și printre fibrele țesutului muscular al trompei, păstrându-și însă caracterul embrionar. Dar ori cum ar fi, salpingita purulentă nu capătă un volum mai mare ca un deget; ea ni se prezintă cu porțiuni mai dilatate, altele mai strangulate și nici odată sub o formă regulată. Dacă circumstanțele sunt favorabile, întregul proces morbid se poate resorbi. Bolnava se vindecă spontan și fără să-și rămâne consecințe, afară cel mult de o indurațiune a organului mai mult sau mai puțin manifestă.

Pe lângă această varietate de salpingită purulentă acută, se mai descrie o altă formă numită *vegetantă* sau *proliferantă*.

Dînsa constă că pe suprafața îndoiturilor mucosei, procesul iritativ dă naștere desvoltărei unor muguri cărnoși. Aceștia luând o creștere demăsurată ajung să treacă de la un părete la altul; ei unindu-se cu cei din partea opusă crează în interiorul oviductului mici compartimente sau loji, de mărimi, forme și capacități diferite. Ele vor conține în interiorul lor diferite produse reprezentate prin detritusuri epiteliale, liquid seros, purulent și chiar sanghino-purulent.

În asemenea cazuri, deformațiunea tubului trompei devine destul de manifestă, cu atât mai mult cu cât țesutul vasculo-conjunctiv se va retracta.

**II. Salpingita parenchimatósă sau intersticială.** Acésta nu e de cât rezultatul extensiunei procesului morbid precedent; el în loc de a se fi mărginit numai la mucosă ca în salpingita catarală, dînsul trece peste limita mucosei. El copleșește tunica medie a trompei formată din țesut muscular și atacă chiar tunica externă sau serósă. Și cu atât mai ușor trecerea procesului morbid de la mucosă la musculósă se va face, cu cât știm că între aceste or-

gane nu există nici un alt țesut de separațiune : membrana mucosă se sprijină direct pe cea musculară. Decî inflamațiunea ne avînd să învingă nici un obstacol, copleșirea celor-l'alte straturi ale trompei este o simplă chestiune de timp.

Caracteristica salpingitei parenchimatose sau intersticiale, constă nu numai în infiltrarea de leucocite și celule embrionare printre fâșiile stratului muscular, dar într'o ipertrofie și iperplazie atât a țesutului conjunctiv inter-muscular, cât și a însăși fibrelor acestui muschiu. Numele de salpingită intersticială, se dă când e în joc numai inflamația țesutului conjunctiv; dînsa este parenchimatósă, dacă ipertrofia și ipergeneza ocupă stratul muscular. In imensa majoritate a casurilor însă, ambele aceste două elemente sunt atinse; de aci și numele de *pachy-salpingită*. Este foarte rar ca atât țesutul conjunctiv cât și fibrele musculare să fie de o potrivă atinse și să avem un ideal de pachy-salpingită. De obiceiul unul din ele are predominență asupra celui-l'alt. Tocmai pentru acest cuvînt, clinica bazată pe cercetările microscopice, a admis două varietăți de salpingită cronică parenchimatósă : una *ipertrofică* și alta *atrofică*.

Salpingita ipertrofică asupra căreia a atras atențiunea Kaltembach, Schauta și alți autori, constă într'o creștere de volum și de număr a fibrelor musculare ale trompei; ele întrec pe acela al țesutului conjunctiv. Kaltembach crede că această ipertrofie excentrică a tunicei oviductului provine din contracțiunile părților trompei, pentru a învinge obstacolele ce se opun la scurgerea liberă a conținutului său. De multe ori constatăm și o dilatațiune excesivă a vaselor sanguine și chiar a spațiilor limfatiche. Consecința acestui lucru este că trompa în general deformată și aderentă de ovar, uter și alte organe vecine — grație extensiunii inflamației la membrana externă serósă sau peritoneală — dînsa ni se oferă cu un aspect destul de mărit de volum; ea pôte să atingă grosimea degetului indicator și chiar al polixelui. Dacă facem o secțiune pe o asemenea trompă, găsim părții săi enorm de îngroșați, elementul muscular ipertrofiat predominant; în interiorul trompei abia perceptibil, găsim o substanță pulpósă, de aspect strălucitor argintiu, format de mucósă vegetantă, ale cărei celule sunt lipsite de cili vibratili. Mai putem constata infiltrațiuni purulente și chiar mici abcese infiltrate în grosimea acestor părți ipertrofiați. După Kaltembach și Schauta, această formă ar recunósce ca etiologie infecțiunea blenoragică. De alt-fel dînsa este aceea ce aprópe tot-d'a-una am întălnit-o în

operațiunile ce am făcut pentru extirparea anexelor ; cu ocaziunea tratamentului se va vedea cele mai frumoase exemple. Ele sunt carî prin contractarea aderențelor cu ovarele, uterul, intestinele și peritoneul pelvien, exasperéză prin durerile lor pe bolnave și le hotăresc a implora intervențiunile cele mai serioase, preferind în cazul cel mai greu mórtea de cât o viață de martir.

În adevăr, în pachy-salpingită, peritoneul tubar devine foarte repede bolnav. Dar serósa peritoneală odată atinsă, dă naștere la formațiuni de exudate și mai ales de aderențe. Ele nu numai

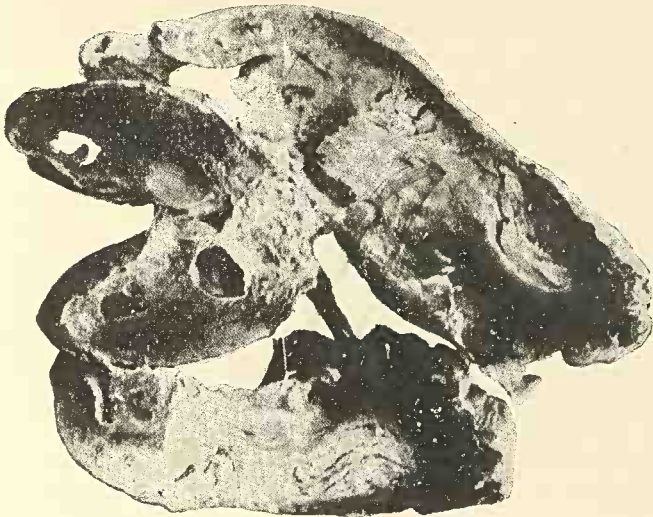


Fig. 104. Model de salpingită parenchimatósă. Trompa și ovarul sunt spintecate pe linia mediană. Sclerosa trompei cu degenerare kistică a ovarului (personală).

deforméză în gradul cel mai mare trompa, dar determină o unire atât de întinsă între dînsa, ovar, uter și organele pelvisului, în cât nu în timpul operației, dar chiar avînd piesa în mână adesea ne este imposibil a descoperi limita de separațiune între acele organe, chiar prin cea mai fină disecțiune. Noi tocmai unei asemenea tumorî informe și inextricabile, am dat numele de **paratimatocele**, pentru a exprima înglobarea și confusiunea tuturilor organelor genitale interne într'un singur bloc, într'o singură tumoră.

În fig. 104 și 105 avem modele de salpingite parenchimatóse.

În fig. 106 sunt reprezentate leziunile microscopice. Ele au fost făcute de d. Dr. Tătușescu după o piesă ce am ridicat prin laparatomie.

Salpingita parenchimatósă atrofică studiată în special de



Bold, ne oferă caractere cu totul contrarii celei precedente. Aci este ipertrofia și ipergeneza țesutului conjunctiv care întrece cu mult pe cel muscular.

Dar fenomenul la început, imprimă organului același aspect de creștere de volum, ca și cum ar fi coprins de ipertrofie.

Faptul este analog cu ceea ce observăm în ciroza atrofică a ficatului, unde organul la început pare a fi mărit de volum. Cu timpul însă, fășile conjunctive trecând din starea embrionară în starea adultă, ele se învestesc de o putere retractilă inodulară, și se substituie atât fibrelor musculare cât și vaselor, pe cari sufocându-le le anemiează, le distruge. In locul lor rămân



Fig. 105. Model de salpingo-ovarită parenchimatósă. Conductul trompei de și sclerosat, lumenul său însă nu este obstruat. Ovar micro-kistic (personală).

acele fibre transformând organul într'un cordon dur, scleros și inextensibil. Acest țesut reușește în cele din urmă ca prin rețracțiunea sa, apropiind părății trompei și sudându-i împreună, astupă cu desăvârșire canalul său. Acésta represintă anihilarea completă a organului.

In afară de aceste forme tipice, Martin, dar în special Orthmann, au mai descris o formă, dându-i numele de *salpingită foliulară*. Dînsa ar consta că în grosimea părăților trompei, se forméză nisce spațurii sau cavități kistice, cari îi dă un aspect areolar. Aceste cavități sunt formate de un singur strat de celule endoteliale; ele avënd un conținut mucos, s'ar impune drept spațurii glandulare. In realitate însă nu sunt de cât formațiuni pseudo-glandulare, de óre-ce trompele nu posedă aceste organe.

Noi suntem dispuși a crede că aci e mai mult vorba de dilatațiunii de spațurii limfatice, în tocmai precum lucrul se pe-

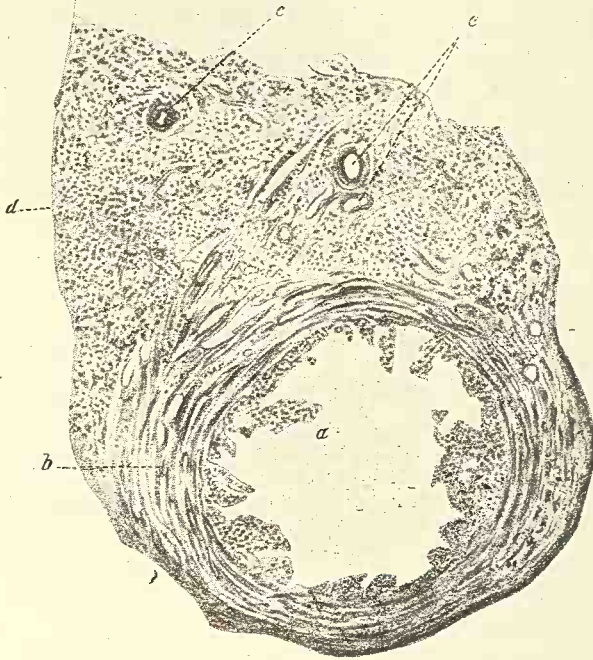


Fig. 106. Secțiune transversală dintr'o trompă în stare de inflamațiune cronică.

*a.* Mucósa infiltrată cu celule embrionare din cari unele au luat dispoziția fusi-formă. Celule cilindrice cu cili vibratili se găsesc pe ici colea câte un lamboú.

*b.* Tunica musculară ipertrofiată. Intre fasciculele numeroase celule embrionare și câte-va guri limfatice.

*c.* Artere cu pãreți puțin îngroșați.

*d.* Infiltrațiune de celule embrionare pe cale de evoluție în spre țesutul conjunctiv.

(Laboratorul Prof. Obregia. — Dr. Tătușescu).

trece în metritele parenchimatóse. În orí-ce caz, cavitățile acestea la început diseminate și separate între dînsese, pot cu timpul să se reunescă și să ne ofere largi cavități kistice. Pozzi susține că fenomenul nu merită a fi considerat ca o entitate morbidă, căci acésta formațiune pseudo-glandulară este comună tutulor formelor de inflamațiunii ale trompelor. E bine însă a avea atențiunea atrasă asupra ei; dînsa este de o importanță anatomo-patologică și clinică de necontestat.

Mai există în fine o altă salpingită parenchimatósă numită de Boldt *salpingită nodulară*.

Dînsa e caracterisată prin prezența în grosimea păreților trompei de producțiunii avînd diferite volume, dar tot-d'a-una tarî sub forma unor nodurî. Acésta la sigur provine din aglomerarea unor anume puncte a țesutului conjunctiv, în toemăi precum lucrul se petrece în fibrómele isolate și circumscrise în păreții uterini.

Am arătat că salpingitele parenchimatóse, pe lângă leziunile profunde ce determină în stratul muscular al trompei, procesul inflamator cu predilecțiune și în mod inevitabil, trece dincolo de acest țesut pentru a ataca fóia externă sau peritoneală ce învelesce trompa. Consecințele sunt din cele mai grave. Organul e coprins de deformațiunii extraordinare, așa în cât extremitatea externă este adusă către cea internă pe socotéla celor mai variate sucituri.

Delbet a arătat că anexele pot trece chiar în partea opusă, așa în cât trompa din drépta să se găsescă la stînga și vice-versa. În plus pe suprafața externă a oviductului se depun plăci inflamatorii de grosimi extraordinare. Nu este fără interes practic a ne reaminti, că trompa cădută prin greutatea sa în cavitatea pelvienă, este intim aplicată pe fața posterióră a ligamentului larg; fața opusă a trompei este acoperită de aceste false membrane îngroșate în așa grad, că organul este cu desăvêșire ascuns. Pentru a-l descoperi trebuie să rupem membranele îngroșate. Acésta a și făcut pe mulți autori să credă că salpingitele cronice sunt capabile să desdoiască foile ligamentului larg, pentru a se insinua în grosimea păreților săi. Noi fórté mult am fost influențați de acésta credință, așa că adesea în descrierea operațiilor nóstre se mențiunează ascunderea anexitelor în foile ligamentului larg. Examenenele amănunțite însă aũ probat, că în realitate nu era vorba de cât de acoperirea organelor de menționatele plăci peritonice îngroșate. Din citirea observațiilor



ce vom da la tratament, se va vedea în multe casuri acest fapt destul de important. Dar în afară de desvoltarea acestor plăci, am vădut că bârne la început filamentóse și subțiri, iar apoi rezistente, gróse și retractile, plécă de la trompă la organele vecine pentru a le apropia și a le suda împreună.

În multe casuri sudarea acésta am constatat-o efectuându-se pe părțile laterale ale uterului; mai adesea însă ele se găsesc în fundul de sac posterior, lipindu-se în mod intim de fața corespondentă a uterului.

Intr'un singur cas am constatat un lucru fórte extraordinar, ce nu am găsit menționat în nici un autor și anume: ambele anexe erau aplicate pe fața anterioră a uterului, așa că acest organ se găsea culcat prin fața sa posterioră pe escavațiunea pelvienă. Și numai după ce am ridicat anexele ne-am dat séma de acest fapt, încă o-dată fórte curios și din cele mai rari.

Dară aderențele anexelor nu se mărginesc numai cu uterul; ele se produc și din partea intestinelor și în special pe părțile anterior al rectului sau al S iliac, al intestinelor subțiri, al cecului și al apendicelui vermicular. Une-oră sudarea este așa de întinsă că deslipirea devine imposibilă sau fórte periculósă. În câte-va rînduri, precum se va vedea în observațiuni, căutând a desface aderențele, am rupt ansa de intestine, ai căror păreți erau fórte fragili și ramoliți. Alte dată, pentru a evita asemenea complicațiuni, am cautat să lăsăm porțiuni de aderențe fórte întinse pe intestin, numai spre a nu provoca ruperi.

Dacă procesul inflamator e fórte vechiú, păreții trompei și cu aceia ai intestinelor intim sudați, pot cu timpul să se perforizeze și să se stabiléscă o comunicațiune directă între aceste organe. În oră-ce caz, contactul intim între dînsele ne explică mirosul extrem fetid ce ne oferă puroiul în momentul spargerei acestor anexite supurate; ele ne fac impresiune de o adevărată perforație intestinală. Dar dacă o asemenea stabilire de comunicație între intestine și anexite se observă mai rar, se constată însă fórte frecuent între trompă și ovar.

Probabilitatea este, că sudarea întinsă și solidă ce constatăm între aceste două organe, mai tot-d'a-una trebuie să fie urmată de perforațiunea păretului despărțitor; de aci comunicare directă între trompă și ovar cronic inflamate, cronic supurate. Și dacă nu reușim a descoperi orificiul de comunicare, faptul ușor se explică, dându-se numeroșele diformități, anfractuosități și încalcituri bizare, de cari sunt copleșite anexitele.

Förte adesea între anexele aderente cázute în cavitatea lui Douglas și unite în mod intim cu organele vecine, constatăm bärne fibröse ce plécä de la un pärete la altul al escavațiunei pelviene, bärne de diferite grosimi, lungimi și direcțiuni, unele mai caprițiöse ca altele. Resultatul lor este transformarea cavitätei pelviene într'o mulțime de alte loji, de mărimi și capacitäți diferite, pline cu felurite liquide, unele seröse, altele mucöse, saü purulente. Acésta de sigur constituie una din cele mai grave complicațiuni. Aci pachy-salpingita se însotesc de pachipelvi-peritonită. Consecința este că în momentul când voim a extrage și a aduce în plagă anexele bolnave, în mod fatal vedem deschizându-se diferite pungă purulente; ele agravézä prognosticul operațiunei.

În fine mai putem întâlni o altă specie de complicațiune, ce n'am găsit menționat și pe care eü însumi n'am întâlnit-o de cât o singură dată.

Faptul constä că în afară de supurațiunile anexelor și multiplele abcese situate în cavitatea lui Douglas, țesutul celular aflat sub peritoneul pelvien este și el coprins de același proces inflamator supurativ. Casul l'am observat pe femeia X., intrată în serviciul nostru într'o stare de släbiciune förte mare și cu ascensiuni termice caracteristice resorbțiiei purulente. Am stabilit ca diagnostic anexite duble supurate și un pio-salpinx stâng. De și bolnava se afla în condițiuni rele, totuși i-am făcut laparotomia la 6 Iunie 99. Am găsit în stânga, pio-salpinx, pe care l'am extirpat förte ușor, aplicând 4 fire subintrante la baza pediculului.

Dar uterul era solid fixat și de o parte și de alta. Am procedat la deslipirea anexelor, precum și la liberarea aderențelor cu intestinul gros, ceea-ce a oferit dificultăți extreme. Cu tóte acestea am reușit la extirparea lor, după care am fixat uterul de abdomen. Fäcënd toaleta îngrijită a peritoneului, am constatat că întréga escavațiune pelvienă era liberă și curată. Cu tóte acestea în séra diley de operație temperatura încă nu scăđuse; bolnava se afla în condițiuni próste: prostrăție, limbă uscată, puls frequent. Se fac injecție cu ser, chinină etc. A doua și aceeași ascensiune de 39° și aceeași stare próstă. În fine a treia și bolnava fără să fi avut nici o vërsătură, de și pântecele era balonat și timpanic, dinsa móre în complectă cunoscință până în ultimul moment. La autopsie constat o distensiune enormă a intestinelor și false membrane läptöse caracteristice peritonitei. Ficatul în degenerescență

grăsosă, cord flască și plin de coaguli. Congestiuni întinse pulmonare. Rinichiți flască; capsula se deslipea ușor. Splina plină cu sânge spumos. În cavitatea pelvienă însă, înapoiul uterului, introducând degetele mâi cu putere, cădem într'un focar purulent enorm de mare; el se întindea și coprindea tot țesutul celulo-grăsos al basinului. Ne aflam deci în plină *celulită pelvienă difuză*.

Cu acesta putem dice am terminat anatomia patologică a pachy-salpingitei. Dînsa însoțindu-se mâi tot-d'a-una și de o inflamațiune analogă a ovarului, noi după cum am arătat i-am dat numele de *parartimatocel* său încă și *pananexită* or panexită.

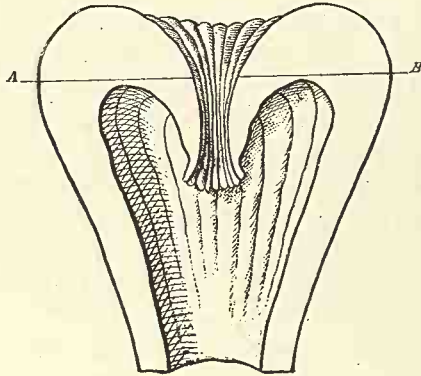


Fig. 107. Primul timp al închiderii pavilionului. Franjele revenite asupra lor însăși se privesc prin fața lor peritoneală.

**III. Salpingitele kistice.** În această grupă intră afecțiunile trompei cari, independent de leziunile anatomo-patologice, fie ele superficiale sau profunde, au drept caracter că organul capătă un volum, care trecând peste măsura obișnuită, merită a primi numele de tumoră. Din constituțiunea anatomică a trompei am vădit, că partea cea mâi esențială a acestui organ este de a poseda două orificii: unul intern — *ostium uterin* și altul extern — *ostium peritoneale*. Este evident că pe cât timp permeabilitatea acestor orificii va fi asigurată, acumulațiunea de produse lichide în lumina tubului nu este posibilă. Suntem obligați prin urmare a insista mâi întâi asupra producțiunei sau mecanismului închiderii acestor orificii, pentru ca în urmă să ne explicăm posibilitatea transformării trompei într'o cavitate închisă.



**Modul obliterațiunei orificiilor trompei.** Când am studiat salpingita catarală, am vădut că mucósa trompei copleșită de o turgescentă destul de respectabilă, póte prin simpla sa prezență să determine o astupare atât a orificiului intern cât și extern al trompei. Dar acéstă obstrucțiune e pasageră și adesea incompletă. Decí impermeabilitatea ne fiind nici totală nici definitivă, acumulațiunea liquidelor nu se va face de cât în mod timporar. Lucrul este așa de adevărat, că cu timpul — și mai ales dacá procesul inflamator retrocedză, iar mucósa prin resorbțiunea treptată a inflamațiunei

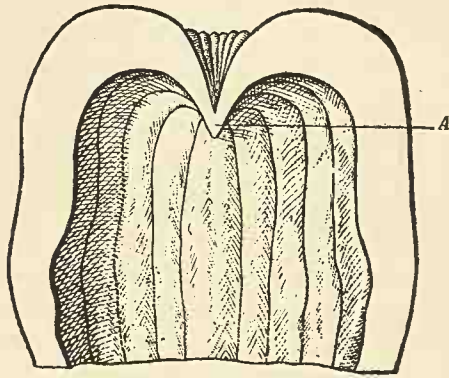


Fig. 103. Al doilea timp al închiderei pavilionului; franjele s'aú sudat: pavilionul este închis.

revine la starea sa normală — întregul liquid ce se acumulase în trompă, la un moment dat se varsă în uter iar de aci în vagin, formând varietatea de idrops tubae profluens. In circumstanțe mai defavorabile, revărsarea liquidului în loc d'a se face prin orificiul intern, se execută prin cel extern, prin ostium peritoneale; atunci fenomenele vor fi mult mai grave, proprii orí cărei pelvi-peritonite.

Nu este decí posibil stabilirea unei tumorí kistice a trompei, de cât în cazul obstrucțiunei ambelor sale orificiuri în mod permanent și definitiv. Există și alte obliterațiuni saú atrezii în afară de ale orificiilor. Ele se găsesc pe lungimea conductului. Patogenia lor recunósce un mecanism cu totul diferit. In salpingita proliferantă saú vegetantă, am vădut că mugurii cárnoși pot să plece de la îndoiturile mucósei păretelui superior până în partea opusă. Dînșii organisându-se, interceptză spațuri definitive, de

număr și capacități diferite. În acest caz, lichide se pot acumula în interiorul acestor loji și să ne dea formațiuni de kiști în conductul oviductului. După forma și numărul lor, organul ne poate prezenta aspectul moliniform. Dar această nu reprezintă și nici nu constituie adevărata formă kistică a trompei reprezentată de exemplu prin hidro-salpinx; cauza este că cele două orificiuri nu sunt distruse ci permeabile.

Am arătat deja și am insistat puțin asupra obstrucțiunii acestor orificiuri cu ocaziunea salpingitelor catarale acute. Acum e momentul a reveni asupra celui extern cu mai multe detalii.

Există două categorii de obliterațiuni a orificiului extern al trompei — ostium peritoneale: unele cu totul independente de ovar, iar altele în conexiune cu acesta. Primul grup constă în două mecanisme diferite arătate de Raymond. Primul mecanism rezultă din sudarea directă a acelor două pereți a orificiului propriu al ostiului peritoneal, căptușit de mucósa trompei. În acest caz, ciucurii sau franjele pavilionului rămân libere, iar aspectul total al porțiunii externe a trompei ne reprezintă o formă ombilicală sau a unui anus de găină. Casul e mai rar.

Al doilea mecanism rezultă din răsfrângerea însăși a acestor franje; ele indoindu-se înăuntru și dirijindu-se către ostium peritoneale, se pun în contact prin fețele lor seróse; atunci sudura devine completă. Fig. 107 și 108 luate din studiul lui Raymond publicat în „Annales de gynécologie“ 1895, nedă un exemplu demonstrativ.

Dar franjele pavilionului în loc de a se răsfrânge către ostium uterin, se îndoiesc către canalul trompei așa că unindu-se între ele, rămân fără nici o conexiune cu ovarul. Fig. 109 din Martin arată un asemenea exemplu. Altă dată franjele de și răsfrânge înăuntru totuși nu se lipesc între ele. Baza lor, rămâne în contact direct cu ovarul, așa că la un moment dat este posibil o transbordare a conținutului ovaric în trompă în cas de idropisie a unui folicul al acestuia. Lucrul se vede iarăși clar în fig. 110 din Martin. Tóte aceste cercetări de mare importanță se datoresc lui Burnier, făcute după nisce preparațiuni ale lui Schroeder și reproduse în tratatul lui Martin de unde le-am luat și noi.

În ceea ce privește obstrucțiunea orificiului intern al trompei (ostium uterin) această pare a nu fi nici așa de frecventă, nici cu totul definitivă. În adevăr Albers pe 35 casuri de obliterațiuni ale orificiului abdominal, unde lucrul era cu totul evident, nu a găsit orificiul uterin obliterat de cât de nouă ori; și încă

dînsul a constatat că la începutul afecțiunei, această obstrucțiune era determinată în urma umflături mucóse. Mai târziu însă extremitatea internă a trompei se pôte recurba, totuși calibrul rămîind permeabil.

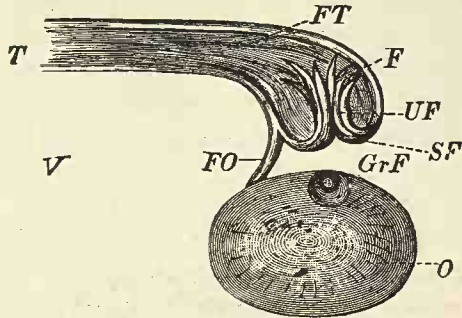


Fig. 109. *Gr. F.* Folliculul lui de Graaf. *F.* Trompa. *FT.* Indoitura mucóseí tubare.  
*F.* Trompa, *FO.* Franjea ovarică. *O.* Ovarul, *UF.* Franjea rásturnată.  
*SF.* Suprafáța seróasă a franjei.  
 (dupé Burnier)

După ce am stabilit mecanismul obliterațiunei ambelor orificií, grație cărora întréga trompă devine o cavitate închisă, să vedem acum patogenia acumulațiunei liquidului, și să căutăm a ne explica formațiunea acestuî produs într'un organ lipsit de glande.

Găsim în Pozzi următórea opiniune cum că primitiv, tumora kistică a trompei este reprezentată printr'o acumulațiune de puroiú, adică printr'un pio-salpinx; și că în urma diferitelor metamorfose ale puroiului, întregul conținut s'ar transforma într'un liquid clar, seros, într'un hidro-salpinx.

Adevérul este că la anatomia patologică a salpingitei catarale, am văđut cum că fórte adesea orí procesul inflamator dá nascere unei salpingite purulente acute. Acésta se observă mai ales când infecțiunea este specifică, gonoreică, puerperală. Dacă în momentul acesta obstrucțiunea orificiilor trompei se efectuéză, liquidul purulent se închistéză: deci pio-salpinxul de fapt e constituit. Cu timpul însă, agenții patogeni încetând a lucra, puroiul iar intră în regresiuine, se emulsionéză; partea solidă se resórbe în locul său rămâne un liquid clar, seros. Cu modul acesta



tumora din pio-salpinx se transformă în idro-salpinx. Dar iată expresiunile proprii din tratatul lui Pozzi: „Se pare în adevăr lucrul verificat, că pio-salpinxul se transformă adesea în kist seros și câte o dată în kist ematic. Când, fără îndoială prin distrugerea spontanată a germenilor, procesul flegmasic s'a oprit, abcesul trompei pôte ca și un abces rece să se schimbe într'o colecțiune serósă, printr'un fel de clarificațiune a puroiului, ale căru elemente solide se depun pe pãreți, pe când partea serósă se mărește. Acesta pare a fi origina unei mari majorități de idro-salpinx. In sfârșit ruptura tinerelor vase a pãreților buzunarului unui vechiũ pio-salpinx, îl umple câte o dată de sânge“.

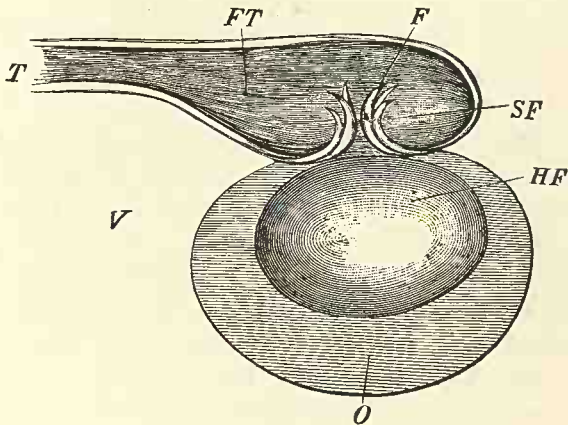


Fig. 110. După Burnier. HF. Folicul idropic.

Noi credem că am putea invoca și un alt mecanism ce ne-ar explica formațiunea primitivă a unui idro-salpinx, iar nu consecutiv unui pio-salpinx.

Dacă presupunem o inflamațiune intersticială în pãreții trompei, unde predominanța țesutului conjunctiv și rețracțiunea sa ar determina o sugrumare a venelor precum și a vaselor limfatice — de alt-fel destul de numeróse — prin acesta, circulațiunea venósă ar fi fórte împedicată. Consecința este ușor de prevăđut. Ea este analógă cu ceea-ce se petrece în orĩ ce ciroasă atrofică a ficatului, unde în urma aceluiași proces, partea serósă a sângelui transudă prin vase și acumulându-se în peritoneũ, ne dă ascita. Ei bine în tocmãĩ același lucru s'ar petrece și cu o

salpingită parenchimatósă; și aci jena circulațiunei venóse ar da nascere unei idropisii; dînsa închistându-se în interiorul trompei, cu orificiile prealabil astupate, ne represintă tipul unui idro-salpinx.

Dar ori cum ar fi, să vedem modul evoluțiunei acestei tumori.

I. **Idro-salpinxul** a atras deja atențiunea chiar și a autorilor vechi. Se crede că mulți dintr'înșii au confundat această tumoră cu kiștii ovariciei, dar mai ales cu cei para-ovariciei. Numai ast-fel ne putem explica scóterea de cantități extra-ordinare de liquid de 2—3 kilograme, lucrul imposibil de conținut de un idro-salpinx.

Cu tóte acestea, găsim în Lawson Tait că *Ruysch*, în 1665 vorbesce de oclusiunea trompelor ca o cauză de sterilitate și deci ca producere a unui idro-salpinx. Un alt autor *Henry Brechtfeld* din Copenhaga în 1675 descrie un cas de idropisie a trompei vindecată prin paracentesă și a căreii observațiune are ca titlu *hydrops dextrae tubae uteri-paracenthesi curatus*. Probabil că și dînsul a luat idro-salpinxul drept un kist para-ovarie.

Dar cu *Astruc* (1761—1766) atențiunea este în mod serios atrasă asupra inflamațiunilor trompei; el este singurul care în mod clar vorbesce de pio-salpinx, idro-salpinx și graviditate tubară. Este bine cunoscut și ce *Astruc*, că inflamațiunea comună se termină prin resoluțiune ajungînd la vindecare; pe când ca-surile de abces și de gangrenă sunt adesea mortale. Idropisia cavităței trompei are un mers fórté încet și bolnavele conservă aceste idro-salpinxe un timp fórté îndelungat.

În sfîrșit *Froriep* ne arată cunoscînțele sale exacte asupra acestei afecțiunii. El introduce expresiunea rămasă clasică de *idrops tubae profluens*; el a înstituit și diviziunea idro-salpinxelor în *aperta* și *occlusa*.

Forma generală a unui indro-salpiux depinde de volumul său. Avem în adevăr tumori de diferite dimensiuni; unele merg pînă la grosimea policelui. Alte dăți aspectul lor este ondulat, sau el póte să capete grosimea unei anse intestinale or cîrnat (cartaboș). În casurile tipice există anume porțiuni strîmte sau sugrumate însoțite de altele dilatate. Ele corespund în nivelul cornului uterin și în dreptul istmului trompei, după care urméză dilatațiunea corpului și a ampulei sale.

Dar alte dăți tumora ne oferă mult mai multe strangulațiunii și dilatațiunii, așa în cât idro-salpinxul ia un aspect de mă-tăni, moniliform. Acest fenomen se datoresce une-ori aderențelor, cari sub formă de bride înconjóră trompa legându-se cu diferite

organe. Când aceste aderențe sunt foarte slabe, ele rupându-se organul poate lua o formă mai regulată. Când însă strangulațiunile se datoresc unor fâșii retractile, situate în lumina tumorii, plecând de la un părete la altul, deformațiunea devine permanentă.

Un alt agent de deformațiune al idro-salpinxului constă într'o scurtare pronunțată a mezo-salpinxului; el ne permițând tumorii o dezvoltare convenabilă, dînsa se deformeză oferindu-ne cele mai variate încolăciturii. În afară de aceste cauze, *Delbet* mai adaugă acțiunea procesului inflamator, care determină în părății trompei puncte subțiate; acestea fiind de o rezistență mai mică, vor suferi dilatațiunii din partea presiunii liquidelor; de aci iarăși deformațiunii.



Fig. 111. Model de idro-salpinx în formă de cimpoi luat după natură (personală).

În fine *Freund* susține persistența unei stări fetale a trompei; dînsa conservându-și forma intortochiată și încolăcită, ar explica aspectul moliniform și neregulat al idro-salpinxului.

Un lucru este de observat, că aceste diformități se constată mai mult în tumorile de volum mic. Acesta a făcut pe *Ziegler* să susție, că cu atât idro-salpinxul va avea o formă mai regulată, cu atât liquidul conținut în cavitatea sa va fi mai mare. Observațiunile clinice par a fi în acord cu acest mod de a vedea.

Am putea deci stabili că, idro-salpinxele mici sunt flexuoase, tortuoase, neputându-li-se da nici o formă geometrică; din contra,



idro-salpinxele de calibru mediū, aū o formă mai regulată; ele se pot apropia de a unui cilindru, cu ușore strangulațiuni, ce le-ar asemăna de forma intestinului gros bine umplut; iar când idro-salpinxul devine și mai voluminos, el tinde a lua forma sferică, apropiindu-l une-orī de aceea a unui cap de fet. Dăm aci următorele figuri 112 și 113 reprezentând diferite forme și calibre de idro-salpinx.

Fenomenul caracteristic al idro-salpinxului după cum vedem, este a nu fi de un calibru egal pe tótă întinderea sa. De obi-

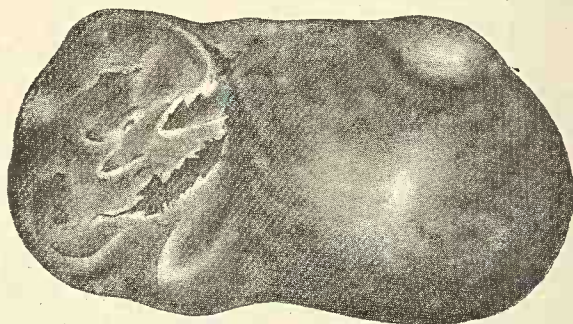


Fig. 112. Model de idro-salpinx în formă de cilindru; după natură (personală).

ceiū maximum de dilatațiune, se află către regiunea externă a trompei și a nume în porțiunea ampulară; extremitatea internă rămâne de un calibru mult mai mic și chiar sub forma unui cordon, ce servă de pedicul. Dar orī care ar fi volumul tumorei, dînsa se apropie mai mult de forma unui corn de vînătoare, sucit saū mai bine ȝis a unui cimpoiū, or a unei pere, de cât de orī care alta.

Relativ la pedicul, acesta une-orī este destul de lung și subțire, așa în cât dacă tumora e lipsită de aderențe și liberă în cavitatea abdominală, dînsa se pôte suci asupra lui, fie spontanat saū în urma unui examen bimanual. În acest cas se produce torșiunea pediculului. Drept consecință, în afară de durerile vii ex-cruciante, se pôte determina o modificațiune bruscă în circulați-e, provocēnd strangulațiuni, apoplexii și emoragii în interiorul tumorei.

Hidro-salpinxul în formele necomplicate, păstrēză același sediū ca și trompa: el e situat în aripa superiōră a ligamentului

larg. De obicei în însă porțiunea externă sau ampulară a trompei, prin faptul creșterii sale de volum căpătând o greutate mai mare, cade în fundul de sac a lui Douglas. Decî tumora nu se mai află în aripa superioară a ligamentului larg; porțiunea internă însă își conservă situațiunea. Când hidro-salpinxul nu-și părăsește pozițiunea normală și nici nu e complicat de aderențe cu organele vecine, atunci dacă tensiunea liquidului e mare, presiunea se va exercita pe partea cea mai slabă a tumorei ce e reprezentată prin părțile sîu inferior. Aci am arătat că peritoneul nu căptușește trompa; dar cele două foițe ale sale reunindu-se între ele la óre care distanță, constituie mezo-salpinxul. Delbet făcînd experiențe pe cadavru a arătat, că trompa sănătoasă nu se lasă a se întinde dincolo de volumul unui creion; și că dacă injectăm un liquid cu forța, ruptura se produce tot-d'a-una în jos, *adică între cele două foițe ale mezo-salpinxului*. Când însă presiunea continuă a se exercita în mod lent în acest punct, dînsa póte reuși, făcînd să bómbeze părțile inferior al tumorei, să înai teze către mezo-salpinx, să-i deslipéscă foițele și ast-fel cu timpul să se inclaveze cu totul în grosimea ligamentelor largi, iar une-óri chiar să se rupă în acest organ. Dar fenomenul acesta se întâmplă mult mai rar. Din contra, rezistența mezo-salpinxului este destul de puternică, pentru a putea să se opue óri cărei presiuni. Dupé Schroeder, acest mezo este care imprimă deformațiunii hidro-salpinxului, chiar când e provădit de un volum mare.

În majoritatea casurilor, părții unui hidro-salpinx sunt de o colóre albăstrie, transparentă, și de grosimea unui foițe de hârtie (papiraceu). Acesta ne explică dificultățile ce avem pentru ca extirparea să se facă în întregime sa. Fórte adesea, cu tóte precauțiunile și atențiunea încordată, hidro-salpinxul se sparge mai ales către extremitatea externă, în jos și înapoiul ampulei, unde de obicei există și óre cari aderențe. Acesta trebuie să ne atragă atențiunea chiar în examenul clinic al bolnavei. Ne vom feri a exercita presiuni demésurate asupra tumorei pentru a ne asigura de diagnostic. O explorațiune bruscă póte determina spargerea hidro-salpinxului. Consecințele pot fi destul de grave, mai ales când tumora, grație unor aderențe cu diferite organe, ofera locuri subțiate și ramolite.

Găsim în Legueu o observațiune de acest fel, destul de mișcătoare; ea merită a fi cunoscută. „Un chirurg Hermann, vóind să obție coborîrea uterului printr'o tracțiune cu pensa Museux apli-

cată pe col, a determinat ruptura unui kist tubar care a fost urmată de peritonită mortală“.

Dar asemenea deschideri se pot efectua și în mod spontan, grație aderențelor ce hidro-salpinxul contractează cu organele din cavitatea pelvienă. Relativ la acesta vom sci că organul ce în mod mai natural contractă aderențe cu hidro-salpinxul, este de sigur ovarul, prin intermediul pavilionului trompei. Dar aci se întâmplă un fenomen foarte curios dacă și însuși ovarul este kistic iar o comunicare directă se stabilește între ambele organe. Acesta a dat naștere unei varietăți particulare numită *kist tubo-ovarie*.

De obicei kiștii tubo-ovarie sunt mici; cel puțin așa sunt aceia ai ovarului cari provin dintr'o simplă idropisie, ai foliculului lui de Graaf. Cu toate acestea, Olshausen a arătat o comunicare cu trompa chiar a unor kiști veritabili ai ovarului. Și dacă presupunem permeabilitatea orificiului intern al trompei, conținutul kistului ovaric se poate goli vârsându-se prin ūter la exterior. Se va forma astfel un *kist ovaric profluens* în tocmai analog cu un *idrops tubae profluens*.

Conținutul hidro-salpinxului pur e reprezentant printr'un liquid seros, limpede, transparent, cu reacțiune neutră sau alcalină și cu resturi de celule epiteliale. Fața internă a părților sêi e provădută de vilositățile mucósei; pe alocurea conservă celulele epiteliale cu cili vibratili, iar aiurea distruse. Dacă însă origina hidro-salpinxului este transformățiunea sau clarificarea unui pio-salpinx, atunci conținutul e mai turbure, plin cu leucocite și chiar globule de puroi. Păreții buzunarului îngroșați, prezintă depozite cu aspect de degenerescență gresósă; faptul s'aŭ impus unora ca fiind de natură tuberculósă. Une-ori chiar se pot găsi, după observațiunile lui Lawson Tait, și concrețiuni calcare.

**II. Pyosalpinxul.** Tot ce am arătat la hidro-salpinx se adaptază în tocmai și la această varietate de tumoră. Ba ce e mai mult, am arătat că după opiniunea unor autori, el este origina hidro-salpinxului. Singura deosebire este, că puroiul neputând trece prin metamorfozele arătate, el rămâne ca atare și astfel constituie tipul pio-salpinxului. Vom găsi deci în interiorul pungei puroi, câte o dată cu totul gros, bine legat, oferindu-ne toate caracterele de *pus bonnum et laudabile*, formând tipul puroiului flegmonos. Păreții pungei vor fi mai groși, provăduți cu muguri cărnosi de bună natură; în ei mai rar putem descoperi microbul specific al blenoragiei, de și origina acestui pio-salpinx se datorește lui.



Alte dăți puroiul nu este așa de bine legat; el e mai seros și cu aspect puriform: acesta deja ne arată tendința sa de a se transforma în hidro-salpinx.

**III. Hematosalpinx.** Este ultima tumoră kistică a trompei; conținutul său e format din sânge. Există mai multe varietăți de hematosalpinx. Noi credem că toate se pot grupa în două mari clase dupe modul formațiunei păreților kistului.

În adevăr, une-ori punga kistică e formată din însuși cavitatea trompei dilatată în diferite grade, dupe cum păreții săi vor fi mai groși, mai subțiri, mai dilatabili ori mai retractili. Condițiunea *sine qua non* însă este, ca în mod prealabil — fie grație unei vechi inflamațiuni, a unui viciu de conformație sau chiar în momentul accidentului, — ambele orificiuri ale trompei să fie solid și definitiv astupate. În cazul acesta ușor este de înțeles, că sângele acumulându-se în trompe pe calea secrețiunei, sau unor ruperi de vase, dînsul neavînd nici un loc de eșire, va începe să respingă păreții organului. Aceștia cedînd presiunei, vor forma o pungă al cărui conținut va lua numele de hematosalpinx.

Să presupunem deci o atresie a orificiilor trompei, atînsă deja de inflamație parenchimatósă sau vegetantă. O rupere bruscă a vaselor de nouă formație va da naștere unei emoragii; dînsa găsînd deja o cavitate închisă cu păreți proprii, tumora de la sine va fi închistată, iar hematosalpinxul la moment format. Să presupunem de asemenea o stare varicósă a venelor trompei. Aci iarăși ambele orificii fiind surprinse și brusc astupate, sângele găsîndu-se închis din toate părțile, tumora va fi de fapt constituită avînd ca păreți însuși trompa. Tot același lucru se va întîmpla cu o oprire bruscă a menstruelor, dacă iarăși astuparea orificiilor se va efectua în momentul accidentului.

În toate aceste cazuri, partea esențială constă că pe lângă astuparea orificiilor, păreții însuși ai trompei forméză pe aceia ai tumorei. De aceea noi propunem a se da numele unor asemenea tumori sanguine, de *hematosalpinxe autochtone*.

Din contra, o aceeași tumoră pôte să existe în afară de obstrucțiunea orificiilor trompei precum și să aibă un înveliș propriu care să-i serve drept părete, independent de acela al păreților organului propriu zis. Faptul acesta îl putem întîlni în hematosalpinxul, recunoscînd ca origină o graviditate extra-uterină de origina tubară. Aci în adevăr, oul fecundat este oprit în mersul lui în canalul oviductului; dînsul desvoltându-se va căuta să se înconjoare de o membrană proprie, de un înveliș

produs de el însuși, dar independent de păreții trompei ce nu îi servă de cât ca un agent protector. Afară de acesta, ambele orificiuri intern și abdominal, pot rămâne permeabile de și fără comunicare între ei, grație interpunerei sacului fetal.

Dupe cum vedem, formațiunea acestor nouă grupuri de tumori se deosebesc cu totul de prima categorie. Deosebirea stă în faptul existenței unui învăliși cu totul propriu; el se poate perfect ridica rămânând intactă păreții trompei. Pentru acest cuvânt noi numim aceste hematosalpinxe tumori *eterocitone*, sau dacă vom *exotice*.

Am mai putea stabili și altă diviziune a hematosalpinxelor, basată pe mersul și evoluția ulterioară. Am avea *hematosalpinxe provizorii și permanente*, dupe cum conținutul lor va avea tendința a dispărea sau a rămâne definitiv închisat. Acesta depinde de starea în care se găsește mucósa trompei, ce formeză păretele pungei sanguine. În casuri de inflamațiune cronică și perderea caracterelor fiziologice a mucósei, dînsa ne mai fiind capabilă de nici o absorbțiune, întreaga cantitate de sânge ce se va revêrsa în punga kistului, va rămâne neatinsă: hematosalpinx permanent. Din contra, părțile constitutive ale trompei ce formeză kistul nefiind profund alterate, revêrsarea de sânge cu timpul se va resorbi, și ast-fel hematosalpinxul treptat va descresce până la dispariție completă. Acesta ne dă tipul hematosalpinxului provisoriu.

În fine mai putem admite hematosalpinx *staționar și progresiv*. Este staționar când emoragia odată produsă, izvorul său repede se astupă, iar sângele revêrsat nu se mai resorbe din cauza alterațiunei mucósei chronic inflamate. Ast-fel avem ematosalpinxele menstruale, varicóse sau în urma ruperei unor false membrane. Când însă cantitatea de sânge pe fie-care zi se măresce, atunci punga kistică pe aceeași măsură va crește de volum până la maximum de tensiune. De aci numele de hematosalpinx progresiv. Acest tip îl găsim în acela al sarcinei extra-uterine tubară.

N'avem să ne oprim asupra hematosalpinxului; ne rezervăm dreptul a reveni când vom trata sarcina extra-uterină, care formeză varietatea cea mai comună și importantă a acestor tumori. Tóte cele-l'alte genuri adesea trec necunoscute; ele sunt însoțite de fenomene acute dar pasagere, iar pe de alta, prin micul lor volum sau disparițiunea lor gradată, nu atrag atențiunea. De alt-fel când am tratat de hematocelul retro-uterin, am vorbit și

de aceste feluri de emoragii; acesta ne dispensază a ne mai opri asupra lor.

Leziunile părților pungei sunt acelea a inflamațiunii cronice, iar conținutul variază dupe casuri. In hematosalpinxul menstrual sângele va avea o consistență siruposă și cu aspect de șocolată; acela provenit din rupere de aderențe sau a vaselor friabile a unui pio-salpinx, va fi mult mai turbure și amestecat cu puroi sau numai cu globule de acest produs. Fiind vorba de o apoplexie a trompei, în urma unei inflamații catarale acută, de un hematosalpinx varicos, sângele va fi mult mai clar și fluid. Dar cu timpul, partea seroasă a sângelui resorbindu-se, într-o emoragie poate fi înlocuită prin resturi de coagulii moi, friabili sau cu o organizație dură.

În general toate aceste varietăți de hematosalpinxe sunt de un volum relativ mic. Numai cele provenite dintr-o sarcină extrauterină, capătă uneori un volum extraordinar Ast-fel Lawson Tait citează un cas, în care tumora trecea dincolo de ombilic și conținea mai multe litruri de sânge. Este probabil însă, dupe cum crede și Pozzi, că aci va fi fost vorba de un ematocel intra-peritoneal inchistat, legat cu un hematosalpinx.

Anatomia patologică a părților acestui fel de hematosalpinx o vom vedea la locul competent.

Pentru a termina cu afecțiunile trompei, ar trebui să descriem pe de o parte inflamațiunile de o specificitate particulară ca cea tuberculoasă, sifilitică și actinomicetică, iar pe de alta tumorile neoplasmice. Nu ne vom opri mult asupra lor, din cauza rarității și a simptomelor negative.

**Salpingită tuberculoasă.** Este consecința propagării aceleași inflamațiuni specifice plecate de la uter. La rîndul său salpingita tuberculoasă infectează organele vecine ca ovar, peritoneu, intestine, ganglionii mesenterici contractând cu ele aderențe solide, etc. Dînsa poate da naștere prin calea limfatică, dupe cum a arătat Fernet, chiar la exudate pleuretice. Leziunile macroscopice sunt analoage cu salpingita supurată și piosalpinx; ea poate lua o dezvoltare extra-ordinară conținând până la două litruri de puroi. Părțile kistului sunt foarte îngroșate, cu depozite cașoase, oferind toate caracterele abcesului rece. Microscopul descopere foliculii tuberculoși și celule gigantice. Baccilul lui Koch adesea nu s'a găsit, afară de câte-va casuri unde cercetările lui Orthmann și Weith au fost afirmative.

**Salpingita sifilitică.** E foarte rară și chiar pusă în dubiu. Se



citéză un singur caz al lui Bouchard, unde pe lângă o tumefacție a trompei, s'ar fi găsit trei gome de mărimea unor alune având caracterele gomelor sifilitice.

**Salpingita actinomicosică.** Nu se cunoște de cât un caz datorit lui Bermann. El a găsit trompa dilatată de un lichid purulent plin cu actinomicetii. Bine înțeles acésta a fost o descoperire de autopsie. (Legueu).

**Tumorile trompei.** Pe fața externă a acestui organ putem constata în cursul unei laparatomii făcute pentru alte leziuni, mici kiști seroși desvoltați în hydatida lui Morgagni sau chiar pe franjele pavilionului. Dar acestea n'au absolut nici o importanță din punctul de vedere clinic: dinșii nu dau loc la nici un fenomen apreciable.

Tot acelaș lucru vom zice de tumorile solide benigne ca fibróme sau lipóme; ele iarăși pe lângă că se observă fórte rar, volumul lor e fórte mic și nu se descopere de cât în cursul unei laparatomii, oferindu-ne adevărate curioșități patologice.

Cât privesce tumorile maligne ca sarcom sau cancer, ele nici o-dată nu sunt primitive ci consecutiv propagărei unor asemenea neoplasme de la uter, ovar, peritoneu sau alte organe vecine.

## Cap. II. Bólele ovarelor

De sigur, afecțiunile curente ale acestor organe sunt stările inflamatorii. D'asupra lor însă, se află dezvoltarea de pungă kistică. Dînsele constituie partea cea mai importantă a ginecologiei; ele au servit ca punct de plecare a marelui revoluțiunii științifice moderne; ele au născut laparotomiile.

Aci ca și la trompe, dificultățile sunt mari în ceea-ce privește diviziunile bólelor atât de diverse, ce ovarele ne oferă. Clasificațiunea se calcéză aprópe după aceea a trompelor. Vom avea deci o primă categorie de inflamațiuni *acute, cronice și supurative*. Caracteristica lor este că nu provóacă organului o creștere de volum, capabilă a merita numele de tumoră în înțelesul propriu al cuvântului.

În a doua categorie vom studia bóle reprezentate prin obstrucțiunea foliculelor lui de Graaf. Dînsele umplându-se de acumulare de liquid, vor da naștere la formațiune de kiști numiți *foliculari*. Dar și aceștia, ne având puterea a lua o dezvoltare prea mare demnă de o tumoră, vor forma o varietate a parte numită *degeneresența kistică* — în cazul când mai mulți foliculi vor fi obstruați.

În a treia categorie vom studia adevăratele tumori numite *kiști propriu zisă ai ovarului*. Patogenia acestora e cu totul diferită de a celor precedenți; ei provin din inclusiunea în interiorul organului a tubilor numiți a lui Pflüger.

În a patra categorie vom studia un grup cu totul deosebit de tumori numite *kiști dermoizi*.

În fine în a cincea categorie vor intra *tumorile maligne ale ovarului*.

Pentru moment ne vom ocupa de procesul inflamator și de degenerescența sclero-kistică. Simptomele și diagnosticul lor sunt în strânsă legătură cu leziunile studiate la trompe. Ele forméză marele capitol de salpingo-ovarite. Cele-l'alte tumori, având o evoluțiune cu totul diferită de a salpingo-ovaritelor, le vom studia mult mai târziu; cu ele chiar vom termina tratatul nostru.

Pentru înțelegerea mai lesnicioasă a celor ce vom descri, este absolut necesar a ne recapitula câte-va date anatomice. La începutul acestei părți, am arătat o bună parte a anatomiei ovarului. Ne rămâne a ne opri asupra constituțiunii sale anatomo-istologice.

Ovarul (fig. 113) e compus din două straturi: unul central numit stratul medular, este de un aspect roșu și o consistență spongiasă. El conține fibre musculare netede răspândite în toate direcțiunile până la hil, precum și numeroase fașii conjunctive ce urmeză și înțosesc vasele mici sau de un calibru mediu. Un număr de vase mult mai voluminoase sunt reunite într'un mănun-

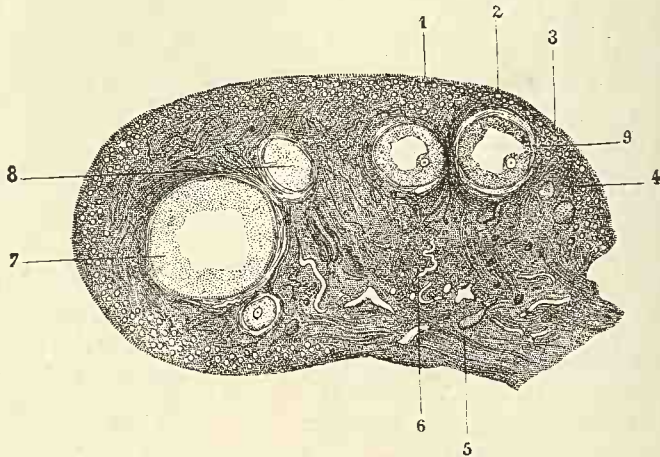


Fig. 113. Secțiunea ovarului (după Stöhr).

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Epiteliu germanitiv.           | 7. Marele folicul a lui de Graaf, al cărui ovul a fost ridicat prin secțiune. |
| 2. 3. Stratul foliculilor tineri. | 8. Folicul a cărui parte superficială singură a fost coprinsă în secțiune.    |
| 4. Stratul ovigen.                | 9. Foliculul lui de Graaf complet.  |
| 5. Bulbul ovarului.               |   |
| 6. Arteră elicină.                |   |

chiu ce plutesc într'un manșon fibro-muscular; ele formează un adevărat aparat erectil. Acesta poartă numele de bulbul ovarului. Prin hilul ovarului străbat numeroase arteriole; ele de la bulb se dirig către partea periferică a organului, pentru a-i servi de nutrițiune. De aci apoi plăcă vene și limfatice; ele ies tot prin hil urmând direcțiunea cunoscută. Toate aceste vase prezintă încolăcitură diverse formând tipul vaselor elicine; scopul este ca ele să se potă lungi cu ocaziunea ascensiunii ovarului în timpul gravidității.

**Stratul cortical.** Din centrul părții bulbare, țesutul conjunctiv merge către periferie, dirijindu-se și încrucișându-se în diferite



sensuri și interceptând tot atâtea spațurii. El formeză scheletul stratului cortical al ovarului. Către marginea cu totul periferică a organului, acest țesut se condensază sub formă de fășii mai mult sau mai puțin late și fibróse. Acest țesut rezistent și lipsit de vase s'a comparat prin analogie, cu membrana albuginee a testiculului.

Stratul cortical prezintă tóta importanța în studiul bólelor ovarului. De aceea să vedem mai în detaliu constituțiunea sa anatomo-istologică. Dînsa ne oferă de din afară în năuntru următoarele elemente: a) *epiteliul ovaric*; b) *albuginea* și *scheletul conjunctiv*; c) *ovisacurile sau foliculele lui de Graaf*.

a) Epiteliul ovaric e format dintr'un singur rînd de celule cubice, stînd direct pe albuginee ce nu e invelită de peritoneu. Aceste celule numite *epiteliul germinativ al lui Waldeyer*, sunt fórte vizibile la femeile tinere. Ele se continuă în dreptul hilului cu endoteliul peritoneal.

b) Albuginea și scheletul stratului cortical e format după cum am văzut, din resfirarea și condensarea țesutului conjunctiv plecat de la bulb. Aci găsim după Petit, de din afară înăuntru un strat fibros de grosime fórte regulat și fibre elastice circulare bine strânse; acésta pentru a da aparența unei membrane, probabil în raport cu alternativele de expansiune și de retracțiune a organului. În sfârșit găsim celule fusiforme dispuse în vîrtej, cari pentru Rouget și His ar fi fibre netede, iar după Köllicker și Waldeyer celule conjunctive.

c) Elementul cel mai principal ce conține stratul cortical îl formeză de sigur foliculii lui de Graaf destinați a produce oul. De aceea stratul acesta se mai numesce și *stratul ovigen*.

Foliculii lui de Graaf sunt de două feluri: tineri și adulți. Folicul tîner sau primordial este un mic sac a cărui membrană e căptușită de un singur strat de celule epiteliale turtite, numite celule foliculare. Fie care folicul conține în centrul său o celulă mare, ce reprezintă un oul gol fără membrană vitelină. Acești foliculi fórte mici sunt cei mai considerabili ca număr; ei se află așezați imediat sub membrana albuginee. Foliculii adulți nasc din foliculii tineri sau primordiali, trecând prin diferite faze. Un folicul adult definitiv al lui de Graaf, se compune mergînd de la periferie la centru.

a) De un inveliș conjunctiv format din două straturi: unul extern confundându-se cu stroma ovarului, formînd teca foliculului; altul intern compus din țesut reticulat plin de vase lim-

fatice și celule de forme variate. Ele constituie *membrana proprie* a foliculului. Fața internă a acestei membrane e căptușită de un strat de celule poliedrice dispuse în mai multe straturi, cu nucleii mari și granulațiuni galbene. Dînsa formeză *membrana granulósă*. Într'un punct depărtat, celulele granulóse se îngroșe și se grămădesc, formând ceea ce se numește *cumulus proliger*; în mijlocul lui se găsește ovulul. Întréga cavitate a foliculului e

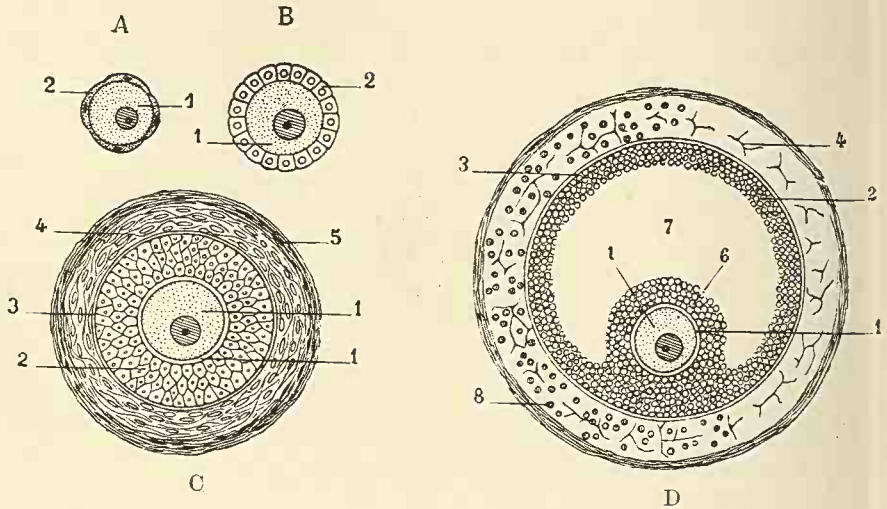


Fig. 114. Foliculii lui de Garaf. A. Folicul primordial; B, C, D. Foliculii în diferite stadiuri a dezvoltării lor (Schematic).

1. Ovul. 1<sup>1</sup> (fig. C) membrana vitelină a ovulului. 2. Membrana granulósă a foliculului. 3. Membrana proprie (bazală). 4. Tunica proprie. 4<sup>1</sup>. (Fig. D) Țesut reticulat substituit tunicei proprii. 5. Tunica fibrósă. 6. Cumulus proliger. 7. Liquor foliculi. 8. Globule albe în țesutul reticulat; aceste globule nu sunt reprezentate de cât în jumătatea stângă a foliculului (Fig. D); în jumătatea dreaptă ei au fost ridicați pentru a lăsa să se vadă țesutul reticulat.

plină cu un lichid galben de natură albuminósă, puțin filant: ele care țin în suspensiune celule cubice deslipite din membrana granulósă. Ovulul reprezentat sub forma unei mări celule posedă și el o membrană de învăliș numită *membrana vitelină* și o substanță môle viscósă numită *vitelus*. În plus are și un nucleu ce poartă numele de *vesicula germinativă* sau *vesicula lui Palkinge*. (Vezi figura 114 din Testut).

Deci foliculul lui de Graaf ajuns la maturitate e constituit de un ovul înconjurat de membrana vitelină, cumulus proliger, membrana granulósă a foliculului, membrana basală saŭ proprie a foliculului. (Testut) De la fața internă a foliculului plécă venele și vase limfatice, afară de o mică porțiune situată la polul superior ce-î lipsită de vase. Punctul acesta pörtă numele de *stoma*, *stigma saŭ gura foliculului*. In timpul maturităței, în punctul acesta se produce ruperea foliculului pe unde iese oul. Transformațiunile particulare ce suferă foliculul după ieșirea oului, dă naștere unui produs numit *corp galben*. Numele acesta nu provine, precum o dată s'a crezut, din trecerea prin diferite faze a unui coa-



Fig. 115. Secțiune schematică a unui corp galben prósăt (după Balbiani).

*a.* Stroma ovarului. *b.* Fóea fibrósă saŭ externă a foliculului lui de Graaf. *c.* Fóea internă ipertrofiată și sbârcită. *d.* Resturi din membrana granulósă. *e.* Vasul propriu al foliculului lui de Graaf.

gul sanguin ce ar rămâne după rupere în interiorul foliculului, ci din existența în păretele însuși a unor numeróse celule voluminóse neregulate, conținând granulațiuni refringente. Ele deci sunt celule speciale, cărora Robin le-a dat numele *celule de ovariu*. Sinety le consideră ca fiind celule limfatice ale stratului reticulat al foliculului, ce au luat dimensiuni și un aspect neobișnuit.

Destinațiunea unui folicul a lui de Graaf este că dînsul ajungând la maturitate, păreții săi se vasculariséză; organul devine mai voluminos, iar interiorul cavităței sale se umple de un lichid numit folicular. Sub influența unei congestiuni a bulbului ovarului și a presiunii liquidului aflat în cavitatea sa, foliculul se rupe în partea cea mai superióră și în contact cu invelișul periferic al ovarului (*stigma*). Atunci oul iese afară reprezentând fenomenul menstruațiunei. (Vezi figura 115 din Testut).

Dar nu toți foliculii trec prin acéstă fasă. Unii din ei se



atrofiază fără să se rupă și nici să dea naștere ieșirii ovulului (atresia foliculară). Dar și într'un cas și în altul, în locul foliculului rămâne un produs special numit corp galben. Iată mecanismul formațiunei sale. Indată ce foliculul s'a rupt și oul împreună cu vésicula germinativă a ieșit afară, cavitatea foliculului se umple de un exudat fibrinos; el servă ca un agent stimulent. Membrana de înveliș intră în proliferațiune și dă naștere la muguri cărnoși reprezentați prin fașii conjunctive, ce conțin în ochiurile lor mari celule cu forme epitelioides. Acești muguri de la un părete la altul se reunesc între dînșii. La rîndul sêu țesutul conjunctiv periferic proliferat, trecênd din starea embrionară în cea adultă, se retractă. El ajutat de o retractie analógă a mugurilor cărnoși, transformă întregul folicul într'o pungă sbârcită și sinuoasă.

La urmă de tot, nu rămâne din folicul de cât un mic nucleu central, limitând un spațiu stelat și impregnat de acele celule caracteristice pline de pigment. Puțin importă, zice Petit, teoriile relative la geneza corpilor galbeni, făcêndu-i să provie, unii din membrana granulósă, alții din tunica proprie, iar alții din ambele strate de o dată. Un lucru pare a fi demonstrat, că acei muguri saũ traverse conjunctive plécă din două sisteme papilare ce se imbucă împreună. Unul cu o *direcțiune centripetă*, se fusionéză cu stroma ovarului; altul cu *direcție centrifugă* naște dintr'un strat fórte subțire, care câptușește diverticulele cavităței. Pentru esplicarea formărei acestor două sisteme de papile, cel măi bun lucru este să se admită proliferarea stratului fibros al ovisacului pe de o parte, precum și al stratului sub endotelial de altă parte, iar între ambele, aceia a invălișului propriu al foliculului.

Acesta e corpul galben, a cărui prezență se manifestă la suprafața ovarului prin o mică pată cicatricială.

Am arătat că nu toți foliculii se rup, precum de asemenea nici tóte ovulele cari ies din foliculi sunt fecondate. Dar ori cum ar fi, transformarea foliculului este aceeași.

Se numesc *corpă galbeni falși* aceia cari resultă din ieșirea unui ou ne fecondat, saũ dintr'o atresie a foliculului. Din contra, când oul a fost fecondat, regresiuinea foliculului pórtă numele de *corp galben adevărat*. Evoluțiunea corpului galben falș este de o durată relativ scurtă în raport cu a celui adevărat. În cazul întâi durata nu e măi mare ca 3—4 luni; în al doilea, dînsa se continue până la finele gravidităței.

Cu aceste scurte noțiuni practice asupra ovarului, putem cu destulă înlesnire să pătrundem efectele procesului inflamator asupra acestui organ. Trecem deci la ovarite.

### Ovarite

Inflamația ovarului este acută și cronică. În imensa majoritate a casurilor, ovarita acută recunoște drept cauză avorturile și starea puerperală.

Inflamațiunea are cea mai mare predilecție a se desvolta în stratul cortical al ovarului. Acest strat însă știm că e format din două elemente esențiale: țesut conjunctiv și stratul ovigen, care conține foliculii lui de Graaf.

Când inflamația copleșește numai țesutul conjunctiv, avem *ovarita intersticială*; când din contra foliculii însuși, cari forméză partea nobilă sa și parenhimul organului, sunt atinși de procesul inflamator, *ovarita se numește parenhimatósă*.

#### § 1. Ovarita intersticială.

Forma cea mai simplă și limitată ar fi, când inflamația s'ar mărgini numai la porțiunea cea mai periferică a organului, atin-gând exclusiv stratul celular germinativ și cel mult tunica albuginee. Dînsa represintă dupe Petit *ovarita corticală*. Noi, pentru a evita confuziunea, propunem numele de *ovarită externă, periferică or superficială*.

Bernutz compară această inflamație cu *vaginalita* testiculului la bărbat.

Forma această, ce se atribue acțiuneii specifice a agentului blenoragic, determinând mai întâi o peri-ovarită, este escesiv de rară. Dînsa după observațiunile lui Lawson Tait nu se mărginește numai la învelișul seros al ovarului, ci trece mult mai departe atingând părțile profunde, așa că întréga glandă se găsește mărită de volum. Ba une ori, după cum a arătat Slavjansky, inflamația merge până în stratul ovigen, determinând în jurul foliculelor infiltrațiunii purulente și emoragii.

Când inflamația a trecut de bariera albugineeii și s'a răspândit în întregul țesut conjunctiv al stratului cortical al ovarului, atunci avem *ovarita intersticială* difusă or propriu disă.

Aci, tot țesutul conjunctiv este iperemiat, umflat, turgescenț, imbibat de serositate, infiltrat de celule embrionare difuze precum și de globule albe și chiar purulente. Adesea difuziunea și împregnarea țesutului conjunctiv e atât de mult copleșită de infiltrațiune de globule purulente, că se formază abcese în stratul cortical al ovarului. Dar ca și în cazul precedent, rar se întâmplă ca procesul morbid să se limiteze numai la țesutul conjunctiv. De multe ori inflamația fiind foarte violentă, se întinde până la foliculii. În acest cas întregul ovar e foarte mult mărit de volum, îmbuibat de lichide; foliculii se transformă în cavități kistice conținând în interiorul lor lichid seros și chiar sanguinolent. Nu este rar ca puroiul să se insinueze printre spațiurile limfatice și să atace însuși foliculii, copleșind chiar pe cei mai voluminoși. În acest din urmă cas, am avea a face cu o varietate particulară numită *ovarită supurată acută*.

## § 2. Ovarita parenchimatósă.

Se caracterisă prin inflamația foliculilor lui de Graaf. Dînsa recunoște drept cauză inflamațiunile infecțioase acute, sau diferite alte intoxicațiuni. În formele cele mai ușore, singurii foliculii primordiali, cari sunt așezați la periferia ovarului, sunt atinși umplându-se cu lichid puriform, ce îi pot distruge cu totul. Acesta se observă mai ales în inflamațiile periovarice, când agentul morbid s'a transmis de la peritoneu la ovar. Foliculii adulți resistă; ei nu se lasă a fi atacați de cât mult mai târziu, adică în ultimul moment. Membrana granulósă se desquaméză, își pierde celulele, intră în degenerescență turbure, capătă un aspect lăptos; la urmă însuși ovulul e cu desăvârșire distrus. După Slavjansky, oul ar rezista mai mult de cât celulele cari îl înconjoară.

## § 3. Ovarita cronică.

Resultă din continuarea și persistența procesului inflamator acut. Deosebirea este că aci, țesutul conjunctiv ipertrofiat și în stare de ipergenesă, trece din starea embrionară în cea adultă sau fibrósă. Prin urmare dînsul investindu-se cu putere retractilă și inodulară, fâșiile sale condensate și ondulate vor începe să se retracte; toate celulele conjunctive tind să dispară iar vasele sugrumându-se, își astupă lumina și devin impermeabile.

Idealul ovaritei cronice ar consta după Nagel, ca sclerosă țesu-



tului conjunctiv intersticial să nu comprime și cu atât mai puțin să distrugă foliculii lui de Graaf. Idealul acesta însă e departe de realitatea lucrului: alterațiunea foliculilor e aprópe constantă în ovarita cronică.

După Nagel, ovarita cronică rezultă dintr'o infecțiune benoragică; dînsa propagându-se prin calea de continuațiune până la pavilionul trompei, iar de aci la ovar, determină o peritonită circumscrisă, ce întretine organul într'o stare de iritațiune cronică. Acésta inflamație plecată de la periferie, póte treptat să mérgă în adîncime și să copleșéscă părțile cele mai profunde ale ovarului.

Există și în ovarita cronică câte-va varietăți cari de și mai mult teoretice totuși merită a fi știute.

Am avea după Paul Petit și S. Bonnet *ovarita cronică corticală ca diseminată, ipertrofică și atrofică*.

a) **Ovarita cronică corticală.** Ovarul e înconjurat de false membrane; în mijlocul lor se găsesc câte odată focare sanguine, analóge cu acelea a pachy-meningitei. Sclerosă póte copleși organul pe o întindere mai mare în grosimea sa; alte dáți dînsa se limitéază oprindu-se în mod clar și uniform la câțiva milimetri de la suprafața organului. Dar țesuturile subjacente nu sunt mai puțin supuse la desorganizare: obstacolul ce se oferă la eșirea oului și la circulațiunea venosă a hilului, determină idropisia foliculară și rupturi emoragice, în jurul cărora se desvoltă focare secundare de sclerosă.

b) **Ovarita cronică diseminată.** Dînsa e caracterisată prin focare de sclerosă ce aũ luat nascere împrejurul vaselor, a kiștilor foliculari și a corpilor galbeni—ceea ce de alt-fel e tot una, ovissacul represintă regiunea cea mai vasculară a ovarului. E vorba aci de un proces fórte lent și cronic de odată. El se observă de obiceiũ în casuri de fibróme uterine.

c) **Ovarita cronică ipertrofică.** Ipertrofia sclerosă a ovarului e caracterisată prin ipergenesa țesutului fibros cu distrugerea foliculelor. Cum ȕice fórte bine Tait, acésta nu e în definitiv de cât sclerosă ajunsă la a doua periódă, precedând pe aceea de re-tracțiune. Ipertrofia e totală sau mărginită la periferie (Dariev și Bourges). In orí ce cas suprafața ovarului, prin faptul accentuării sghiaburilor sale, reamintește aspectul circonvoluțiunilor cerebrale. Independent de ipertrofia sclerosă, Tait și Slavjansky admit existența unei ipertrofii adevérate, provenind din ipergeneza elementelor normale ale glandei și putând mări greutatea sa, de la 60—70 grame.

d) **Ovarita cronică atrofică sau ciroza.** Sclerosă atrofică sau ciroza ovarului este probabil sfârșitul tuturilor varietăților de ovarită, inclusiv ovarita supurată cu mici focare neevacuate. Procesul de sclerosă e împins aci la extrem. Ovisacurile și chiar kiștii folliculari sunt foarte rari sau absenți. Un foarte mic număr de vase rămân permeabile.

#### § 4. Ovaritele kistice.

Scim că cea mai mare parte din stroma ovarului e ocupată de foliculii lui de Graaf și corpi galbeni. Prin urmare formațiunea de kiști nu se poate efectua de cât pe socotéla acestor două organe. De aci *kiști folliculari și kiști ai corpului galben*. Mai avem însă de observat, că se cere și o alterațiune prealabilă a țesutului ovaric, adică să fie copleșit de ovarită cronică, intersticială, de sclerosă totală.

Fără aceste leziuni, cari aduc o piedică în circulațiune precum și în deschiderea foliculului, kiștii nu se pot forma.

În urma diferitelor procese inflamatorii, este posibil ca țesutul conjunctiv al stromei ovarului să se infiltreze de un liquid seros în urma unei jene circulatorii. Acest liquid, acumulându-se în spațiurile sau ochiurile ce forméză țesutul conjunctiv, e capabil să se înconjoare de o membrană de înveliș și să dea astfel naștere unor adevărate producțiuni kistice. Acesta forméză varietatea descrisă de Petit sub numele de *ovarită hidro-kistică prin idropisia stromei; pseudo-kiști seroși*. Ei sunt datorii vacuolisărei stromei ovarice prin edem. Causa ar fi o leziune pur trofică de natură varicosă a venelor. În adevăr, Petit a descris aceste leziuni. Venele hilului sunt flexuoase, țesutul conjunctiv presintă o substanță intercelulară sticlósă și amorfă. Edemul se găsește inegal repartizat, dar tot-d'a-una pronunțat în jurul vaselor. Capilarele sunt înconjurate de celule embrionare, vasele presintă o ectasie considerabilă; rar edemul pe unele puncte disociază țesutul conjunctiv și finesce prin a forma lacune mai mult sau mai puțin largi. Acești pseudo-kiști sunt datorii la o topire progresivă a țesutului celular din care se forméză cavități. Ele se umple puțin câte puțin de liquid. Această infiltrațiune edematósă nu e specială formelor cronice de ovarită, căci Pilliet le-a arătat și în inflamațiunile acute. (Legueu).

Dar kiștii cei mai importanți sunt aceia ai foliculilor lui de Graaf și ai corpilor galbeni.

### § 5. Kiști foliculari ai ovarului.

Studiați pentru prima oră de Rokitansky, dinșii au fost mult timp considerați ca fiind punctul de plecare al adevăraților kiști ai ovarului. Patogenia acestora însă, după cum vom vedea, e cu totul alta. Ei recunosc incluziunea tubilor lui Pflüger în substanța ovarului, iar nici de cum idropisia foliculară.



Fig. 116. Degenerescență sclero-kistică a ovarului său kiști în miniatură (personală).

Kiștii foliculari ni se prezintă sub două aspecte, după cum provin din foliculii primordiali sau adulți. În cazul întâiu fie solitari sau în număr mai mare; acești kiști tot-d'a-una de volumul cel mai mic — mergând de la un bob de meiș până la un bob de linte — fac proeminență pe suprafața externă a ovarului; din cauză că foliculii sunt cei mai periferici. Dinșii au fost numiți de Cruveilhier *kiști în miniatură*, iar de Pozzi *micro-kiști*. Mai pörtă încă numele de *degenerescență sclero-kistică a ovarului*, din cauză că tot-d'a-una există scleroza țesutului conjunctiv. În fig. 116 avem un model de degenerescență sclero-kistică a ovarului său kiști în miniatură.

Kiștii cei mai importanți sunt de sigur aceia cari recunosc ca origină idropisia unui adevărat folicul a lui de Graaf. Dinșii



sunt mult mai profunzi și au un volum mult mai mare. Ei încep de la acela al unei cireșe, până la un pumn și chiar cap de fet. În acest caz tumora rezultă din aglomerarea mai multor kiști și din reunirea lor tardivă formând unul singur.

Am zis că acești kiști provin din idropisia foliculului lui de Graaf. Nu trebuie însă luat drept kist o simplă creștere de volum a acestui folicul. S'a constatat în adevăr chiar pe noile născute foliculi foarte mult dezvoltate. Dar tocmai faptul că ei se găsesc în centrul unui ovar sănătos, nu iaș numele de kiști din cauză că nu există și o sclerosă concomitentă a țesutului conjunctiv.

S'a susținut că foliculul lui de Graaf, pentru a deveni kistic, e necesar ca prealabil ovulul să fie în degenerescență. Teoria, care pune totă energia procesului de evoluție în vesicula germinativă, și care consideră distrugerea petei germinative și involuțiunea foliculului lui de Graaf ca punctul de plecare al orii cărei formațiuni kistice morbide, nu ne dă, ȃice Spencer-Wels, o explicațiune care să se pȃtă aplica la tȃte cazurile. În adevăr, Rokitansky și Ritchie au constatat prezența de ovuli în kiștii ovarului mult mai voluminoși de cât în foliculul al lui de Graaf normal adult. Acesta probază că vesicula nu are trebuința să ajungă la un grad înaintat de maturitate, pentru a suferi degenerațiunea kistică. În plus, s'a întâlnit kiști simplii prezentând caractere analoge pe ovarele noilor născute. Pe de altă parte, singură prezența ovulului nu este o probă doveditoare că foliculul nu a ajuns la un grad ȃre-care de maturitate. Dar adaugă Spencer-Wels, fără să respingem această ipoteză, trebuie să căutăm origina kiștilor ovarului în metamorfosele continue la cari acest organ este expus. Se pȃte întâmpla ca o emoragie accidentală făcându-se într'un folicul ce se apropie de maturitate, și găsindu-se prin urmare în perioada cea mai activă de putere formatrice, să creeze o tendința la hipertrofia morbidă.

Deei am putea stabili ca primă teorie a kiștilor foliculare, intervenirea unei iperemii destul de puternice, cari ar aduce o hipertrofie fiziologică exagerată a foliculului. În aceste condițiuni, zice Scanzoni, nu pareții foliculului se îngroșă; agentul iperemie determină formațiuni de exudate anormale în membrana limitantă a foliculului, așa în cât organul neputându-se rupe pentru a da ieșire ovulului, întregul folicul se transformă cu timpul în kist.

O altă teorie foarte ingenioasă și care se găsește în Spencer-Wels, se datorește lui Groche. ȃnsul pretinde că există în ovar

două sisteme vasculare independente unul de altul. Unul din aceste sisteme coprinde toate vasele nutritive ale organului, iar altul nu servă absolut de cât la creșterea de volum a foliculului. Dacă presupunem ruperea foliculului, sistemul acesta vascular va fi distrus. Toate vasele foliculare se vor oblitera; prin urmare el nu va mai putea crește. Dînsul însă va rămîne sub dependența sistemului vascular nutritiv al organului. Acest sistem, aducând o îngroșare a părăților, precum și o creștere a cantității de fluid secretat în cavitate, foliculul se va transforma în kist. Fenomenul s'a adevărit de Klob. El dă următoarele două cazuri, unde există o atrofie a vaselor capilare a foliculului. Într'unul se vedea în mod clar pe fața internă fine ramificațiuni, reprezentând resturi din vasele obliterate; în altul existau plăci brune de sînge descompus.

Dar ori cum ar fi, acești kiști foliculari așezați în partea profundă a ovarului, au un conținut une-ori seros, alte-ori mucos, gelatinos și chiar emoragic. Totul depinde după gradul iperemiei. Ei pot fi solitari, multipli și de volum mic atingând rar acela al unui pumn. Când kiștii copleșesc un număr considerabil de folicoli ai lui de Graaf, așa în cât întreaga substanță a ovarului să fie ciuruită de dînșii, constituie o varietate a parte numită de Pozzi *bólă kistică a ovarului*. Une-ori kiștii crescând, se apropie între ei, se fusionază. Părății ce-i separă se distrug și din totul se formază un singur kist. Acesta căpăta un volum foarte mare, transformând întregul ovar într'o adevărată carapace ce-i servă de înveliș.

### § 6. Kiștii emoragici.

Aceștia provin tot dintr'un folicul al lui de Graaf. Aci însă, liquidul în loc de a fi seros e înlocuit prin sînge. Acești kiști *ematofoliculari* sunt mici; alții însă devin mai mari, mergând de la o migdală până la un pumn. Ei tot-d'a-una se însoțesc de o sclerosă a ovarului. Origina lor ar părea a fi o iperemie puternică și chiar emoragie în interiorul foliculului, care la epoca menstruală nu se pôte rupe pentru a da ieșirea oului. De aceea Boeckel îi numește *kiști menoragici*. În fig. 117 avem un model de kist emoragic al ovarului.

În sfîrșit putem întîlni kiști emoragici în afară de folicul. Ei sunt desvoltați în țesutul conjunctiv intersticial al ovarului

și formeză o varietate a parte numită *emato-kist* prin emoragie intersticială. Dînșii pot fi izolați, conglomerati, sau răspândiți în tótă substanța ovarului. In acest caz, ovarul se transformă într'un adevărat terciu emoragic.

### § 7. Kiștii corpului galben.

Rokitansky a arătat că un folicul după ce s'a transformat în corp galben, pôte să dea nascere la un kist. Cavitataea sa plină de liquid seros, e capabilă a lua dezvoltări colosale. Nagel

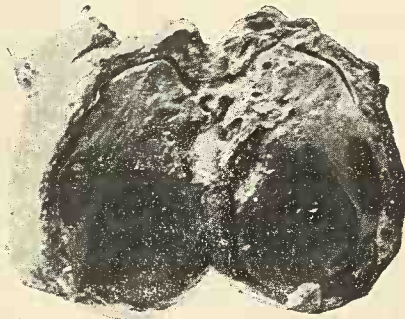


Fig. 117. Model de kist ovaric emoragic (personală).

susține că toți kiștii voluminoși uniloculari ai ovarului, s'ar dezvolta grație acestui mecanism. Dînșii nu se recunosc de cât prin examenul microscopic; el ne arată acei muguri papilari, despre cari deja am vorbit.

### Simptomele ovaro-salpingitelor.

Din descrierea făcută, am văzut că procesul inflamator foarte rar rămâne izolat la unul din organe; el are predilecțiunea să se întindă foarte repede și la cel-l'alt. De aceea descrierea fenomenelor ambelor acestor organe se contopește într'un singur capitol, sub numele de **salpingo-ovarite** sau **anexite**. Sunt însă semne proprii inflamațiunei fie căruî organ, cari ne permit a susține



salpingita saŭ ovarita în mod separat. De regulă însă ne vom găsi în fața unei combinațiuni a acestor două afecțiuni, anexite.

Dându-se conexiunea intimă de continuitate de țesut ce se află între trompă și uter, salpingita va fi cea d'întăiu și în mod primitiv, care va deschide scena inflamatorie în micul basin. Ovarul este atacat în al doilea rînd și numai prin contactul direct cu trompa.

Salpingita ne oferă două moduri de manifestațiune: dînsa pôte să apară în mod brusc, fie în urma unui coit impur, a unui avort saŭ a unei faceri laborioase lipsită de îngrijiri igienice. In cazul acesta, femeea e coprinsă de durere vie, avînd răsunsetul în micul basin, localisată într'una saŭ în ambele fose iliace în nivelul cunoscut al sediului trompei. Dacă inflamațiunea e violentă, bóla, pe lângă crescerea exagerată de intensitate, se însoțesce și de alte dureri răspândite într'o mare întindere a abdomenului; de vîrsături și de o frecuență fórte mare a pulsului. Acésta deja ne arată o complicațiune din partea peritoneului, precum o peri-salpingită și însași pelvi-peritonită.

Când lucrul nu se însoțesce de o extensiune mare a inflamației, tóte fenomenele alarmante încep a descrește, până când femeile se consideră vindecate; unele rămân cu dureri, dar suportabile și fără a ne inspira vre-o grijă.

De obicei însă, salpingita în loc să apară în mod brusc, dînsa se manifestă mî cu încetul, mî pe nesimțite, adică în mod insidios. Femeele încep a simți din când în când câte o durere violentă dar pasageră, fie în timpul când umblă saŭ chiar stînd pe scaun ori în pat. După cât-va timp însă, atunci când se credea mî liberă, de o dată e coprinsă de aceleași dureri, dar acum mî persistente. Și tot ast-fel lucrurile se succed; intervalul dintre o durere și alta se micșorează până ce femeea se convinge în adevăr că e bolnavă. Acésta represintă desvoltarea salpingitei cronice. Dar în timpul acesta, de regulă și ovarul este prins, precum și cele-l'alte organe din prejur: atunci tabloul clasic al salpingo-ovaritei e deja constituit.

Vom căuta a descrie fie-care simptom în parte al acestei afecțiuni complexe, căutînd a reda fie-cărui organ ceea-ce îi aparține.

Incepem întăiu **cu durerea**. De și simptomul acesta e cel mî constant în inflamațiile anexelor, totuși cferă cele mî bizare variațiuni. De la cea mî simplă și pasageră, dînsa pôte deveni atroce, permanentă, gravativă, lancinantă, sfășietóre. Une-orî dînsa se pôte calma și chiar să dispară prin repaus; alte dăți

nimic nu o îmblânzește. Femeea căută în zadar să ocupe diferite pozițiuni; nu obține însă nici un folos. Aceste dureri în majoritatea casurilor se găsesc localizate chiar în dreptul anexei bolnave. Alte dăți ele se iradiază în cõpse, în lombe, către rect, bășică, în regiunea rinichiului și până la diafragm. Adesea observăm nevralgii intercostale și chiar ale trigemenului în legătură cu inflamația anexelor, — *fenomene reflexe*. Dînselve reprezintă în unire cu tristețea, descurajarea, durerile de stomac, de cap, etc., în care e aruncată femeea, un total de simptome numit *sindrom utero-anexial*. Nu rare-ori constatăm, că durerea în loc de a fi localizată de partea anexei bolnave, dînsa se manifestă în partea opusă. De obicei fenomenul se observă la stînga, de și leziunea este la drépta. Acestui fapt i s'a dat numele de Legueu de **durere paradoxală**. Une-ori durerea se manifestă în mod intermitent îmbrăcând tóte formele colicilor. După o criză paroxistică, unde femeea e amenințată a cădea în sincopă, de o dată se simte ușurată. Dar în momentul acesta se constată o scurgere prin vagin de o cantitate mai mare sau mai mică de liquid seros, purulent și chiar sanguin. Acésta se observă în special în salpingitele catarale și chiar în hidro-salpinxe.

Hegar și Kaltembach atribue acest fenomen unei contracțiuni musculare a pãreților salpingei; grație ei, conținul fiind golit în afară prin ostium uterin, s'ar esplica la perfecție varietatea cunoscută de idrops tubae profluens a lui Froriep. Opiniunea lui Hegar însă nu se confirmă prin observațiuni; acestea aũ arătat că în casuri de asemenea salpingite, fibrele musculare sunt cu totul subțiate, iar îngroșarea pãreților salpingei se datoresce prezenței unei cantități mari de fãșii conjunctive. Prin urmare ideia de contracțiune musculară e o simplă ipoteză. De aceea durerile saũ așa numitele colici salpingiene, ar proveni după unii, dintr'o contracțiune spasmodică a însăși corpului uterin, al cărui orificiũ intern fiind de obicei deviat saũ astupat, efortarea sa de a învinge acest obstacol ar fi inevitabil însoțită de dureri. Sawinoff atribue crizele dureroase salpingiene unei compresiuni a firelor nervóse saũ a unei periovarite. Orĩ cum ar fi, fenomenul de golire bruscă a unei tumori lichide salpingiene se întãlnesce destul de des în practică; el constituie o adevărată *vomică salpingienă*. Routier spune că a observat un caz de piosalpinx, pe care îl golea prin uter prin simpla presiune.

II. **Menstruația**. Primul lucru este o neregularitate în apariția de menstrue. Dar aci e greu să putem atribui partea ce se

cuvine exclusiv salpingitei sau ovaritei. Fôrte adesea aceste turburări menstruale recunosc drept cauză inflamațiunea endometrului.

De ôre-ce însă metrita este fatal însoțită de salpingită, dînsa va contribui și mai mult la neregularitatea aparițiunei menstruelor.

În prima linie constatăm lipsa de precizie în aparițiunea lor: în loc ca femeia să fie menstruată la o lună, dînsa se vede însemnată la 20 zile, apoi la 18 și chiar la 15. Scurgerea devine mai prelungită, alte dați mai abondentă, iar une-orî în cantitate fôrte mică și chiar de loc. De aci menoragii, metroragii și chiar amenoree. Ceea ce arată existența unei salpingite sunt durerile de cari se însoțesc menstruele, fie că apar la început, în cursul sau la sfîrșitul lor. În casuri de emato-salpinx putem constata un fenomen asupra căruia *Puech* a atras atențiunea. El constă că menstruele pot fi înlocuite printr'o scurgere neîncetată de sânge în mici cantități dar în mod continuă. Dînsa a primit numele de *amenoree distilantă*.

În afară de aceste simptome, anexitele ne mai atrag atențiunea și prin diferite alte turburări funcționale, fie a organelor vecine sau depărtate. Ast-fel avem în prima linie dizuria și iritațiunii din partea rectului; ele sunt însoțite de diaree și evacuațiunii de materii membranose, albiciose, constituind ceea ce *Nonat* a numit *rectită glerosă*.

În mijlocul acestor fenomene locale și generale unele mai grave de cât altele, femeia este amenințată în însăși viața sa conjugală: dînsa numai pôte suporta nici un raport sexual. Decî căsătoria e pe punctul de a înceta. În adevăr, o femeie cu anexite și mai ales când acestea sunt cădute în fundul de sac al lui Douglas, se găsește în imposibilitate de a răspunde cerințelor bărbatului, din cauza durerilor extraordinar de mari, ceî provôcă cel mai blând coit. Fenomenul acesta a fost numit de Americani, *dispareunie*.

**Examenul local.** Constă în explorarea cu degetul a vaginului, a rectului, precum și în examenul combinat, adică avînd degetul în vagin și aplicînd cea-laltă mână pe abdomen. Pentru ca acest examen să dea cele mai mari folose, vom căuta să dăm bolnavei pozițiunea recomandată de Schültze. Dînsa constă că bolnava să fie culcată pe spate; genuchii flexați, iar cîpsele puse în rotațiune în afară. Muschiul psoasî sunt ast-fel întinși. Trebuie să urmăm ca punct de reper, marginea internă a acestor



muşchi până la strîntórea superióră; să îndreptăm atunci explorarea noastră ceva mai înăuntru către córnela uterului. Intîlnim în acéastă regiune o mică tumoră ovoidă, normal de grosimea unei migdale, pe care o simțim cu pulpa degetului său o apucăm între ambele mâini făcînd examenul combinat. Acésta va fi ovarul. Dînsul ceva de va fi bolnav, vom determina chiar prin cea mai simplă presiune, o durere exquisă; prin ea smulgem plînsete și țipete din partea bolnavei făcîndu-o chiar să sară din pat.

Faptul acesta de sensibilitate exagerată a ovarului bolnav, ne este de cel mai mare preț mai ales în anexitele vechi. Aci totul formeză o tumoră inextricabilă și umple întregul basin, formînd ceea ce noi am numit **parartimatocel**. În acest caz, unde nu mai e posibil recunoscerea nici unui organ, totuși vom putea descoperi ovarul; el va fi acolo, unde durerea va fi mai exquisă.

În casuri simple, când trompa și ovarul de și bolnave dar au rămas separate, iar fundurile de sac libere, putem până la un punct ca prin examenul combinat să ne dăm sémă de starea în care se găsește trompa. Vom aplica degetul pe partea laterală a uterului mergînd până la corn; de aci dirijîndu-ne către fosa iliacă, ne va fi posibil a simți un cordon une-ori elastic, analog cu artera femorală, iar alte dați provădit de mică nodosități. Acestea, *Schauta* atribue o valóre semiologică fôrte mare. Din partea lor *Duncan*, *Doleris* și alții, susțin că trompa și ovarul bolnave și-ar mări volumul în momentul menstruelor. De obicei, constatarea unor asemenea semne aparținînd trompei sau ovarelor, fôrte greu le putem poseda. În cazul cel mai ușor există o peri-salpingită sau peri-ovărită; acestea înconjurînd organele ca într'un manșon, le maschéază, sustrăgîndu-le de la orî ce exploarațiunii. Dacă la acésta mai adăogăm complicațiunii de pelvi-peritonită, de aderența anexelor între ele, cu uterul, cu rectul, precum și cu peritoneul formînd faimosul *plastron abdominal a lui Chaumel*, lesne înțelegem silința zadarnică ce ne-am depune, a discifra fie care organ în parte. Și acésta cu atît mai mult cu cît iritațiunea peritoneală determină o contractiune așa de puternică a părăților abdominali, în cât îl transformă într'un adevărat zid. În asemenea casuri s'au propus de unii cloroformisarea bolnavei. Lucrul însă îl credem inutil; adesea chiar în timpul operației, când avem sub ochii noștri întréga tumoră, încă nu putem a afirma cu ce anume avem aface. Cât privește exa-

menul rectal, prin el vom căuta să ne dăm seamă de proeminența organelor și de tendința lor de a intru pe în acest loc, constatând puncte fluctuente, durî sau semi-solide. Vom căuta de asemenea să controlăm situațiunea anexelor în raport cu uterul, precum și deviațiunile acestuia.

### Diagnosticul Salpingo-ovaritelor.

Diagnosticul anexitelor luate în bloc e tot ce pôte fi mai ușor. Când constatăm pe o femeie, având pe unul din fundurile de sac ale vaginului—în special lateral și posterior—o tumoră de volum mediu, de consistență variabilă, de formă aprópe regulată, fie cu extremitatea mai mare în afară, iar cea mică dirijată către partea laterală corespondentă a uterului, fie sub forma unui cilindru plecat iarăși de la uter către fosa iliacă, sau în fine sub forma unî glob rotund lipit de uter sucit asupra lui însuși; și când prin explorațiune cu degetul găsim o împăstare și inclavare a acestei mese întregi cu uterul; și când descoperim unele puncte escesiv de dureroase, tumora acésta în 90% este o *salpingo-ovărită*, este o *anexită*, este un *parurimatocel*. Bine înțeles, confirmarea diagnosticului se va baza fórte mult pe antecedentele bolnavei. Dar tocmai aci stă întréga chee: numai prin antecedente putem deosebi anexita de diferite alte stări morbide, ca resturi de ematocel, flegmon al ligamentelor largi, celulită pelvienă, pelvipèrinitota, etc., cu cari s'ar putea confuncla.

Este adevêrat că tóte aceste resturi atât prin sediù cât și prin caracterele lor morfologice se apropie mult de anexite: ca și acestea, dînsele pot fi așezate în fundul de sac lateral sau posterior, să ofere o suprafață cu rid.cături, adâncături, puncte mai moi, mai tari, unele insensibile iar altele escesiv de dureroase. Tóte acestea sunt în conexiuni intime cu uterul, întocmai ca și o inflamație cronică a trompelor sau ovarelor. Dar în tóte, pe lângă micile particularități ce ne va oferi tumora, numai antecedentele bolnavei ne sunt de cel mai mare folos în stabilirea diagnosticului. Aparițiunea unei anexite mai de obicei este lentă, insidiósă; chiar de s'ar fi anunțat printr'o periódă acută și bruscă, acésta însă e de scurtă durată. După un repaus de 2—3 zile totul se calméază; bolnava părăsesce patul cređându-se sănătósă. Totuși dînsa va păstra în basinul său anexele bolnave, dar dormitânde. Pe lângă acésta, bóla vine în urma unor escese, a unei oboseli, a unui dispreț al regulilor igienice, etc.

Nu este însă tot ast-fel cu resturile morbide constatate în basin, cari de și fiind de o altă natură, s'ar impune drept anexite. Aci fiind de exemplu vorba de un vechiū flegmon al ligamentelor largi, de o pelvi-peritonită, ematocel, etc., vom afla din antecedentele bolnavei, că bóla pe lângă că a apărut brusc, n'a fost pasageră; ea a durat 2—3 săptămăni cu fenomene fórte alarmante, cu febră, frisoane și diferite alte episóde, cari nu s'au putut șterge din suvenirea bolnavei. Vom afla de exemplu că în urma unei faceri sau a unui avort, în urma unei supresiuni brusce a menstruelor, în urma unei explorațiunii a cavităței uterine făcute în rele condițiuni, femeea până aci sănătósă de o dată a căđut bolnavă. Ea a fost coprinsă de dureri violente, vărșături, umflarea pântecelui, etc. Ei bine, în asemenea casuri aflându-ne în fața unor leziuni în micul basin, ne va fi posibil a recunósce adevărata lor origină, ca fiind consecința unui flegmon al ligamentelor largi, pelvi-peritonită, etc., iar nu o simplă salpingo-ovarită. Aparițiunea acesteia după cum am vėđut, nu e nici atât de sgomotósă și nici așa de persistentă. Dar nu putem însista mai mult asupra caracterelor diferențiale ce ne oferă diferiți noduli inflamatori din micul basin, ce simțim prin fundurile de sac vaginale; particularitățile lor aparțin fibro-miómelor, retrodeviațiunilor uterine, pelvi-peritonitelor, flegmonului ligamentelor largi, ematocelului, etc., etc., lucruri ce am arătat la capitolele respective.

Sunt însă câte-va afecțiuni, al căror diagnostic diferențial de o anexită, presintă o importanță specială. Ast-fel avem întâiū recunóscrea unui hidro-salpinx. Acéstă afecțiune, când circumstanțele pentru o explorațiune bimanuală sunt favorabile, iar complicațiunii inflamatorii sau de aderențe în basin lipsesc, ni se oferă ca o tumoră de formă regulată, mobilă și cu päreți subțiri. Când tumora se află așezată în fundul de sac posterior, Landau dá următorul semn patognomic: uterul fiind împins înainte ia o pozițiune anteflexată; dacă încercăm să reducem deviațiunea și să împingem uterul înapoi, simțim o rezistență elastică, ca și cum organul ar fi rezemat pe o pernă umplută cu aer sau apă. Incetând presiunea, uterul imediat își reia pozițiunea primitivă — tumora retro-uterină este un hidro-salpinx. Dacă din contra simțim că päreții acesteii tumori sunt mai grosi, mai rezistenți și insoțiți de aderențe, probabilitatea va fi în favórea unui pio-salpinx, mai ales dacă la acésta se mai adaogă și o ascensiune termică regulată. Febra însă nu e ceva constant, de



óre-ce nu numai în pio-salpinx, dar în fórte multe supurațiuni ale anexelor, dînsa póte lipsi cu desăvêrșire.

A doua afecțiune ce trebuie separată de anexite, este graviditatea extra-uterină în primele 2—3 luni. De sigur aci nu va fi vorba de ruperea pungei, ce se însoțese de aparițiunea unor fenomene dramatice și cataclismice, ci de conservarea încă a fetului în interiorul trompei, dându-ne emato-salpinxul. În cazul acesta vom afla că menstruele femeii au fost suprimate cu o lună sau două înainte, or n'au fost reprezentate de cât prin câte-va picături de sânge iar că în urmă a luat caracterul unor adevărate emoragii. Pe lângă acesta, corpul uterului va fi mai voluminos, mai môle, cu orificiul extern întredeschis, buzele și însuși corpul gâtului mai ramolit. Prin vagin se scurg secrețiuni muco-sanguinolente sau numai picături de sânge — emoragie distilantă — precum și chiar porțiuni pronunțate de mucósă, care nu e de cât caduca. Cu totalul acestor semne, unite și cu alte fenomene ce se apropie de o sarcină bastardă, ca greață, umflarea sînului, pigmentarea mamelónelor, trebuință frecventă de a urina, etc., putem fi în drept, dacă nu să afirmăm, cel puțin să presupunem o graviditate ectopică.

În fine mai putem fi puși în îndoială între o apendicită și anexită dréptă. Mărturisesc că nici o dată nu m'am găsit în fața unei asemenea eventualități. Totuși trebuie să fim preveniți, căci un diagnostic precis e de cea mai înaltă importanță pentru bolnava: intervențiunea va fi de urgență în prima, pe când în anexită expectația nu e atît de prejudiciabilă. Nu numai că apendicita la femeii e mult mai rară ca la bărbat, dar în plus, dînsa se însoțese de desfășurarea unor fenomene speciale, ca frison, limbă uscată, ascensiune regulată de temperatură, sensibilitate mai exagerată a abdomenului, agravarea progresivă și repede a simptomelor etc.; lucruri ce nu le găsim în anexite. Nu este imposibil ca să existe ambele afecțiuni de o dată. Este cunoscut că o bună parte din anexite recunosc ca origină infecțiuni intestinale. În cazul acesta nu ne rămîne de cât a aștepta momentul favorabil pentru a interveni.

Tot ce am arătat până aci este cu privire la inflamațiunea anexelor ajunse într'o periódă destul de înaintată. Am spus că inflamațiunea trompei și a ovarului în prima lor periódă catarală, prin urmare atunci când organele sunt încă separate între ele, fenomenele prin cari bóla ni se anunță rar sunt sgomotóse ci mai tot-d'auna insidióse. Cu tóte acestea, se întâmplă ca unele

femei, de o dată să cadă bolnave, fiind brusc copleșite de nise dureri din cele mai violente, aflate în regiunea anexelor. Examinând cu minuțiozitate și escludând posibilitatea orîi cărui proces morbid ce am trecut în revistă până aci, ne rămâne a ne gândi la aparițiunea unei afecțiuni bizare, lipsită de fenomene inflamatorii. Acesta este **ovarialgia** proprie femeilor isterice și foarte bine descrisă și studiată pentru prima oră de *Charcot*. În afară de lipsa unor leziuni palpabile în anexe, în afară de cercetarea și descoperirea diferitelor stigmatice isterice, avem pe lângă aparițiunea bruscă, și următoarele semne de cea mai mare importanță datorite lui *Charcot*. Femeea aflată într-o asemenea criză de țipete și dureri, constatăm o iperestesie excesivă a abdomenului. Cea mai superficială explorațiune exagerază starea bolnavei; din contra, o apăsare profundă și directă pe ovar, face să dispară orîi-ce fenomen alarmant ca prin farmec. Lucrurile acestea sunt cu totul inverse, dacă ar fi vorba de o adevărată ovarită. *Charcot* a arătat un cas din cele mai frumoase de ovarie, asupra unei femei însărcinate. La dînsa fenomenele isterice de origină ovarică se puteau urmări schimbându-și locul, pe măsură ce uterul gravid creștea de volum. În fine cele-lalte fenomene de nevralgii abdominale vor fi foarte ușor deosebite de adevăratele anexite cu care n'au nici o legătură, sau cel mult nu sunt de cât sub dependența lor.

**Mersul și prognosticul.** Indată ce inflamațiunea s'a propagat în părțile profunde a organelor genitale și anume în anexe, cu foarte multă greutate se mai poate scóte, dacă nu chiar de loc. Adesea-orî femeea rămâne infirmă. Singura scăpare este o intervențiune operatorie gravă, ce constă în laparatomie și ridicarea anexelor. Ceea ce e mai desesperat este, că cu tot acest mare sacrificiū la care se supune și se expune bolnava, durerile une-orî încă nu dispar complet și în mod definitiv. Este adevărat că anexitele de și au un mers cronic și progresiv, totuși une-orî par a se mai îmblânzi și a face pe bolnavă să creză că e vindecată. Dar acesta nu este de cât o iluziune, căci atunci când dînsa nu se gîndesce, bóla revine și une-orî cu o impetuositate mult mai mare. De aceea cu drept cuvînt s'a susținut că adevăratele anexite, mai ales ajunse în ultima lor periódă, n'au nici o tendință la vindecare spontanată. Tot ce s'a luat ca atare a fost eróre de diagnostic, fiind vorba de simple inflamațiuni conjunctive, cu noduli edematoși, ușóre adenite sau limfite, orî limfangite pelviene. Acestea singure pot fi capabile a dis-

pare prin repaus sau alte medicațiuni apropiate despre cari vom vorbi.

**Tratamentul.** Iată una din chestiunile cele mai arzătoare ce și ați pasionéază pe chirurghi. Mulți sunt cari susțin, că prin mijloce blânde ca repaus, băi calde de șezut, injecțiuni antiseptice vaginale, dar mai ales clisme laudanisate la temperatură de 40—45°, amestecate cu glicerină neutră, ce are proprietatea descongestionantă; aplicațiuni pe pânțele de visicători, tinctura de iod, alternând apoi cu unguente mercuriale beladonate, un regim tonic, indur, bromur și iodol luate la interior în doze de 2, 3, 4, grame, etc. etc., dau rezultate destul de frumoase și încurajătoare pentru medic și bolnave. Dacă la acestea adăugăm în timpul verei șederea la stațiuni balneare cloruro-sodice, băi de mare, băi de nomol, dintre cari cel mai puternic e Lacul Sărat, de multe ori rezultatele căpătate sunt ast-fel, în cât s'ar putea susține obținerea unei adevărate vindecări. S'a obiectat că totul se mărginesce în risipirea produselor pure inflamatorii perianexiale sau a micului basin, puțin importă. Faptul concret e că bolnavele sunt mulțumite. Pe de altă parte, chiar presupuind că rămâne în loc ovarul sau trompa sclerosate, sbârците sau cu inflamațiuni parenchimatose, acesta nu are absolut nici o valoare practică, din momentul ce dinsele stați locului, fără a provoca suferințe bolnavei. În ori-ce caz chiar de ar rămâne ore-cari dureri în micul basin, este destul ca ele să fie tolerabile pentru ca femeea să fie mândră și mulțumită că-și păstrează anexele, că-și păstrează sexul.

De aceia noi suntem perfect de acord și nu întreprindem operațiuni radicale, de cât atunci când s'ați încercat toate mijlocele de blândețe, dar fără rezultat; de cât atunci când bolnavele exasperate de dureri sfâșuitoare, ele vin de ne imploră, iar nu noi să le rugăm a le opera. Prudent este deci a recomanda tot ce e posibil pentru a evita intervențiunile. Băi, masaj, electroterapie, fricțiuni uscate, ședere la marginea mării, băi sărate, cura de sóre, etc., etc., nimic nu va fi cruțat. Și numai când nimic n'a folosit, atunci avem dreptul a interveni în mod chirurgical.

Tratamentul chirurgical coprinde el însuși mai multe grade. *Există o mică chirurgie și o mare chirurgie contra anexitelor.* Mica chirurgie constă în mijloce indirecte, iar cea mare în mijloce directe. Ca mijloce indirecte avem intervențiunile pe uter. Ele constau în răzuirea mucósei bolnave, în dilatarea extemporaneei sau progresivă a cavităței uterului, în irigațiuni largi antisep-



tice; cu alte cuvinte în întrebuintărea tutulor mijlócelor ce am arătat și descris la tratamentul metritelor și asupra cărora nu măi revin.

La acel capitol am arătat că Valton din Bruxel, cel d'întăi în 1887, a emis ideia contra acelora cari prohibeau raclajul în casul de existență a anexitelor; el ȃic, a fost primul care a susinut că prin ridicarea mucóseii bolnave a uterului, vasele limfatice deschidându-se, lichidele antiseptice se pot absorbi și să mérgă până la anexele bolnave, unde își vor arăta acțiunea lor bine-făcătoare. Resultatele practice de multe ori au fost încurajătoare, căci fie în urma răzuirii, a dilatației, sau a repausului, bolnavele de multe ori profită. Mecanismul e diferit și fie-care autor a emis opiniunea sa. După Valton lucrul constă în absorbțiunea antisepticelor. După alții că prin răzuire s'ar destupa orificiile uterine ale trompelor. După Le Dentu dilatarea progresivă determină o ramolire a uterului ce ar avea de efect să înceteze oclusiunea orificiului tubar. Landau susține că prin reducerea deviațiunilor uterine, orificiile tubare se pun în starea normală și-și pot cu înlesnire goli conținutul. În fine după Poulet și alții, răzuirea ar servi ca o veneseecție și o medicațiune revulsivă.

Dar ori cum ar fi, încă o-dată repetăm, tratamentul acesta trebuie tot-d'a-una încercat, afară de casuri extraordinare, măi înainte de a recurge la operațiunea cea mare, la laparatomie.

Probă că noi suntem adepti a acestei metode, este că în cele 200 de cazuri de răzuiri ale uterului ce am făcut, imensa majoritate nu privea numai inflamația endometrului, ci și a anexelor precum și a perimetrului și parametrului. Ei bine, mărturisim, și tabloul ce am dat este destul de eloquent că resultatele au fost foarte încurajătoare, căci dacă nu am obținut o vindecare definitivă a anexitelor, în cele măi multe casuri însă ameliorările au fost așa de mari că bolnavele tóte au ieșit foarte mulțumite. Fóрте puține din ele au revenit pentru a se supune unei laparatomii.

Un alt grup de operațiuni contra anexitelor în special kistice și măi ales de hidro-salpinxe, constă în punctiile sau incisiile prin vagin. Punctia se face cu un trocar simplu sau aparatul lui Potain. După evacuare putem practica ușore spălături antiseptice sau să ne mărginim la aspirațiunea simplă.

Incisia directă a pungei patronată de Laroyenne are încă și astăzi partisanii ca și punctia. Nu suntem cu totul contra acestor metode, de și trebuie să fim cu multă atențiune. Lucrul e posi-

bil ca o ansă intestinală să fie interpusă între tumoră și păreții vaginului și deci pericolul ar fi mare. De alt-fel regulele și modul incisiunii pungelor anexiale, sunt în tocmăi ca cele ce am descris la tratamentul și flegmonul ligamentelor largi.

Atunci însă când am sleit tot arsenalul medical și de mică chirurgie, nu ne rămâne de cât a recurge la operațiunea directă și care e cea mai radicală. Dînsa e reprezentată prin **laparatomie**.

Chirurgii, siliți să cedeze rugăciunei bolnavelor, cari numai puteau suporta o viață de martir din cauza durerilor cumplite, n'au îndrăsnit a întreprinde o operațiune radicală, deși abdomenul era deschis. Aflați în fața acelor anexite unite între ele în mod solid și făcînd corp intim cu uterul; găsindu-le fixate de păreții basinului prin aderenți de grosimi extra-ordinare; vîdînd că ele umple întrîega cavitate a micului basin în tocmăi ca și cum s'ar fi turnat o masă de gips; și când pe d'asupra acestei tumori, epiploonul, ansele intestinale, osul iliac și rectul lipite împreună formau ca o carapace, cele mai de multe ori chirurgii înspăimîntați de asemenea leziuni, — cari cu dreptul se impuneau ca nise produse sarcomatoase, — imediat după o forțe ușoră explorațiune, se grăbiau a închide abdomenul cât mai repede. Dar cu totă această operațiune incompletă, nu rare-ori bolnavele căpătau folose neașteptate.

Incurajați de asemenea rezultate, s'a stabilit ca principiū practicarea laparatomii exploratrice. Chirurgii armați de mijloce antiseptice și aseptice, deschideau pînțele. O dată în fața leziunilor se comportaū după circumstanțe. Dacă obstacolele păreaū prea mari, se făcea ce se putea. Din deslipirea unor aderențe, din pipăirea tumorei, din ușore explorațiunii în diferite sensuri, a rezultat, după închiderea abdomenului, ușurări destul de manifeste a durerilor. Dar lucru și mai curios era faptul, că însăși tumora se micșora de volum.

Ast-fel cu toții am urmat această metódă pînă prin 1890.

Eū personal am practicat de forțe multe ori această operațiune și am făcut chiar o comunicare la congresul medicilor Eforiei în 1896. Subiectul era relativ la 11 $\frac{1}{2}$  laparatomii exploratrice, cu reducerea și chiar disparițiunea tumorilor, pe cari le-am luat drept sarcóme. Acastă comunicare s'a publicat în „Presa medicală“ 1897. În realitate însă, multe din acele tumori nu erau de cât anexite în ultimul lor grad. O asemenea eróre era justificată; și sunt sigur că toți aceia cari au dat ca vindecate tumori sarcomatoase prin simpla laparatomie exploratrice, ele n'au fost de cât

tot anexite. Acastă greșelă e perfect legitimată: nu e cu putință a nu lua drept sarcom o tumoră anexială, care atât prin aspectul cât și fixarea sa în basin și organele vecine, are tot dreptul a se impune și a fi numită tumoră malignă.

Dar în timpul acestor manipulațiuni, ori cât de ușor am procede, totuși se produc din ruperea aderențelor scurgeri de sânge și chiar deschideri de mici buzuare cu conținuturi difereite. În asemenea cazuri se impunea o toaletă mai severă a peritoneului, reprezentată prin spălături. Cea mai mare parte din chirurghi nu admiteau lavagiul peritoneului, din cauza consecințelor periculoase. Lawson Tait e cel d'întâiu care a îndrăsnit să facă asemenea spălături cu apă simplă sterilizată, iar Pozzi cu clorul de sodiu 6‰. Cât privește celelalte lichide antiseptice, ele erau sistematic înlăturate chiar în doze infinite de mici. Soluțiunea de biiodur de mercur în proporție de  $\frac{1}{20000}$ . încercată de Delbet, a rămas fără imitatori. În ceea ce privește aplicarea sublimatului corosiv, abia a fost încercată în America de Wylie în 1887 în proporție de  $\frac{1}{5000}$ , dar iarăși fără nici un răsnet practic.

În aceeași perioadă, noi îndrăsnim introducerea de sublimat  $\frac{1}{1000}$ , după fie care laparatomie exploratrice și constatăm, cu o surprisă plăcută, lipsa orî cărui accident. Și când ne-am convins de bine-facerile acestui agent — ce făcea spaima chirurgilor numai la idea de a-l vîrî în peritoneu — atunci am început a deveni din ce în ce mai îndrăzneți, până ce în cele din urmă, am ajuns să vărsăm cu litrul acastă soluțiune de sublimat în peritoneu. Atunci am început să nu ne mai fie témă de prezența acelor tumori solid fixate în basin; atunci am început a nu mai fi induși în eróre că ne aflăm în fața sarcómelor; atunci mărturisesc că cu brutalitate și fără nici o témă, decorticam tumora din toate părțile și de toate organele, fără nici o grije de revărsarea lichidelor purulente prin spargerea pungelor aeestor tumori.

Am dreptul a susține că am determinat o direcție nouă în practicarea laparatomiiilor contra anexitelor complicate, grație acestor spălături largi peritoneale cu sublimat  $\frac{1}{1000}$ .

Afirm și observațiunile sunt de față, că din 80 și mai bine de laparatomii făcute pentru extirparea tumorilor anexiale, n'am pierdut absolut nici o bolnavă. Acăsta de sigur este proba cea mai demonstrativă de puterea bine făcătoare a sublimatului în spălăturile peritoneale. Eū sciū, că puterea absorbantă a peritoneului e enormă, și prin urmare nimic mai logic de cât a evita punerea sa în contact cu substanțe toxice; dar considerând că



în casuri de asemenea anexite provăzute cu cele mai solide aderențe, peritoneul nu se mai află în starea sa fiziologică, am îndrăsnit a-l ataca, ca ne mai având a face cu peritoneu. Obicnuit cu asemenea spălături de sublimat, am început a vărsa acest liquid chiar și în casurile simple, unde operațiunea se termina fără nici un incident și unde cavitatea peritoneală era destul de curată. Chiar și în kiștii ovarioi, cei mai ușor de extras, încă vërs în peritoneu cantități mari de sublimat. Este adevărat că în unele casuri am avut fenomene de intoxicație, reprezentate prin diaree verzi colicative și chiar stomatite; dar acestea au fost trecătoare și nici o dată cu terminațiune fatală. Un fapt curios ce am observat, este nu numai că asemenea fenomene nu le-am întâlnit de cât pe unele bolnave, dar nu știu cum se face, că de un an și  $\frac{1}{2}$  absolut nici cea mai mică deranjare n'am constatat la nici una din bolnavele ce am operat prin această metodă. Mai mult am întreprins la institutul de ginecologie câte-va operațiuni pe purcele, făcându-le transplantarea și transmutarea ovarelor; și aci, peritoneul de și era tot ce pôte fi mai normal, am făcut însă spălături a cavităței peritoneale cu sublimat  $\frac{1}{1000}$ ; și totuși animalele n'au manifestat nici cea mai mică urmă de cea mai ușoră intoxicație. S'ar putea obiecta acestei metode, distrugerea celulelor seroșei și deci aderențe consecutive, iar de aci dureri post operatorii. Asemenea complicațiuni pot afirma că n'am întâlnit. Este adevărat că unele din bolnave, foarte puține la număr, pe cari le-am revădut se plângeau de ore-cari dureri; dar nu sunt obligat a le pune pe socotela sublimatului. De alt-fel și în urma orî cărei alte metode, încă se observă nisece asemenea dureri post operatorii: ele se datoresc mai multor cause precum: prinderea unor fire nervoșe în legături, determinare de nevrite și chiar perinevrite accentuate, desvoltare de mici focare inflamatorii, și uneori chiar a unei stări neurastenice. La noi, mai putem incrimina și faptul, că *nici o dată și de când sunt*, n'am lucrat cu catgut ci numai cu fire de mătase. E posibil deci că și acestea, pe cari câte o dată le pun în număr considerabil pe pediculul tumorilor, să pôtă fi punctul de plecare al unor dureri. Conchid deci, că în ceea ce privesce vre-o acțiune vătămătoare a sublimatului corosiv în mod exclusiv, nu am nici o probă demonstrativă. Nu insist asupra modului aplicărei acestei metode ce ne aparține. Dinsa se găsesce descrisă în comunicarea ce am făcut la congresul din Marsilia în 98 și pe care am reprodus-o la începutul volumului.

Să revenim acum la practicarea laparatomiei contra anexitelor.

*Lawson Tait* este cel d'întâiu care prin 1877, a întreprins ablațiunea anexelor bolnave. El este care a demonstrat cu această ocaziune, că origina tutulor inflamațiunilor micului basin, provine din anexele bolnave. El este care a arătat benignitatea acestei operațiuni, de ore-ce într'o serie de 474 de casuri, nu a avut de cât 12 decese.

De ore-ce însă prin această operațiune se ridică în mod absolut cea mai mică speranță a femeii de a deveni mamă, mulți chirurghi au combătut-o, recomandând o chirurgie mai conservatoare. S'a mai obiectat încă faptul că femeile ce au suferit ablațiunea anexelor, sunt coprinse de fenomene foarte alarmante, reprezentate prin agitațiuni, congestiuni ale feței, sudori, neurastenii, manii, melancolie, pierderea simțului genesis și o mulțime de alte fenomene foarte îngrijitoare.

Relativ la această chestiune iarăși mărturisesc, că nu știu dacă 2—3 bolnave mi-au oferit asemenea fenomene îngrijitoare. Din contra, și astăzi am în memorie plângerea unui bărbat, care îmi imputa de ce n'am scos femeii sale împreună cu anexele și uterul, căci actualmente dînsa a devenit mult mai exigentă pentru plăcerile venerice: înainte dînsa era mai calmă. E posibil deci, că nu anexectomia dă nascere diferitelor turburări psihice bolnavei, ci o stare particulară a sa, ca existența unei anumite nevrose sau mai bine zis a isteriei. Mai cred iarăși că în această privință jocă mare rol și faptul, că femeia este pusă în curent că i s'a ridicat anexele. Știut este în adevăr că nimic nu afectează și nu turbură starea sufletescă a omului, de cât când vede că e atins în organele sale genitale. Un bărbat căruia i s'ar ridica un testicul și cu atât mai mult amândouă, începe a simți o indignare, o revoluție în spiritul său; acesta îi schimbă caracterul, până a-l face imposibil de a mai trăi cu semenii săi. Iar când e vorba de amputarea penisului, atunci dezastrele sunt enorme: adesea nisce asemenea indiviți recurg la sinucidere. Imi reamintesc a fi citit, în operile lui Vidal de Casis, un caz destul de instructiv: Este vorba de un bătrân călugăr de 80 ani, care suferind de un cancer al penisului i s'a făcut amputația. Ei bine, imediat după operație dînsul a devenit trist și melancolic. El nu a întârziat după câte-va luni a-și curma zilele — spânzurându-se. Și cu toate acestea dînsul era perfect vindecat, fără nici o urmă de recidivă.

Ce să mai dicem de o femeie cochetă și tînără, care scie că dînsa nu se mai află în aceleași condițiuni cu semnele sale. Și cum să nu se revolte, și cum să mai îndrăsnescă a ieși în so-

cietate, când se teme că ori-ce privire dirijată asupra ei, ori-ce conversație secretă o privesce, și că totă lumea nu vorbește de cât de operația la care a fost supusă și de absența organelor sale genitale. Și când cunoștem susceptibilitatea și ambițiunea femeiască, lesne ne putem închipui starea disperată de neurastenie, isterie și totă scena de revoluțiune psihică, ce o face imposibilă de a mai trăi în societate. De aceea cred că o asemenea operațiune, mai ales în societatea înaltă, trebuie făcută sub cel mai mare secret; trebuie nu numai ca persoanele streine să nu afle de extirparea organelor bolnavei, dar nici ea însăși să nu știe de acesta. Să i se afirme că nimic nu i s'a scos și că totul s'a mărginit într'o simplă distrugere a unor leziuni ne însemnate, iar că organele sale genitale interne au rămas intacte. Deci chirurgul, cu tot succesul său operator, trebuie să facă abnegațiune de la o reclamă, până la un punct legitimată, de a arăta familiei și cu atât mai puțin bolnavei organele ce a extras. De ordinar este obiceiul, ca trompele, ovarele și une-orî însuși uterul, puse pe o tavă, să se trecă pe dinaintea tuturilor persoanelor streine și chiar a bolnavei, ca nisce adevărate trofee. Și am probă demonstrativă în această privință că în spital, unde interesul de reclamă nu există și unde bolnavele aprópe nu știu ce li s'a făcut și ce li s'a ridicat, nu constatăm acele fenomene alarmante ce se atribue ridicării anexelor. Bolnavele odată ieșite din spital și răspândite în clasa de jos, în masa poporului, acolo unde nu există tendință de cuceriri amoróse, ele sunt cele mai fericite, căci au scăpat de dureri și pot să-și câștige hrana prin munca aspră a vieței. E în adevăr surprinzător cele ce am observat, că chiar unele din aceste cliente de spital, cari au revenit cu ceva fenomene neurastenice, erau din cele mai cochete în mod relativ, din cele mai tinere și mai frumoșele. Am operat iarăși în spital femeii de condițiuni mai bune, între cari și unele artiste.

Ei bine pe acestea de asemenea le-am vădut plângându-se de unele fenomene nervóse, afirmându-mi că totul rezultă din lipsa de anexe. Ele însă sciaă că le ridicassm aceste organe.

Fără deci a nega influența vătămătoare a ridicării anexelor la femeie, credem că e bine ca lucrul să fie ascuns, pentru a nu influența și mai mult moralul său.

Incontestabil, noi suntem cei d'întâiu cari ne înscriem pentru operațiunile conservatóre. Și ca probă avem o mulțime de laparatomii exploratrice ce am făcut. Trebuie însă să recunoștem, că eu totă buna-voință ce depunem și dragostea ce avem de a fi



folositori bolnavelor, nisee asemenea încercări parcimoniöse nu dau de cât rezultate efemere. Cu tóte acestea trebuie să menționăm aceste metode conservatóre.

Cel d'întâiu autor este **Hadra**, care în 1885 a susținut, că anelele trebuie conservate, mărginindu-ne în simpla liberare a lor, distrugând tóte aderențele ce ar fi contractat atât între ele cât și cu organele vecine. Idealul acestei operațiuni este, când suntem convinși că tótă boala se resumă în prezența aderențelor, iar că trompa și ovarul ar fi sănătoșe. Dar câtă dificultate întâmpinăm pentru a ne convinge de acest lucru. Noi într'o mulțime de casuri, din imposibilitatea de a scóte organele bolnave, ne am mărginit a rupe pur și simplu aderențele și a lăsa în loc anexele manifest cronic inflamate. Ca rezultat al disparițiunei durerilor n'am avut a ne plânge; în ceea-ce privesce însă regulata funcționare a organelor și mai cu deosebire posibilitatea că femeea să fi putut deveni gravidă, n'avem probe demonstrative.

Cu tóte acestea, noi suntem înclinați a crede, că putem întreprinde nu o operațiune tipică a lui **Hadra** ci o alta, căreia îi dăm numele de operație **exhibitorie**. Dînsa ar consta în acésta: să distrugem tóte aderențele și să liberăm în mod perfect uterul și anelele de organele vecine precum și între dînsele. Dacă sudură ar exista între trompă și ovar, să le scótem afară din abdomen. E posibil ca totul să reintre în ordine, depositele inflamatorii cronice putându-se resorbi. Și credem în acest lucru, căci anelele fie ele cât de profund alterate, totuși funcțiunea lor fiziologică nu e complect distrusă. Femeele, de bine de rău au încă menstruele; ele vin în adevăr cu dureri, în mică cantitate, în mod neregulat; dar există. Deci suprimând aderențele și masând puțin anexele, e posibil și chiar probabil, a se obține resorbțiunea produselor inflamatorii cronice. Ast-fel femeea ar putea să aibă mândria că a scăpat de bółă, conservându-și în acelaș timp organele genitale cele mai esențiale și mai scumpe din câte posedă. Un singur lucru ar fi de temut, ca nouă aderențe să se facă. Pentru acésta recomandăm ca anexele, în momentul introducerii în basin, să se înveléscă într'o compresă sterilisată și fiartă în sublimat, interpunându-se în acelaș timp o aceeași fóie între trompă și ovar. Acestea vor fi lăsate în loc minimum 48 ore, după care estrăgându-se, credem că se póte evita inconveniențele menționate.

O altă operațiune conservatorie este aceea reprezentată prin metoda **Polk**. Acesta în 1888 a propus, că special în cazul de sal-

pingite kistice, să ne mărginim pur și simplu în exprimarea tumorii și golirea conținutului său prin ostium uterin.

La rîndul său **Munde** din New-York, recomandă cateterismul trompei, cu aceeași intențiune de a goli un idro sau pio-salpinx.

Dar aceste operațiuni foarte rar avem ocasiunea a le executa, din cauza dificultăților sau imposibilității de explorațiune a trompelor. Cu toate acestea Martin și Skutasch, au deschis o trompă kistică și au reușit să facă cateterismul prin orificiul uterin. După acesta au cusut mărginile incisiunii, lipind prin câte-va fire de catgut mucósa trompei cu serósa și au creat ast-fel un orificiū artificial. Operațiunea pórta numele de *salpingostomie*.

Ideea a venit autorilor, că acest orificiū să se aplice direct pe ovar, pentru ca să ție locul pavilionului trompei. Se citéză un caz de foarte mare valóre, datorit lui *Gersuny* din Viena și reprodus în Pozzi. Este vorba de o femeie, căreia chirurgul i-a ridicat anelele din stînga. La drépta ovarul era sánătos, dar exista un idro-salpinx. *Gersuny* face o salpingostomie și fixéză ovarul în dreptul noului pavilion tubar. Șapte luni după aceea, bolnava complet restabilă, a rămas însărcinată.

În fine dacă constatăm că trompa e sánătósă iar ovarul parțial bolnav, fiind atins numai de o degenerescență sclero-kistică limitată, putem să cruțăm sacrificarea sa, distrugênd numai acei mici kiști prin introducerea unui ac fin de Paquelein încălzit până la roșu; vom aplica mai multe asemenea puncte pe restul organului sclerosat. Acesta constituie *ingui-punctura*. Alte dăți tot ca model de operațiune conservátore, putem recurge, după cum au făcut Martin, Zweifel, Gusserow, Wiedow și Pozzi, a excisa porțiunea ce credem bolnavă din ovar, iar apoi a reuni buzele plăgei prin câte-va puncte de sutură. Pentru a asigura și mai bine buna funcționare a organului, vom aplica pavilionul trompei de ovar iarăși prin câte-va puncte. Acesta constituie *salpingografia*.

Toate aceste operațiuni, deși în aparență logice și putem dice umanitare, totuși din nenorocire nu avem ocașiuni dese a le practica. În majoritatea casurilor, leziunile inflamatorii sunt așa de întinse, în cât conservarea anexelor nu e posibilă. Ne rămâne deci ca ultim refugiū anexectomia, iar une-orî și chiar însuși ablațiunea simultanee a uterului. Acesta forméză cea mai mare operațiune posibilă; dînsa e numită isterectomia abdominală totală. Prin abreviațiune, noi i-am dat numele de **ginectomie**.

Ablațiunea anexelor precum și a uterului se póte face prin două metode: prin *calea abdominală* și prin *calea vaginală*.

Metóda *sub peritoneală* ca și cea *sacrală*, nu sunt atât de răspândite contra acestei afecțiuni. De aceea nici nu ne oprim asupra lor, cu atât mai mult că despre dînsele am mai vorbit cu alte ocaziuni.

Să începem întâi cu laparatomia clasică, și să vedem diferitele procedee ce vor trebui să urmăm. Nu există propriu zis o anume metóda în ablațiunea anexelor; conduita noastră se va conforma după simplitatea sau complicațiunea anexitelor. Vom căuta a descri câte-va tipuri ce mai ales am întâmpinat noi în practica noastră.

Noi stabilim anume trei grupe:

I. Anexite simple cu ușore aderențe între ele, sau cu păretele fosei iliace, dar conservându-și întru cât-va situațiunea normală.

II. Anexite căđute în cavitatea lui Douglas și aderente cu uterul și rectul.

III. Anexite supurate, cari împreună cu uterul, părțile vecine ca și cu masa intestinală forméză un bloc inextricabil; aci nimic nu se mai distinge: totul simuléză o tumoră malignă. Intregul basin este ocupat de o masă informă, cu porțiuni dure, ramolite sau fluctuente, transformate în loji, pline cu diferite produse, unele cu serosități, altele cu muco-puroiú cremos, sanguinolent sau emoragic.

**Grupa întâia.** In acest cas operațiunea în genere e ușoră. O dată cavitatea peritoneală deschisă, introducem degetele mânei stângi. Dirijindu-ne către anexele corespondente, explorăm organele și conexiunile sale cu părțile vecine. Micile aderențe către extremitatea externă a anexelor se deslipesc ușor; trompa și ovarul, sau fie-care separat se aduc aprópe de sine în plagă. Atunci în dreptul cornului uterin înfingem acul Cooper la mijlocul pediculului; punem un fir dublu, legăm și de o parte și de altă; după acésta rezecăm. Noi avem obiceiul să facem încă câte un nod pe fie-care față laterală a bontului cu câte un fir a fie-cărei legături. Dacă bontul pediculului oferă o grosime óre-care, îl reducem prin alte câte-va fire transversale sau antero-posterióre, căutând a obține o afrontare a suprafețelor seróse à la Lambert. Trecem după aceea la anexele din drépta; în tocmai în același mod terminăm operația ca și precedent.

Une-orí ablațiunea anexelor e de o simplitate așa de mare, că nici nu avem trebuința a privi în abdomen. In asemenea casuri ne putem chiar dispensa de orí-ce toaletă peritoneală. Noi



însă ca principiu, tot-d'a-una vërsăm ore care cantitate de sublimat, pe care apoi o sugem cu comprese fierte uscate.

Păretele abdominal îl închidem tot-d'a-una cu fire de mătase și în două etage: unul coprinde stratul musculo-peritoneal iar altul cutanat. Câte o dată punem trei rënduri de suturi; unul special pentru peritoneu.

Iarăși ca principiu, fie chiar și în casurile cele mai ușore, facem o injecție sub cutanată cu ergotină. De alt-fel tôte aceste detaliuri se găsesc descrise la începutul acestui tratat, în comunicarea ce am făcut la congresul din Marsilia.

**Grupa a doua.** Operațiunea devine acum mult mai dificilă. Aci foarte adesea, după deschiderea peritoneului, trebuie să dăm bolnavei un plan inclinat și a lărgi prin ecartore cât se pôte mai mult câmpul operator, spre a vedea bine cu ochii. Ne vom da séma la fie-care moment unde ne găsim și cu ce anume organe avem a face. Cea d'întâiu preocupare trebuie a fi, ca introducând mâna în basin să căutăm a degaja tumora. Noi începem de la fața posterioară și baza sa, iar de aci în lături și în afară până ce treptat ridicând-o de jos în sus, reușim, a o pediculisă și scôte în plagă. Une-orî aderențele sunt așa de întime cu fosa iliacă iar pediculul atât de larg, în cât nu e cu puțință nici o mobilizare și cu atât mai puțin o enucleare. Atunci aplicăm o serie de puncte sub intrante; pe măsură ce îndoim firele, tăiem d'asupra lor cu fórfecele din țesutul sclero-plastic quasi-sarcomatos; aplicăm la necesitate repede și pense emostatice simple sau lungi, după casuri. Ast-fel încetul cu încetul înaintăm până ce tótă acéstă extremitate externă este rezeată. O dată anexele aduse în plagă, procedăm ca și în grupa întâia: rezeacă în dreptul cornului uterin prin aplicare de fire duble, etc. Mai înainte de a trece la cele-lalte anexe, facem o spălătură cu sublimat și introducem o compresă bine fiartă tot în sublimat și storsă: cu dînsa acoperim tótă suprafața sângerândă. Trecem în partea opusă. Manipulăm și aci în tocmai ca în cazul precedent, conformându-ne după circumstanțe. Nouă spălături și toaletă perfectă. Facem inspecțiunea plăgilor sângerânde rămase în basin; pe cât posibil căutăm a reconstitui planșeul, acoperind aceste plăgi cu foiele peritoneale. Inchidem abdomenul, pansament și apoi operația e terminată.

O altă categorie de operațiuni: în casuri complicate de buzunare purulente, cari în timpul extracțiunei s'au spart în abdomen, sau când prin deslipirea suprafețelor a rămas porțiuni

sângerânde mari și nu s'a putut reconstitui planșeul pelvien, atunci facem drenajul peritoneal, după metoda uî Miculics. Noi nu întrebuițăm în tocmai sistemul sêu, numit drenaj capilar. Noi după ce spălăm bine cu sublimat și facem toaleta la perfecție — ridicând toți coagulii și chiar cele mai mici bucățele de aderențe — întindem pe totă suprafața micului basin, pe locul ocupat de tumoră; o compresă de tifon bine fiértă în sublimat  $\frac{1}{1000}$ ; capătul liber îl scótem afară din abdomen în unghiul inferior al plăgei. Inchidem apoi pânțele.

Acéstă compresă o ținem în loc minimum 48 ore. Alte dăți 3—4 zile; în câte-va casuri am lăsat'o în loc și opt zile, absolut fără nici un inconvenient. Ceea-ce am observat la scóterea compreselor, este că tot-d'a-una ieșia din abdomen o cantitate mai mare sau mai mică de un liquid roșietic, de obiceiú foarte limpede. În câte-va casuri am făcut examenul bacteriologic și microscopic: am găsit stafilococi în interiorul leucocitelor, însă în stare de fragmentare.

În alte circumstanțe, când după ridicarea anexelor găsim că uterul este destul de voluminos și aflat în retroflexiune pronunțată, după ce reducem deviațiunea, în loc de a-l extirpa, îl fixăm de pârțile abdominal, dar printr'un simplu punct. Facem ceia ce noi numim *isteropexie simplă*. Facem acéstă pe de o parte ca uterul să nu mai pótă cade înapoi și deci să nu contracte noi aderențe; iar pe de alta să nu rămâe în basin ca o limbă de clopot atârândă. Ideea acéstă ne-a fost sugerată de o bolnavă căreia, după ce-î ridicasem ambele anexe, lăsasem uterul în voia lui. Eî bine, acéstă bolnavă nu se mai plângea absolut de nimic, de cât de o senzațiune foarte bizară, pe care spunea că o simte în pânțele sêu, ca un ce care se mișcă și ar voi ca să iasă afară. Une-orî adăuga dînsa, mă și sperii când umblu: în mod instinctiv pun mâna dinainte ca cum aș voi să nu cază ceva dintre picioré; lucrul acesta mă jenéză, zicea dînsa. În asemenea casuri zic, facem *isteropexia simplă*, convinși fiind, că cu timpul uterul lipsit de anexe se atrofiază, iar în urmă *isteropexia* cedéză și uterul rămâne în pozițiunea obișnuită. Dăm acesteî fixațiunii a uterului numele de *isteropexie simplă* sau provisorie, pentru a o deosebi de aceea ce practicăm pentru prolapsul uterului. Acéstă din urmă o facem după o adevérată metodă a noastră, când în adevér *isteropexia* este complectă și definitivă.

În fine ne rămâne a **treia grupă** de anexite. Ele sunt caracterisate nu numai prin buzunare purulente aflate în grosimea ova-

relor saū a trompelor orī în jurul lor, dar printr'o adevărată infiltrațiune purulentă, coprinzând tot țesutul celular și peritoneal al basinului. Aci ovar, trompi, uter, sunt așa de întin unite și deformat, în cât nimic nu se mai pōte distinge între ele. Aci în adevăr se pune cheștiunea de extirparei totală a uterului și a anexelor.

Noi pe cât ne-a fost și ne este cu puțință, am căutat din tōte puterile să cruțăm femeia de o asemenea mutilațiune, căci destul e pentru dînsa pierderea anexelor. E bine cel puțin să-i rămăe acest singur semn al sexului. Pe de altă parte, uterul fixat la abdomen precum facem, rămăne un organ inofensiv; pe lângă acēsta nu distrugem cu totul, saū cel puțin nu slăbim în mod simțitor planșeul pelvien. Acēstă operațiune numită isterectomie abdominală totală, noi o numim prin abreviațiune *ginectomie*.

Am stabilit următōrea divisiune. Când extragem anexele și uterul în întregimea lor, operațiunea pōrtă numele de **ginectomie intactă**. Când extragem întăiut anexele iar apoi uterul, operațiunea se numesce **ginectomie totală fragmentată saū succesivă**. În fine când ridicăm anexele și uterul în nivelul istmului, lăsând prin urmare gătul în loc, numim operațiunea **ginectomie parțială, incomplectă saū supra-vaginală**. În cele mai multe casuri practicăm ginectomia fragmentată saū succesivă. Noi întăiut ne adresăm direct la leziunea principală; și numai după-ce am ridicat anexele și am extirpat tōte pungele purulente — ce aū format și motivul laparatomiei — numai atunci cumpănim lucrurile: procedăm dacā credem necesar și la extirparea uterului, fie în mod total saū parțial. De alt-fel e și fōrte greū a recurge de odată la ginectomia intactă, dându-se enormele dificultăți și obscursiunea câmpului operator.

Nu avem să insistăm asupra metodei, dînsa a fost deserisă cu ocașiunea fibrōmelor.

Un lucru trebue să menționăm, că noi aprōpe în tōte casurile, când am cređut necesar a recurge la drenarea cavităței peritoneale, mai nicī odată n'am făcut-o prin vagin, ci direct prin abdomen; introducem o compresă une-orī de lungimi colosale, mergēnd chiar până la 70 centimetri lungime și 45 lărgime. Prin urmare, tot-d'a-una după extirparea uterului, închidem bolta vaginală în mod cu totul complect.

Sciū că mai toți chirurģii profeséză drenajul vaginal. Noi însă din principiū lucrăm precum am arătat. Recunosc un singur avantaj al drenajului vaginal, anume acela de o înlesnire eficace a scurgerei liquidelor, ce ar fi capabile să se acumuleze după



operație. Și m'am convins de acest lucru, într'un cas care îmi procurase o adevărată spaimă. Practicasem o isterectomie abdominală totală pentru un cancer uterin. La finele operației am examinat în toate detaliile micul basin și am făcut toaleta la perfecție. Am avut inspirația a face drenajul vaginal printr'o mare compresă fiartă în sublimat, scoțându-i extremitatea liberă prin vagin. Am uitat însă ca înainte de acesta să readuc femeea din plan inclinat în cel orizontal, de cât tocmai când se făcea pansamentul. Mare mi-a fost mirarea și spaima în același timp, când ajutóarele mă anunță că bolnava este inundată în sânge. In adevăr când viú, constat o cantitate enormă de sânge roșu și coagulii ce ieșiau din vagin. Imediat am cređut că vre-o legătură s'a slăbit, și că la sigur emoragia venea din artera utero-ovarienă sau uterină. Operațiunea durase fórte mult; bolnava era deja fórte anemiată de cașexia anterioră, iar acum fără puls. N'am mai avut curajul să deschiz din nou pânțele pentru a inspecta origina emoragiei, temându-mă că bolnava nu va suporta această nouă intervenție. Atunci am scos tamponul din vagin, am făcut repede o spălătură și am pus ajutóre să facă o compresiune seriósă și permanentă pe aorta abdominală. Am plecat recomandând injecțiuni cu ser, ergotină, eter, cafeină, etc. Mare îmi fu surprisa când către seară, bolnava se găsea în stare bună, fără nici o urmă de emoragie, de și compresiunea aortei n'a durat de cât două ore.

Cu siguranță aci a fost vorba nu de emoragie, ci de ieșirea prin vagin a întregii cantități de sânge ce se grămădise printre mesele intestinale, flancuri și diafragm, pe tot timpul operației cât bolnava păstrase planul inclinat sau pozițiunea lui Trendelenburg. Nu începe nici o îndoială, că dacă aci n'ași fi făcut drenajul vaginal, tóată această cantitate de sânge și coagulii neavând pe unde ieși, s'ar fi acumulat în peritoneu, unde ar fi putut da naștere la complicațiunii grave și chiar mortale.

Acésta mi se pare avantajul cel mai serios al drenajului vaginal; dacă noi nu-l practicăm, este temerea ce avem de propagarea infecțiunii de la exterior la interior prin tuburi, sau bandelele de tifon. Scim că o antisepsie perfectă și durabilă a vaginului e fórte greu de obținut. Von Eiselsberg și școla lui Billroth a demonstrat, prin experiențe bacteriologice, că cea mai rigurósă antisepsie a vaginului nu durează mai mult ca două ore: după acest timp găsim în abundență diferiți microbi patogeni și chiar specifici.

Mai rămâne încă o metódă pentru extirparea anexitelor su-

purate, precum și a pungelor purulente ce copleșesc micul basin. Acesta este isterectomia vaginală, căreia noi îi dăm numele de **ginectomie externă**.

Ea este *intactă* sau *succesivă*, după cum ablațiunea se face de o dată ridicând uterul cu anexele sau numai uterul iar în urmă anexele, ori numai uterul lăsând anexele în loc.

În majoritatea casurilor se extirpază numai uterul; încă și acesta nu în mod regulat, ci prin îmbucătățire sau morcelare, constituind metoda lui Péan.

Mărturisim că noi nici o dată nu am practicat această operație pentru supurațiunii pelviene.

Ni se pare foarte dificilă, nesigură și periculoasă.

Când cunoștem situațiunea fixă a anexelor cu uterul; diferitele pungă purulente formate din țesutul conjunctiv sau peritoneal, reprezentând în totul o masă informă, ea și cum s'ar fi turnat în basin o masă de gips; și când mai scim cum această masă poate să contracte aderențe solide și intime cu ansele intestinale, rectul, osul iliac, etc., lesne înțelegem la câte dificultăți și pericole ne putem aștepta, căutând a extirpa printr'o cale strîmtă, profundă și fără a putea nimic vedea, o asemenea difuziune de țesut inflamator sclero-plastic, kistic, purulent, sanguin, etc., etc.

De aceea noi tot-d'a-una am preferat calea abdominală, fără a fi avut cuvîntul să ne plîngem.

Dăm aci câte-va observațiuni, făcute după diferite metode. Credem că ele vor fi citite cu mult folos ca practică și clinică.

## Observația I.

*Lina Constantinescu*, 21 ani; menstruația la 16 ani, fără dureri, durată 5—6 zile, nemăritată. Primele raporturi sexuale la 17 ani, A avut un copil, după care a rămas cu dureri în fosa iliacă stângă. Actualmente are nisce dureri teribile ce prin nimic nu s'au putut calma. Uterul puțin mobil, mărit de volum, deviat la dreapta; fundul de sac stâng foarte dureros aci se simte o tumoră manifestă.

31 Martie 1897. *Laparatomică*. Se simte în stânga o tumoră informă aderentă cu rectul și intestinul gros, cu care face un corp inextricabil. Se deslipește aderențele cari erau așa de solide, în cât eram pe punctul de a renunța la operație. Totuși prin diferite manipulări se reușește a se deslipi tumora de uter și organele vecine. Se apucă uterul de fund cu o pensă fixă și se trage în plagă. În timpul manipularilor se sparge o tumoră kistică ce aparținea ovarului: din el iese o cantitate mare de puroi. Se fac largi spălături cu sublimat: tumora adusă în plagă se rezecă, după aplicarea prealabilă a trei fire sub-intrante în dreptul cornului uterin. Trecem la anexele din dreapta, unde se constată ovar kistic cu trompa flexuoasă.

Aceste organe păreau închise în grosimea ligamentului larg. Se rupe cu degetul această foie grosă ce le acoperea, se distrug multiplele aderențe ce o fixă în basîn, se pun mai multe pense emostatice, se aplică un fir dublu la cornul uterin, și se ridică tumora. Se liberază uterul. La scoterea pensei cu dinți fixată pe fundul său, plaga sângera în mod abondent: se fac mai multe atingeri cu Pacquelinul. După toaleta și spălăturile peritoneale se închide abdomenul prin 10 fire cu mătase—peritoneale; 7 musculare și 8 cutanate.

26 Aprilie bolnava iese complect mulțumită.

5 Iunie este revădută. Dînsa declară că acum 2 săptămâni împedecându-se a cădută pe pantece: de atunci se plînge de dureri în basîn. Constatăm o perimetrită sub acută. I se prescrie băi și poțiune calmantă.

Organele extrase sunt reprezentate în fig. 118 și 119.

## Observația II.

*Lisabeta Cristescu*, 25 ani, menstruația 15 ani, puțin abondentă, fără dureri, durată 3 zile. Măritată la 20 ani. A născut un singur copil: de atunci a rămas bolnavă. Sufere de un an de metroragii, însoțite de dureri mari în abdomen. Doresce să-î treacă durerile mari din ipogastru, cîpsa stângă, leucorea și scurgerile sanguine. Constatăm în regiunea ipogastrică o tumoră de mărimea unui pumn, unită cu uterul și foarte dureroasă; colul de



o duritate lemnosă, puțin lung. În fundul de sac lateral drept se găsește o altă tumoră, mai mică ca cea stângă.

21 Aprilie 1897. *Laparatomie*. Linia albă prezentând dificultăți a fi descoperită, tăem în grosimea muschilor abdominali. Peritoneul deschis, dăm de uter în mărimea pumnului; în stânga se constată o altă tumoră de aceeași mărime: imposibil însă de a fi înconjurată, fiind vîrîtă în grosimea ligamentului larg și solid aderentă cu întreaga masă intestinală. Renunțăm pentru moment la orî-ce explorație și trecem la anexele din dreapta. Acestea fiind sclero-kistice, dar mai ușor aderente, se aduc în plagă și se excisază, după aplicarea unui fir dublu la cornul uterului.

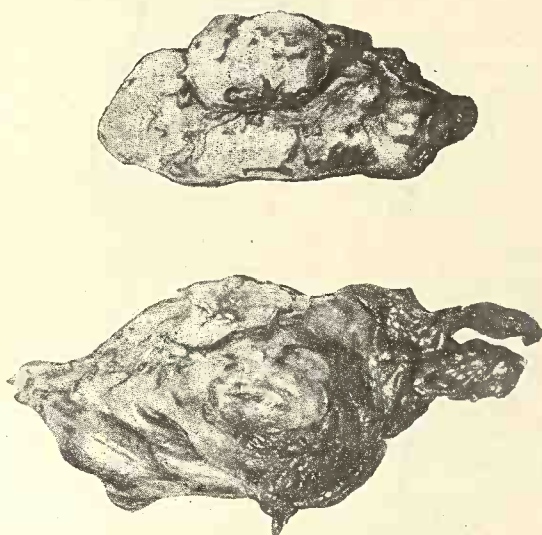


Fig. 118 și 119. Anexite sclero-kistice supurate (personală).

Trecem din nou la anexele din stânga, deslipim și degajăm cât putem. Găsim ovarul transformat într'un kist mare, iar trompa încolăcită pe dînsul. La deslîpirea intestinului se produce emoragie pronunțată. Înaintăm cu dislocarea de la bază către fosa iliacă, rupem cu prudență toate aderentele, parte cu degetele, parte le tăem cu forfecelile; aplicăm pense fixe și încetul cu încetul reușim a aduce în plagă întreaga tumoră fără a fi spartă. Atunci se rezecă în dreptul cornului uterin. Toaleta și spălăturile peritoneale bine făcute, se închide abdomenul prin 9 puncte peritoneale și tot atâtea musculo-aponevrotice și cutanate.

Anexele din dreapta ne presintă o stare sclero-kistică a ovarului, trompa grosă și flexuoasă, cele din stânga mult mai

voluminose; ovarul kistic de mărimea unui măr, iar trompa așa de intim încolăcită în cât e imposibil a o separa.

Greutatea tumorilor 105 gr.

29 *Aprilie* reunire per-primam.

13 *Mai* bolnava iese complet mulțumită.

28 *Noembrie* e revădută; se plânge de o mâncărime generală pe tot corpul mai ales sêra. Starea generală foarte bună, s'a îngrășat mult. Fapt important: bolnava ne spune că menstruele

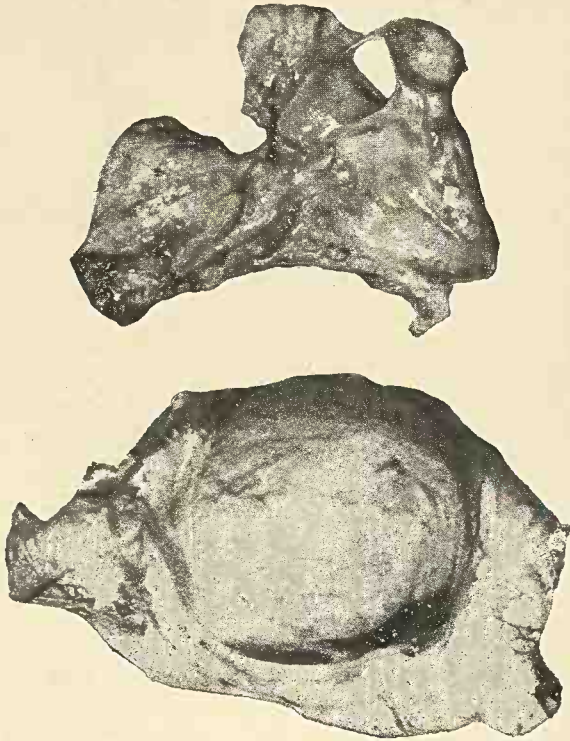


Fig. 120 și 121.

Anexite sclero-kistice și ovar kistic purulent (personală).

Îi vin în fic-care lună, duréză 3 zile, cantitatea aceeași ca și înainte de operație, fără cea mai mică durere. Face serviciu unde e silită a urca 30 trepte. Dînsa urcă și coboră scara de mai multe ori pe zi, fără să simtă cea mai mică supărare.

Organele extrase sunt reprezentate în fig. 120 și 121.

### Observația III.

*Flórea Ionescu*, 50 ani. Primele raporturi sexuale la 15 ani. Nulipară. Sufere de 4 luni. Se plânge de dureri în ambele membre inferioare și o senzație de arsură în tot corpul. Dureri exasperante în ambele fose iliace și d'asupra pubisului.

Doresce să-î trecă leucorea și durerile ce nu-î dau nici un moment de repaus.

Constatăm uter mobil, ambele anexele mărite de volum și dureróse, în stânga sensibilitatea e dureróasă.

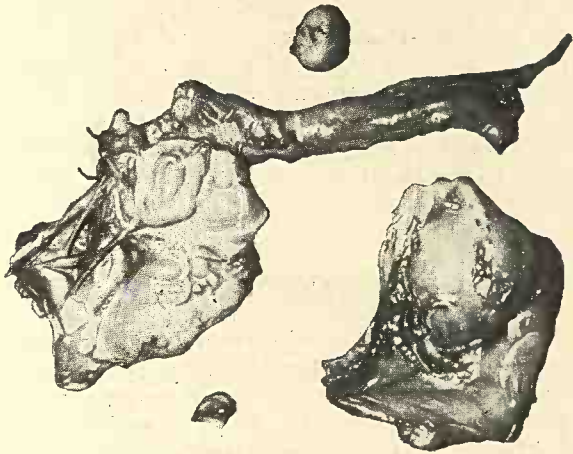


Fig. 122 și 123. Anexite plastice și sclero-kistice. Două mici tumori cartilaginóse ale fundului uterin (personală).

8 Iulie 1897. *Laparatomie*. Linia albă nu se găsește ușor; se taie prin mușchi. Țesut sub peritoneal foarte gros. Peritoneul deschis, se introduce mâna stângă; se descopere în dreapta anexele scleróse, tari, foarte aderente între ele și cu o porțiune de intestin. Se rup aderențele, dar anexitele oferă dificultăți a fi scóse. Se trage uterul de fund cu o pensă fixă. Se degajiază din nou anexele din dreapta și se descopere apendicele vermicular enorm mărit de volum și intim unit cu ovarul. Se ridică anexele punându-se un fir dublu la cornul uterului și altul în afară către fosa iliacă, unde se află un pedicul larg. Treceam la anexele din stânga, ele abia se simțiau fiind acoperite și ascunse de ligamentele largi. Se spintecă cu degetul fóia posterioară a ligamentului larg. Dificultățile însă sunt mari. Anexele nu se puteau vedea din cauza



prolabărei mesei intestinale; se ridică masa în plan înclinat: se trage uterul în plagă printr'o pensă fixă pusă pe fundul său. Se explorează din nou anexele. Se deslipesc și se rup aderențele și ajungem până în fundul basinului, unde tumora prezintă un pedicul; ne putându-se deslipi se taie între 2 legături. Atunci ușor trompa și ovarul se aduc în plagă și se extirpază, aplicându-se un fir dublu la cornul uterului. După acesta se excisază cu fórfecele 2 mici tumori sclerose după fundul uterului; plăgile rămase se închid cu câte un fir de mătase. Spălături cu sublimat și toaleta peritoneului.

Se închide abdomenul prin 8 puncte peritoneale, 6 musculo-aponevrotice și 8 cutanate. Incizia 12 c. m.

Anexele extrase reprezentate în fig. 122 și 123 au cântărit 59 gr. Ele sunt sclerose, de mărimea unor nucii, cele din dreapta posedă kiști sanguini. Trompele sunt îngroșate și absolut întim unite cu ovarul pe care-l acopere; aderențele sunt așa de rezistente în cât nu s'a putut rupe nici chiar după operație.

14 Iulie se ridică pansamentul. Reunire obținută afară de punctul inferior care a supurat.

25 August. Bolnava iese complect mulțumită. Noi constatăm uter mobil, în axa basinului ne dureros; funderile de sac libere, cel stâng puțin sensibil.

#### Observația IV.

*Anica Petrescu*, 20 ani. Primele raporturi sexuale la 15 ani. Menstruația durerosă. Unipară. De atunci a rămas bolnavă. Sufere de 9 luni. Dureri în timpul coitului. Scurgere vaginală abondantă. Se plânge de slăbiciune generală. Dureri epigastrice, inguinale și ipogastrice. Mersul și munca exasperază aceste dureri; ele o împiedică de la ori ce serviciu. Constatăm dureri în ambele fose iliace și d'asupra pubisului, unde se simte fundul uterului. Gâtul uterin gros, orificiul deschis. În fundul de sac drept dureros, se simte o bridă cicatricială, ce se simte transversal către basin. În fundul de sac posterior se află o tumoră de mărimea unei migdale, extrem de sensibilă; ea provocă dureri ce se iradiază către epigastru. În fundul de sac stâng se simt anexele mărite, durerose.

27 Iulie 1897. *Laparatomie*. În stânga găsim ovarul sclerosat, acoperit de foile ligamentului larg. Tot aci se găsesse ușore aderențe cu intestinele care se rup. În timpul manipulării se sparge un kist din care iese un liquid quasi ascitic. Facem spălături, procedăm repede la liberarea anexelor. Prin faptul spargerei ovarului kistic, ele fiind micșorate de volum se aduc în plagă, se extirpază aplicându-se un fir dublu la cornul uterului. Trecem la anexele din dreapta unde constatăm o încolăcitură foarte manifestă a trompei pe ovar; deslipite de aderențe, se aduc în plagă și se extirpază ca și cele opuse.

Toaleta peritoneală bine făcută, se încheie abdomenul prin 6 fire peritoneale, 8 musculo-aponevrotice și 12 cutanate. Anexele extrase sunt reprezentate în fig. 124 și 125. Cea din dreapta sclerოსă, cea stângă cu ovar kistic. Idatida lui Morgagni iarăși kistică și de mărimea unei alune.



Fig. 124 și 125. Anexite plastice; ovar kistic stâng. Mic kist al idatidei lui Morgagni (personală).

1 August se ridică pansamentul. Ultimele 2 puncte inferioare nereușite.

21 August bolnava plăcă vindecată de durerile ce le avea; dînsa e foarte mulțumită.

25 Noembrie bolnava e revădută. Dînsa declară că e foarte mulțumită: orî cât ar umbla nu e cătuși de puțin genată, lucru ce înainte de operație era imposibil. Starea generală foarte bună.

26 Aprilie 1898 e revădută din nou. Iată declarațiunea sa: „Înainte de operație aveam junghiuri, cari se plimbeau în pînțele și spre mitră: ele mă împedicau să umblu, sau să ure scărilor; astăzi totul e despărut“. Cu toate acestea dînsa se plînge de o tuse persistentă; constatăm eracmente la vârful plămânului stâng. Bănuim a fi tuberculოსă.

#### Observația V.

Ana Straja, 33 ani. Antecedente personale scrofulöse. Menstruată la 16 ani la un an după căsătorie, durau trei zile cu puține dureri lombo-abdominale. A făcut un copil acum 16 ani. La un an după facere bolnava spune că a suferit de vărsat. Acum 10 ani dînsa atribue începutul bólei, în urma unei răceli. De șese luni durerile s'au agravat, devenind continue și răpindu-i totă liniștea. Cu toate acestea menstruele nu s'au suprimat; din

contra ele procurați bolnavei ôre care ușurare. Constatăm abdomen escavat dar foarte sensibil, mai ales în fosele iliace. De aci durerile se iradiază în toate direcțiile. Gâtul uterului hipertrofiat, corpul mărit de volum dureros. În fundurile de sac laterale se simte câte o tumoră, cea dreaptă mult mai mare și dureroasă.

31 Ianuarie 98. *Laparotomie*. Se descopere în dreapta un hidro-salpinx tip, de mărimea unui pumn; se deslipesc de câte-va aderențe lungi, ce pleacă de la tumoră la uter, iar altele către marginile laterale și fundul basinelui. Tumora adusă în plagă se extirpază, după aplicarea unui fir dublu la cornul uterului.

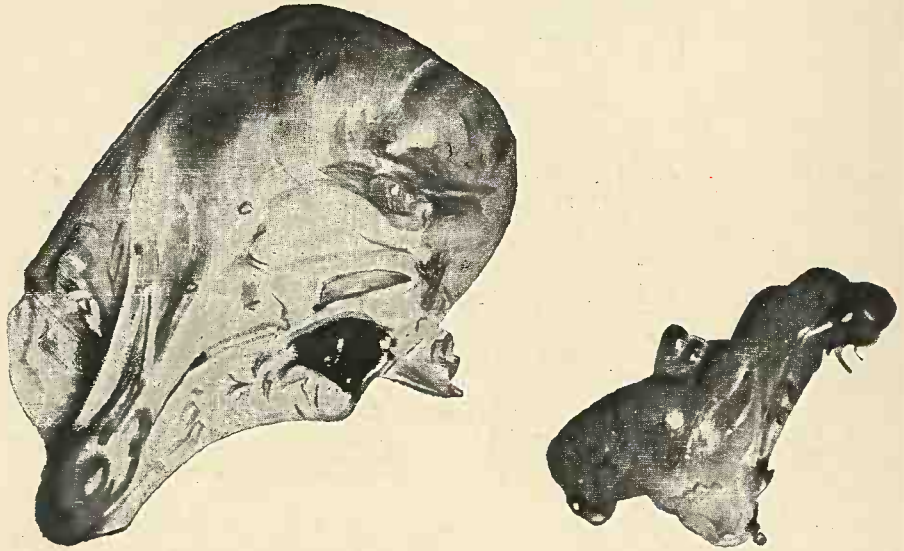


Fig. 126 și 127. Hidro-salpinx drept intact. Ovarită sclerოსă stângă (per. onală).

Trecând la anexele din stânga constatăm un hidro-salpinx mult mai mic sub forma unui cârnăt încolăcit. Aderențele fiind mai întime kistul s'a spart, scoțându-se ast-fel numai trompa goală cu ovarul scleros.

3 Februarie ușoră stomatită.

9 Februarie se ridică pansamentul; reunire perfectă per primam. Se scot firele.

25 Februarie. Bolnava declară că se simte foarte bine fiind perfect vindecată. Dînsa e mulțumită că grație operațiunei a scăpat de durerile insuportabile ce le simția în abdomen de 10 ani de zile. Ambele fose iliace ne dureroase prin palpație. Prin tact însă puțin sensibile. Uterul în anteversiune, mobil.

În fig. 126 și 127 avem piesele extrase.



### Observația VI.

*Ana Poenaru*, 20 ani. Menstruată la 14 ani, cu mari dureri lombare și ipogastrice; durata menstruelor 7 zile, cantitatea abundantă. Măritată la 17 ani. A avut un copil. De atunci a rămas cu dureri în ipogastriu și întreaga regiune abdominală inferioară. Mai târziu a avut un avort. Durerile devenind insuportabile și împedându-o de a munci, intră în serviciul nostru. Dînsa insistă a fi operată numai și numai a scăpa de durerile atroce din ipogastriu și lombe. Constatăm: pântecul puțin escavat, însă în-

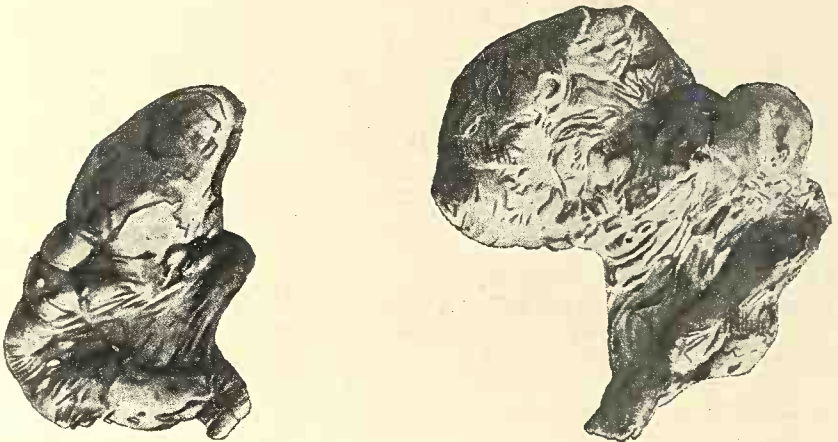


Fig. 128 și 129. Anexite plastice. Dublă ovarită supurată (personală).

tregul abdomen foarte sensibil. Prin presiune deșteptăm dureri în ambele fose iliace, în ipogastriu și în regiunea ombilicului; excesul de durere e la stînga. Tenesme rectale. Uterul puțin mobil, anteflexat dar foarte dureros. Colul rupt spre stînga, granuloso. În fundul de sac drept se simte o tumoră extrem de dureroasă, aderentă de latura uterului și mergînd pînă în fundul de sac al lui Douglas. Același lucru dar mai întins se constată în stînga.

Operația 16 Februarie 98. *Laparatomică*. Abdomenul deschis se atacă întâi anexele din stînga vîrite ca un cui în micul basin: sunt acoperite de grosimea ligamentului larg ce ascundea în mod perfect anexele. Se procedează la deslipirea aderențelor începînd de la bază. Aderențele fiind foarte groase se rupe fără cruțare; se produce o abondentă scurgere de sînge. Se caută a nu se sparge ovarul ce forma o tumoră fluctuantă destul de mare. Se aduce

tumora în plagă trăgându-se de uter cu o pensă fixă. Se aplică un fir dublu la corn, după care tumora se rezecă. Se reduce bontul prin trei fire. Se procedează la extirparea anexelor din dreapta, cari sunt mult mai voluminoase. Prin aceeași metodă și prudență se reușese a se aduce în plagă, după care se extirpază iarăși în dreptul cornului. Explorându-se din nou se constată aderențe între fața posterioară a uterului și de rect; ele se rup și se pune un fir pe o franjă epiploică. Se închide abdomenul prin 7 puncte-musculo peritoneale și 10 cutanate. Lungimea incisiei 12 c. m. Greutatea pieselor extrase 85 gr.

Ambele anexe intim lipite între ele. Trompele încolăcite și de grosimea policelui. Ambele ovare kistice de mărimea unor nucii mari.

25 Februarie se desface pansamentul. Reunire per primam. Bolnava plăcă perfect mulțumită.

Vezi fig. 128 și 129.

### Observația VII.

*Marița Popescu*, 30 ani. Antecedente paludice. Menstruată la 15 ani. Măritată la 17 ani. Durata menstruelor 3 zile, cantitate abundantă, cu dureri lombare. Prima faecore la 18 ani; părăsesc patul la 3 zile. Bóla a început acum trei ani din cauza unei răceli și ridicarea unei greutatei în timpul menstruelor, când acestea au durat o săptămână și foarte abundente. Acum 6 luni ridicând un garderob, a fost coprinsă de dureri mari și tumefacție abdominală. Emoragie cu coagulii durând o săptămână.

În timpul verei răcind din nou, bóla i-a revenit cu caractere mult mai grave: dureri în ipogastriu și mai ales în fosa iliacă stângă; de aci durerile se iradiau în membrul inferior corespondent precum și în lombe. Constatăm abdomen puțin balonat, dureros d'asupra simfisei, dar mai ales în fosa iliacă stângă. Acise simte o tumoră de mărimea unui ou, foarte dureroasă. Aceste dureri se iradiază până la vârful piciorului. Uterul în anteverziune, fix, dureros la presiune.

26 Februarie 98. *Laparatomie*. Anexele din stânga formeză un bloc vîrit în grosimea ligamentului larg, fără nici o pediculisare. Epiploonul aderent cu tumora, se rezecă aplicându-se un fir. Se procedează la desinclavarea tumorii începând de la bază și în lături. Se rup aderențe multe; emoragii simțitoare, nu ne oprim însă până ce nu reușim a degaja cu totul anexele. Către fosa iliacă însă ele încă rămân fixe printr'un larg pedicul; se trage uterul în plagă, se aplică o dublă legătură, una în dreptul cornului, alta către fosa iliacă, după aceea se rezecă.

Trecem în partea dreaptă: găsim dificultăți și mai mari. După ce degajăm pe cât posibil tumora, aplicăm 4 puncte sub intrante în grosimea ligamentului larg spre uter, apoi rezecăm. Includem abdomenul prin opt puncte musculo-peritoneale și 9 cutanate.

Lungimea incisiei 11 centimetri. Greutatea tumorei 32 gr. Ambele piese formeză tipul anexitelor scleroase. Trompa și ovarul intim unite între ele. Ovarul din dreapta sclero-kistic.

5 Martie se desface pansamentul. Reunire per primam. Se scot firele.

22 Martie. Bolnava iese din spital. Dînsa declară că dacă umblă simte óre-care jenă în fosele iliace. Noi constatăm fundurile de sac libere și ne dureroase; cel anterior însă puțin sensibil la presiune. Veți fig. 130 și 131.

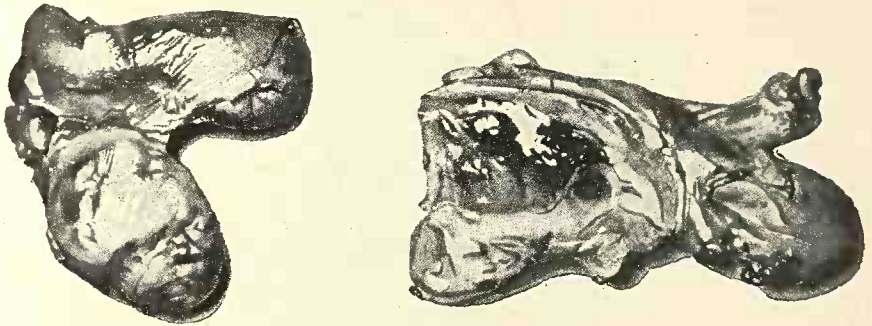


Fig. 130 și 131. Anexite plastice. Ovar sclero-kistic în dreapta (personală).

### Observația VIII.

*Ióna Ion*, 18 ani. Menstruată la 14 ani. Primele raporturi sexuale la 16 ani, după care menstruele ducă 2—3 zile în cantitate foarte mică. La câte-va luni de la această epocă, bolnava observă că menstruele au întârziat 2½ luni, ceea ce a făcut-o să bănuiască a fi gravidă. Bolnava spune că de când menstruele s'au oprit, simte mari dureri sub ombilic. Raporturile sexuale extrem dureroase, aproape imposibile. Bolnava ne mai putând suporta durerile atroce ce-i făcea mersul imposibil, amenințând-o să cază jos, intră în spital. Constatăm: regiunea ipogastrică ca și ambele fose iliace enorm de dureroase. Uterul e relativ mobil, dureros, anteflexat. În ambele funduri de sac se simte câte-o tumoră durerosă, cu dureri mari la presiune. Ele sunt foarte fixe.

18 Martie 98. *Laparatomie*. Se dă de o masă enormă și înformă, acoperită de marele epiploon. Nu se poate descoperi nimic, nici uter nici anexe. Aspectul general se impunea drept adevărat sarcom. Se caută prin diferite manipulări să reparăm aceste tumori, începând d'întâiu în stînga. Deslipim epiploonul, iar în parte îl rupem fiind fragil și livid.



După mai multă muncă, descoperim că tumora era formată din ambele anexe enorm mărite de volum și lipite cele din dreapta cu cele din stânga, formând la partea anterioară o singură tumoră, iar uterul așezat de desubtul lor. În timpul explorărilor o mică pungă de puroi se sparge în dreapta; se procedează imediat la separarea tumorii din stânga; și după ce se reușese a se pediculisa, se scote afară din plagă, aplicându-se pe pediculul format 5 suturi subintrante, după aceea se rezecă.

Trecem la anexele din dreapta. Se separă de fața laterală co-



Fig. 132. Duple anexite supurate (personală).

respondentă a uterului, precum și de o ansă intestinală. Se pediculisează și se rezecă, aplicându-se iarăși 5 puncte sub intrante. Bolnava e în plan înclinat. Se fac spălături și toaleta peritoneului. Se fixează uterul de abdomen printr'un fir. Se închide abdomenul prin 7 fire profunde, 9 superficiale: lărgimea incisiei 12 c. m. Greutatea pieselor 220 gr. Ambele anexe transformate în tumori mari, ovarele kistice supurate. Trompele dilatate, încolăcite, formând împreună cu ovarul o tumoră aproape de mărimea unui pumn; prezintă pe suprafața sa mai multe puncte, mai mulți kiști. Extirparea acestor anexe, formeză tipul celor mai înaintate leziuni și fără analog din câte operațiuni am făcut de felul acesta.

22 Martie. Bolnava continuă a avea scaune abundente. Se prescrie decoct de Columbo cu bismuth.

26 Martie se ridică pansamentul; plaga reunită în jumătatea superioară; în cea inferioară, prin punctele de sutură iese serositate sanghinolentă și puroi; se fac spălături cu sublimat și acid fenic 5%. Se scot firele; bolnava n'are dureri.



Fig. 133.

Duble anexite supurate (personală).

19 Aprilie. Bolnava iese complet vindecată. Bolnava ne declară că durerile teribile ce avea înainte de operație, din pricina cărora nu putea umbla de loc sunt suspendate cu totul. Acum n'are dureri de loc, umblă mult fără cea mai mică durere. Mă-nâncă bine. Intr'un cuvînt bolnava mărturisește că e foarte mulțumită. Fig. 132 și 133.

**Modele de anexite, tratate prin ginectomie abdominală totală succesivă și intactă.**

Am arătat deja că în principiu, noi pe cât posibil evităm această operațiune. Ridicarea întregului aparat genital intern al femeii, constituie o adevărată mutilațiune. De aceea noi o evităm cu atât mai mult cu cât în cele mai multe intervențiuni ablațiunea simplă a anexelor a fost suficientă. Cu toate acestea, în 10

casuri leziunile fiind prea înaintate și uterul aprópe profund atins, am fost nevoiți a recurge la măsuri escesive, practicând isterectomia abdominală totală, numită după noi *ginectomie*. Dăm aici ca modele următoarele patru observațiuni, făcute prin această metódă.

### Observația IX.

*Ióna Bencea*, 36 ani, se plânge de dureri mari în abdomen ca și cum ar fi arsă cu un fier roșu ce ar trece prin pântecul său. Aceasta o împiedică de a munci, și-i face viața insuportabilă. În plus durerile se iradiază în regiunea lombară și în ambele membre inferioare până la vârful degetelor. Prin examen constatăm un uter foarte mărit de volum, gâtul uterin scleros și cu o largă ulcerățione. Faptul acesta unit și cu o ulcerățione într'un punct corespondent al vaginului, acolo unde gâtul uterului venea în contact, ne-a făcut să bănuim un produs neoplasic. Ambele funduri de sac, dar mai ales cel drept escesiv de dureróse.

9 Aprilie 1898. *Laparátomia*. Imediat se descopere corpul uterului foarte voluminos și brásdat de dilatațiunii venóse enorme. Ambele anexe aderente, și lipite de fosele iliace. Trompa din dreapta transformată în kist sanguin. Se procede la deslipirea lor, se apucă fundul uterului cu o pensă fixă și se trage în plagă. Se aplică în stânga 4 suturi sub-intrante pe înălțimea ligamentului larg în afară de anexe. După aceea se pune o pensă fixă lungă, răsând marginea uterului până la istm. După ce se înod firele, se taie cu fórfecele ligamentul larg între pensă și legături. După aceea se face o incisie cu bisturiul pe fața anterioară și inferioară a uterului; cu degetul se deslipesce acest lamboț, respingându-se fundul de sac vesico-uterin înainte. Un ajutor introduce în vagin o pensă lungă Terrier și face să proemine fundul anterior al vaginului. Se incisează cu bisturiul pe vârful pensel, care o-dată intrată în basin, se deschid ramurile și se lărgesce orificiul.

Se scóte pensa și se introduce degetul în locul său. Atunci se apucă cu pense fixe păreții vaginului, iar cu fórfecele curbe conduse pe deget, se procede la desinserarea colului de vagin; pe măsură ce înaintăm se aplică diferite pense de fixățione pe vagin, iar altele emostatice, coprinđend diferite artere și în special cea uterină. După ce ast-fel s'a desinserat vaginul de jur împrejurul gâtului uterin, se procede la legarea și secționarea ligamentului larg din dreapta, mergând de jos în sus și în afară de anexe prin aplicare de mai multe puncte subintrante. Se pune apoi o pensă lungă răsând partea laterală a uterului și se taie ligamentul larg între pensă și firele prealabil legate. Cu acesta se ridică întregul aparat genital intern, reprezentat în figura 134.



Se face toaleta perfectă a peritoneului, se reconstitue planșul pelvien prin lipirea firelor peritoneale și se reduc bonturile.

După acésta se închide în mod complet bolta vaginală prin 4 puncte de suturi. Se aplică 11 punte peritoneale și 9 tegumentare, și cu acésta operația e terminată. Greutatea tumorii 175 gr.

După operație se fac injecții cu eter, ergotină și 1000 gr. serum.

17 Aprilie se schimbă pansamentul, reunire per primam, se scot firele.

7 Maii. Bolnava declară că numai are durerile în pânțee, cari o împedicați de a umbla și a face cel mai mic serviciu prin casă. Iese din spital foarte mulțumită; umblă, mănâncă bine și spune că nu simte nimic care să o deranjeze.

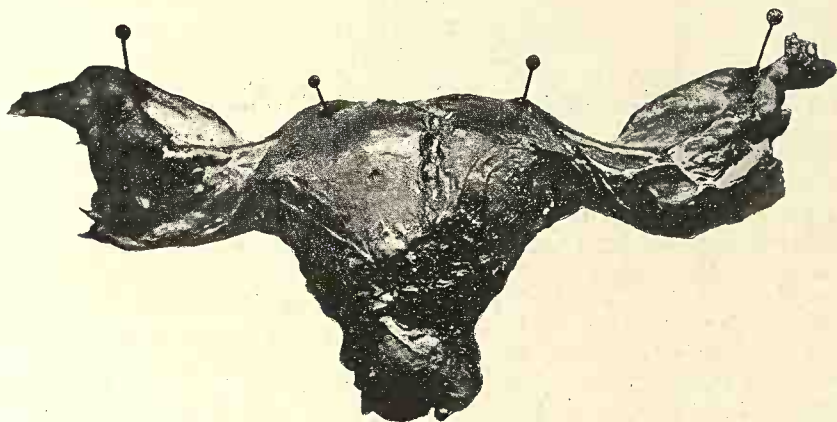


Fig. 134.

Ginectomie abdominală totală și intactă. Anexite sclero-kistice. Kist sanguin în trompa dreaptă (personală).

### Observația X.

*Elena Georgescu*, 42 ani. Menstruată la 14 ani cu durată de 3—4 zile, cu puține dureri și indispoziție. Măritată la 17 ani, a avut 7 copii. Începutul bôlei duréază de mult, dînsa s'a manifestat acum 12 ani prin metroragie, ce mai târziu se repetă. Acésta se însoțesce de dureri în fosa iliacă stîngă cu iradiațiuni în membrul inferior până la genunchi, durerile sunt comparate de bolnavă cu nisce înțepături de cuțit. Dînsa intră în serviciu pentru a scăpa de durerile din vintra stîngă. Aceste dureri sunt intermitente, ele se accentuiază când bolnava ridică ceva, umblă

saŭ sue scări. Pentru ca durerile să înceteze, bolnava declară că trebuie să stea în pat, să se strângă, să se ghemuiască, și totuși ele nu încetază de cât cu greu și după ce se încălzește. Constatăm: uter mare, simțindu-se la 3 degete d'asupra simfisei. În fundul de sac stâng se simte o tumoră de mărimea unui ou de găină, proeminentă și foarte dureroasă la presiune. În fundul de sac drept se simte o altă tumoră, ceva mai mică, dar scleroasă și dureroasă.

29 Aprilie 98. *Laparatomia*. Incisia 15 c. m. Se descoperă uterul voluminos, dar mobil. În stânga o tumoră liquidă, aprópe cât un pumn, vîrită în grosimea ligamentelor largi și cu o mulțime de aderențe. Se procede cu multă precauțiune la deslipirea aderențelor și se reușese a se aduce în plagă. Trecem la anexele din dreapta, unde se procede la degajarea lor. Aci însă ovarul kistic supurat se sparge, totuși se aduc și ele în plagă. Ne hotărâm la extirparea uterului. Se aplică în mod sistematic mai multe suturi sub intrante pe ligamentul larg din stânga până în dreptul istmului. Se secționază puindu-se și o pensă fixă de siguranță. Se trece în partea opusă și se procede în același mod. După-ce respingem înainte fundul vesico-uterin, introducem în vagin o pensă lungă, care făcând să bombeze prin fundul de sac anterior, practicăm o butonieră, prin care introducem degetul. Cu fórfecele curbe desinserăm vaginul de col, aplicând treptat pense emostatice și pense de fixație pe pereții vaginului. Uterul împreună cu anexele se scot cu înlesnire și sunt reprezentate în fig. 135.

Se aplică 12 legături pe diferite vase. Toaleta peritoneului fiind perfectă procedăm la ocluziunea vaginului; care se obține prin 5 puncte Lambert. Se reconstitue planșeul coaptându-se suprafețele sângerânde și se reduc toate bonturile. Din nou spălături cu sublimat și toaletă. Se închide abdomenul prin 10 puncte profunde și 14 superficiale. Se notéză că voind a reduce bontul din dreapta acul Reverdin nu s'a închis, în momentul de a-l trage afară vîrfurile s'a rupt și a rămas în grosimea țesuturilor.

*Descrierea piesei*. Uterul are înălțime de 15 c. m. lățime 13 c. m. Grosimea pereților 5 c. m. Spintecându-se se găsește cavitata plină de fongosități.

În stânga se află o tumoră kistică purulentă cât un pumn, ea e formată de ovar. Pe dînsul se află trompa lipită, îngroșată și încolăcită, avînd și ea un mic kist pe perețele superior. În dreapta ovarul scleros, supurat, trompa dilatată și îngroșată.

8 Maii. Se scot firele, reunire per primam. Starea generală bună. s'a observat însă după operație o ușoră stomatită.

28 Maii bolnava iese complect vindecată. Dînsa declară că e foarte mulțumită.

29 Iulie 98 bolnava e revădută. Dînsa exprimă aceeași stare de mulțumire.

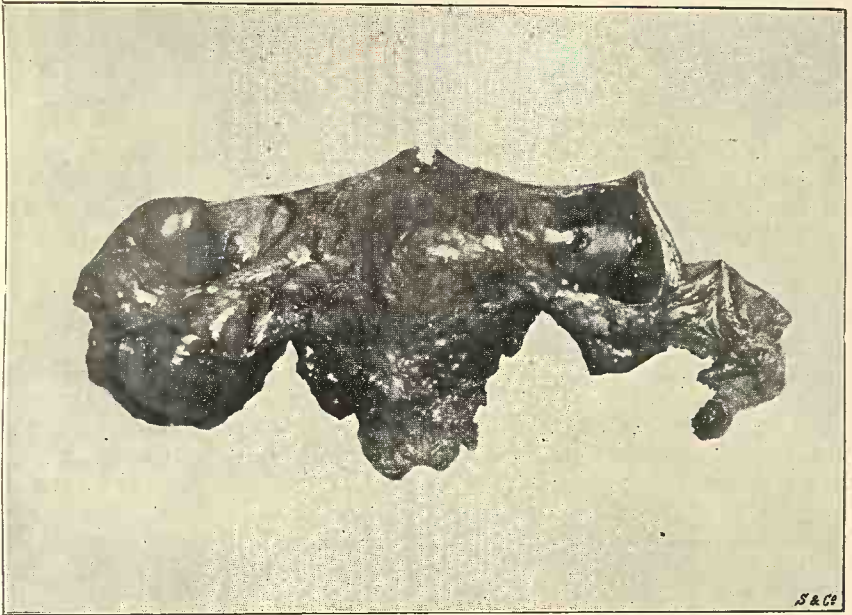


Fig. 135. Ginectomie abdominală totală. Dublă ovarită supurată (personală).

### Observația XI.

*Elisabeta Niculescu*, 23 ani. Menstruată la 12 ani cu dureri de mijloc și abdominale, fieri și căldură. Menstruele apoi se opresc și nu reapar de cât după 6 luni. În urmă se opresc din nou timp de 3 luni. De aci înainte viind regulat la 4 săptămâni, dar încă cu dureri de mijloc și junghiuri. Menstruele ducă trei zile și în mare cantitate. Maritată la 17 ani a avut 3 copii și un avort. În urma acestuia dînsa pierde mult sânge timp de 6 săptămâni, și rămîne cu dureri în abdomen. Durerile și junghiurile se generalisază în întregul pîntece ele cauzăză bolnavei suferințe mari și nu-î dă nici un moment de liniște. Pentru a scăpa de aceste dureri bolnava intră în serviciul nostru. Constatăm abdomenul dureros, mai ales de la simfisă la ombilic. Uterul mărit; fundul se simte la 3 laturi de deget d'asupra simfisei, colul gros, de o consistență lemnosă. În fundul de sac drept, se simte o tumoră ovoidă mergînd până în fundul de sac a lui Douglas.

În cel stîng de și dureros, nu ne dă însă senzațiunea de tumoră. Durerile cele mai vii sunt în fundul de sac posterior, unde se și simte o tumoră difusă.

19 Decembrie 1897. *Laparatomie*. Se face incizie de 12 centimetri. Se deschide peritoneul fără nici un incident. Se constată



o masă dură plecând de la o fosă iliacă la alta fără a se putea distinge uterul. Se atacă anexele din dreapta, se distrug și se rup aderențele ce erau foarte solide și întinse. Ele lipiau tumora cu multă țarie de basin și anse intestinale ce se aflau d'asupra tumorei. Rupând deci aderențele de la suprafața la profunzime începe a se arăta o tumoră de mărimea unui ou, așezată în fundul basinului. Indată ce s'a ajuns cu degetele la baza tumorei, se deslipesc de basin și căutam a ne dirija către partea mediană, căutând a aduce tumora în plagă; nu reușim însă din cauză unei alte plăci întinse care o ținea fixată de fosa iliacă dreaptă. Se pun mai multe suturi sub întrante în această regiune, după care secționându-se tumora devine liberă, se aduce în plagă, se extirpază aplicându-se un fir dublu în dreptul cornului. Treceam în stânga. Acum uterul fiind distinct se aplică pe fundul său o pensă cu dinți. În acest timp se vede puoiu ieșind din păreții uterului. Degajând tumora se aduce și dînsa în plagă, care de asemenea se extirpază în dreptul cornului. Uterul rămas liber se hotărăscă extirparea lui totală. Se trage și mai mult în plagă, facem o incizie circulară pe fața sa anterioară în dreptul istmului, și deslipim fundul de sac vesico-uterin.

Se introduce o sondă metalică în vagin, pe care incisând fundul de sac îl deschidem. Introducem apoi degetul, iar cu forfecile curbe, înconjurând de jur împrejur gâtul uterului și aplicând diferite pense de fixație și de emostază scotem uterul. După aceea închidem bolta vaginală prin trei puncte Lambert. Reconstituim pe cât posibil planșeul pelvien, reducem bonturile, facem toaleta și închidem abdomenul prin 9 puncte profunde și 12 superficiale.

Piesele extrase sunt reprezentate în fig. 136 și 137.

Pe lângă alterațiunile sclero-plastice și supurate ale anexelor, de notat este că uterul având 9 centimetri lungime pe 8 centimetri lărgime, fiind presat, lasă să se scurgă prin orificiul tubar liquid muco-purulent.

După operație se face injecție cu ergotină, cafeină și 600 grame serum. Către sêră puls frequent 120. Din noii serum. A doua zi bolnava avea aerul a fi bine, pulsul însă era frequent. Apar sughituri. Pe la 10 ore diminuează toate fenomenele se agravează, pulsul devine imperceptibil, bolnava e coprinsă de agitații și sudori reci profuze; cunoștința e pierdută, bolnava e în agonie.

Imediat se transportă pe masa de operație i se dă câte-va picături de cloroform și repede se deschide pântecul. Se desface plaga când iese un liquid sanghinolent; se deschide peritoneul când iese o cantitate mare de liquid sanghinolent turbure și cu un aspect murdar. Se varsă cantități mari de sublimat cald până ce liquidul iese curat. Se inspectează cavitatea peritoneală și se introduc mai multe comprese fierți în sublimat, se ridică câte-va părțile de țesut rămas din ruperea aderențelor. Peritoneul era curat, dar pe suprafața unor anse intestinale s-a observat mici gra-

nulațiunii roșietice. Intre două anse intestinale se constată o ușoară aglutinare. Din noii se fac spălături largi cu sublimat, iar apoi se introduce în fundul basinului o largă compresă de tifon fiartă în sublimat și care se lasă în loc. Se închide repede abdomenul, iar bolnava se transportă în patul său ca și mortă.

Se fac injecții cu eter și cu ser artificial 1000 grame. După o oră de la operație pulsul devine perceptibil, dar imposibil de numărat, totuși bolnava începe a vorbi, dându-și séma de situație. Respirația devine mai liberă, iar aripele nasului nu se mai agită. Se lasă puțin să se odihnescă. Pe la orele 1 p. m. pulsul devine ceva mai plin și o ameliorare generală se manifestă. Pe la orele 4 p. m. are o diaree profusă, cu tenesme și foarte fetidă. Din noii injecții cu serum. Se învelesce întregul corp cu vată, de la picioare până la gât. La orele 8 séra 140 pulsații.



Fig. 136 și 137. Ginectomie abdominală totală succesivă. Laparatomie secundară (personală).

*21 Decembrie.* Bolnava a dormit bine în timpul nopței, diareea e foarte frequentă și fetidă. Pulsul destul de plin, dar frequent. Numără 144. Temperatura 37°. Bolnava liniștită, cere de mâncare. Se fac spălături vaginale cu sublimat. Să notăm că chiar la a doua laparatomie bolta vaginală n'a fost deschisă. Se prescrie Dower cu salicilat de bismuth.

*22 Decembrie.* Bolnava se găsește în stare excelentă. Diareea nu mai e abundentă, este însă foarte fetidă și însoțită de mari tenesme, puls plin, regulat 124. Se schimbă pansamentul, compresa din abdomen curată, dar imbibată de o serositățe roșietică. Nu se exală nici un miros fetid. Se constată un mic balonament circumscris către ipohondrul drept mergând până la ombilic și d'asupra sa. Se exprimă pe plagă mai multe comprese fierte în sublimat, se încercă a se estrage compresa din abdomen. Dînsa este aderentă și provocă dureri, se lasă în loc.

24 Decembrie a 5-a zi de la laparatomie secundară, se scote compresa din abdomen cu multă precauțiune, dînsa e curată, dar ici colea pătată de o ușoră colorațiune rosă. Compressa extrasă din abdomen e reprezentată în figura 138.



Fig. 138. Compressă intra-peritoneală în mărime de  $\frac{70}{40}$  cm. extrasă după 5 zile (personală).

Se introduc 2 tuburi de drenaj în abdomen prin care se fac spălături cu sublimat: prin tuburi ies mai multe detritusuri (foloștine) de părți sfacelate, dar fără miros. Se face pansament larg antiseptic.

25 Decembrie se desface pansamentul. Se fac spălături, lichidul iese curat fără detritusuri. Diareea complect dispărută.

28 Decembrie. Se suprimă tuburile, se fac spălături cu creolină, se scot toate firele.

15 Ianuarie. Cavitatea mult redusă.

22 Ianuarie. Plaga închisă, bolnava a prins putere, umblă fără nici o jenă. Numai simte nici una din durerile de care suferea mai înainte.

În Aprilie 1898 bolnava e revădută. Dînsa nu scie cum să ne mulțumescă.



### Cap. III. Gravitatea extra-uterină.

După cum numele indică, se înțelege prin gravitatea extra-uterină, dezvoltarea oului fecundat în afară de uter, — singurul organ destinat pentru acest scop.

Dar faptul că un asemenea fenomen se poate întâlni și într'un corn rudimentar al uterului, precum și în porțiunea cea mai internă a trompei aflată în corpul uterin, ne arată că expresiunea de gravitatea extra-uterină nu este tocmai corectă. De aceea *Barnes*, a propus numele de *gravitatea ectopică*; în ea poate să intre ori-ce varietate posibilă, fără a prejudeca întru nimic subiectul.

După noi, *prin gravitatea extra-uterină sau ectopică, se înțelege dezvoltarea oului fecundat într'un punct în afară de cavitatea uterină.*

Prin urmare or-ce gravitatea, ce nu și-ar avea sediul în porțiunea coprinsă între istm, fundul uterului și orificiile tubare, intră în categoria gravității extra-uterine. Ast-fel fiind, nu numai oul fecundat în ovare, trompe și cavitatea peritoneală fac parte din gravitatea extra-uterină, dar și însuși cazul când acest ou s'ar dezvolta în orificiul gâtului uterin, sub istm; căci și acesta, fiind în afară de cavitatea propriu-șisă a uterului, este tot extra-uterină.

Faptul că se găsește ovulii fecundați în diferitele porțiuni de segmente a organelor genitale interne, ne autorisă a crede că spermatozoidul circulă în toate aceste regiuni.

Chestiunea acésta e de mare importanță. Sunt autori cari pe rînd au susținut că fecundația, adică întâlnirea spermatozoidului bărbătesc cu ovulul femeesc, s'ar face numai în ovar; după alții în trompe, iar după alții în uter. Cea mai mare tentațiune, de care a fost influențat și însuși *Lawson Tait*, — fiind în aparență și cea mai naturală, este că acest loc de întâlnire ar fi în uter.

Coste însă împreună cu *Bischoff* și alții, resping acésta idee, sub motivul că ovulul din momentul când cade în uter, nu mai este capabil a fi fecundat. *Wydel* însă, o autoritate destul de competentă, susține că deși fecundațiunea este mai probabilă în cavitatea uterină, totuși împregnațiunea ovulului se poate efectua pe tot traectul organelor genitale interne, mergînd chiar până în ovar. Și proba ar fi existența gravității extra-uterine în acest organ.

Nu este fără interes a reproduce în acésta privință unele experiențe și opiniuni, ce găsim în tratatul de Obstetrică a d-lui

Dr. Bastaky: „Pentru ca să se probeze că întâlnirea și împreunarea ovulului și a spermatozoidului se face mai adesea în afară de cavitatea uterină, Nück a făcut experiența următoare: Trei zile după coitul unei cățele, a deschis abdomenul animalului și a pus o legătură pe trompele uterine, foarte aproape de uter. După mai multe zile deschidând abdomenul și despicând trompele, a găsit în ele embrioni, cari erau opriți în nivelul legăturii.

*Bischoff, Wagner* și alții, găsiră 2—3 zile, după coitul unei cățele, spermatozoizi pe suprafața ovarelor.

Cei mai mulți autori însă precum și Tarnier, susțin că împregnația nu se poate face în cele două treimi externe ale trompei, de ôre-ce acolo ovulul este înconjurat de atmosfera celulară numită disc proliger, precum și de o substanță albuminosă, ce nu permit spermatozoizilor să se apropie de membrana vitelină a ovulului“.

Noi nu intrăm în această chestiune fiziologico-filosofică, cu atât mai mult că opiniunile și experiențele se contrazic.

În adevăr, în afară de aceste probe s'aũ mai făcut și altele, unde găsindu-se spermatozoizii în tot traectul trompelor, ar veni în sprijinul peregrinării lor în aceste organe.

Ast-fel este următórea experiență, pe epuróice: s'a extirpat dintr'o parte ovarul, iar în partea opusă s'a legat numai trompa. După copulație, sacrificându-se mai târziu animalul, s'a constatat o fecondație în ovarul conservat din partea trompei legate.

Acésta ca și cele-alte probéză până la evidență că spermatozoidul intrând în uter, a trecut prin trompa nelegată; de aci eșind prin orificiul abdominal ce era liber, a peregrinat chiar prin cavitatea peritoneală, până ce a ajuns la ovarul conservat, unde a fecondat ovulul.

Plecând din acest punct, am putea admite că și în speța umană spermatozoizii trec prin trompe; că o femeie având de exemplu o anomalie a trompei din stânga ce nu s'ar aplica pe ovar și ar rămâne ast-fel cu orificiul său abdominal liber, spermatozoidul ar putea ieși prin acest orificiũ și, cădut în cavitatea peritoneală, ar merge la ovarul opus — presupuind că cel din stânga e bolnav — și l'ar feconda. Intâmplându-se însă că aci ar exista o aderență intimă între pavilionul trompei cu ovarul saũ un alt obstacol în traectul însuși al trompei, ovulul ast-fel fecondat nu ar putea fi adus în cavitatea uterină. Prin urmare ar rămâne în ovar unde a fost fecondat, saũ în traectul trompei, și-ar forma în orĩ-ce caz o graviditate extra-uterină.

Dar toate acestea sunt simple supozițiuni și făcute pôte de noi printr'o analogie forțată. Realitatea însă pare a fi din partea lui Lawson Tait. El a obiectat, cu drept cuvînt, că s'a confundat lungimea uterului bifid ce e constantă la mamiferele inferioare. Așa că în definitiv chiar și la acestea, lucrul nu e perfect demonstrat, cu trompele, că spermatozoiții ar trece dincolo de frontiera uterului. În cazul acesta, și presupunerea noastră rămîne o simplă ipoteză ca ori care alta.

Pentru moment, și în interesul înlesnirii explicațiunei subiectului ce ne preocupă, suntem de acord cu opiniunea emisă în această privință de Lawson Tait. Iată ce țice acest autor: „Uterul singur este sediul ori-cărei concepțiuni normale; de îndată ce ovulul a suferit influența spermatozoidului, el contractă aderențe cu mucósa uterină. Principala funcțiune a cililor vibratili ai trompei lui Fallope, este de a preveni intrarea spermatozoidilor, și de a înlesni în același timp mersul ovulului către locul său normal de incubatiune. Mai mult, îndoiturile mucóseï uterine sunt destinate să reție ovulul până va fi fecundat sau expulsat. Aceste idei fiind admise, țice autorul, ne este foarte ușor să înțelegem adevărata etiologie a gravidității tubare. N'avem de cât să citim lucrările lui Arthur Gohnstone și ale lui Bland Sutton, pentru a ne da socotela cum salpingita descuamativă, reușese să transforme suprafața mucósa a trompei, într'o stare absolut analógă cu aceea a suprafeței uterine. În aceste condițiuni, străbaterea spermatozoidului în trompă va fi posibilă; oprirea ovulului în acest conduct va fi inevitabilă, iar aderența sa imediată cu pereții tubari, va fi tot așa de ușoră ca și de aceea a uterului. De aci urméză că graviditatea ectopică sau tubară va depinde de un proces sau accident, care transformând suprafața mucóseï trompei lui Fallope, va fi transformat structura sa absolut analógă cu aceea a mucóseï uterine“.

Acésta este putem țice prima teorie, care s'a dat asupra mecanismului gravidităților extra-uterine sau mai bine țis tubare.

Toate cercetările ulterioare au fost făcute în scopul, de a lupta pentru distrugerea acestei teorii. Trebuie însă să recunoscem că nu s'a reușit; așa că și astăzi opiniunea lui Lawson Tait încă are curs în știință.

Cari sunt obiecțiunile ce s'au invocat contra lui Lawson Tait? În prima linie sunt faptele, că ori-ce obstacol în trompă fie el mecanic sau provocat, nu este capabil a favorisa dezvoltarea unei gravidități extra-uterine.



În adevăr, s'a făcut experiențe pe epuróice, cărora după câte-va zile de la copulațiune li s'a aplicat o legătură pe trompe.

Atunci când fecondațiunea era deja efectuată, s'a sacrificat animalul; s'a constatat prezența ovulului fecondat în trompă dar fără nici o urmă de desvoltare, ci în stare de regresiune, mergând până la disparițiune completă. Tot același rezultat s'a obținut și în casuri de leziuni traumatice a mucósei salpingeene, provocate prin răzuire directă cu lingura Volkmann sau cu un alt instrument apropiat. Ce rezultă de aci? Că admitând,— chiar contra tuturilor experiențelor ce am arătat — că, fecondațiunea s'ar petrece numai în cavitatea uterină, după cum crede Lawson Tait, și că numai în condițiuni anormale a pierderii proprietăților fiziologice a mucósei trompelor, spermatozoizii ar străbate prin trompă și ar feconda ovulul; și că dînsul ast-fel impregnat, s'ar opri în vre unul din punctele lungimei acestui organ, încă nu s'ar explica fenomenul de producere al gravidității extra-uterine.

Se pare în adevăr a se fi demonstrat, că oprirea ovulului fecundat în trompă, pentru producerea unei gravidități extra-uterine, nu se mulțumesc de un simplu obstacol, precum nici de leziunile mucósei acestui organ. Fenomenul depinde de condițiuni cu totul altele și anume: de posibilitatea mucósei trompei de a fi investită de aceleași calități, ca și aceea a uterului: de a se transforma în membrană caducă; singură ea e capabilă a oferi elementele necesarii unui ovul fecondat, pentru a se desvolta.

Dar în ce mod mucósa trompei se póte investi de aceste calități?

Ultima teorie admisă în această privință, este aceea susținută de Webster, Mandel și Smith. Ei admit că trompele ca și uterul, având aceeași proveniență embriologică din canalele lui Müller, ar fi capabile să-și păstreze calitățile înăscute. Deci ele fiind puse în contact cu un ovul fecondat, se pot transforma într'o adevărată caducă în tocmăi ca și mucósa uterină.

De aci ar resulta, că adevărata etiologie a gravidităților extra-uterine, constă într'o predispoziție congenitală. Este indiferent deci, dacă trompa ar fi provădută de vre un obstacol óre-care sau de ori-ce altă alterațiune patologică inflamatorie; dînsa de nu va fi conservat calitățile embriologice analóge cu ale mucósei uterine, nu va fi în stare să procure oului fecondat, oprit în tractul său, posibilitatea de a se desvolta.

Acésta ne și explică faptele, cum în ciuda tuturilor obstacolelor și leziunilor traumatice, graviditatea extra-uterină nu s'a putut produce, de și oul constatat în traectul trompelor era manifest fecundat. Causa e că dînsul, ne avînd condițiunile necesare dezvoltării sale, nu a putut progresa, ci a dispărut prin atrofie și regresivune patologică.

Ideile acestea par cu atît mai mult confirmate, cu cît în casurile unde s'a constatat graviditățî extra-uterine tubare, s'a vîdut prin examenul microscopic, că teritoriul mucóseî tubare, ce permisesse dezvoltarea gravidităței extra-uterine, presenta tóte caracterele unei caduce, ca și aceea a mucóseî uterine. Restul dincolo și dincóce, nu oferea nimic anormal din starea fiziologică obicinuită a mucóseî uterine.

Ar rămînea decî demonstrat, că pentru producerea unei graviditățî extra-uterine, dacá nu întréga mucósă tubară trebuie a poseda aceleași calitățî ca ale mucóseî uterine, este suficient ca un teritoriū limitat dintr'însa, să fie investit de o asemenea calitate congenitală, pentru a permite producerea fenomenulū de graviditate extra-uterină.

În fața acestor argumentațiunî teoretice și sciințifice, s'a ridicat Dührssen. El obiectézá, că faptul invocat de producerea procesulū într'un anume punct al mucóseî trompei, în tocmai analog cu membrana caducă ce se observă în uter, nu póte fi luat drept o predispozițiune congenitală, ca provenind din persistența conservării mucóseî venită din canalele lui Müller ca și aceea a mucóseî uterine. Dînsul bazându-se pe observațiunile lui Ruge, că în casurî de inflamațiunî ușóre ale trompei — neatingând adică de cît mucósă și formînd ceea ce se numesce endo-salpingită — acest proces e capabil a imprima celulelor mucóseî trompei nisce caractere cu totul identice, cu acelea ce caracterisă celulele caduceî. Prin urmare nu predispozițiunea congenitală a trompei favoriséză dezvoltarea ovululū fecundat oprit în domeniul sêu, ci o stare inflamatorie a acestuî organ; dînsa apropiind mucósă trompei de aceea a unei caduce, ar favorisa pînă la un punct órecare dezvoltarea oulū fecundat și ar da ast-fel nascere gravidităței extra-uterine.

Dar modul acesta de a vedea, confirmă fórte mult vederile deja expuse ale lui Lawson Tait, care susține că inflamațiunile trompei, constitue factorul principal al gravidităților extra-uterine.

Dar în afară de ideile proprii ale lui Lawson Tait, el mai învócă și unele cercetări din partea autorilor de o competență

nediscutată. Ast-fel dînsul susține că Virchow a atras deja de mult atențiunea, că examinând casuri anatomice de graviditate ectopică, a găsit mai tot-d'a-una urme de o veche pelvi-peritonită. Ar mai fi încă în sprijinul acestor idei și aceea, că un mare număr din aceste femei se găsesc sterile de un foarte mult timp. În plus, ele suferind de dismenoree, ne arată că aparatul lor genital este deja bolnav de mai multă vreme. Ast-fel țice Lawson Tait: constatăm adesea în istoricul bolnavelor atât de frecvent în afecțiunile tubare, complicațiuni consecutive primei faceri. Ele constau în simptome pelviene foarte manifeste, urmate apoi mai târziu de o lungă perioadă de sterilitate și sfîrșind în cele din urmă prin a avea o graviditate ectopică, terminându-se prin ruptura pungei. De alt-fel ideia acésta, Lawson Tait o sprijină și pe declarațiunea unui mare autor, Parry. El insistând asupra acestei particularități țice: „Femeele devenind gravide în mod extra-uterin, ne arată înaintea acestui fapt o inaptitudine cu totul particulară la concepțiune. Intervalul între căsătorie și prima impregnațiune este adesea foarte lung. Dacă femeea a avut copii, o perioadă lungă de sterilitate precede de obicei graviditatea extra-uterină.

Tóte aceste fapte adaugă Lawson Tait, îmi dau convingerea în ideea că gestațiunea ectopică este datorită distrugerii epitelului ciliat al trompelor; dînsa ne autorisă a pleda în favórea interpretațiunii nóstre.

Credem a fi insistat destul asupra acestui punct de o subtilitate foarte mare, ce de alt-fel nu se găsește descris în orice tratat, pentru a ne permite a trece la o altă chestiune de un folos clinic și practic.

**Evoluțiunea gravidității extra-uterine.** Dacă admitem peregrinațiunea spermatozoizilor pe întregul traect utero-tubo ovarian, lesne înțelegem posibilitatea desvoltării unei gravidități extra-uterine atât în trompe cât și ovare. Pentru primul conduct, nimeni nu este contra. Toți sunt în perfect acord asupra sarcinelor extra-uterine tubare. Nu este însă tot ast-fel pentru cele ovarice. Contra lor este șcóla Englesă, dar mai cu deosebire Lawson Tait. Dînsul ne admițând trecerea spermatozoizilor dincolo de cavitatea uterină, nu permite ascensiunea lor de cât în trompe; și încă numai în casuri patologice anumite, ce am arătat.

Lawson Tait decí este cu desăvêrșire contra unui gravidități ovarice; el nu numai că nu le aprobă, dar nici dă vre-o încredere în orice observațiune ce s'a dat ca atare. Ast-fel el res-



pinge orî-ce teorie, după care spermatozoizii ar atinge ovulul în saū pe ovar, producând impregnațiunea în acest loc. El respinge opiniunea și observațiunile lui Campbell; aceea a lui Spiegelberg, Puech, Kiwich, Walter din Dorpat, Parry, Granville, precum și a tutulor autorilor; el contestă tóte observațiile prin carî se caută să se probeze posibilitatea gravidităței ovarice.

Iată cum termină Lawson Tait acéastă discuțiune :

„Admit posibilitatea unei asemenea gravidități, căci putem fórte bine să ne închipuim un caz unde o trompă a lui Fallope, lipsită de epiteliul său ciliat în urma unui proces inflamator, să devie aderentă cu ovarul și să permită ast-fel întâlnirea spermatozoizilor cu un folicul ce s'ar fi desvoltat, iar apoi s'ar fi rupt în locul chiar al aderenței. În modul acesta, ovulul ar putea să fie fecundat înainte ieșirei sale din folicul; el ar deveni aderent cu păretele său și în urmă ar cresce. Dar trebuie un așa concurs de circumstanțe pentru ca asemenea cas să se pótă presenta, că ocasiunile sunt fórte slabe; posibilitatea póte fi prîvită tot așa de problematică ca și nascerea unui leū albastru, saū o lebădă cu două gâturi; ca și o monstrositate heraldică și o simplă curiositate patalogică“.

Adevărul este, că pentru a admite o graviditate ovarică, ar trebui, pe lângă constatarea kistului fetal și a corpului delict în substanța însuși a ovarului, să se arate o integritate perfectă a întregului oviduct, precum și a franjelor trompei carî să nu aibă cea mai mică aderență între ele saū cu ovarul. În acest cas de sigur, orî-ce discuțiune nu și-ar mai avea locul. Din nenorocire însă, nu există nici un cas demonstrativ, afară de unul al lui Patenko citat în Legueu. El ar fi constat transformățiunea unei părți a ovarului într'o cavitare kistică, în care s'a găsit urma de fet și placentă.

În tóte cele-l'alte casuri ce s'aū dat ca graviditate ovarică, acest organ nu ocupă de cât o zonă limitată din kistul fetal. Ast-fel unii ca Huncken, Zmigrotsky, aū invocat faptul că în punctul de inserțiune al placentei se afla țesut ovaric; alții ca Mouratoff, că albuginea se găsia în continuitate perfectă cu părății kistului fetal, iar alții în fine ca Werth că trompa corespondentă presenta o integritate perfectă.

Dar aceste observațiuni nu sunt suficiente și nici nu satisfac spiritul contradictoriilor. Ei nu vęd în ele de cât o simplă aderență a ovarului cu o graviditate desvoltată în pavilionul trompei; saū cel mult o varietate specială de graviditate tubo-ova-

rică. Pretutindenî însă trompa jăcă rolul cel măi mare, prin faptul aderenței franjelor sale cu ovarul. Căt privesce acest ultim organ (ovarul) el jăcă un rol cu totul secundar și limitat la circumstanțe forțate, iar nici de cum ca fiind el singur și primitiv în causă.

Până când decî nu se va arăta microscopicesce, saũ prin orî-ce alte mijlăce sigure dar positive, că un folicul al lui de Graaf este manifest fecondat de un spermatozoid; că s'a dezvoltat apoi în mod esclusiv în substanța ovarului; că în același timp există integritatea perfectă a mucósei și a celor-l'alte părți constitutive ale trompei; că e lipsă complectă de orî-ce aderențe a franjelor pavilionului trompei atăt între dînsele precum și cu ovarul, până atuncî graviditatea ovarică nu va fi definitiv stabilită.

Ast-fel pusă chestiunea, în ce mod lucrul acesta ar fi posibil? Nu măi în casul când, admițând peregrinarea spermatozoidilor în tot traectul organelor genitale interne, unul din ei, ajuns în pavilionul trompei, ar reuși să trecă pe puntea ce există între trompă și ovar, prin mijlocul acelei franje numită fimbria ovarică, ca să mērgă la acest organ, unde întălnind ovulul în foliculul lui de Graaf, să-l fecondeze.

Dar chiar admițând acest lucru, încă trebuie să admitem o leziune a ovarului, pentru a înțelege oprirea în interiorul sēu a ovulului fecondat; căci presupunāndu-l sănătos, atuncî n'ar măi fi rațiunea dezvoltărei unei gravidități ovarice, ci a uneia normale. În adevăr, ovulul fecondat avēnd calea deschisă a pleca de aci, el va merge să se stabilēscă în uter, spre a-și complecta dezvoltarea sa ulterióră. E posibil ca un asemenea fenomen să se producă, căci noi nu suntem încă pe deplin convinși de fenomenul intim al feconđațiunei.

Cu tótă tendința decî a autorilor moderni, carî admit peregrinarea spermatozoidilor până la ovar, totuși opiniunea lui Lawson Tait nu este încă distrusă. Măi mult, un autor destul de reputat, Webster în 1894 admite și el, că tóte graviditățile ectopice sunt și rēmān tubare.

Nu este însă măi puțin adevărat, că astădi se admite posibilitatea unei gravidități extra-uterine ovarice. Două sunt modurile sale de efectuare și dezvoltare. Să presupunem că foliculul lui de Graaf este rupt și că spermatozoidul precipitāndu-se asupra ovulului l'a fecondat. Atuncî din două lucruri una: saũ acēstă rupere a foliculului se repară, saũ rēmāne necicatrísată. În casul întăiũ, oul fecondat se dezvoltă în însăși substanța ovarului, în

tocmai ca ori-ce kist obicînit. Acésta ar constitui *cea mai clasică și tipică graviditate extra-uterină ovarică*. In cazul al doilea însă, când ruperea foliculului nu se cicatrizează ci rămîne deschisă, atunci fetusul trece în cavitatea abdominală; dar placenta rămîne aderentă cu țesutul ovaric. Acésta forméază a doua varietate de graviditate extra-uterină ovarică, numită *ovaro-abdominală*.

**Graviditate extra-uterină abdominală.** Iată încă o chestiune tot așa de importantă și discutată ca și cea ovarică. Aci însă lucrul e și mai greu de susținut. In adevăr, ar trebui să admitem prezența ovulului în peritoneu și sosirea spermatozoidului în acéastă cavitate pentru a'l feconda; lucrul e aprópe imposibil. Pe de altă parte, presupunînd chiar o asemenea cădere a ovulului, dînsul însă imediat ar dispărea, grație colosalei puteri absorbante a peritoneului.

Cu tóte acestea, s'aú citat casurî de asemenea gravidități, în carî spermatozoidul ar fi străbătut nu atît prin orificiul abdominal al trompei, cât chiar printr'o cicatrice a uterului, rezultată dintr'o operațiune cesarienă. Prin acéastă cicatrice spermatozoidul eșînd, a fecondat ovulul și a format ast-fel o graviditate extra-uterină abdominală primitivă.

Toți autorii însă sunt de acord, că aceste gravidități tot-d'una sunt secundare. Ele provin; fie din ieșirea embrionului printr'o rupere a părților trompei, fie din expulsiunea sa prin orificiul abdominal al acestui organ, fie că ovulul fecondat în ovar a cădút în peritoneu, sau chiar prin perforațiunea foitei posterioare a ligamentului larg — când graviditatea a fost primitiv extra-peritoneală. In tóte aceste casurî, dacă circumstanțele aú fost favorabile, embrionul s'a putut desvolta, grație diferitelor aderențe ce el a fost capabil a contracta, cu peritoneul, intestinele ori alte organe circumvecine, asigurându'si ast-fel desvoltarea ulterioară.

După ce am trecut în revistă graviditățile extra-uterine ovarice și peritoneale, ne rămîne a ne opri asupra gravidităților oviductului său propriu din ale trompei. Acésta de sigur e cea mai comună și mai importantă.

**Graviditatea extra-uterină tubară.** Este unica varietate ne contestată. Mai comună la drépta după Martin; la stînga după Munde. Une-ori póte fi și bilaterală. Casurî excepționale de desvoltarea a doi feți în aceeași trompă, nu se citéază de cât de Stricker, Coc și câți-va alți autorî. S'a mai observat iarăși ca raritate, casul unde după extirparea unei gravidități dintr'o trompă, s'a produs



după un timp óre-care o altă graviditate tot extra-uterină în trompa opusă.

Noi am întâlnit un asemenea caz foarte frumos, la o femeie Matilda Vetula. Dînsa operată în 1897 pentru o graviditate extra-uterină — și ne extirpându-î de cât anexele bolnave — a revenit în 1898 cu o altă graviditate în partea opusă. (Veđi observațiile la tratament).

Avem trei varietăți de graviditate tubară, după punctele unde se desvoltă oul fecundat.

I. Când fenomenul se produce în extremitatea internă a trompei, către cornul uterin, pòrtă numele de *graviditate tubo-uterină* sau *intersticială*, din cauză că în porțiunea cea mai internă a acestei regiuni a trompei, se află încă țesut uterin.

II. Când graviditatea se desvoltă în porțiunea externă a trompei, pòrtă numele de *sarcină tubo-abdominală*.

In fine al III-lea. Când partea medie a trompei este sediul acestui fenomen, se numește graviditate *tubară propriu ăisă*. Aci avem alte două sub varietăți, după cum desvoltarea oului fecundat se face în dreptul acelei mici strîmtoři numită istm, sau în partea dilatată a trompei numită ampulă. In cazul întâiú sarcina se numește *tubară propriu ăisă istmică*, iar în cazul al doilea, *tubară propriu ăisă ampulară*. In. fig. 139 se vede aceste varietăți de sarcină extra-uterină.

Dar tot în această clasă mai putem observa și o altă varietate sau specie cu totul diferită.

Se întâmplă că oul în desvoltarea lui, în loc de a căuta să facă irupțiune în cavitatea abdominală, fie rupând pãreții trompei, sau ieșind prin orificiul pavilionului trompei, el reușește a deslipi cele două foi ale ligamentului larg aflat la fața inferióră a conductului trompei și numit mezo-salpinx. Atunci oul vine de se așeză în partea de jos a pelvisului — la baza ligamentelor largi. Forma această pòrtă numele de graviditate *intra-ligamentară, extra-peritoneală*, sau *graviditate sub peritoneală secundară*.

In fine, de și rar s'a observat însă graviditate extra-uterină chiar în casuri de viciuri de conformație ale uterului; când unul din córnelile sale nereunindu-se în mod complet cu cel din partea opusă, rămâne mai atrofiat. Acésta forméză *graviditate extra-uterină în cornul uterin rudimentar*.

**Evoluțiunea.** Odată sarcina extra-uterină efectuată, evoluțiunea sa diferă după anume circumstanțe. In casuri de graviditate tubară — care de alt-fel e și mai frecventă și se ia ca tip de des-

cripțiune — trei lucruri se pot produce. O cantitate de sânge mai mult sau mai puțin abondentă se revarsă între pãretele trompei și membranele oului; acésta constituie un emato-salpinx obicînuít. Dînsul, dacã prin volumul sãu nu rupe pãreții trompei pentru a da naștere unui ematocel, rãmãne închis în conductul oviduc-tului; cu timpul și ajutat fiind de îngrijiri apropiate, el se pôte resorbi. Acéstã ne represintã un mod de vindecare spontanã a sarcinei extra-uterine.

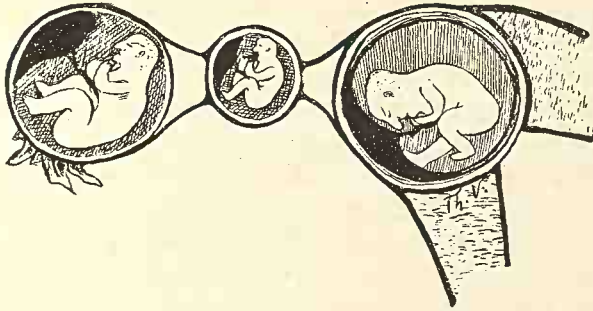


Fig. 139.

Schema reprezentând câte trei varietãți de sarcinã extra-uterinã tubarã (personalã).

În alte casurî, oul încã fôrte tînër pôte fi expulsat, — fie în uter sau cavitãtea abdominalã — prin orificiile corespondente, dacã bine înțeleas aũ rãmãs libere. Acésta constituie *avortul tubar*, *tubo-uterin*, sau *tubo-abdominal*.

Fenomenul producându-se în perióda inițialã a sarcinei, ambele aceste avorturî trec nebãgate în sémã: ele nu sunt însoțite de fenomene alarmante. În adevêr, în casurî de avort tubo-uterin, femeea observã o scurgere mai abondentã de sânge, însoțitã de expulsione de coagulî și fragmente de membrane formate din caducã, dar nu li se dã o importanțã mare. Tot același lucru se întãmplã și în casurî de avort tubo-abdominal; aci fenomenul se însoțesce cel mult de semne ușóre ale unui ematocel. Dar și aci, în majoritatea casurilor acéstã expulsione a fetului în peritoneu se resorbe, fãrã sã producã nici un sgomot.

Nu trebuie însă să uităm, că mai cu deosebire în această din urmă varietate de avort tubo-peritoneal, oul în loc de a se atrofia, el e capabil să se lipescă fie de membrana peritoneală, de epiploon, de ansele intestinale sau ori ce alt organ din prejur. Dar prin această el își crează o placentă pentru a-l hrăni, și se pune deci în condițiuni favorabile de dezvoltare. Posibil este că dînsul să mîergă înainte atingînd termenul de viabilitate. Această formeză ceea ce se numesce *sarcină extra-uterină secundară*.

Dar nu tot-d'a-una avem a face cu nise asemenea avorturi. Ele în definitiv după cum am văzut — în afară de sarcina secundară — sunt accidente blînde. Casurî mult mai grave însă se pot întîmpla. În adevăr, este posibil ca oul fecundant și oprit într'unul din punctele oviductului sau chiar al ovarului, precum și al unui corn uterin rudimentar, să nu fie expulsat în mod precoce, ci să i se permită crescerea pînă la un anumit termen. S'a stabilit în această privință două periode: una cînd oul se dezvoltă pînă la a treia lună, și alta esecpțională pînă la a cincea lună, dar fără ca pîreții organului în care el e coprîns să cedeze. De obicei însă trompa, fie după teoria veche — prin faptul distensiunii pîreților de liquidul amniotic; fie — după teoria modernă — prin faptul atrofiei unui punct al pîreților sîi, determinată de infiltrare și mersul progresiv al vilosităților coriale — dînsa cedeză și prin urmare se rupe.

Dacă această ruptură se face înainte de trei luni, dînsa pîrtă numele de *ruptură primitivă*. Dacă însă ruptura se efectuează după 3 luni, și a fortiori după a 5-a lună, cînd nu mai e vorba de embrion ci de un fet viabil, atunci ruptura se *numesce secundară*. Dar și într'un cas și în altul consecințele sunt escesiv de grave: fenomenul se însoțesce de emoragii interne considerabile. Dacă nu reușim a le trata printr'o intervențiune energică și desesperată, ele aduc instantaneu mîrtea bolnavei.

**Simptomele și diagnosticul.** Este fîrte rar ca o sarcină extra-uterină să îmbrace caracterele unei sarcinî reale. Este adevărat că une-orî oprirea menstruelor, aparițiunea fenomenelor simpatice ca gréță, vîrsături, turgescența mamelelor, precum și dezvoltarea de gusturî extra-ordinare și bizare, fac să crează atît medicul cît și bolnava, că ar fi vorba de o sarcină normală. În imensa majoritate a casurilor însă lucrurile nu se petrec ast-fel. Afeecțiunea se anunță prin fenomene alarmante și semne particulare cu totul streine unei sarcinî normale.



Simptomele se apropie foarte mult și se confundă chiar cu acelea ale unei pelvi-peritonite, anexită unică dublă.

Menstruele de și la începutul bólei sunt oprite, în luna viitoare însă ele apar, fie într'o cantitate mai mică, sau chiar mult mai abundente. Fóрте adesea, concomitent cu scurgerea menstruală, apar expulsii de filamente și chiar bucați membranóse constituite din caducă.

Dar tot în acest timp, alte fenomene de o gravitate mult mai mare se observă. Ele sunt datorite rupturilor primitive, în totul analóge cu ale ematoceleului moderat, sau a unor adevărate emo-ragii interne.

Făcând examenul simplu și combinat, constatăm de obicei semnele anexitelor sau ematoceleului. Vom găsi deci tumora în unul din fundurile de sac vaginale. Mai adesea în cel lateral stâng de cât în cavitatea lui Douglas. Dar ori-cum ar fi, ne este posibil a ne convinge că uterul e independent de această tumoră, fie prin existența unui șanț de separațiune când sarcina e laterală, fie prin respingerea lui înainte, în cazul de groșeță retro-uterină. Un semn, dacă nu patognomic cel puțin de mare valóre, este creșterea de volum a uterului precum și participarea gâtului său de a intra într'o stare de ramolițiune, întocmai ca și într'o sarcină normală. Acest ultim fapt e cu totul negativ în metrite și salpingo-ovarite.

Cam acestea sunt în scurt semnele și simptomele sarcinii extra-uterine până la a treia lună. Dincolo de acest termen, vom constata o umflare a pântecelui, mai mult laterală de cât mediană. Această tumefațiune din și în și devine mai durerósa: ea se însoțese de fenomene de compresiune din partea organelor vecine ca bășică, intestine, rect, precum și iritațiunii peritoneale. Prin palpatație și examenul combinat, vom descoperi părți fetale. Ele cu atât vor fi mai manifeste, cu cât fetul se va afla în cavitatea peritoneală. În cazul de a fi în canalul oviductului, percepțiunea e mai puțin clară. Dacă fetul e viabil, vom simți mișcările clasice precum și balotamentul. Urechea sau stetoscopul ne vor face să simțim suflul placentar precum și bătăile cordului. Din când în când femeea — aci coprinsă de dureri mari, aci liniștită, — de o dată exprimă în mod brusc nisece contrațiunii caracteristice ca și cele de facere; ele însă se numesc *munci falșe*. Dacă fetul se găsește închis în trompă și se produce o ruptură secundară, fenomenele cele mai dramatice și cataclismice pot să apară în mod brusc. Ele pot să omóre femeea ca și un trăsnet. În cazul însă

când primitiv s'a efectuat un avort primar, iar oul căzut în peritoneu s'a desvoltat și a produs o sarcină secundară, atunci femeea poate să poarte fetul până dincolo de 5 luni; une-orî merge chiar până la a 7-a și a 8-a lună. Cu atât mai mult însă ea rămâne sub iminența unui desastru.

**Prognosticul.** Inutil a arăta gravitatea acestei afecțiuni. Speranța într'o închistare, sau calcificarea fetului (litopedion) fără a avea un răsunset vătămător asupra organismului, este e simplă iluziune. Restul urmărilor unei sarcine extra-uterine considerate ca benigne, sunt aceleaș cași unui ematocel. Decî ne putem aștepta la ieșirea fetului prin orî-ce organ posibil, ca vagin, rect, părășii abdominali, etc.

Dar chiar și în acest caz, prognosticul e mult mai defavorabil ca într'un ematocel: ieșirea fetului nu scutesce pe bolnavă de la pericolele infecțiunei pungei și mai ales a emoragiilor fulgerătoare, placentă neputându-se expulsa. Ast-fel fiind, sarcina extra-uterină trebuie considerată, precum cu drept cuvînt a susținut Werth, ca o tumoră malignă.

**Tratamentul.** Incontestabil există un tratament medical al gravidității extra-uterine, mai ales în primele luni și când toate fenomenele se concentrează în dureri, fără rupere sau emoragie.

În cazul acesta, repausul absolut, antiflogisticele locale, dar mai ales narcoticele la interior, — în special injecțiile cu morfină — sunt de mare folos.

Imediat însă când suntem convinși de existența unei sarcini extra-uterine, și repede le s'au progres, putem fără nici un inconvenient să recurgem d'a dreptul la operațiunea radicală.

În imensa majoritate a casurilor, calea abdominală adică laparatomia, trebuie considerată ca metoda de elecțiune, fiind cea mai sigură și inofensivă.

Technica nu se deosibesce întru nimic de aceea făcută contra anexitelor. Odată decî peritoneul deschis, vom procedea, — bine înțeles cu multă prudență — la deslipirea trompei, separându-o de organele cu cari se află în conexiune. După acesta scoțându-o din plagă, o vom extirpa ca pe orî-ce anexită kistică, aplicând prealabil un fir dublu în dreptul cornului uterin. Singura grije ce vom avea, este a căuta din toate puterile să nu spargem kistul în timpul manoperilor noastre; acesta ar da naștere unei emoragii extra-ordinare și putând pune viața bolnavei în pericol.

În cazul când incidentul s'a produs, vom fi foarte energici

și repede în manipulari, aplicând pense fixe lungi și tamponare serioasă. Pentru a fi siguri contra oricărei eventualități, și pentru a avea câmpul operator cât se poate de liber, bolnava de la început va fi pusă în plan inclinat — pozițiunea lui Trendelenburg. Prin această, masa intestinală nu plutește în micul basin; ea este respinsă către diafragm.

De sigur, nu e cu putință a descrie toate detaliile operatorii, nici a prevedea toate incidentele și complicațiunile. Experiența chirurgului, dexteritatea și sagacitatea spiritului său, sunt singurii factori ce pot lupta cu succes contra oricărei împrejurări.

Noi, conform metodei și principiului ce am arătat, am folosit mult de spălăturile peritoneului cu sublimat, precum și de tamponarea cavității peritoneale, în casuri când operația a fost însoțită de complicațiuni neprevădute.

Nu trebuie însă stabilit în mod absolut, că orice sarcină extra-uterină trebuie tratată prin laparatomie. Îndoială nu încap, că dacă sarcina se găsește în grosimea ligamentelor largi — formând varietatea sub-peritoneală — și dacă tumora face o proeminență vădită în fundul de sac vaginal, nu este nici un inconvenient a o ataca prin această cale. Prin urmare vom lucra ca și cum ne-am afla în fața unui ematocel retro-uterin. Deci o incisiune largă a fundului de sac posterior, ne va permite a da liberă ieșire liquidului și chiar fetului. În modul acesta am intervenit de trei ori cu deplin succes.

Un lucru trebuie să avem bine fixat în spiritul nostru: să nu fim tentați ca după incisiune să manipulăm prea mult cu mâna în interiorul kistului; mai ales să ne abținem a căuta ca prin ruperi și smulgeri să scotem părți fetale sau placenta. Această este o metodă detestabilă; ea poate fi urmată de consecințele cele mai funeste pentru bolnav: putem intra în cavitatea peritoneală sau să provocăm emoragii mortale. Să ne mulțumim deci într-o simplă incisiune largă și suficientă, pentru a permite libera ieșire a conținutului kistului. Luând precauțiuni antiseplice rigurose și practicând o simplă tamponare a buzunarului, vom lăsa lucrurile la mersul lor natural; în majoritatea cazurilor nu vom avea nimic de regretat.

Dar dacă circumstanțele n'au fost favorabile pentru ca operațiunea să se facă prin vagin, ci am întreprins laparatomia, încă nu trebuie a ne desespera, dacă vom constata că sarcina extra-uterină în loc de a fi tubară este intra-ligamentară. Și în acest caz noi încă putem triumfa, comportându-ne ca și cum ar fi vorba



de un kist saũ fibrom inclus în grosimea ligamentelor largi. Vom practica deci o incisiune asupra seroasei, alegând porțiunea cea mai puțin vasculară. După acésta cu ușore manipulări, vom proceda la decorticare și extirpare.

Pentru a termina cu laparatomiile contra sarcinelor tubare, trebuie a răspunde la o chestiune. Este bine saũ nu a ne măr-gini numai în ridicarea trompei bolnave, lăsând pe cea din partea opusă în loc, saũ a le ridica pe ambele de o dată pentru a nu expune femeia la o nouă sarcină tubară? Afacerea depinde de mai multe circumstanțe. Nu încapem în doială; în principiu, noi trebuie să avem în vedere a lupta mai întâiũ contra bólei pentru care am intreprins operația; cel puțin acésta este conduita noastră. Prin urmare, dacã operațiunea a fost ușorã, fără complicațiunii și s'a terminat repede, putem fără nici un inconvenient să trecem la anexele opuse pentru a le cerceta. Dacă prin examenul făcut constatãm că sunt sănătoase, nu este nici un motiv a le ridica. S'aũ citat casurĩ de femei, carĩ lăsate cu anexele dintr'o parte, aũ avut una saũ mai multe sarcine normale. În cazul când aceste anexe vor fi evident bolnave, e mult mai prudent a le ridica, pe de o parte că numai folosesc la nimic, iar pe de alta că femeia póte fi expusã la o nouă sarcină extra-uterinã.

Când însã operațiunea a durat mult și abia suntem mulțumiți că ne am îndeplinit misiunea ridicând partea bolnavã, socotesc cu totul de prisos a trece în partea opusã pentru a ne angaja la o nouă operațiune, al cărui sfârșit nu-l putem prevedea. Și cu atât mai mult ne vom abține de la acest lucru, cu cât după cum am spus, mulți chirurgi, cu tot dinadinsul lasã anexele opuse în locul lor.

Cu tóte acestea, noi am avut un cas cu totul clasic asupra unei femei numitã Matilda Vetula, a cărui observație se va vedea mai la vale. Acéstã femeie vine în serviciul nostru în 1897 cu o sarcină extra-uterinã abdominalã, complicatã de emoragie internã. I-am făcut laparatomia scoțându-i fetul și ridicându-i anexele bolnave. Anexele din partea opusã le-am lăsat în loc. Anul următor dĩnsa revine în serviciũ cu o nouă sarcină extra-uterinã, pentru care-i fac o a douã laparatomie.

Vedem deci că nu putem avea o conduitã precisã în acéstã privință, căci dacã unele femei pot avea o sarcină normalã cu anexele opuse neridicate, altele rãmân expuse la o nouă sarcină extra-uterinã, ceea ce de sigur nu e de loc de dorit. De aceea

în mai multe cazuri am extirpat nu numai ambele anexe, dar une-orî și însuși uterul, practicând isterectomia abdominală totală, numită de noi *ginectomie*.

**Tratamentul chirurgical al sarcinelor tubare după 5 luni.** Chestiunea cea mai principală ce s'a pus este: dacă copilul se găsește viu și se află în a 8—9 lună, sau chiar în a 7 lună, trebuie să intervenim imediat, făcând laparatomia precoce, pentru a scăpa și pe mamă și pe copil? Răspunsul nu se poate da în mod definitiv. Unii bazându-se că mai prețioasă este viața mamei de cât a copilului — care din cauza relelor condițiuni în care s'a găsit, precum și a diformităților sale, nu are nici o șansă de a trăi — refuză intervențiunea primitivă, ei așteaptă mórtea copilului. Atunci emoragia placentară ne mai fiind de temut, ei fac laparatomia după mórtea copilului, fiind mai siguri de a scăpa cel puțin pe mamă. Ba încă, această intervențiune nu se face nici chiar după mórtea recentă a fetei; unii așteaptă 2—3 luni, până când obliterațiunea vaselor e mai sigură. Unii merg și mai departe și propun, că dacă nici un fenomen alarmant nu se manifestă, să lăsăm lucrurile în pace, dat fiind posibilitatea atrofiei, a în crustării calcare a fetei, care în această stare poate indefinit să fie tolerat de organism. În cazul cel mai rău, kistul fetal poate să supureze și să iasă fie prin rect, vagin, pereții abdominali sau alte organe, în mod spontanat și fără prejudiții pentru bolnavă.

Partisaniii intervențiunei primitive, susțin că trebuie să venim în ajutorul copilului, dându-se mai multe cazuri autentice de scăparea vieței și a mamei și a fetei. Teama de emoragie, și de dînșii, e mai puțin periculoasă pentru mamă, de cât așteptarea morței fetei și a fortiori a supurațiunei kistului. Atunci fiind constrânși a interveni, vom fi siliți a lucra într'un mediu septic; dar cu acesta, după ce am preferat mórtea copilului n'am putut scăpa nici pe mamă. Prin urmare intervenind în mod precoce sau primitiv, chiar dacă am presupune că fetul nu va fi viabil, totuși rămâne pentru mamă mai multe șanse de scăpare, de cât în cazul când ea ar fi supusă la o intervențiune secundară, adică după mórtea precoce sau tardivă a copilului.

După cum vedem, e foarte greu a ne alipi în mod absolut de o partidă sau alta. Inclinațiunea noastră e mai mult pentru intervențiunea primitivă. O laparatomie bine dirijată, e posibil și chiar probabil, că dacă nu scăpăm două ființe, cu multă siguranță însă vom salva mama.

Suntem iarăși contra expectativei după mórtea copilului; și

nu găsim o justificare suficientă și nici beneficii reale pentru mamă, în a aștepta închistarea fetului său diferitele sale transformări. Dar mai cu deosebire suntem contra, când supurațiunea kistului este evidentă. Nu înțelegem de ce ne am teme a interveni contra unui kist fetal supurat, când nisce asemenea scrupule nu ni le punem înainte, deschizând abdomenul pentru supurațiunii mult mai difuze. Nu este o practică chirurgicală modernă a sta cu mâinile încrucișate și a aștepta eliminațiunea spontanată și în fragmente a fetului, fie prin vagin, rect, bășică etc. Și de ce ar fi mai de preferat producerea de fistule interminabile, capabile de toate accidentele septicemice, în locul unei simple incisiunii de laparatomie ?

Pentru a termina cu tratamentul sarcinelor tubare, ne rămâne a vorbi de următoarele două eventualități. O dată laparatomia făcută, ce conduită trebuie să avem în fața placentei, când se găsește cu largi aderențe de peritoneu, intestine sau alte organe? Noi în toate cazurile ce am avut a trata, nu am esitat cătuși de puțin a deslipi în totalitatea ei placenta, precum și sacul kistului, scoțându-l în întregime sau în bucăți afară din abdomen. Suntem deci partizanii ai metodei radicale instituită de Litzmann. În observațiile ce vom descri, se vor vedea aceste cazuri cari toate ne-au reușit.

Atunci însă când credem că aderențele kistului sunt prea întinse și solide, așa în cât trec peste puterile noastre, se preferă ceea-ce se face pentru kistii ovarici și abcese ficatului, adică interpunem între tumoră și peritoneu gaz iodoformat, pe care-l lăsăm în loc 28—48 ore, în scopul de a se produce aderențe parietale. După acesta deschidem sacul, îl golim, îl antiseptisăm și lăsăm ca vindecarea să se obție prin eliminațiunea treptată a placentei și retractiunea ulterioară a sacului.

Putem de asemenea, dacă circumstanțele ne permit, ca o dată peritoneul deschis, să fixăm părțile sacului de abdomen printr'o colónă de suturi. După acesta imediat deschidem sacul, golim conținutul, scótem fetul, secționăm ombilicul între două legături, și iarăși lăsăm expulsiunea spontanată și tardivă a placentei. Acesta constituie marsupialisarea.

Dăm aci câte-va observațiuni de sarcine extra-uterine, ce am avut ocaziunea a trata în spital. Ele ne arată, pe de o parte diferitele varietăți cu cari am avut aface, iar pe de alta modul nostru de a lucra, precum și diferitele incidente ce se pot întâlni și cari nu sunt de un mai puțin interes practic.



## Observația I

Sarcină extra-uterină abdominală.

*Leanca Brica*, 40 ani. Menstruată la 18 ani când s'a și măritat. Menstrui dureroase, abondente, durată 3 zile. A făcut 7 copii, trăesc toți. Ultima facere acum 4 ani.

*Istoricul bolii.* În ziua de 16 Aprilie 97, fiind la munca câm-



Fig. 140. Sarcină extra-uterină abdominală (personală).

pului, bolnava e apucată de dureri mari în regiunea lombară, epigastrică și abdomen, grătă, leșinuri repetate și vărsături verzuie. O femeie din sat, în primele 2 zile, i-a făcut masaj pe pânțece; acesta i-a agravat bóla. Apare prin vagin o scurgere sanguină.

La intrarea în spital 12 Iunie, constatăm o tumoră până la un

deget de desubtul ombilicului; ea ocupă mai ales partea stângă, unde umple aproape totă fosaiiacă; în dreapta regiunea e liberă. Nu avem nici o senzație de fluctuație: tumora pare împăstată, regulată, dar foarte sensibilă. Prin tact găsim colul sclerosat, mic, orificiul rupt, deviat la stânga, corpul la dreapta. Intre tumoră și uter se constată un sghiab de separațiune. Fundul de sac vaginal stâng plin.

16 Iunie 1897. *Laparatomie*. Dându-se de tumoră, am fost un moment în esitațiune și confusie, apreciind grosimea păreților, difuziunea și aspectul sarcomatos. Se face o punctie cu siringa veterinară, se scote numai sânge arterial fără urme de coaguli. Având convingerea unei gravidități extra-uterine, mărim incisia în sus și procedăm repede la deslipirea placentei. În mijlocul unei emorații foarte abondente și a unor coaguli numeroși, se introduce repede mâna în pungă, din care în momentul golirei se scote cea mai mare parte din placenta, împreună cu fetul și cordonul ombilical. Se tamponază bine buzunarul pungei, și se pune mai multe pense emostatice în diferite puncte. Se ridică masa în plan inclinat, se protejază bine intestinele, se inspectează câmpul operator, și se curăță prin spălături largi cu sublimat. Resturile de placenta fiind mari, se hotărâse marsupializarea; în urmă însă se procede cu multă precauțiune a se deslipi placenta de mesocolon și cele-lalte anse intestinale. În fundul basinului se dă de o tumoră kistică (anexe). După ce se rup toate aderențele, se aplică o pensă, se pune o legătură dublă la bază și se excizază. Din nou spălături cu sublimat; toaleta. Uterul puțin mărit de volum. Anexele din dreapta au fost lăsate în loc. Se aplică mai multe fire de mătase pe diferitele franje epiploice și resturi de aderențe. Se închide abdomenul în două etaje, fie-care cu 12 puncte de mătase.

*Examenul piesei*. Greutatea tumorei 440 grame, afară de numeroși coaguli ce s'au scos în timpul operației. Grosul placentei format din mai mulți cotiledoni, fetul de sex masculin e în conexiune cu placenta printr'un lung cordon ast-fel precum se vede în fig. 140.

La dreapta există o altă porțiune din placenta amestecată cu epiploon, având întinderea unei palme. Mai jos tumora kistică de mărimea unui măr.

Operația a durat o oră. Cloroform Schering 10 grame.

17 Iunie nici un fenomen îngrijitor.

24 Iunie se desface pansamentul, reunire per primam.

În acest interval de la 19 Iunie, bolnava a avut o ascensiune termică de 38<sup>9</sup>, câte-va vărsături și ușoră stomatită.

3 Iulie bolnava simțind dureri, se desface pansamentul, se constată un punct supurat, se deschide și se dă peste un fir profund ce se ridică.

La 10 August se scote un alt fir.

La 21 August bolnava iese din serviciu cu durerile anterioare operației complet dispărute. În stânga se simte o indurațiune limitată, dar ne durerosă și fără conexiune cu uterul. Fosele

(adîncăturile, scobiturile) iliace libere, uterul mobil, nedureros; fundurile de sac vaginale absolut libere și nedureróse. Fistuleta abdominală persistă, dar fără a produce nici o supărare.

### Observația II.

Dublă sarcină extra-uterină succesivă. Prima în 1897 cu varietatea tubară dréptă; secunda în 1898 varietatea abdominală.

*Matilda Vetula*, 30 ani. Menstruată la 18 ani, neregulat, durata 4—5 zile cu dureri, n'a avut copii. Intră în serviciu cu metroragii abundente ce durează de 3 săptămâni. Înaintea acestora, dînsa spune că de o lună și jumătate n'a avut menstrui.



Fig. 141. Sarcină tubară; embrion kistic cu placentă (personală).

Ea e coprinsă de dureri extra-ordinare; acestea, împreună cu metroragia însoțită și de pierderi de bucăți membranóse, o decide a intra în spital. Constatăm: gâtul uterului întredeschis și ramolit în porțiunea vaginală. Corpul puțin mărit, deviat spre stînga și înainte. În drépta se simte o tumoră neregulată, ea e dure-rósă și se întinde înapoiul uterului; perceptibilă prin examenul simplu și combinat. Vaginul plin cu coagulii sanghinei și membrane gróse, cu aspect de caducă. Cavitata uterului 7½ c. m. Mamelele dezvoltate, mamelonul pigmentat, tuberculele lui Montgomery pronunțate; prin presiune apare colostrul. Decubit sacral.

29 Iulie 1897 se face raclaj. Până la 7 August fenomenele aũ mers crescînd; în special bolnava pierde mereu coagulii sanguinii. Starea de slăbiciune fiind mare, în mai multe rînduri s'aũ făcut injecție cu ser, cafeină, etc.



*La 7 August.* Există o tumoră tare, durerosă, situată pe linia mediană până la egală distanță între pubis și ombilic. Ea e mai pronunțată în dreapta, unde ocupă totă fosa iliacă; cea stângă e liberă.

*7 August. Laparatomie.* Se dă peste o placă sîdfie, care se impunea drept peritoneu; explorându-se însă, se produce emoragie și se descopere un țesut quasi sarcomaos. Creșându-ne în fața unei punși kistice, continuăm secțiunile cu bisturiul, dar în zadar; lucrurile devin confuze. Atunci străbatem cu degetul mai adânc, când imediat se scurge o cantitate enormă de sânge negru coagulat. Repede introducem mîna pentru a goli punșa; de o-dată intestinele ies afară, procedăm cu repediciune la golirea chiagurilor, scoțându-se peste 600 gr. Se dă de o masă mare fongosă, avînd caracterele placentei, al cărui pedicul mergea la cornul uterin drept. Tot în acest timp se scôte din fundul lui Douglas o tumoră perfect rotundă cât un măr; el represintă embrionul kistic, înconjurat de jur împrejur de placentă, așa precum se vede în figura 141.

Se aplică o pensă în dreptul cornului uterin, apoi legături și ablațiune. Explorându-se ansele intestinale se găsește pe o întindere de 8 c. m. o altă placă aderentă, ce se deslipește.

Largi spălături cu sublimat, toaletă perfectă a peritoneului, închiderea abdomenului prin 12 puncte de sutură în trei etaje: peritoneale, musculo-aponevrotice și cutanate.

*15 August* se scot firele, reunire per primam în totă întinderea.

*25 August.* Uterul puțin mobil, sensibil la presiune, deviat spre stînga, fundul de sac lateral stîng liber, în cel drept se simte o cîrdă fibrösă în conexiune cu uterul. Bolnava iese foarte mulțumită.

**La 16 Iunie 1898,** bolnava revine cu o nouă sarcină extra-uterină. Bolnava declară că după operație a fost foarte bine până acum o lună și jumătate, când n'a mai avut menstrue; de atunci durerile au devenit mari și insuportabile. Actualmente dînsa e în prada celor mai teribile suferințe; pînțele e balonat și cuprins de o tumoră ce se ridică pînă la ombilic. Temperatura 38°.

*1 Iulie 1898. Laparatomie.* Se deschide abdomenul pe vechea cicatrice, când se scurge o mare cantitate de sânge venos; se descopere placenta. Emoragia a fost extra-ordinar de mare. Imediat se introduce mîna în abdomen; se apucă placenta ce avea grosimea policelui și era înserată pe fîia parietală a peritoneului. În timpul explorării se dă peste o mică tumoră de mărimea unei nucii și care de sigur era oul; se deslipește și se extrage.

După ce se curăță bine peritoneul, se procede la extirparea anexelor și a uterului în porțiunea supra-vaginală. Se aplică de la dreapta la stînga mai multe fire sub-intrante de mătase. Se escisază apoi cu fórfecele porțiunea supra-vaginală a uterului împreună cu anexele și placenta din stînga, precum se vede în fig. 142.

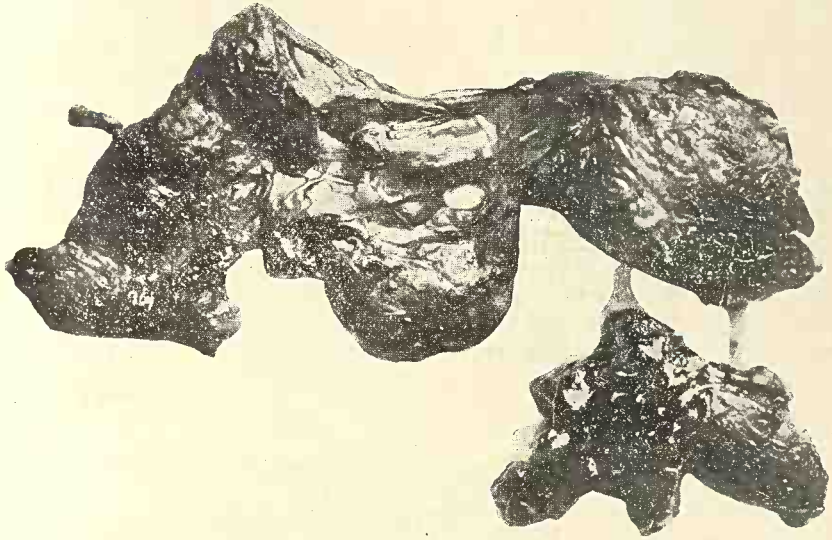


Fig. 142.

Sarcină extra-uterină abdominală. Histerectomie supra-vaginală a uterului împreună cu anexele și placenta (personală).

Se reduce bontul uterului și se acopere cu foile peritoneale prin 3 puncte Lambert. Se desfac ansele intestinale ce s'ați găsit lipite între ele, procedând cu multă precauțiune pentru a nu le rupte. Neputându-se însă ridica toate plăcile și coaguli aderenți de intestine, se lasă în abdomen 2 comprese fierte în sublimat, una învelind intestinele iar alta cavitatea lui Douglas, ast-fel precum se vede în figura 143. Compressa intestinală are  $2\frac{1}{8}$  c. m. iar cea din basin  $7\frac{3}{4}$  c. m. din care însă nu s'a introdus de cât  $5\frac{1}{4}$  c. m.

Lugimea incisiei 12 c. m. Greutatea tumorei 640 gr.

Se inchide abdomenul prin 9 puncte musculo-aponevrotice și 8 cutanate. Operația a durat 1 oră și  $\frac{1}{2}$ . Cloroform Schering 16 gr. După pansament injecție cu ergotină și serum 650 gr.

4 Iulie se scôte prin tracțiuni ușore compresa, din unghiul superior al plăgei, ce învelea ansele intestinale. Se extrage apoi compresa cea mare, când iese o cantitate colosală de liquid sanguinolent foarte clar. Se fac spălături în abdomen cu sublimat până ce liquidul iese curat. Se introduce un mic tub de drenaj.

7 Iulie se desface pansamentul. Nu mai iese nimic; se scôte tubul. Pansamentul simplu. La 17 Iulie bolnava are ascensiune termică. Se constată puroiul ce iese prin plagă. Se fac spălături, se introduce din nou un tub de drenaj, prin care se trece un curent de creolină și acid fenic.

1 August bolnava iese complect vindecată din spital.

### Observația III.

Sarcină extra-uterină tubară.

*Marița Ionescu*, 25 ani. Menstruată la 15 ani, regulată. La 16 ani se mărită. Imediat suferă de neregularități menstruale, facere prematură în a 8-a lună. Rămâne cu dureri. Părăsesce patul după a treia zi. Imediat cade bolnavă timp de 6 săptămâni.

*Istoricul bolii.* 27 Noembrie 1897; emorații dureroase. La intrarea în spital constatăm abdomenul sensibil mai ales în fosa iliacă stângă. Col mic, uterul puțin mobil; în stânga se simte o tumoră pronunțată, dureroasă, încolăcită înapoiul și în jurul ute-

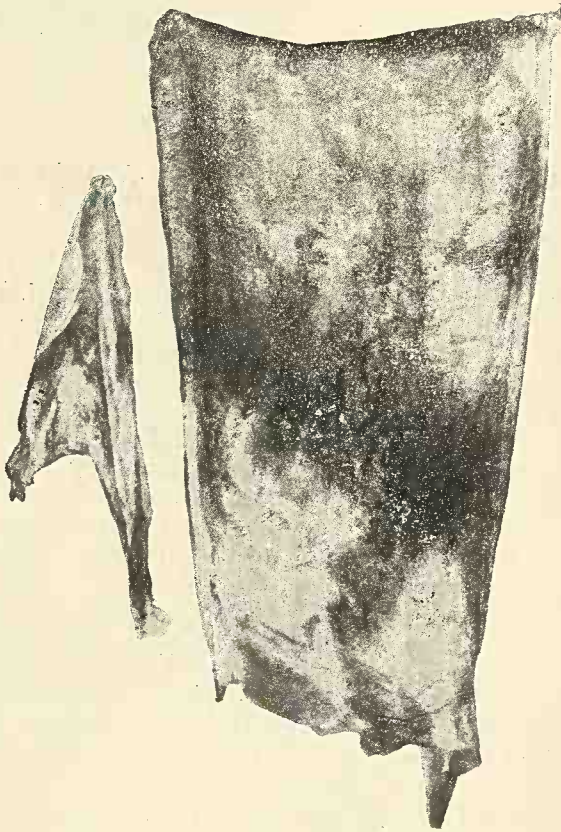


Fig. 143. Comprese introduse și lăsate în cavitatea peritoneală timp de 4 zile. Cea din stânga, învâlcind o porțiune din intestine, a fost de  $\frac{24}{8}$  cm. Cea din dreapta introdusă în escavațiunea basinelui măsoră  $\frac{73}{34}$  cm.



rului; are o consistență môle, puțin fluctuantă. În dreapta se simte o altă tumoră împăstată și dureroasă.

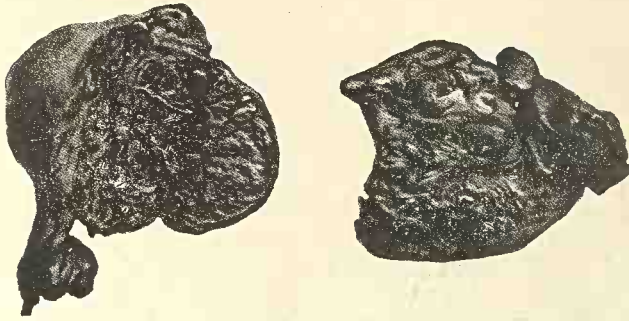


Fig. 144. Dublă anexectomie pentru sarcină extra-uterină (personală).

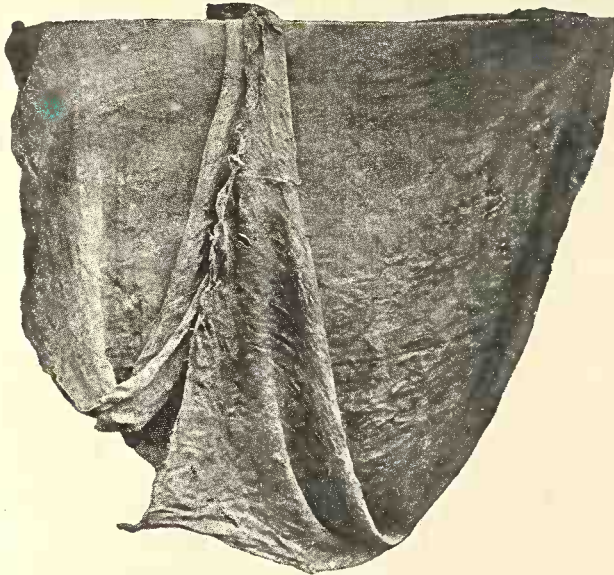


Fig. 145. Compresă intra-peritoneală având un colț ridicat în sus. Lungimea 65 cm. Lățime 36 cm. Extrasă după 8 zile (personală).

19 Ianuarie 1898. *Laparatomie*. Mare cantitate de sânge în peritoneu; aderențe întinse între intestinul gros și tumora anexială

din stânga. Se desfac aderențele, se găsește în fundul de sac al basinului numeroși coaguli și emoragie arterio-venosă. Se golesce repede și se face toaleta. Se apucă fundul uterului cu o pensă cu dinți și se trage în plagă. Se secționază tumora din stânga după aplicarea prealabilă de legături în dreptul cornului uterin.

Se ridică apoi mai multe plăci placentare, rămând în loc largi porțiuni aderențe de rect. Se extirpază și anexele din dreapta, precum se vede în fig. 144. Fundul uterului se fixează de abdomen cu un fir de mătase.

După toaleta peritoneului se introduce o largă compresă în basin ce se lasă în loc; ea are lungime de 65 c. m. și lărgime 36 c. m. precum se vede în fig. 145.

20 *Ianuarie* bolnava are scaune foarte violente, liquide și verzu; tenesme și colici abundente. Enteroragie. Limba tumefiată și durerosă. Gingiile roșii sângerânde și deslipite, glandele sub maxilare tumefiate. Urină puțină.

22 *Ianuarie* vărsăturile și diareea încetază.

23 *Ianuarie* stomatita persistă.

26 *Ianuarie* opt zile de la operație se desface pansamentul: se scote compresa ce e uscată; reunirea obținută, afară de 2 puncte situate pe pubis. La scoterea compresei iese din abdomen o cantitate enormă de serositate cu destitusuri ca răzuitura de lemn, dar fără puroi. Se introduce 2 tuburi de drenaj. Spălături cu acid boric și creolină 5%. Nu se scot firele de sutură.

29 *Ianuarie* se scot firele și tuburile: totul e bine.

5 *Martie 1898* bolnava părăsește spitalul perfect mulțumită. Prin nici o explorațiune nu determinăm dureri.

## Observația IV.

Sarcină extra-uterină pavilionară.

*Maria Cristescu*, 25 ani. Menstruele la 14 ani, regulate. Măritată la 18 ani; a avut un copil, facere ușoră. Sunt 3 luni de când nu mai are menstrue: are însă grătă și vărsături. Din cauza durerilor mari ce o slăbise, intră în serviciu. Abdomen balonat, stare generală proustă; se face injecție cu 1000 grame serum. Tote fuzdurile de sac vaginale proeminente, durerose, mai ales cel posterior.

16 *Iulie 1898. Laparatomia.* Incisiunea se prelungesce în jos de simfisă. Apar 4 artere deschise; se pensază. Dificultate a intra în cavitatea peritoneală. Intr'un punct se face o înțepătură cu bisturiul prin care iese o enormă cantitate de sânge negru: se lărgesce incisiunea, când o nouă cantitate de emoragie apare. Momentul era suprem: nu se vedea nimic. Repede se introduce mâna în peritoneu, se constată în stânga o tumoră cât un pumn, se deslipesce repede; dînsa se rupe dar se aduce în

plagă. Se aplică diferite pense : largi spălături cu sublimat și tamponare. Se pune bolnava în plan înclinat : din nou spălături și aplicare de comprese. Se procedează imediat la isterectomie supra-vaginală. Se apucă fundul uterului cu o pensă ; se aplică 4 fire subintrante în dreptul istmului. Firele o dată strânse, se asigură emostasa din partea anexelor și a ligamentelor largi. Se ridică apoi uterul împreună cu anexele, precum se vede în fig. 146.

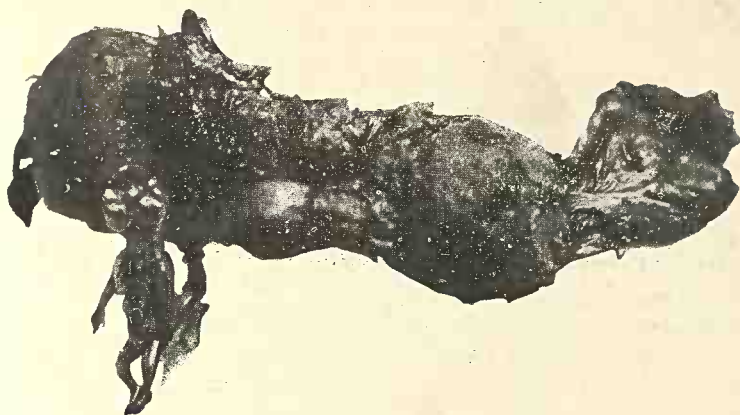


Fig. 146. Histerectomia abdominală totală supra-vaginală, pentru o sarcină extra-uterină în pavilionul trompei, împreună cu feteul (personală).

Uterul era păreții îngroșată. Anexele din dreapta sclerosate. Ovarul din stânga mărit de volum, iar trompa de mărimea unui pumn, prezintă o largă escavațiune pe unde a ieșit feteul.

Luând în considerație complicațiunile operatorii, s'a lăsat în peritoneu o compresă fiartă în sublimat, acoperind întreaga suprafață sângerândă. Prealabil însă s'a redus bontul uterin, acoperindu-se cu foile peritoneale, reconstituindu-se în același timp și planșeul pelvien.

Se încheie abdomenul prin 7 puncte peritoneale, 9 musculo-aponevrotice și 12 cutanate ; toate cu fire de mătase.

Imediat după operație s'a făcut injecție cu ergotină și 1000 grame ser artificial.

18 Iulie se dă purgativ salin și un gram de chinină.

20 Iulie se ridică pansamentul ce se găsește uscat. Scoțându-se însă compresa abdominală, iese o cantitate considerabilă de un liquid sero-sanguinolent, însă de cea mai pură claritate. La urmă însă apare un liquid mai tulbure și floconos. Acest liquid examinat de d-l Rubin ne a răspuns următoarele : „Secreție purulentă din pansamentul peritoneal al bolnavei No. 183 (Maria Cristescu) a cincea și după operație din serviciul D-lui Dr. Kiriac.



Resultatul cercetărilor în preparate directe se văd mese considerabile de bacili și cocci în grupe, de cele mai multe ori în celulare; însămânțările au dat stafilocolul auriu, stafilocolul alb și un bacil pseudo-difteric.“

Se face pansament simplu.

Se scot firele. Compresa extrasă din abdomen e reprezentată în fig. 147.

23 Iulie. Se desface pansamentul, plaga perfect reunită.

1 August bolnava iese din spital cu totul mulțumită și fără a se plânge absolut de nimic.

## Observația V.

Sarcină extra-uterină tubară ampulară.

*Maria Enescu*, 36 ani. Menstruată la 16 ani fără dureri, cantitate mică, măritată la 18 ani, după care menstruele devin dureroase. După 8 ani de la căsătorie rămâne însărcinată. Facere prematură în 7 luni. A avut apoi trei avorturi. Sunt 2 ani de când bolnava suferă de dureri vagi în abdomen. Acum 6 săptămâni dînsa declară, că fiind îmbrăcată ușor pe un timp friguros, s'a simțit mai rău. Menstruele se opresc șese săptămâni. Bolnava se caută prin mōșe și diferite alte mijloce ca să-i revie periodul. Dînsa reușește și vede ieșind din vagin sânge cu chiaguri. O mōșă îi spune că a avortat. De atunci bóla se agraveză. La intrarea în spital constatăm pantecele dureros la presiune pe linia mediană și fosele iliace. Gâtul uterului deschis lăsa liberă intrarea pulpei degetului mic. Corpul uterului mărit de volum și dureros. Ambele anexe mărite de volum și foarte dureroase.

29 Martie 1899. *Laparatomie*. La deschiderea peritoneului se vede mari cantități de chiaguri și sânge. Repede se introduce mâna: se descopere o tumoră în fosa iliacă dreaptă acoperită însă de epiploon. Se deslipesce epiploonul și o ansă intestinală. Se introduce mâna în fundul basinului, de unde se scot o mulțime de coaguli. Confusiunea devine mare; cu toate acestea se reușește a se aduce în plagă o tumoră cât un ou mare; era trompa umflată și în conexiune cu ovarul prin mai multe bārne filamentose. Se aduce tumora în plagă precum și fundul uterului prins cu o pensă fixă. După acesta se aplică un fir dublu în dreptul cornului și tumora este extirpată. Se trece după aceea la anexele din dreapta, după ce prealabil se fac mai multe spălături peritoneale cu sublimat și se introduce comprese fierte în fundul basinului. Aci aderențele fiind prea întine, s'a extras mai mult în bucăți spārgându-se mai mulți kiști liquidi, unii sanguinolenti iar alții chiar purulenti. După ce se extirpă aceste anexe iarăși în nivelul cornului uterin, se reduc bonturile și dintr'o parte și din alta prin 2 fire de mătase transversale. Se face

din nou toaleta și se ridică diferite plăci de aderențe dupe intestine și se rezecă o parte din epiploon. Câmpul operator bine luminat, se constată o largă aderență între părțile posterior și rect; cu precauțiune și multă dificultate se deslipesce. Se fixează uterul de abdomen cu un fir de mătase.

Se închide abdomenul prin 7 fire profunde și 10 superficiale. Lungimea incisiei 12 c. m.



Fig. 147. Compresă abdominală pentru drenajul peritoneului extrasă după cinci zile (personală).

Tumora extrasă e reprezentată în fig. 148, 149 și 150.

Pavilionul trompei lățit pe tumoră; ambele orificii astupate. Secționându-se tumora pe linia mediană se găsește plină de sânge coagulat, intim lipit de pereții trompei. Ovarul scleros.

30 Martie bolnava în stare perfectă. Pulsul însă numără 120, dar e plin și regulat. S'a făcut injecție cu ser 500 gr.

31 Martie. Afară de puțină grăță, bolnava este așa de bine că are aerul ca și cum n'ar fi operată. Pulsul 100. Temperatura 37°.

6 Aprilie. Se ridică pansamentul, se scot firele; reunire per primam.

16 Aprilie. Bolnava iese din spital foarte mulțumită. Nu mai are absolut nici o durere. Se simte foarte ușor și veselă.

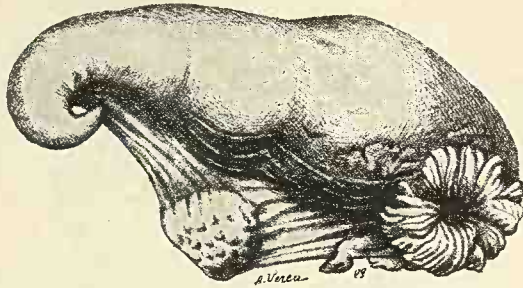


Fig. 148. Sarcină extra-uterină tubară. Embrion kistic (personală).

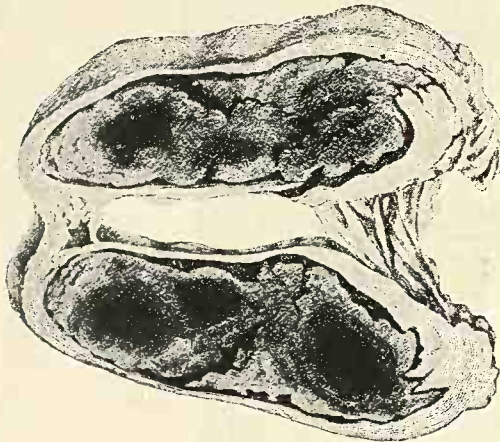


Fig. 149. Secțiunea tumorii cu conținut sanguin coagulat (personală).



Fig. 150. Secțiunea ovarului aparținând tumorii. Sclerosă (personală).

### Observația VI.

Sarcină ectopică intra-ligamentară concomitentă cu altă sarcină normală.

*Stefania Mihăilescu*, 30 ani, nulipară. Cu o lună înainte de a intra în spital, am fost chemat de bărbatul acestei femei pentru a o vedea. Am găsit-o plângându-se de dureri abdominale. Din examenul ce am făcut, mi-a lăsat, impresiunea că suferă de endoperimetro-salpingită.



După ce i-am prescris o poțiune calmantă, am plecat. Când a intrat în spital la 1 Martie 1898, dînsa declară că la câte-va zile după ce am văzut-o, a avut un avort de sex feminin. După 10 zile de la acesta, dînsa e coprinsă de dureri foarte violente în pînțece. Examinînd-o, găsesse în fundul de sac posterior al vaginului o tumoră proeminentă și destul de voluminoasă. După caracterele ce am constatat, am conchis la existența unui ematocel saū mai probabil a unui flegmon al ligamentelor largi, dându-se ascensiunea termică a bolnavei. Dînsa fiind foarte slăbită, am procedat imediat la operație. Acesta a constat pur și simplu în deschiderea fundului de sac vaginal cu termocauterul Pacquelin. Prin orificiū n'a ieșit de loc puroiū, ci numai o cantitate mică de sînge. Introducînd degetul pentru a explora. daū peste o masă cărnoasă și fongosă. De și bolnava ne declară că avusese un avort, totuși am conchis că ne aflăm în fața unei sarcini ectopice la baza ligamentelor largi. In adevăr, procedînd la o explorațiune mai amănunțită și lărgind orificiul, extrag pentru surpriza noastră și a asistenților, un fet de sex masculin reprezentat în fig. 151.



Fig. 151. Fetus de gen masculin extras pe calea vaginală din grosimea ligamentelor largi (personală).

După ce facem mai multe spălături antiseptice, introducem bandelele iodoformate în pungă și operația e terminată.

Treptat însă bolnava ne oferă ascensiuni termice, ce nu cedză nici unei medicațiuni precum nici spălăturilor antiseptice. Starea generală agravându-se, ne grăbim a-i face laparatomia, la care și procedăm în ziua de 28 Martie.

La deschiderea abdomenului, constatăm aderențe întinse și solide a întregului marelui epiploon, în basin și fosele iliace. După deslipirea aderențelor, se rezcă epiploonul pe o întindere

de  $39/17$  c. m. Se dă apoi de o pungă plină cu sânge încheșat și intim aderentă cu rectul. Se deslășește; totuși se lasă pe rect plăci destul de întinse și grase de 1—2 c.m. Se mai găsesc încă aderențe cu tumora a intestinului subțire din dreapta; se rezeacă și se pun mai multe suturi emostatice. Introducând din nou mâna în pungă, se scot o mulțime de coaguli și o tumoră cât un măr — era placenta. — Constatându-se leziuni foarte întinse în ambele anexe precum și o stare de ramolire a uterului, hotărâm ablațiunea lor. Deci facem isterectomia abdominală totală, ast-fel precum se vede în fig. 152, unde pe lângă uter și anexe se află de-

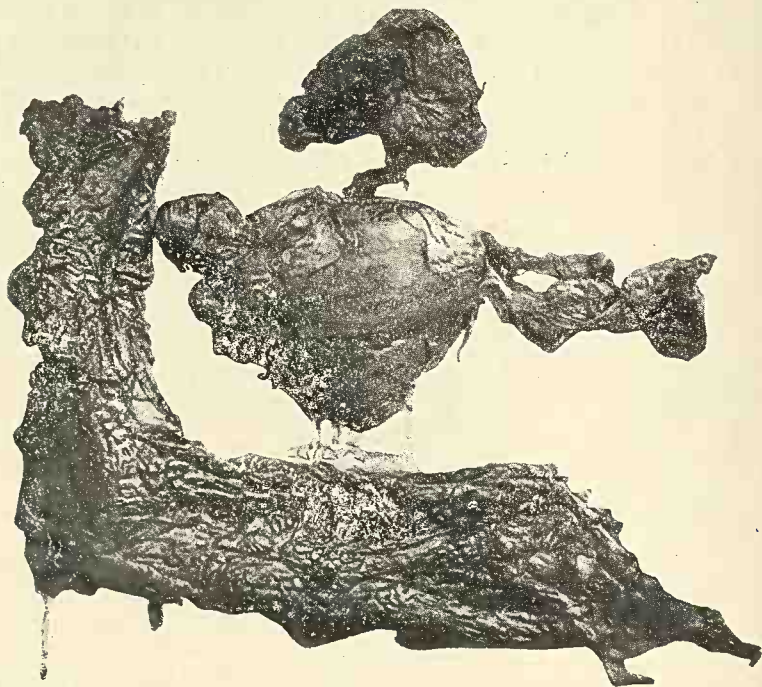


Fig. 152.

Ginectomie totală abdominală, cu uter, anexe, placenta și o parte din marele epiploon, pentru o sarcină extra-uterină (personală).

semnată și o porțiune din placenta precum și partea rezecată din marele epiploon. Se spală bine peritoneul, se face toaleta, se reduc bonturile și se reconstitue pe cât posibil planșeul pelvien. După acesta se închide în mod complet bolta vaginală prin mai multe suturi Lambert. Se închide de asemenea și plaga din fundul de sac al vaginului, făcută cu ocazia primei operațiuni. Prin

urmare n'am practicat drenarea vaginală, dar am introdus, după metoda noastră în peritoneu, o largă și lungă compresă fiartă în sublimat, întinzând-o pe totă suprafața sângerândă. Am închis abdomenul prin două rînduri de suturi, afară de extremitatea inferioară pe unde ieșia vîrfurile compresei.

Operația fiind lungă, iar bolnava mult slăbită, rămăsese ca extenuată, cu pulsul dispărut. Se fac injecții cu ergotină, eter, ser, etc. Se învelesce complet în vată și se pune în pat.

A doua zi de la operație bolnava creștîndu-se ca pierdută familia doarece a o lua acasă.

La 30 Martie, soțul bolnavei ne rîoga să o vedem. Găsim bolnava în stare destul de bună, de și locuința ei era mai mult un bordei de căt casă.

La 2 Aprilie se readuce la spital, când se desface pansamentul. Se scote compresa din abdomen avînd o lungime de 56 c.m. și lățime de 41 c.m. Se scurge prin orificiul un liquid turbure cu răzuituri.

Pînă la 22 Mai s'a continuat regulat cu pansamentele; la această dată bolnava nemaî voind a sta în spital iese fără a mai fi fost revădită.

## CHESTIONAR

### Bólele anexelor.

Cap. I. Considerațiuni generale asupra trompei și ovarelor. Trompa lui Fallope. Rolul fiziologic. Lungime. Divisiune. Porțiunea internă, ostium uterinum, porțiunea medie și porțiunea externă, ostium abdominale, morsus diaboli, ostium peritoneale. Considerațiuni anatomice ale acestor porțiuni. Sistemul arterial, venos și limfatic al trompei. Ovariele. Rolul fiziologic. Testes muliebris. Considerațiuni anatomice. Ligamentele ovarului. Ovarul posedă o membrană seroasă? Cercetările lui Walde er și Sappey în această privință. Epiteliul germinativ. Porțiunea glandulară sau ovigenă. Porțiunea bulbosă. Arterele ovarului. Venele și limfaticile . . . . . pag. 629 - 635

Inflamația anexelor. Discuțiuni. Cause. Blenoragia, microbii supurației și starea puerperală. Divisiunea și clasificarea. Propunerea autorului de *anexite plastice* și *anexite dure-rose* și *nedure-rose*. Clasificarea lui Pozzi în tumori *nekistice* și *kistice*. Mecanismul propagării inflamației prin calea de continuitate și limfatică. Discuțiuni și obiecțiuni ale autorului . . . . . „ 635-640



*Salpingite.* I. Salpingita catarală sau endo-salpingita. Sediul leziunii. Alterațiunile celulelor, consecințe, obstrucțiunea orificiului intern și extern. Consecințe. Salpingită profluentă. Salpingită purulentă acută, vegetantă sau proliferantă. II. Salpingita parenchimatósă sau intersticială. Lesiunile macroscopice și microscopice. Caractere. Salpingită nodulară. Extensiunea procesului inflamator. Observațiunea autorului. Salpingitele kistice. Considerațiuni generale. Mecanismul obstrucțiunii orificiului tubar și uterin. Diferite tipuri. Idro-salpinx. Istorice. Ruysch, Astruc, Froriep, Freund. Caractere clinice și forme anatomo-patologice. Mecanism. Causele obliterațiunii trompei. Piosalpinx. Caractere, conținut emato-salpinx. Considerațiuni ale autorului. Diviziuni în autoctone și eteroctone; în provisorii și permanente; staționar și progresiv. Salpingită tuberculósă, sifilitică, actinomicotică pag. 640—664

Cap. II. **Bótele ovarelor.** Considerațiuni. Compozițiunea ovarului, foliculul lui de Graaf, corpul galben. Ovarite. Diviziune. Ovarită intersticială, parenchimatósă, cronică, caractere, sub-varietăți, ovarite kistice. Diviziune. Kiști foliculari, emoragici a corpului galben. Caractere. Simptomele ovaro-salpingitelor. Durerea, caractere, durere, paradoxală, menstruația, amenoreea distilantă. Examenul local. Caractere. Parartimatocel (autorul). Diagnosticul diferențial cu toate celelalte procese inflamatorii, ovarialgie, caractere. Tratamentul medical și chirurgical. Istoricele laparotomiilor. Considerațiunile autorului; operațiuni conservatoare, Hadra, metoda exhibitorie propusă de autor. Polk, Munde. Salpingostomie, salpingografie. Diviziunea anexitelor ca tratament în 3 grupe propus de autor. Ginectomie intactă, succesivă și parțială . . . . . „ 664—721

Cap. III. **Graviditate extra-uterină.** Definițiune. Propunerea lui Lawson Tait. Teoria actuală. Evoluțiunea gravidității extra-uterină. Graviditate abdominală, tubară, istmică, ampulară, intersticială, evoluțiune, consecințe. Ruptură primitivă și secundară. Simptomele și diagnosticul. Starea uterului și a gâtului, munci false, tratamentul, diferite metode și discuțiuni. Observații și considerațiuni ale autorului „ 721—752

#### Cap. IV. Kiștii Ovarului.

Noi am studiat, la diferitele leziuni ale ovarului, toate felurile de kiști, ce se pot întâlni în acest organ.

Am văzut că fie-care din părțile constitutive ale ovarului poate, în urma diferitelor procese, să dea naștere la formațiuni de cavități închise, pline cu liquid, de aspect și forme deosebite, formând tot atâția kiști. Ast-fel au fost kiștii resultați din idropisia foliculului lui de Graaf, aceia din corpii galbeni, din areolele țesutului conjunctiv ce formază stroma ovarului, precum și aceia proveniți dintr'o dilatațiune exagerată a elementului vascular, capilar și limfatic.

Acești kiști însă, — de și une-orî pot căpăta un volum destul de considerabil — nici unul însă nu s'a văzut a fi capabil să ia o dezvoltare atât de extraordinară, ca să umple întreaga cavitate abdominală și să dea pântecelui acel aspect de un adevărat butoiu, precum lucrul ni-l oferă adevărații kiști proprii ai ovarului.

Negându-se pe rând posibilitatea tuturilor elementelor, ce constituie substanța proprie a ovarului, de a putea da naștere unor asemenea kiști, patogenia acestora a rămas mult timp obscură. Lumea se mărginea a admite, când teoria emisă de Meckel în 1807, — după care kiștii ovarici aveau ca origină idropisia foliculilor lui de Graaf; când aceea a lui Cruveilhier, Lebert, Rokitansky, Virchow, Scanzzoni și alții. Aceștia admittiau ipotesa unei neoformațiuni, unei degenerescente areolare sau coloidă a ovarului sau a tramei celuloase a acestui organ, ca fiind capabile a produce kiștii ovarului.

Tocmai în 1872, **Waldeyer** este cel d'întâiu, care a dat o teorie asupra genezei kiștilor ovarici, care și aăzi are curs în știință. Dînsul pentru prima oară a arătat în modul cel mai științific posibil, modul formării foliculilor lui de Graaf.

Pe suprafața externă a ovarului se află un înveliș epitelial, format dintr'unul său mai multe straturi de celule cubice; printre ele se constată ici colea câte o celulă mai mare; dînsa reprezintă viitorul ovul. Intregul acest strat poartă numele, dat de Waldeyer, de *epiteliu germinativ*. Din distanță în distanță, un șir din aceste celule împreună cu celula mare ce reprezintă ovulul, se înfundă, și străbate până la ore-care adâncime în țesutul con-

junctiv al ovarului. Acești tubi constituie faimoșii tubi numiți ai lui Pflüger. Veđi fig. 153 din Gilis.

După cum vedem, tubii lui Pflüger la început sunt formați exclusiv dintr'o simplă celulă mare; dînsa e înconjurată de alte celule cubice provenite din stratul germinativ și formeză în jurul său o təcă, sau un tub. Producțiunea acestor tubi ai lui Pflüger, se efectuéză maximum pînă în timpul nascerei copilului; în acest moment ei încetéză și pierd în același timp or-ice conexiune cu suprafața externă a ovarului. Acesta de aci încolo, rămâne acoperit de un singur strat de celule cilindrice, care ține loc de înveliș peritoneal.

Destinațiunea acestor tubi a lui Pflüger — cari sunt foarte numeroși și separați unii de alții prin fășii subțiri de țesut conjunctiv — este că trecënd prin diferite metamorfoze, dau nascere adevăraților foliculi a lui de Graaf.

Dar fenomenul acesta deja l'am arătat la începutul părței V-a și deci numai revenim.

Ce se întâmplă însă?

Une-orî formațiunii de acești tubi ai lui Pflüger se produc și după nascere; după 2, 3, 4 ani, sau chiar și în stare adultă, deci când epoca evoluțiunei normale s'a închis. Alte dăți — și acésta formeză punctul cel mai esențial — acești tubi a lui Pflüger, de și născuți în epoca normală, totuși ei nu îndeplinesc rolul fiziologic ce le este destinat de natură ci rămân sterili; ei nu dau nascere unui folicul a lui de Graaf. Dar de și acești tubi rămân ca nise simple, cavități, epiteliul lor nu-și pierde însă activitatea. El va continua să secrete, va umple cavitatea, va întinde pereții, așa că cu timpul totul se pôte transforma într'un kist, une-orî de mărime extra-ordinară.

Iată origina kistului ovaric.

Dar lucrul nu se mărginesce aci. Stratul epitelial ce captușese acésta cavitate, proliferéză în mod continuă. Atunci nouă formațiunii secundare apar pe păretele tumorei; de aci producțiunii de noui cavități kistice, de kiști multi-oculari. Prin anticipație trebue să spunem, că origina tuturilor kiștilor ovarice este de a fi multi-oculari, și că tocmai mai târđiú, când toți acești mici kiști lipiți între dînșii iar membrana de separațiune distinsă, numai atunci ei se reunesc într'unul singur și produc o singură masă enormă, formată dintr'o singură cavitate. Vom reveni.

Pentru moment conchidem deja două lucruri: Intâiú că kiștii ovarice sunt de natură congenitală: evident este că dacă inclu-



siunii de tubi ai lui Pflüger nu se efectuază după nascere, kiștii ovariei nu pot exista. Al doilea că, dacă un tub a lui Pflüger poate *ad libitum* să dea nascere unui folicul a lui de Graaf și unui kist al ovarului, urmăzând de la sine că ambele aceste produse au o aceeași origină comună. Și dacă lucrul stă astfel, în mod natural s'a născut întrebarea, pentru-ce se refuză foliculului lui de Graaf posibilitatea de a da naștere unui kist ovaric, pe care îl produce părintele său, tubul lui Pflüger? Intrebarea pusă este foarte justă și explicațiunea nu s'a dat. De aceea Sinety invocă un alt mecanism. El constă exclusiv în inclusiunea celulelor din stratul epitelial germinativ, iar nu propriu zis a tubilor

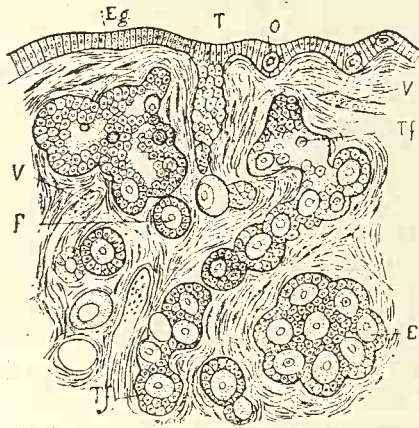


Fig. 153. Secțiunea ovarului unui nou născut (după Waldeyer).  
Eg, epitelii germinativ. O, ovul primitiv în epitelii. T, tub ovaric la început, Tf, Tf, tubi ovarici cuprinzând foliculii pe cale de formațiune. E, grupă de ovule în momentul separațiunei în foliculii. F, folicul izolât. V, V, vasele sanghine în mijlocul stromei conjunctive.

lui Pflüger. Iată cum se exprimă acest autor: Dacă marii kiști ai ovarului nu rezultă din hipertrofia foliculilor lui de Graaf, aceste două producțiuni anatomice însă ni se pare că au o origină comună, adică epitelii germinativ al suprafeței ovarului. Numai în casurile de kiști, neformațiunea epitelială în loc să constituie tubii lui Pflüger, apoi foliculii primordiali și în fine foliculii lui de Graaf, această formațiune, dicem, s'ar fi angajat într'o direcțiune mai puțin specială și mai puțin înaltă ca destinațiune; dînsa nu

va fi reușit de cât a atinge típul vulgar al unui epiteliú de înveliș; ea va da nascere la tubi și la cavități mai mult sau mai puțin sferice, ne având de cât o fórte slabă asemănare cu tubii lui Pflüger sau foliculii lui de Graaf. Vedem în următórea fig. 154 díce autorul, cum se produce mai întâiú invaginațiunii epiteliale comparabile cu glandele în tubi.

Natura acestui epiteliú variază și trece de la celulele califorme la celulele cilindrice simple sau cu cili vibratili. Străbătând mai adânc în stroma ovarică, aceste neoplasii se dilatá în unele puncte *d*). Secțiunea epitelială întinđind din ce în ce mai mult spațiurile dilatate, dáu loc la cavități kistice; acestea continuând să eréscă, dáu nascere la acele enorme tumori ce cunoșcem sub numele de kiști ai ovarului.

Formațiunea acestor kiști sémână fórte mult cu ceea ce cunoșcem relativ la desvoltarea ovarului normal, făcută pe socotéla invaginațiunei epiteliului de la suprafață. Am putea încă să ne întrebăm dacă străbaterea acestui epiteliú de la stroma ovarică, este în adevăr de la început până la sfírșit un fenomen recent, sau dacă nu e rezultatul vre unui viciú de conformație latent, ale căruí consecințe funeste însă nu se arată de cât mai târđiú. Ori cum ar fi, relativ la origina primară a kiștilor ovarică, trebuie să recunoșcem în desvoltarea lor două stadiuri: primul constá în formațiune glandulară, iar al doilea în degenerescență kistică.“

Acésta este tot ce se scie asupra kiștilor ovarică. Cu tóte acestea sunt încă autori, cari susțin patogenia lor, ca rezultând din idropisia unui folicul a lui de Graaf.

Un singur lucru am putea susține, că foliculii lui de Graaf fiind situați în părți mult mai profunde în substanța ovarului, ei nu pot lua o desvoltare atât de mare ca idropisia unui tub al lui Pflüger sau a simplelor invaginațiunii a celulelor germinative. Aceștia fiind situați mai aprópe de suprafață, nu au să lupte contra unui înveliș prea mare de țesut conjunctiv, ca cei d'întâiú.

Pentru noi un lucru rămâne stabilit, că celulele epiteliale ce căptușesc aceste cavități, au fórte multă asemănare cu epiteliul ce învelesc mucósele normale. Pentru acest cuvânt Malassez, impresionat de acéstă asemănare, a propus a se da numele acestor produse de *epitelioma mucoid*. Termenul însă putând da nascere la óre-cari confusiunii — apropiindu-le de neoplasme, Pozzi propune numele de *kist proliger*. El se bazéză pe proprietatea ce au aceste celule de a da nascere la muguri cárnoși, capabili a produce noi kiști glandulari.

De alt-fel deja Waldeyer stabilise două mari varietăți de kiști, sub numele de *Kystoma proliferum glandulare* și *kystoma proliferum papilare*, după cum poliferațiunea celulelor epiteliale predomină, sau din contra fâșiile conjunctive iaă preponderența și fac irupțiune în interiorul kistului sub formă de papile.

O dată ce am făcut cunoștință pe cât ne-a fost posibil cu patogenia kiștilor ovarice, să vedem acum modul lor de evoluțiune.



Fig. 154. Secțiunea unui ovar kistic prin neoformațiune epitelială.  
*a.* Epiteliul suprafeței ovarului. *b.* Depresiuni epiteliale. *c.* Tub epitelial deschizându-se la suprafața ovarului. *d.* Cavități kistice de forme și dimensiuni variabile. *e.* Vase. *f.* Stroma ovarică.

De îndată ce micul kist s'a format, dînsul crescând din ce în ce, respinge toate cele-l'alte elemente din jurul său. Și precum de obicei dînsul — fie că provine din tubii lui Pflüger, sau dintr'o simplă invaginațiune a celulelor germinative — se găsește mai mult către periferia ovarului, el va tinde în mod natural să ia o dezvoltare mai mult în această direcțiune. Ast-fel treptat kistul



va tinde să devie proeminent în cavitatea abdominală. Aci ne având să lupte aprópe contra nici unui obstacol, el se va desvolta în tótă libertatea, păstrând mai mult sau mai puțin o formă regulată, ovoidă și chiar cu totul sferică. Volumul kistului merge une-orí până a căpăta dimensiuni extra-ordinare; el póte umple întréga cavitate abdominală, întinzându-se până în flancuri și sub diafragm. Acéstă desvoltare exagerată este câte o dată așa de mult întinsă, că femeea se transformă într'un adevărat balon.

Dar orí cât de mare ar fi volumul, kistul ovaric rămâne compus din aceleași elemente ca și ovarul. In adevăr există în constituțiunea sa trei elemente principale. Un strat extern format din celule cubice analóge cu cele germinative; un strat intern a cărui suprafață e căptușită de celule epiteliale turtite, analóge cu a tubilor lui Pflüger, și un strat mediú format esclusiv din țesut conjunctiv, împărțit ei însuși în două ca și acela al ovarului însuși. In adevăr stratul extern, e format din țesut conjunctiv adult sub formă de fășii fibróse; el represintă în tocmai albuginea ovarului. Stratul conjunctiv intern e format din fășii conjunctive mai laxe, cu celule tinere și brăzdat de numeroase vase arteriale și venóse, cu aceeași dispozițiune încolăcită ca și ale ovarului. Aci Malassez și Sinety au descoperit, prin injecțiuni, vase limfatice. Tot dinșii au arătat existența de fibre elastice precum și prezența de fibre musculare netede.

Acésta este de obiceiú desvoltarea și constituțiunea kistului ovaric. El tot-d'auna este provădut de un pedicul, ce se găsește la extremitatea opusă kistului. Acest pedicul e format de ligamentul utero-ovarien. Une-orí pediculul este scurt, gros, lat și posedând vase de un volum extra-ordinar, atingând chiar acela al policelui. Alte dată din contra e fórt lung, subțire și amenințând să se rupă chiar în mod spontanat.

Mult mai rar se întâmplă ca kistul ovaric în loc să se desvolte în cavitatea peritoneală, să intre în grosimea ligamentului larg. Casul nu e posibil, de cât dacă kistul ia nascere în vecinătatea hilului ovaric și când cele două foi, ce forméză în acéstă regiune mezo-ovarul, sunt destul de lungi și permit desdoirea lor.

Mecanismul intim al acestei varietăți de kist ovaric intraligamentar nu este încă definitiv stabilit. Freund în urma cercetărilor sale, atribue lucrul la un viciú de conformație congenitală, în care ovarul de la început s'ar afla între cele două foi ale ligamentului larg. Orí cum ar fi, un asemenea kist inclavat

nu p $\acute{o$ te s $\acute{a}$  ia o dezvoltare prea mare; el va determina dec $\acute{i}$  devia $\acute{t}$ iunea din partea uterului și compresiuni destul de puternice asupra celor-l $\acute{a}$ te organe ale basinelului și  $\acute{i}$ n special a vaselor și trunchiurilor nervoase. De aci edem, dureri, și cele-l $\acute{a}$ te fenomene consecutive. In plus,  $\acute{i}$ n ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  varietate se constată o vasculariza $\acute{t}$ iune excep $\acute{t}$ ională, ar $\acute{a}$ tată de Terrillon. Ea constă  $\acute{i}$ ntr'o des-



Fig. 155. Model de kist multilocular al ovarului; fa $\acute{t}$ a internă (personală).

voltare f $\acute{o$ rte mare de artere și  $\acute{i}$ ntr'o lărgire de vene. Trebuie  $\acute{i}$ n fine s $\acute{a}$  mai scim, c $\acute{a}$  kistele ovarice intra-ligamentare sunt prov $\acute{e}$ dute de dou $\acute{e}$  pedicule. Unul extern format din ligamentul tubo-ovarie  $\acute{i}$ mpreună cu vasele utero-ovarice, iar altul intern reprezentat prin ligamentul utero-ovarien și cornul uterin.

Se  $\acute{i}$ ntâmplă c $\acute{a}$  un asemenea kist intra-ligamentar, c $\acute{a}$ u $\acute{t}$ ând a- $\acute{s}$ i mări volumul, dup $\acute{a}$  ce  $\acute{i}$ ntinde p $\acute{a}$ nă la maximum fa $\acute{t}$ a posterioară a ligamentului larg, el p $\acute{o$ te s $\acute{a}$  deslipescă baza acestu $\acute{i}$  ligament și s $\acute{a}$  se  $\acute{i}$ nsinue pe de desubtul f $\acute{o$ ei peritoneale

ce forméază spațiul recto-uterin, sau cavitata lui Douglas. Cu modul acesta kistul intra-ligamentar și cu totul sub peritoneal, desvôltându-se și înaintând în cavitata abdominală, să găsească acoperit de ambele foi peritoneale: anterioară și posterioară. Decî în momentul operației trebuie să tăem de două ori peritoneul pentru a descoperi tumora (operație trans-peritoneală). S'ar putea întâmpla încă, ca tumora să se insinueze sub fóia anterioară a peritoneului, adică între păriletele abdominal și bășica udului. Dar lucrul este escisiv de rar.

Dar să revenim asupra constituțiunei kistului ovaric obișnuit.

Am spus că suprafața sa internă e căptușită de un epiteliiu cu celule turtite. Am arătat deja că celulele acestea sunt provédute de o secrețiune și vegetațiune continuă. Cu alte cuvinte că din păriletele unui kist primitiv, nasce prin burgeonare un altul secundar; pe păriletele acestuia de al doilea va nasce un al treilea și așa mai departe până la un număr infinit.

Decî pe măsură ce kistul ovaric cresce, pe aceeași măsură alții se produc. Când întregul kist e format dintr'o infinitate de asemenea kiști mai mici, el pörtă numele de *kist multilocular*. Se întâmplă că în timpul desvôltărei kiștilor secundari, secrețiunea liquidă predomină; atunci toți kiștii cei mici — printr'un mecanism puțin cunoscut — cu cât se forméază cu atât părileții ce le servă ca membrană de separațiune se resorb, se distrug. De aci rezultă că din doi sau mai mulți kiști, se face unul; treptat apoi întréga masă se resorbe, așa că dintr'o infinitate de kiști mici, rămâne o singură cavitata. Aceștia pörtă numele de kiști ovarici uniloculari. In fine alte dăți numai unul sau doi din acești kiști iaă o desvôltare mai mare în detrimentul celor-l'alți, așa în cât avem în față un mare kist, un altul mai mic, iar în jurul și în interiorul lor alții de dimensiuni și forme fórte variate. Acésta forméază kiștii *pauciloculari*.

Diviziunea acésta stabilită de Cruveilhier, este destul de practică din punctul de vedere clinic. Ca mecanism însă și anatomie patologică, dînsa după cum vedem nu are importanță, căci origina tutulor acestor kiști este una și aceeași: toți la început sunt multiloculari. Formarea varietăților rezultă pur și simplu din resorbțiunea părileților numeroșilor și micilor kiști. Și ca probă este că chiar în kiștii uniloculari cei mai simplii posibil, încă se observă pe părileții lor interni nisce mici cavități secundare, sau cel puțin nisce despărțitori, cari nu sunt de cât resturi atrofiate a lojilor multiple ce au existat o dată. Sinety spune că



examinând mai mult ca 60 cazuri de kiști uniloculare din cei mai tipici, n'a găsit absolut nici unul, anatomicesce vorbind, care să fi fost format dintr'o singură cavitate.

Dăm aci figurile 155, 156 și 157 ce reprezintă aceste trei varietăți de kiști.

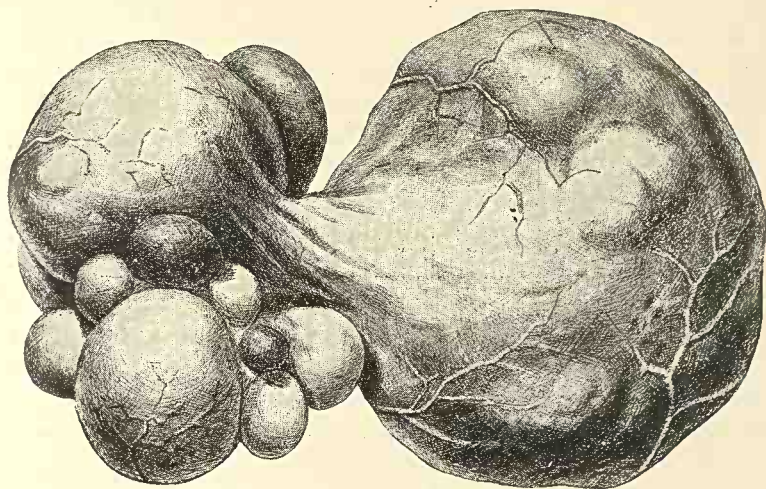


Fig. 156. Model de kist paucilocular al ovarului, după natură (personală).

Am ȃis cã elementele principale ce formãzã kistul ovarului, sunt pe de o parte stratul de celule epiteliale ce cãptușesc suprafața sa internã, iar pe de alta țesutul conjunctiv ce înconjurã acest pãrete. Dupã cum dar unul din aceste elemente va lua preponderență în desvoltare, vom avea alte douã varietãți mult mai importante și de un prognostic cu totul diferit de cei arãtați pãnã acum.

Am vãzut deja, cã celulele epiteliale se bucurã de proprietatea de a burgeona și a da naștere la nisce formațiuni, ce se apropie fõrte mult de tubii glandulari. Dacă în timpul unei asemenea ipergeneze secrețiunea de liquid e fõrte micã sau chiar lipsesce, atunci întrãga cavitate a kistului se umple exclusiv numai de aceste producțiuni quasi glandulare: ele transformã tot kistul într'o tumorã semiliquidã sau chiar solidã. Forma acãsta,

ce se observă mai ales în cazul de incluziune în grosimea ligamentului larg, p $\acute{o}$ rtă numele de kist proliger glandular.

Când din contra elementul conjunctiv intră în profilațiune, atunci dînsul înaint $\acute{e}$ ză sub formă de mugur $\acute{i}$  c $\acute{a}$ tre cavitatea kistică; aci face ridicături, respinge epiteliul și se dirige în r $\acute{a}$ murele mic $\acute{i}$ , subțiri, dendritice, papiliforme. Aceste producțiuni cu timpul reușesc să umple întregă cavitate a kistului; une-ori grație mersului lor progresiv, pot să r $\acute{o$ ză p $\acute{a}$ reții și să apară la suprafața externă a kistului printr'o simplă scrijilătură, sau chiar printr'o adev $\acute{e}$ rată deschidere largă. În cazul acesta procesul morbid înaint $\acute{a}$ nd, constatăm o adev $\acute{e}$ rată r $\acute{a}$ sfr $\acute{a}$ ngere a kistului în tocmai ca un deget de m $\acute{a}$ nușă. T $\acute{o}$ te aceste produse irit $\acute{a}$ nd peritoneul, produc ascit $\acute{a}$ ; în cazul cel mai grav, interpun $\acute{a}$ ndu-se printre ansele intestinale sau pe alte organe, ele pot să se grezeze și să se transforme în adev $\acute{e}$ rate tumori maligne. Forma ac $\acute{e}$ stă p $\acute{o}$ rtă numele de *kist proliger papilar*. Dînsa ca și cea precedentă se observă de obicei $\acute{u}$ , c $\acute{a}$ nd kistul se află v $\acute{i}$ r $\acute{i$ t în grosimea ligamentului larg. E f $\acute{o}$ rte rar ca asemenea vegetațiunii papilare să se desvolte primitiv pe suprafața externă a kistului; chiar c $\acute{a}$ nd lucrul se constată, — precum sunt casurile lui Gusserov, Coblentz și alții, — se consideră a fi de natură secundară; ei ar proveni din deschiderea altor mic $\acute{i}$  kiști papilari, așezați în porțiunea cea mai periferică a ovarului.

Acestea sunt chestiunile cele mai importante asupra evoluțiunii kiștilor ovaric $\acute{i}$ .

Ne r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ne a ne opri puțin asupra conținutului kiștilor ovaric $\acute{i}$ . Am ar $\acute{a}$ tat c $\acute{a}$  în starea normală, p $\acute{a}$ retele kistului este c $\acute{a}$ ptușit de un strat de celule epiteliale turtite. Cu t $\acute{o$ te acestea unele predomină celule cilindrice, alte d $\acute{a}$ ți caliciforme, iar c $\acute{a}$ te o dată se g $\acute{a}$ desc celule de forme cu totul neregulate: polimorfe, cu strangulațiuni, cu un nucleu care se divide, etc.; totul ne arată o proliferațiune incompletă și f $\acute{a}$ ră nici o normă. Ele constituie celulele metatipice. Numele se datoresce lui Malassez și indică o abnormitate de la tipul normal. *Drysdale* din Philadelphia, a descris în kiștii ovaric $\acute{i}$  o celulă specială rotundă, mare, subțire și transparentă, cunoscută în patologie sub numele de *celula lui Drysdale*, pe care dînsul o dă ca patognomonică kiștilor ovaric $\acute{i}$ .

Nu scim dac $\acute{a}$  ac $\acute{e}$ stă celulă nu ar reprezenta acea celulă mare, ce am v $\acute{e}$ duț'o interpusă între celulele stratului germinativ al ovarului, reprezent $\acute{a}$ nd ovulul primordial. Lucrul e posibil,

dacă admitem geneza kiștilor ovariciei din inclusiunea tubilor lui Pflüger; dînșii scim că conțin o asemenea celulă.

În afară de acestea, mai putem găsi celule granulo grăsose, leucocite, ematii, cristale de colesterină, granulațiunii refringente și chiar pigment brun. În fine Landouzy și Galippe au găsit microbi, micrococi și bacterii, cărora le atribue o influență patogenă. Prezența lor însă se consideră mai mult ca rezultatul unei infecțiuni secundare. Méhu și Olshausen au găsit substanțe pro-

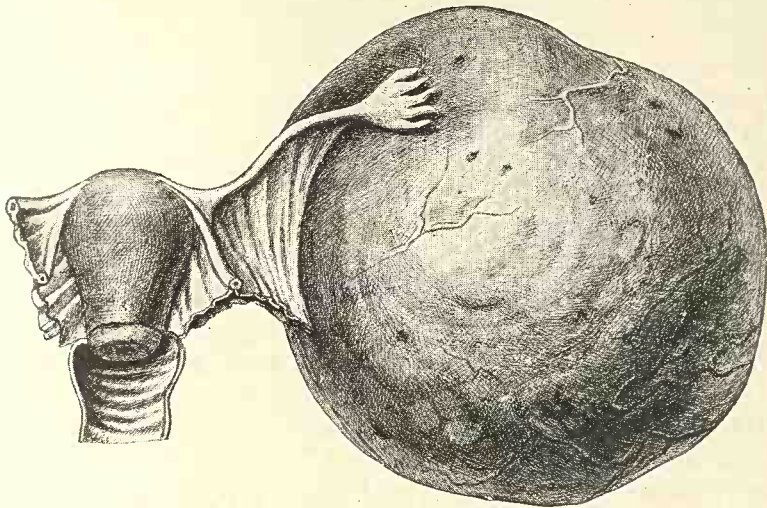


Fig. 157. Model de kist unilocular al ovarului (personală).

teice, ca săruri, grăsime și une-orî uree și zahăr. În fine Waldeyer a descoperit paralbumina, asupra căreia atrage totă atențiunea, dându'o ca un semn patognomic al kiștilor ovariciei.

Dară elementul cel mai principal al conținutului kiștilor ovariciei îl formeză partea liquidă. Din acest punct de vedere am putea împărți kiști ovariciei în seroși, gelatinoși și ematici.

Kiștii seroși sunt caracterizați prin prezența unui liquid cu totul clar și transparent, comparat cu apa de stâncă. Ei sunt cari produc une-orî cantitățile cele mai extra-ordinare. Ast-fel Quènu, într'o monografie reproduce epitaful ce a fost pus odin-óră pe mormântul unei bolnave a lui Mead. În 67 de luni dînșea



a fost punționată de 66 orî, cu care ocaziune s'a scos 240 galóne de apă, ceea ce represintă peste 1000 de chilograme liquid, fără ca bolnava să fi protestat vre-o dată contra sórtei sale și nici să fi avut frică de operație.

Din partea nóstră am avut un cas tot atât de extra-ordinar în care o femeie bulgară Țoneu din Rusciuc fiind punționată de 20 orî, la fie care dată i s'a extras 40 chilograme de liquid, ceea ce represintă 800 kilo, care împreună cu liquidul extras în timpul operației represintă 840 kilo.

Kiștii gelatinoși deși aũ o colorațiune albă, totuși liquidul e mai consistent, mai filant, iar une-orî transformat într'o adevărată gelatină.

Kistul ematic e fórte rar pur sanguin. El este amestecat cu o parte serósă, căreia însă îi dă o colorațiune mai închisă, mă brună, asemănând'o cu o colóre șocolatie.

Aspectul și consistența acestuî conținit s'ar datori, după Sinety, predominenței unor anume celule în mai mare cantitate în pãretele intern al kistuluî. Ast-fel când aceste celule în majoritatea lor și a fortiori în totalitate vor fi cilindrice, liquidul va fi cu desevîrșire seros și limpede. Celulele fiind caliciforme, conținitul va fi filant, viscos și une-orî chiar ca o piftie.

Tot în acéstă varietate, câte o-dată conținitul este transformat în nisce filamente lungi și unite, asemênându-se în totul cu fideaua saũ macaróne.

Am avut un caz tipic de acéstă formă la o femeie Mândica Iordanovicî, ce am operat în 1889, și din care am scos o cantitate extra-ordinar de mare de asemenea filamente de lungimi colosale, fără ca kistul să fi prezentat nici 200 gr. liquid.

Tumora fiind cu totul aderentă, n'am putut-o extirpa. M'am mǎrginit deci după evacuațiune, a rǎzui cu lingura pãreții interuî, și a trata ulterior tumora prin drenaj și tamponadă, după o marsupializare prealabilă, până la definitivă vindecare. Veđi fig. 158.

În ceea-ce privesce conținitul ematic, acesta nu are celule speciale, ci provine mai mult dintr'o apoplexie vasculară, cauzată de sigur de o torsione a pedicululuî. Vom reveni.

Pentru a termina, vom menționa că une-orî în loc de gelatină saũ producțiunii cu aspect de macaróne, întâlnim, după Pozzi, producțiunii în totul analóge cu grăunțele riziforme. Acésta ne-ar face să bănuim, posibilitatea intervențiunei unuî proces tuberculos în kiștii ovaruluî.



Fig. 158.

Kist coloid al ovarului.

Măndica Iordanovică de 30 ani. Oper. 1. Septembrie 1889. Eșită 12 Octombrie.  
(personală).

Acestea sunt în câte-va cuvinte descrierea anatomo-patologică a kiștilor ovaricî. Am arătat deja că în casurile tipice, forma celulelor epiteliale ce constituie acești kiști asemănându-se întru cât-va cu celulele epiteliale ce căpтуșesc mucósele, Malassez le-a dat numele de epiteliom mucoid. Cuvîntul însă putînd da naștere la o confușiune cu tumora malignă, s'a preferat denumirea *de kist mucoid*.

Dar tot în ovar se mai dezvoltă o altă varietate de kist. După unii dînsa ar oferi aceeași origină anume: că celula epitelială în loc de a avea caracterul mucoid, ar îmbrăca pe acela de dermoid; de aci un grup a parte cunoscut sub numele de *kist dermoid al ovarului*.

Să ne oprim puțin și asupra acestei varietăți.

### Cap. V. Kiștii dermoizi.

Numiți încă *tumori eterotopice*, sunt foarte importanți, nu numai cu privire la ovar, dar și prin aparițiunea lor în alte organe, cu totul diferite ca sediū și structură.

Studiul lor începe cu Meckel în 1815. Acești kiști își au sediul de predilecțiune în ovar, sprîncene și testicul. S'a observat însă și în gambă, epiploon, sternum, pielea capului, meninge, etc. Numele de kiști dermoizi le-a fost dat, din cauza asemănărei de structură ce păretele lor are cu pielea, însă cu o dispozițiune inversă. În adevăr, fața lor internă e în totul analógă cu lamele epidermice cornate; ele staū pe un derm identic cu al tegumentului extern; au deci vase, foliculii piloși, glande sebacee, sudoripare, etc. Volumul acestor kiști e variabil; pot însă atinge acela al unui cap de adult sau și mai mare. Péan a extirpat un kist dermoid ce cântărea 5.500 gr. și conținea 20 litruri de lichid.

La secțiune acești kiști sunt unici sau multi-loculari; fața internă sémănă cu o piele macerată. Conținutul este complex. Se caracterisă însă prin prezența unei materii albă vâscóasă ca seul; aci se găsește împleticite fire și chiar șuvițe întregi de păr de diferite culori și lungimi, putînd merge până la un metru. În fig. 159 și 160 avem două modele. Alte dăți nu găsim nimic din toate acestea; conținutul e cu totul liquid și oleios. În casuri mai complicate constatăm lucruri extra-ordinare. Ast-fel s'au găsit dinți implantați în părete și al căror număr une-orî este considerabil. *Autenrieth* a numărat până la 300 de dinți liberi. De



obiceiū dinții aceștia sunt informi, nu au rădăcini și nici se pot cunoște la ce anume grupă ține.

Cu toate acestea noi am găsit într'un caz, dinți adânc implantați, și cu rădăcinele manifeste; forma lor foarte distinctă arată

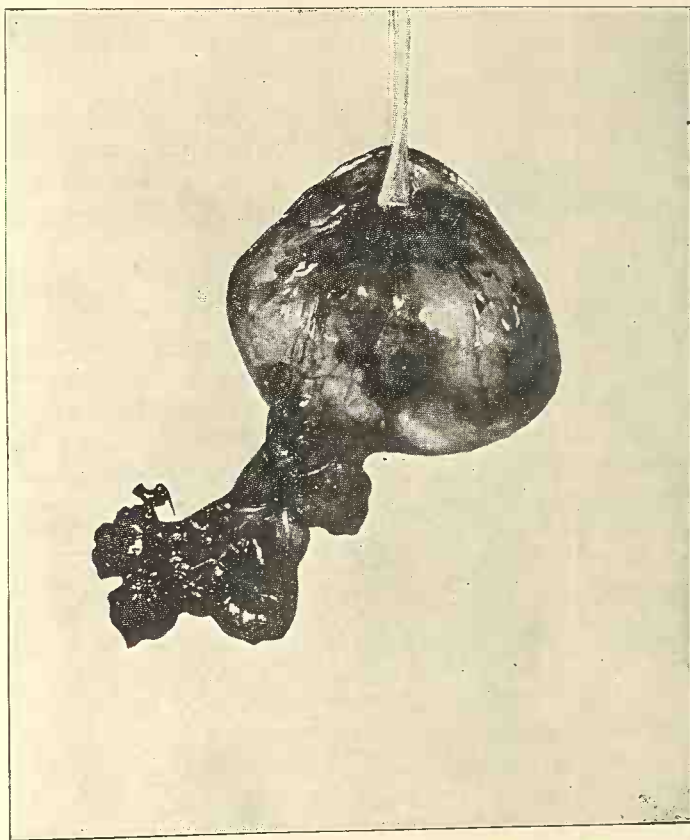


Fig. 159. Kist dermoid intact al ovarului stâng.  
Ralița Stănescu, 20 ani. Operată la 28 Noembrie, eșită la 21 Decembrie 1897.

că avem a face cu *un dinte incisiv, un canin și un molar cariat*. Veți fig. 161.

Unii autori, ca Legros și Salter, au descris fire nervoase în pulpa dinților. De și acești dinți ar părea aruncați și implantați fără nici o regulă, totuși după dînșii ar fi tot-d'a-una orien-

tați și puțin înclinați către axa mediană a corpului, așa că privind interiorul unui kist, am putea să determinăm ovarul la care aparține.

În afară de păr și dinți — cari sunt organele cele mai comune ce se întâlnesc — se mai constată în interiorul kistului ôse, cartilaje, fibre musculare netede, țesut nervos și diferite alte organe mult mai complexe.

Koeberle a găsit un organ semănând în totul cu o limbă rudimentară, provădută de mucosă și glande. Baumgarten un fragment de ochi. Ruge o glandă acinosă. Sinety și Sutton o mamelă cât un pumn de copil și care prin presiune, dedea ieșire prin mamelon unui liquid ce semăna cu colostrum. În fine s'a găsit părți întregi fetale și mai distincte. Ast-fel sunt nisce piese ale lui Key, Cruveilhier și Répin, unde se vedea clar un embrion rudimentar cu cele 4 membre.

Noi am avut un caz, unde foarte clar aveam a face cu un craniu complect, și unde se distingeau ôsele parietale și occipitalul, împreună cu nisce dungii ce ocupaū linia suturilor. Pe vertex și occipital se ved implantati un număr destul de mare de fire de păr, dar rari, ca la ômenii pleșuvi. Ceea ce însă e mai important, este *existența manifestă a conductului auditiv extern, provădut de pavilionul urechei*, însă deformat turtit și aplicat pe păretele cranien fără însă a fi lipit de el. Veđi fig. 162.

Patogenia kiștilor dermoizi a dat loc la diferite teorii.

Mai întâiu este un lucru constant și în afară de ori-ce îndoială: acești kiști sunt congenitali.

În timpuri mai depărtate, origina acestor kiști era considerată ca o pedepsă divină, ca un capriciu al naturei, fiind vorba de concepțiunii fără coabitare.

Teoria acésta numită *partenogenesă*, se datoresce lui Meckel. Dînsa mult timp considerată ca fantastică, ađi după cum vom vedea, este singura admisă și cea mai modernă.

Să vedem însă cele-l'alte teorii.

I. S'a emis că kistul dermoid nu este de cât un **kist fetal**, adică o graviditate extra-uterină. Dar lucrul nu se pôte susține, căci ori care ar fi modificațiunile ce ar suferi fetul, nu se pôte compara cu materia informă și bizară ce se găsește în acești kiști. În adevăr fetul se pôte înkista, se pôte macera, dar fără să se fragmenteze în nisce părți atât de neasemănate cu organizațiunea sa.

II. **Teoria diplogenesei saū a inclusiunei fetale.** Acésta presupune,

că în momentul concepțiunii s'ați fecondat de o dată două ovuli. Unul însă este împedat în dezvoltarea sa. El este înghițit ca să

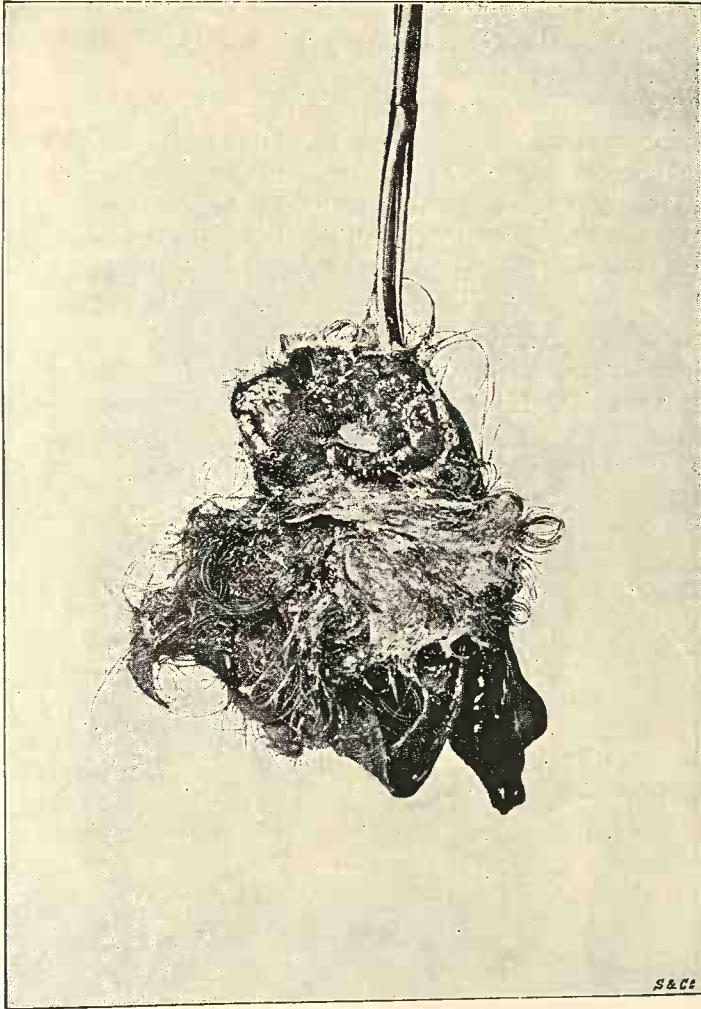


Fig. 160. Kistul dermoid precedent secționat; el conține o mulțime și lungi şuvițe de păr (personală).

zicem așa de cel-lalt frate, care singur continuă a crește. Dînsul însă ieșind în lume, pîrtă pe cel-lalt gemen. Dar și acesta la



rîndul s eu, dup a un timp  ore-care  i în urma unor circumstan e necunoscute, începe s a dea semne de viața: rezultatul este producerea unui kist dermoid. Dar dac a n'ar fi de c at faptul c a în aceşti kişti s'au găsit p n a la 300 dinţi,  nc a ac est a teorie nu s'ar putea susține. In adev er, nu o diplo-genes a, dar nici o octogenes a n'ar da cifra de 300 dinţi; numărul acesta cere cel puţin dinţii de la  cece copii.

**III. Teoria  nclav rei tegumentului în timpul vieţii embrionare.** E numită de Germani teoria lui Remack. Dînsa e bazată pe argumente f rte solide. Observ ndu-se frecuenţa kiştilor dermoizi la c da spr ncenei sau regiunea g tului;  i basându-se pe faptul c a tocmai în aceste regiuni în timpul vieţii embrionare există ceea ce se numesce spintec turile branchiale, se admise c a în momentul închiderii acestor spintecături, o porţiune din tegumentul extern suferă o pişc tur , o introducere în n untru, o inclusiune sau  nclavare. Ac est a porţiune r m n nd ast-fel închisă în interiorul organismului, forméză un fel de sac; ea p te mult timp să persiste în ac est a stare. Mai târziu însă, în urma unei cauze, inclusiunea tegumentară intr nd în funcţiune, produce tot ceea ce dă tegumentul extern: secreţiuni de glande sebacee, peri, unghii  i t te produsele cornate.

Ac est a teorie ne explică în mod perfect, kiştii dermoizi ai spr ncenei  i ai g tului. R m ne însă  nsuficient  pentru kiştii ovarului  i ai testiculelor. Aci în adev er, se găsesc corp  mult mai complexi precum:  se, cartilagi , nervi, etc. Lannelongue, basându-se pe fapte embriologice, conchide c a patogenia kiştilor dermoizi, cel puţin în aceste cazuri, se datoresce nu numai inclusiunii ectodermului, adic a a f iei externe a blastodermului, ei  i a endodermului, adic a a f iei interne; ba p te chiar  i a tuturilor celor trei foi blastodermice.

**IV. Teoria partenogenesef.** A fost menţionată deja de Meckel. Mult timp dînsa s'a considerat cam fantastică. Ast d i însă, graţie unor opiniuni venite din partea celor mai reuataţi autori ca Waldeyer, Lannelongue, Duval  i alţii, dînsa represintă ultima  i cea mai sciinţifică teorie.

Partenogenesa  nsemn z  posibilitatea oului de a se desvolta  i a se segmenta în afară de ori-ce fecondaţiune, dec  fără intervenirea spermatozoidului. Prin urmare e vorba de o concepţiune fără contact cu bărbatul.

Cuv ntul partenogenesă, cred c a provine din Partenon—un templu dedicat Minervei. Ac est a zei a a înţelepciunii se scie

că nu s'a născut ca ori-ce altă ființă; dînsa a ieșit d'a dreptul înarmată din capul tatălui său Jupiter, în urma unei spintecături a craniului, determinată de Zeul Vulcan printr'o lovitură de topor. Decî partenogenesă ar însemna o naștere tot atît de miraculoasă și misterioasă ca și a Minervei (?)



Fig. 161.

Kist dermoid al ovarului stîng provădut cu dinți incisivi și molarî. (personală).

Dar să vedem cari sunt bazele acestei teorii. Fenomenul acesta s'a observat mai întaiu pe animalele inferioare din scara zoologică; lucrul a fost intrevădut mai întaiu de J. Geoffroy St. Hillaire. Dar cel d'întaiu a fost Oellacher, care în 1872, a vėdut în oul de pasere, că segmentațiunea se produce fără fecondațiune.

S'a observat iarăși că la mici insecte numite puriceî (pu-cerons), ce trăesce pe vegetale verđi, reproducerea mai multor generațiuni de indiviđi, se face iarăși fără nici o fecondație.

S'a constatat însă, că acostă partenogenesă are ore-cari li-

mite. În adevăr, dacă prima generațiune iese normală, apoi a doua și a fortiori cele-lalte, nasc degenerate: ele se termină în monștrii. Așa de exemplu: la gândacii de mătase, după a doua generațiune, omizile cari ies din ou sunt mai costelive, mai monstruoase și mor foarte repede.

Cunoscința acestor fenomene zoologice, a fost punctul de plecare a unor nouă cercetări. Dînsele aplicate la om, a dat naștere teoriei partenogenesice, pentru explicarea kiștilor dermoizi ai ovarului.

Am ȃis cã Waldeyer este cel d'întãiu care a atras atențiunea. După dînsul, formațiunea kiștilor dermoizi ai ovarului, depinde pur și simplu de proprietățile speciale a celulelor stratului germinativ al acestui organ. În adevăr, acest epiteliu, în starea normală, dă nascere unui folicul a lui de Graaf cu ovulul său, iar în urma fecondațiunei produce un embrion. Dar tot acest epiteliu, în virtutea acelorași proprietăți, pôte să producă nise țesuturi cu totul apropiate de cele normale și în afară de actul fecondațiunei. Dacă se întâmplă ca această dezvoltare să nu fie întru nimic turburată în evoluțiunea sa, embrionul pôte să mergă până la sfîrșit. În aceste condițiuni femeea pôte să nască un copil pe calea partenogenesică, fără sãmîntă bãrbãtescã (!) Fenomenul într'adevăr ar deveni extra-ordinar și ne-ar conduce la considerațiuni de o înaltă importanță fiziologică și metafisică.

Noi ne permitem a invoca un alt mecanism cu desãvêrsire direct, iar nu o simplă suposițiune de o anume proprietate a epiteliului ovaric.

Scim în adevăr din embriologie, cã glanda genitală așezată la fața internă a corpului lui Wolff, este acoperită de acest epiteliu germinativ. În această periódă însă nu se pôte sci și cu atît mai puțin deosebi, dacã această glandă va aparține unui bãrbat sau unei femeii. Lucrul pozitiv însă este, cã de aci va ieși sau un testicul sau un ovar. Dar și într'un caz și în altul, începutul fenomenului este identic. Elementele stratului germinativ se viră în adâncimea glandei, formând tuburile lui Pflüger. Dacă glanda are să devie ovar, am vêdut cã acești tubi își pierd orî ce conexiune cu suprafața epiteliului germinativ; dînșii trecând prin diferite faze ce deja am arătat, se transformă într'un folicul a lui de Graaf, cu ovul său, cu cumulus proliger, etc.<sup>1)</sup> Dacă din contra organul are să devie un testicul, atunci tubii lui Pflüger nu se

1) Vezi pag. 243.



mai stranguléză; celulele rămân aplicate pe pǎretele tubului, iar ovuli se atrofiază și dispar. Dintre celulele rămase, unele iaú o creștere și o proliferaúione mai mare, provédându-se de un nucleú. Aceste elemente constituie ovulul mascul; el se va transforma în spermatoblast. De aci vor ieși spermatozoizi, iar tuburile lui Pflüger devin canaliculele seminifere.

Acésta este în câte-va cuvinte genesa embriologică a orga-

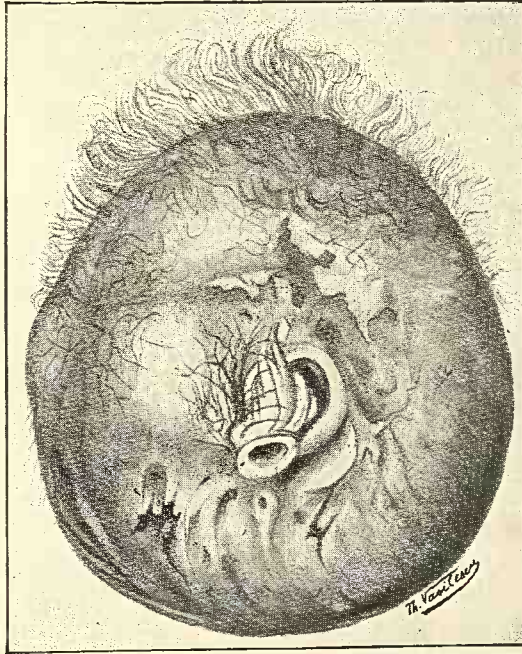


Fig. 162. Kist dermoid în formă de craniú, cu conduct auditiv extern și pavilionul urechei. (personală).

nelor masculine și femele. După cum vedem, origina lor e comună și intim legată. Diferenúierea sexului depinde de fórte puțin lucru.

Nu am putea decí presupune că printr'o modificaúione misterioasă, într'un tub a lui Pflüger să fi rămas din întâmplare și vre-un ovul mascul? Lucrul nu este imposibil. În orí ce cas credem, că admitând posibilitatea acestui straniu fenomen, ne esplícăm mai ușor partenogeneză, prin acúiunea directă a elementului mascul rămas din timpul vieúei embrionare în același compartiment

cu un ovul feminin. Dar prin acésta am avea o adevărată fecundațiune în tótă puterea cuvîntului.

Trecând peste acésta suposițiune care ne este proprie, să vedem cum se esplică diferitele formațiuni ce constatăm în kiștii dermoizi.

Ele depind după cum una saũ cele trei foi blastodermice se unesc unele cu altele, saũ fie-care separat își păstrează individualitatea sa. Ast-fel, dacă fóia externă ia o desvoltare mai mare, atunci vom găsi produse și organe provenite dintr'insa precum: pěr, unghii, glande tegumentare, sistem nervos și părțile esențiale ale simțurilor. Când fóia internă persistă, atunci vom avea glande, epiteliũ, intestine și organe genitale, etc. Iar dacă celelalte foi se atrofiază, rămâind numai cea medie — destinată la formarea țesutului conjunctiv — atunci vom găsi în kistul dermoid : óse, cartilage, mușchi și vase.

În fine dacă câte treile foi resistă, putem constata părți complete, reprezentându-ne un adevărat embrion, bine înțeles incomplet și diform.

**V. Teoria celulei nodale saũ a lui Bard din Lyon.** Acest autor susține, că tóte cele trei foi blastodermice, care-și aũ celulele lor specifice, provin la origina lor din celula ovulară, numită de dînsul celulă nodală. Fie care celulă nodală produce decĩ țesuturi anumite și cu proprietăți diferite. Ele după ce aũ dat naștere la asemenea celule mai înaintate în serie, dispar. Dacă însă presupunem că una din aceste celule s'a oprit în evoluțiunea sa, și a rămas închisă în mijlocul elementelor de constituțiunii diferite, dînsa după un timp óre-care reluându-și activitatea, va putea da naștere la produse, ce vor aparține diferitelor foi blastodermice, către care are mai multă tendință să evolueze. Dar acésta teorie se apropie fórte mult de aceea a lui Cohnheim, pe care am arătat'o în Vol. II la Cap. tumorĩ<sup>1)</sup>.

Cohnheim admite, că într'o periódă a vieței embionare, se produc mai multe celule de cât e trebuință pentru desvoltarea totală a diferitelor părți ale corpului. Escesul acesta rămâind inclus în mijlocul țesuturilor și reprezentând diferite foi blastodermice, pot mult timp să rămâe în stare latentă : la un moment dat însă ele începând a se desvolta și produc în mod fatal miniaturĩ de organe, aparținând unei anumite foi.

Acestea sunt în câte-va cuvinte teoriile ce s'aũ emis asupra

<sup>1)</sup> Veđi vol. II, pag. 56—82.

kiștilor dermoizi. După cum vedem, toate își au aplicațiunea și importanța lor. Cea mai seducătoare însă și mai științifică, este de sigur teoria partenogenesică.

Mai există încă o varietate de tumori kistice ale ovarului, în care găsim combinațiuni și dintr'una și din alta. În adevăr, aci putem întâlni tumori cu elemente epiteliale ce le apropie de kiști mucoizi și tumori cu caracter dermic, ce le apropie de cele dermoide, Acești kiști formați din ambele elemente sus descrise formeză un grup a parte numit *tumori mixte ale ovarului*.

## Cap. VI. Kiștii para-ovarici.

Acești kiști se numesc ast-fel, din cauză că dinșii se dezvoltă în regiunea ce înconjoară exterior ovarul, fără decî să aibă absolut nici o conexiune cu acest organ.

Numele acesta însă a dat naștere la confuziune: s'a crezut că ei tot-d'a-una provin dintr'o idropisie a unui rest embrionar numit paraovarium, ce se găsește în grosimea ligamentului larg, între trompă și ovar. Nu dóră că acest organ nu e capabil de o idropisie pentru a da naștere unui adevărat kist; dar mulți din acești kiști se dezvoltă tot în grosimea ligamentului larg, dar fără să aibă ca origină para-ovarium. Ast-fel Doran a arătat kiști uniloculari foarte mari, desvoltați pe socotéla unor ochiuri de țesut conjunctiv, sau a unor igrome sub-seróse, pentru care-și și numește *kiști lacunoși*. Mengen crede de asemenea, că unii kiști se pot dezvolta d'a dreptul în țesutul conjunctiv, independent de para-ovarium. La rîndul său Lawson Tait dice: Sigur este că putem întâlni în ligamentul larg kiști, ce nu se dezvoltă pe socotéla resturilor embrionare; dar nu știu încă care póte să fie origina lor. Există între altele o varietate nu tocmai rară, în care pereții kistului conțin o așa mare grosime de fibre musculare netede, că póte aprópe să semene cu un uter gravid foarte mult întins. Tumora cea mai voluminosă ce am ridicat, dice autorul, am evaluat-o la 110 livre. Dînsa era un kist al ligamentului larg; pereții săi aveau o grosime mai mare ca un police, când buzunarul se retractase după operație. Acești pereți erau formați ca și uterul gravid, exclusiv din fibre musculare netede. În fine Sinety crede, că unii din acești kiști provin din ovare supra-numerare.



După cum vedem, kiștii ligamentului larg, de și numeroși, pot însă să aibă diferite origini și adesea fără nici o conexiune cu organul numit para-ovarium. De aceea Pozzi cu drept cuvânt țice, că putem numi aceste tumori kiști ai regiuneii ovarului; ei pot fi tangenți cu ovarul, fără ca acesta să fie întru nimic atins. Dar acésta nu însemnéză că nu există și kiști proprii ții ai para-ovarului.

În grosimea ligamentului larg, între trompă și ovar, există un óre-care număr de organe rudimentare de natură embrionară. Cel mai principal este fără îndoială organul lui Rosenmüller, cunoscut încă sub numele de para-ovarium. Părțile principale din cari se compune, este mai întâi un canal principal cu traect orizontal, numit canal colector saũ a lui Gärtner. Acest canal se termină în afară printr'o dilatațiune ampulară, care după Lawson Tait ar constitui organul lui Rosenmüller și care e capabil a da nascere la kiști fórte voluminoși.

O mulțime de alte canale accesorii și verticale — luând nascere din vecinătatea hilului ovarului — plécă de jos în sus, și dirijindu-se către trompă, daũ în canalul principal. Unele din ele presintă neregularități, constituite din mai multe umflături și strangulațiuni. În fig. 163 din Greig Smith arată para-ovarium.

Obliterațiunea acestor canale, póte fi punctul de plecare al unor kiști patologice. Fără îndoială, țice Lawson Tait, o mare parte din tumori pe cari le numim kiști para-ovarice saũ kiștii ligamentului larg, se forméză în acest mod prin obliterațiunea acestor canale.

Dar acésta interpretațiune nu póte de sigur să se aplice la tóte tumorile.

Tot ast-fel este și cu privire la canalele lui Gärtner; ele pot să persiste și să se continue prin țesuturile uterine și vaginale, pentru a veni să se deschiză în vecinătatea meatului urinar. În regulă generală, ele ar trebui să se oblitereze ca și conductele verticale.

Se întâmplă însă că acésta obliterațiune să se facă numai la extremități, saũ în porțiuni separate, lăsând unele spațiuni libere. În acest caz este posibil că ele pot să dea loc la formațiuni kistice importante ca și tubii verticali.

Caracteristica kiștilor ligamentului larg saũ para-ovarice, este de a fi provéduți cu un pãrete fórte subțire, de a fi capabili să capete un volum extra-ordinar de mare, și a avea un conținut liquid, apos și fórte clar.

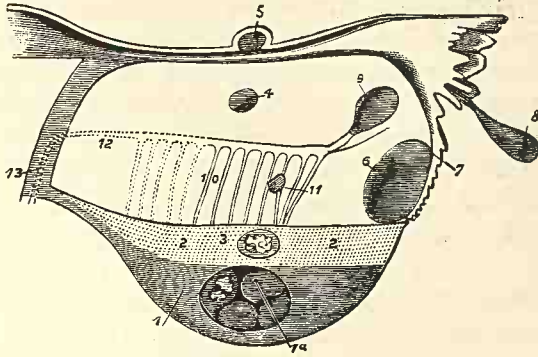


Fig. 163.

Schema organelor conținute în și contigue cu ligamentele largi (Doran).

1. Parenchimul ovarului, sediul unui kist simplu sau glandular multilocular în *1 a*.

2. Țesutul hilului cu

3. Kist papilar.

4. Kistul ligamentului larg independent de par-ovarium și de trompa lui Fallope.

5. Kist asemenea dezvoltat în interiorul ligamentului larg d'asupra trompei, dar independent de ea.

6. Kist identic dezvoltat foarte aproape.

7. Ligament tubo-ovarian.

8. Idatida lui Morgagni.

9. Kist dezvoltat pe socotela conductului orizontal al par-ovarului. Kiștii 4, 5, 6, 8 și 9 sunt căptușiți înăuntru de un sigur strat de endoteliu.

10. Par-ovarium; liniile punctate represintă partea internă tot-d'a-una mai mult sau mai puțin atrofiată la adult.

11. Mic kist dezvoltat pe socotela unui conduct vertical; acești kiștii cari au origina lor sau nasc pe socotela unei părți atrofiate, posedă un înveliș de epiteliu cubic sau ciliat și au o tendință să formeze kiștii papilari, ca kiștii așezați în 2, țesutul hilului.

12. Canalul lui Gärtner, adesea obliterat la adult.

13. Traectul acestui canal în pereții uterini; părțile neobliterate după Co-blentz sunt origina kiștilor papilari în conexiune cu uterul.

Maî tot-d'a-una dînşii sunt uniloculari. Cu tôte acestea Lawson Tait a extirpat unul, compus din 6 saci lipiți. Spencer Wells a extirpat un kist bilocular. Dar și aci, ca și în kiști ovarici, tumora cea maî simplă în aparență, încă posedă pe păretele său intern un număr maî mare sau maî mic de alți kiști secundari. Partea principală este că acești kiști fie sesili sau pediculați, ovarul e tot-d'a-una separat de dînsul; de alt-fel și trompa nu are nici o conexiune de cât cel mult dacă e lipită de el.

Transparenta și subțimea păreților acestei tumori i-a cauzat numele, dat de Pozzi, *de kist para-ovarien hialin*. După acest autor ar exista și o altă categorie de kiști para-ovarieni, numiți *papilari*. Ei sunt caracterizați printr'un conținut viscos și prezența pe păreții lor interni a unor producțiuni vegetante papilare. De obicei forma acésta este malignă, ca și aceea a kiștilor mucoizi ai ovarului, cărora le împrumută tôte caracterele.

**Simptomele.** Atâta timp cât kistul ovaric nu este însoțit de nici o complicațiune inflamatorie a organului din care a luat naștere, și atâta timp cât dînsul nu e provădit de un volum suficient pentru a-i distruge echilibrul, făcându-l să-și părăsescă pozițiunea normală, el nu dă absolut și nici nu are rațiunea de a da cel maî mic semn de existența sa. De îndată însă ce kistul ovaric a devenit destul de voluminos, el natural are tendința să cază în părțile cele maî declive ale basinului. În imensa majoritate a cazurilor el se așeză în fundul de sac a lui Douglas, înapoiul uterului. Este excepțional de rar ca kistul să ocupe fundul de sac vesico-uterin; acésta s'ar întâmpla numai în cazul când am presupune o retro-deviațiune veche a uterului, care să fi umplut și să fi șters cavitatea lui Douglas.

În regulă generală deci, kistul ovaric atingând volumul cel puțin al unui măr sau ou, el se așeză în escavațiunea pelvienă, înapoiul uterului, în tocmai ca și într'o graviditate. Aci dînsul pôte să stea une-orî ascuns, fără să dea cel maî mic semn de existența sa. Cel mult, medicul examinând din întâmplare femeea pentru vre-un incident sau indispoziție fără însemnătate, el pôte pentru surprinderea sa și a bolnavei, să descopere acésta tumoră. Dar de maî multe orî bolnavele fiind fôrte liniștite și creșându-se perfect sănătoșe, nu se plâng absolut de nimic. Ele constată — unele plăcere, altele cu ciudă — că pântecul începe a li se mări. Acésta este luată drept graviditate sau îngrășare; de aceea șicem că la unele le causéză bucurie, iar la alte supărare; lucrul depinde după dorințele și aspirațiunile bolnavei.



Dar această se întâmplă când deja kistul mărimdu-se de volum și-a făcut aparițiunea în cavitatea abdominală.

Resultă de aci, că putem stabili două periode de simptome în kistul ovaric; ele sunt în legătură cu anume două faze a dezvoltării sale. Avem deci o *perioadă pelvienă și una abdominală*. Această diviziune a fost deja observată și stabilită de Gallard.

**Simptomele kistului ovaric în perioada pelvienă.** Am arătat deja, că în general aceste simptome sunt negative, când kistul nu este însoțit de nici o complicație. Cel mult, dacă uterul este împins înainte în mod suficient, pentru a determina o compresiune pe corpul său gâtul bășiceii, atunci femeia se poate plânge de orecări fenomene vesicale, reprezentate prin micțiuni frecvente, disurie, etc. Acestea însă de obicei se pun pe socotela unei răceli, indispozițiunii sau diferite accidente. Când însă kistul este inclavat sau vîrît în grosimea ligamentului larg, atunci fenomenele încetază de a fi insidiöse: kistul își manifestă prezența prin orecări dureri și o jenă destul de pronunțată, atât din partea bășiceii cât și a rectului.

În orice caz, fiind chemați a practica examenul în această perioadă, vom căuta să ne dăm seama de posibilitatea incluziunii kistului în ligamentul larg, sau de independența sa în cavitatea lui Douglas. În cazul întâi, vom simți într'unul din fundurile de sac o tumoră proeminentă, cu suprafața netedă, de o consistență fermă, dar fără bătăi arteriale. Această tumoră va împinge în partea opusă uterul, pe care-l vom găsi deviat. Vom căuta să descoperim cu orice preț un șanț de separațiune între tumoră și uter; prin el se arată independența acestor două organe între dînsele sau cel mult o contiguitate; nici de cum însă o continuitate intimă ca în cazul când ar fi vorba de un fibrom uterin inclavat în ligamentul larg. Trebuie să fim preveniți, că acești kisti inclavați în ligamentul larg, aparțin varietății proligeră, fie glandulară sau papilară. În acest caz, tumora foarte de timpuriu va ocupa ambele aripi ale ligamentului larg; ea se va întinde de la un fund de sac lateral al vaginului până la cel-l'alt. În cazul când kistul va aparține varietății papilare, atunci nu e rar a simți chiar pe suprafața exterioară a kistului nise ușore ridicături, proprii vegetațiilor ce deja cunoștem. Natura acestei varietăți de kist o vom bănui și chiar o vom afirma, când pe lângă tumoră vom constata și un liquid în cavitatea peritoneală, fie el în cantitate ori cât de mică. În adevăr, caracteristica kistilor papilari incluși sau liberi în cavitatea abdominală, mai tot-d'a-una se însoțesc de ascită.

Să presupunem acum că tumora e liberă în basin. Atunci prin examenul vaginal, putem să ne dăm foarte bine séma de situațiunea sa precum și de independența ei cu uterul. De obicei în fundul de sac a lui Douglas sa și în cele laterale, simțim o tumoră netedă, dar mult mai fluctuentă ca cea precedentă și cu păreți mai subțiri; uterul în mod clar este separat de tumoră printr'un sghiab larg și respins fie înainte sa în una din lături. În timpul acestor explorațiuni, vom căuta să descoperim dacă nu cum-va tumora e pediculată și ce anume formă și dimensiuni ar avea. Trebuie însă să scim, că în această periódă, cu foarte multă greutate putem întâlni pediculul, căci este rudimentar. El începe a se desvolta mai bine, cu ocasiunea ascensiunii tumorei în cavitatea abdominală.

În rezumat, după cum foarte bine zicea Gallard, atâta cât kiști rămân așezați în cavitatea micului basin, nimic nu permite chiar a bănui prezența lor; nu-î descoperim de cât prin întâmplare și anume dacă suntem chemați a practica explorațiunea cavităței pelviene, pentru a găsi cauza unor indispozițiuni, precum ar fi compresiuni ale bășiceii, intestinelor, etc. Numai în cazul când kistul este intra-ligamentar, atunci se pôte însoți de fenomene de compresiuni nervóse, vasculare ori a organelor vecine.

Mai trebuie să fim preveniți, că nu orî-ce tumoră de volum mic și aflată în fundul de sac a lui Douglas ori în cele laterale, va fi neapărat un kist ovaric. Este posibil să ne găsim în fața unor tumori cu totul de altă natură, precum ar fi un hidro-salpinx, pio-salpinx, emato-salpinx, sa și chiar și cu kiști ai ovarului, dar de origini cu totul altele. Ast-fel este acea afecțiune destul de comună numită degenerescenta sclero-kistică; o idropisie a foliculului lui de Graaf sa și însași kiști areolari ai țesutului conjunctiv. Este destul enumărarea acestor lucruri, pentru a fi dispensați să ne mai oprim asupra lor; caracterele distinctive ale fie căreia ne sunt deja cunoscute din studiile anterióre. Un singur lucru vom avea în vedere: un kist pur ovaric are o formă mult mai globulosă, mult mai regulată de cât ori care alta din tumorile ce arătarăm. Mai mult, kistul ovaric pelvien, rar va fi provădit de un pedicul bine format. Tumorile de volum mic din cavitatea pelvienă cu un pedicul manifest, făcându-le a fi foarte mobile, aparțin de obicei tumorilor kistice ale trompei sa a ovarelor, iar nu unui kist ovaric propriu đis. Este evident însă, că une-ori chestiunea devine foarte subtilă și delicată, așa că stabilirea unui diagnostic diferențial e de o dificultate extremă.

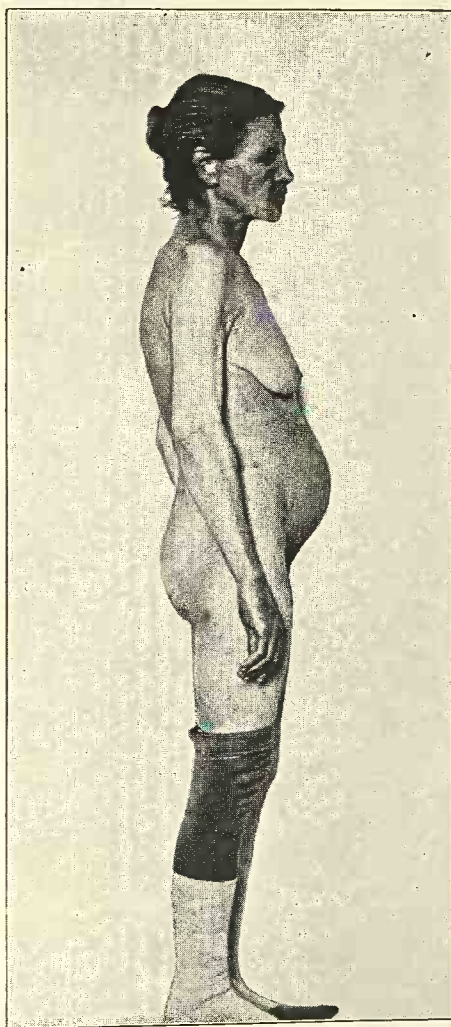


Fig. 164.

Forma pântecelui în kistul ovaric sub ombilical, impunându-se drept sarcină.



**Simptomele kistului ovaric cu evoluțiune abdominală.** Imediat ce kistul a ajuns prin volumul său să trecă de simfisa pubienă și să devie manifest la exterior, atunci el ne oferă anume caractere proprii, ce vom descoperi printr'un examen minuțios.

Am putea stabili două tipuri de forme ale pântecelui determinate de kistul ovaric. Tipul întâi sub ombilical, cuprinde kiști ovarice, cari prin aspectul lor se apropie foarte mult și chiar se confundă cu un uter gravid. In tipul al doilea numit supra ombilical, forma pântecelui precum și timpul ce a trecut de la aparițiunea tumorei până să ajungă în regiunea menționată, o depărtază în mod absolut de ideea unei gravidități.

**Kiștii ovarice din timpul întâi.** Aci toate nuanțele ce ia kistul ovaric în desvoltarea sa de la simfisă până la ombilic, au une-ori o formă așa de regulată, în cât prima impresiune este că femeea ar fi însărcinată într'o periódă mai mult sau mai puțin înaintată. Figurile 165 și 166 luate din colecțiunea noastră, ne arată două modele, unde în adevăr regularitatea și simetria kistului ni se impun drept uter gravid.

Dar nu acuma insistăm asupra caracterelor distinctive. De o cam dată vom căuta prin palpație, percusie, examen combinat etc., să descoperim tote caracterele tumorei.

Kistul ovaric elasic, unilocular, cu conținut seros, va fi o tumoră rotundă, cu păreți foarte regulați și mat în mod absolut; în lături și în sus tumora e înconjurată de o zonă sonoră. Practicând olovitură cu degetul în formă de bobârnac pe un părete, vom simți transmițându-se pe mâna opusă — aplicată cu fața palmară pe cel-l'alt părete al tumorei, — senzațiunea unui val de liquid; acesta va fi semnul cel mai patognomic.

In casuri de a constata prin pipăire pe suprafața tumorei diferite neregularități, iar prin palpație porțiuni unele mai fluctuente, altele semi-solide iar altele cu totul consistente, avem dreptul a afirma existența unui kist proliger glandular sau papilar.

Când senzațiunea aceea de val o vom percepe nu de la un părete la altul, ci pe teritorii diferite, vom conchide la un kist paucilocular sau multilocular.

In fine e posibil, ca aplicând mâna pe tumoră și exercitând ore-care presiune, să percepem o senzațiune particulară de un fel de pârăitură, analógă cu aceea ce ne-o dá când am fărâma în mână un bulgăre de zăpadă. Fenomenul constă cu multă probabilitate, după cum a arătat Olshausen, în transportul materiei coloide de la un punct la altul, sau de la o lojă la alta, de cari

e provădut kistul. S'a mai atribuit acest lucru și la frecarea păretelui kistic de peritoneu, când suprafețele tumorii și-au pierdut

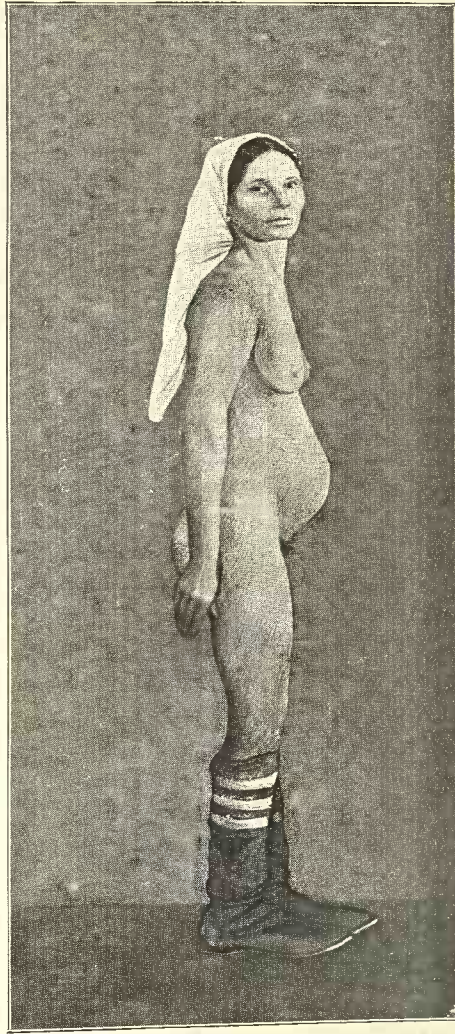


Fig. 165. Kist ovaric sub ombilical simulând un uter gravid (personală).

luciul prin descuamarea stratului de celule epiteliale. In cazul acesta însă. această frecare numită parșeminată, e mult mai superficială și mai fină de cât cea coloidă, care e mai profundă și cu plesnituri mai gróse.

Când tumora se află just pe linia mediană și când pe lângă

caracterele arătate, constatăm prin examenul vaginal o independență absolută între dînsa și uter ce va fi împins înaintea sa în lături, acestea formeză semnele fundamentale ale unui kist ovaric, fie dînsul unilocular, paucilocular, multilocular, proliger, glandular sau papilar, după constatarea caracterelor cunoscute. Tot cu această ocaziune ne vom da bine seama de gradul mobilității, precum și de existența unui pedicul; acesta pentru a putea afirma că kistul ovaric e mobil sau fix. Dacă însă tumora în loc de a fi mediană și mult proeminentă în abdomen, o vom constata ca avînd o pozițiune mai mult transversă, ocupând ipogastrul; și când pe lângă acesta, prin palpație și examenul combinat găsim o consistență mult mai fermă, iar fundurile de sac laterale ale vaginului pline, uterul fix sau respins într'o parte, atunci cu multă siguranță kistul va fi intra-ligamentar și proliger. Iată ce putem spune și ce putem face în cazuri de kisturi ovarice de forme diferite, dar de volum relativ mic.

În perioada aceasta, de multe ori femeile nu se plîng absolut de nimic și nici chiar nu se gîndesc a se arăta medicului; ele se adresază mai voios unei mîșe, căci ele se cred însărcinate, mai ales dacă menstruele au încetat să apară, sau vin în cantități foarte mici. Numai când femeia observă o regularitate prea mare în menstruele sale, când nu vede nici un fenomen caracteristic gravidității precum: creșterea mamelelor, schimbarea funcțiilor tubului digestiv de a deveni caprițioase, însoțindu-se de vărsături, ignituri, etc., atunci numai femeia e coprinsă de oare-care grijă, și numai atunci se adresază medicului. Și încă multe din bolnave nu recurg aci, de cât după ce în zadar au așteptat cele 9 luni; când în adevăr s'a convins că nu sunt însărcinate.

Când însă tumora ia o dezvoltare mai mare, formînd tipul supra-ombilical, atunci caracterele de cari am vorbit devin mult mai evidente, iar forma pîntecelui cu totul particulară; în plus vom întîlni și altele, asupra cărora trebuie să insistăm. În fig. 166 avem un asemenea model.

În kisturi ovarice simpli, de multe ori femeile suportă tumora destul de bine cu tot volumul său cel mare — afară bine înțeles de oare-care greutate și unele fenomene de tracțiune.

Dacă tumora nu a părăsit cu totul escavațiunea pelvienă, dînsa poate determina fenomene de compresiune asupra vaselor și nervii regiunii. Acestea se manifestă prin edem al membrelor inferioare mai mult sau mai puțin pronunțat, putînd merge pînă la o adevărată flegmație alba dolens. Tot din cauza jenei în cir-



culațiunea venoasă, nu rar observăm aparițiune de emoroide, varice ale cósșelor și gambelor, precum și o desvoltare destul de manifestă a venelor päreților abdominali. Acéstă dilatație e mai pro-



Fig. 166. Kist ovaric sub ombilical împunându-se drept sarcină (personală).

nunțată către flancuri și în regiunea sub ombilicală; dînsa se deosibește ast-fel de dilatațiunile analóge rezultate dintr'o jenă

în circulațiunea ficatului: ele vor ocupa regiunea supra-ombilicală. Tot grație volumului tumorei apar fenomene vesicale și rectale, reprezentate prin micțiuni frecvente, polachiurie, oligurie și chiar anurie; toate sunt datorite faptului turtirei complete a globului vesical.

Este adevărat că excrețiunea urinei în mică cantitate, se mai poate datori și unei alterațiuni directe a filtrului renal, al rinichiului; dar în acest caz vom constata prezența de albumină, ceea ce agravează prognosticul. Dacă tumora este la maximul său de dezvoltare, ajungând până la diafragm și respingând falsele coste în afară, stomacul va suferi în funcțiunea sa fiziologică prin faptul turtirei și deplasării sale. De aci ignituri, vărsături, dispepsie, etc. La rîndul său diafragmul împiedicat în jocul lui normal, funcțiunile plămânilor vor suferi și ele; de aci dispnee și chiar acumulațiuni de serositate în cavitățile pleurale.

Din cauza jenei pe de o parte, iar pe de alta a mărimii câmpului circulator, va resulta stase sanguine; contra lor cordul va trebui să lupte cu putere. Hoffmeier și apoi Sébilleau, au insistat asupra diferitelor alterațiuni ale cordului stâng, caracterizate prin sgomot de suflu, aritmie și asistolie, provocate de marea jenă în circulațiunea generală. De obicei aceste leziuni ca și epanșamentele pleurale dispar după operație, afară numai dacă cordul drept n'a fost și el atins.

Dar fenomenul cel mai îngrijitor al kiștilor ovarice este apăsarea tumorei asupra rectului. Bolnavele mai tot-d'a-una sunt coprinse de o constipație opiniatră; ele nu ies afară de cât după 8—10 zile. Câte o dată compresiunea este așa de mare, în cât lumina intestinului este cu totul ștersă. Din cauza acestei jene în circulațiunea materiilor fecale, se produce încetul cu încetul o intoxicațiune numită de Barnes, *copremic*. Dînsa are ca efect o colorațiune terósă, pămêntósă a tegumentelor, însoțită și de o coloré sub icterică a mucóselor și tegumentului extern.

În urma acestor turburări complexe din partea tubului digestiv, a aparatului cardio-vascular, a compresiunilor dureroase exercitate asupra trunchilor nervoși din micul basin, ca obturator, nervul crural, sciatic etc., tumora oferă o próstă perspectivă bolnavei. Dînsa vede totul; atunci descurajată, slăbită și emaciată, ea este coprinsă de o tristeță, ce de obicei se zugrăvesce pe figura sa. Fenomenul acesta a impresionat foarte mult pe Gallard și Spencer-Wells. Ei au căutat să formeze un tip special al figurei bolnavelor coprinse de kist ovaric, dându-i numele de **facies ovaric**.

Lucrul constă în aceea, că figura femeii ia un aspect particular: el e reprezentat printr'o frunte sbârăcită, ochi escavați, pleópele



Fig. 167. Forma pântecelui în kistul ovaric supra ombilical (personală).

albăstrii, pometele mai pronunțate, obrajii slăbiți, nasul subțiat și lungit, nările dilatate și fuliginóse, buzele subțiri, gura largă, bărbia întórsă.



Acésta însă este masca mai mult a descurajării și a tristeții, de cât a unei adevărate suferințe. În adevăr, nu rare ori putem întâlni femeii purtătoare de tumori destul de voluminoase, dar indolente; și cu toate acestea figura lor e caracteristică aceluși facies ovaric ce am descris.

Am spus că kistul ovaric simplu nu e dureros, dacă nu exercită a nune compresiuni pe trunchiurile nervoase și nu se complică de fenomene inflamatorii peritoneale ce produc aderențe. Despre acestea vom vorbi mai târziu.

Există însă o durere cu totul independentă de intervențiunea ori căruși factor strein. Bolnava la un moment dat se vede coprinsă de vărsături, ignituri și dureri foarte violente, răspândite în întregul abdomen. Ele prin frecvența și micșorimea pulsului, precum și a sudorilor reci ce apar pe frunte, extremități și chiar întregul corp, simulază foarte mult o adevărată peritonită, provocată fie de o torsiune bruscă a pediculului ori a însăși spargerei kistice. Cu toate acestea nu e nimic dintr'o peritonită; și ca probă avem că întregul tablou format din simptomele cele mai îngrijitoare, dispar foarte repede și în totalitatea sa; el nu lasă absolut nici o urmă; femeia de o dată se simte foarte ușurată ca și când ar fi în starea normală. Aparițiunea și disparițiunea bruscă a acestor fenomene, poartă numele de *peritonism*.

**Mers, durată și complicațiuni.** O dată kistul ovaric format, mersul său în general e lent și cronic. Rari sunt casurile când tumora căpătă un volum prea mare și brusc, în urma unei distensiuni exagerate. De obicei crescerea merge treptat, fără nici o tendință de remisiune și cu atât mai puțin de vindecare spontanată. Se citază însă casuri cu desăvârșire esecțiionale: tumora intim unită cu trompa, e capabilă să provoce cu timpul perforarea părțelului de separațiune. Atunci tot conținutul său se poate scurge afară prin vagin, trecând prin trompă în uter. Acésta ar forma o varietate o parte, de kiști tubo-ovarice, de kiști profluenți. Dînsa de și cea mai favorabilă, este însă din nenorocire cea mai rară.

S'a observat însă rupere spontanată a kistului, fie prin uzura lentă a părțelilor săi, fie în urma unui traumatism, a unei căderi, o explorațiune chirurgicală bruscă și chiar a unui strănut al bolnavei. Acésta se întâmplă când părții kistului sunt escesiv de subțiri. Dacă liquidul vărsat în cavitatea peritoneală e clar, subțire și puțin abondent, el se poate perfect resorbi și ast-fel să se obție o vindecare spontanată. Când însă kistul e coloid și provăduț de acea proliferațiune glandulară sau papilară, atunci

accidentul devine foarte serios; une-orî e chiar mortal, prin provocarea unei peritonite supra-acute. În cazul cel mai ușor, lichidul nu se resorbe de cât în parte; cu timpul însă, acele vegetațiuni, răspândite în peritoneu și în mesele intestinale, se pot greșa și să dea naștere unor metastaze cu consecințe tardive fatale. Alte dată cantitatea de liquid fiind prea mare, nu se resorbe de cât numai o porțiune din el; restul se închistază și dă naștere la alte noi pungi kistice. Dacă conținutul a fost sanguin, precum de obicei se observă când ruperea a fost precedată de trosiunea pediculului, atunci închistarea acestui liquid produce un adevărat ematocel pelvien; faptul a fost arătat de Boeckel.

S'a observat și alte deschideri ale kistului în diferite organe splashnice, însă mult mai rar. Ast-fel se citéză casuri de evacuarea conținutului în stomac, în micul intestin, — după observațiunea lui Portal. Fenomenul se anunță fie prin vărsături enorm abondente, sau prin diaree profusă: imediat urmăză descreșterea sau chiar disparițiunea tumorei. Alte dată deschiderea s'a efectuat prin bășică, prin fundurile de sac vaginale, dar mai des prin rect. De obicei nise asemenea perforațiuni nu sunt favorabile; orificiul de comunicare persistând, punga kistului se poate infecta, prin introducere de materii alimentare sau fecali; atunci se determină supurațiuni și septicemii, ce pot compromite viața bolnavelor. Deschiderea cea mai favorabilă ar fi, când dînsa s'ar efectua la exterior printr'un orificiu sau scrijilitură a părților abdominale.

Dar toate aceste eventualități, represintă mai mult nise curiozități patologice; ele în general sunt mai mult vătămătoare de cât folositoare bolnavei.

Norma kistului ovaric este de a crește lent și progresiv. Dînsul lăsat la mersul său natural, determină cu timpul o slăbire și consumțiune a bolnavei și finește prin a-i ridica viața, dupe o luptă mai mult sau mai puțin îndelungată. Dar acesta stă în raport cu natura kistului și puterea de rezistență a bolnavei. Sunt kisturi cari omorâ în câte-va luni; alții din contra sunt tolerați ani întregi.

Găsim în Pozzi că *Franck*, vorbește de o femeie care purta un kist de la etatea de 13 ani; bolnava fiind în etate de 88 ani, a purtat prin urmare kistul timp de 75 ani.

De asemenea *Olshausen* spune, că a văzut la o femeie de 48 ani un kist, pe care-l purta de 19 ani.

S'a observat că nise asemenea fenomene extra-ordinare, le

oferă mai cu deosebire kiști uniloculari para-ovarice. Din contra, kiști glandulari proligeri și papilari au un mers mult mai repede; ei compromit viața în câte-va luni: maximum până la 1½ an.

În practica noastră am avut și noi ocasiunea să observăm două cazuri de o asemenea durată îndelungată a kistului ovarian;



Fig. 168. Model de kist ovaric unilocular cu dezvoltare enormă a pântecelui. Durată kistului este de 18 ani; circumferența 2 m. 10 c. m. conținutul 110 litri lichid (personală).

În amândouă a fost vorba în adevăr, de kiști uniloculari cei mai tipici posibil. Unul din aceste cazuri este relativ la pacienta Tudora Cosâmbescu, în etate de 47 ani. Dînsa ne declară că începutul tumorei, — care mult timp a fost luată drept sarcină atît de dînsa cît și de medici — datează de acum 18 ani; deei îl pòrtă de de la etatea de 29 ani.



Un alt caz este relativ la femeea Stoianca Țoncu din Ruscic, în etate de 68 ani; dînsa ne declară că kistul a apărut acum 20 ani. Prin urmare, îl pòrtă de la etatea de 48 ani. Iată în scurt observațiile



Fig. 169. Kistul din fig. 168 văđut de profil (personală).

### Observația I.

*Tudora Cosămbescu*, 47 ani. Are o soră care suferă de gușă. A născut un singur copil ce e în vârstă de 25 ani. Bóla actuală a început acum 18 ani, printr'o mică tumoră ce a fost luată drept sarcină. Acéastă tumoră a crescut gradat de jos în sus fără a cauza bolnavei de cât o jenă ușóră. Menstruele le-a avut regulat și nu s'aũ înterupt nici o dată.

Acum 3 ani, un medic i-a propus operația; dînsa însă a refuzat de óre-ce nu suferea mai de loc, deși tumora era destul de voluminoasă.

Actualmente, kistul luând acéastă desvoltare extra-ordinară ce se vede în fig. 168 și împedîcînd-o a mai umbla, bolnava intră în serviciul nostru la 27 Noembrie 1896. N'a fost nici o dată puncționată.

Cu tótă diformitatea ce ne oferia bolnava, ea nu se plînge de nici o turburare în funcțiunile organice: n'are dispnee, nu póte însă dormi liniștită, din cauză că nu se póte întórce, ci trebuie să păstreze o poziție fixă. Cordul puțin ipertrofiat, dar fără leziuni valvulare. Puțin edem al membrelor inferióre. La baza pulmonilor se constată ușóre raluri de congestie.

*Starea locală.* Circumferența abdomenului în partea cea mai proeminentă este de 2 metri și 10 c. m. iar lungimea de 1 m. și 20 c. m. fără a se putea atinge simfisa pubienă. Pe suprafața abdomenului se ved un număr considerabil de vene; unele sunt de grosimea degetului mic și așezate în nisce șanțuri fórte sensibile la palpație, ea și cum ar fi săpate în țesutul celular sub-cutanat. Ombilicul face un relief puțin pronunțat; rămîne însă în același nivel cu pielea. Matitate absolută pe tótă suprafața; edem în țesutul celular al segmentului inferior al tumorei. Nu constatăm nicăeri existența vre unui corp solid. Prin percuție, palpație și cele-l'alte explorațiuni, tumora ne oferă tipul unui kist unilocular. Bolnava de și fórte slabă și emaciată, totuși cântăresce 170 kilograme.

Examenul organelor genitale nu s'a putut face.

*La 28 Noembrie* se face o puncțiune scoțîndu-se 40 litruri de liquid limpede, sero-albuminos.

*La 29 Noembrie* orificiul de și astupat cu colodium, nu s'a închis, așa că liquidul a continuat să curgă.

*La 30 Noembrie* se ridică tamponul și se lasă să se scurgă liquidul în libertate, evaluat la 10 litruri.

**Laparatomia.** Vedîndu-se că prin orificiul paracentesei se scurgea în mod continuă liquid, așa că nu numai străbătuse saltelele, dar produsese și o infecție, din cauză că bolnava nu putea să se îngrijescă, fiind în imposibilitate a face cea mai mică mișcare; pe de altă parte, un edem sub-cutanat întinđându-se din ce în ce mai mult și avînd tendința la inflamație, se hotărâște operația de urgență, fixându-se óra 2 p. m., 30 Noembrie.

Transportul bolnavei s'a făcut cu multă greutate. Ea e pusă într'un cearceaf și ridicată de 5 ómení.

Așezată pe masa de operație, bolnava are sincopă. Tumora trecea de mărginile mesei și presenta nisce ondulațiuni ca și un val de apă pus în mișcare.

Se ridică tumora în sus de mai multe ajutóre, dar fără a se putea atinge pubisul. Trag o lungă incisie aproximativ pe linia mediană sub ombilic; se taie o grosime enormă de țesut conjunctiv edemațiat și plin cu liquid. Emoragia era fórte simțitóre



din cauza deschiderii venelor foarte voluminoase ce formează adevărate sinusuri.

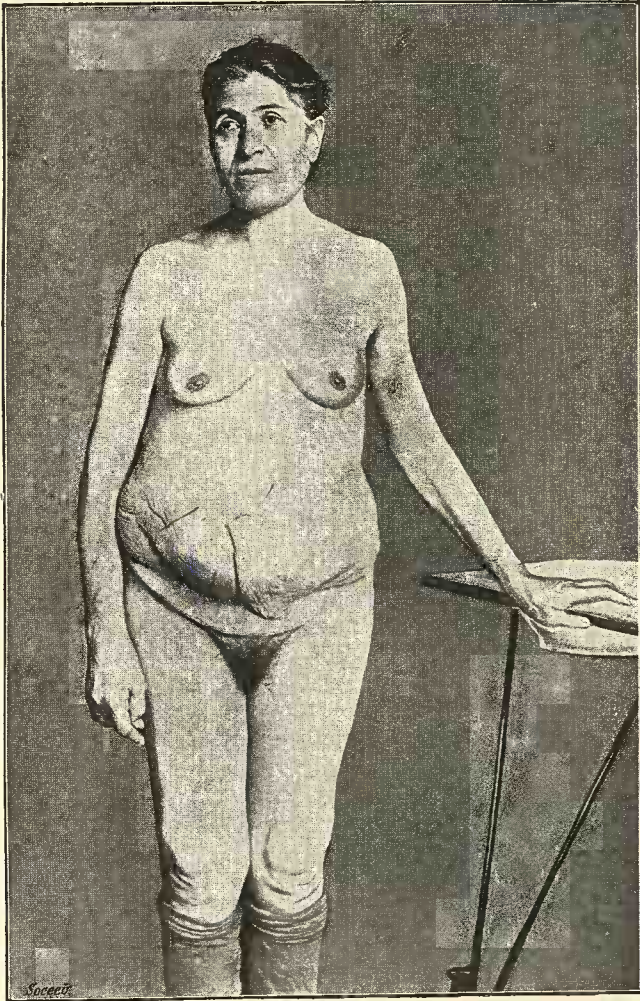


Fig. 170. Aceeași din fig. 169 la eșirea din spital (personală).

Se aplică pense multe; se descopere aponevroasa, se deschide repede și ușor peritoneul fiind foarte subțire.

Imediat iese o cantitate colosală de 16 litri de liquid ascitic. Măresc incizia; introduc mâna în abdomen și apucă perețele



kistului, care nu se p $\acute{o}$ tesc $\acute{o}$ te afar $\acute{a}$ . Kistul era unilocular, cu p $\acute{a}$ re $\acute{t}$ i $\acute{i}$  f $\acute{o}$ rte  $\acute{i}$ ngro $\acute{s}$ a $\acute{t}$ i, aderen $\acute{t}$ i de epiploon  $\acute{s}$ i intestinul gros.

Se punc $\acute{t}$ ion $\acute{e}$ z $\acute{a}$   $\acute{s}$ i se sc $\acute{o}$ te 24 litru $\acute{i}$  de liquid. Se aplic $\acute{a}$  mai multe pense Richelot pe pedicul. Vasele anexelor avea $\acute{u}$  grosimea unui deget; sec $\acute{t}$ iunea lor ne arat $\acute{a}$  o  $\acute{i}$ ngro $\acute{s}$ are enorm de mare a p $\acute{a}$ re $\acute{t}$ ilor, impun $\acute{a}$ ndu-se drept intestin. Pentru siguran $\acute{t}$ a, s'a $\acute{u}$  aplicat mai multe p $\acute{u}$ ncete de sutur $\acute{a}$  sub-intrante, dup $\acute{a}$  care se taie pediculul. Se explor $\acute{e}$ z $\acute{a}$  din nou cavitataea, care era plin $\acute{a}$  cu liquid  $\acute{s}$ i a c $\acute{a}$ rui evacuare nu se mai sf $\acute{a}$ r $\acute{s}$ ia; s'a scos circa 10 kilo.

În escava $\acute{t}$ iunea pelvien $\acute{a}$  constat $\acute{a}$ m uterul c $\acute{a}$ t un pumn de mare  $\acute{s}$ i cu mai multe ridic $\acute{a}$ turi cartilagin $\acute{o}$ se pe d $\acute{i}$ nsul. Opera $\acute{t}$ ia fiind f $\acute{o}$ rte laborio $\acute{s}$ ă  $\acute{s}$ i bolnava  $\acute{i}$ n pericol, nu s'a mai f $\acute{a}$ c $\acute{u}$ t alte explora $\acute{t}$ iuni.

Leg $\acute{a}$ m pediculul cu 8 puncte sub-intracte la distan $\acute{t}$ ă de 3 c. m. S'a aplicat alte trei leg $\acute{a}$ turi pe un pedicul din epiploon  $\acute{s}$ i alte leg $\acute{a}$ turi simple pe mai multe alte f $\acute{a}$ șii rezultate din ruperea aderen $\acute{t}$ elor.

Proced $\acute{a}$ m la facerea toaletei peritoneului. Privind  $\acute{i}$ n p $\acute{a}$ ntece ni se ofer $\acute{a}$  ceva  $\acute{i}$ nsp $\acute{a}$ im $\acute{a}$ nt $\acute{a}$ tor: lucrul avea asem $\acute{a}$ nare cu o vast $\acute{a}$  scorbor $\acute{a}$ , capabil $\acute{a}$  a da ospitalitate unui copil de vre-o 8 ani.

Peritoneul parietal era f $\acute{o}$ rte  $\acute{i}$ ngro $\acute{s}$ at, cu suprafa $\acute{t}$ a neted $\acute{a}$  lucit $\acute{o}$ re, afar $\acute{a}$  de c $\acute{a}$ te-va locuri cu pete albe l $\acute{a}$ pt $\acute{o}$ se de m $\acute{a}$ rimea unei piese de 2 lei.

Se spal $\acute{a}$  repede cavitataea peritoneal $\acute{a}$  cu sublimat, introduc $\acute{a}$ ndu-se o mul $\acute{t}$ ime de șerve $\acute{t}$ ele, spre a sc $\acute{o}$ te ultimul rest de liquid  $\acute{s}$ i de sublimat din cavitatae.

Se  $\acute{i}$ nc $\acute{h}$ ide abdomenul prin 14 puncte peritoneale  $\acute{s}$ i tot at $\acute{a}$ tea musculo-aponevrotice.

S'a aplicat apoi pielea r $\acute{e}$ mas $\acute{a}$  pe abdomen, care se transformase  $\acute{i}$ ntr'o adev $\acute{e}$ rat $\acute{a}$  gr $\acute{o}$ p $\acute{a}$ .

S'a pansat  $\acute{i}$ ntrebuin $\acute{t}$ ându-se o cantitate enorm $\acute{a}$  de vat $\acute{a}$ . Opera $\acute{t}$ ia a durat 1 $\frac{1}{2}$  or $\acute{a}$ .

Îmediat bolnava se cianozeaz $\acute{a}$   $\acute{s}$ i este coprins $\acute{a}$  de un frig mare.

Kistul golit de liquid, c $\acute{a}$ nt $\acute{a}$ resce 2 kilograme; are p $\acute{a}$ re $\acute{t}$ i $\acute{i}$  escesiv de gro $\acute{s}$ i; fa $\acute{t}$ a sa intern $\acute{a}$  s $\acute{e}$ m $\acute{a}$ n $\acute{a}$  cu intestinul. Pe suprafa $\acute{t}$ a extern $\acute{a}$  se observ $\acute{a}$  vase enorm de volumino $\acute{s}$ e cu nise  $\acute{i}$ ndoituri ce s $\acute{e}$ m $\acute{a}$ n $\acute{a}$  cu adev $\acute{e}$ rate cord $\acute{o}$ ne gr $\acute{o}$ se c $\acute{a}$ t un police.

1 Decembrie. Bolnava e relativ bine. A b $\acute{a}$ ut  $\frac{1}{2}$  litru de șampanie. Pulsul 112, f $\acute{o}$ rte plin  $\acute{s}$ i regulat. Limba are pu $\acute{t}$ in $\acute{a}$  tendin $\acute{t}$ ă la usc $\acute{a}$ ciune;  $\acute{i}$ n s $\acute{e}$ ra d $\acute{i}$ lei de opera $\acute{t}$ ie a avut o v $\acute{a}$ rsatur $\acute{a}$ .

2 Decembrie. Bolnava se simte bine. Pulsul plin, a dormit bine. Temperatura s $\acute{e}$ ra 38 $^{\circ}$ .

3 Decembrie. Temp. D=37 $^{\circ}$ , s $\acute{e}$ ra 37 $^{\circ}$ . Bolnava f $\acute{o}$ rte lini $\acute{s}$ t $\acute{i}$ t $\acute{a}$ ; pulsul plin, a dormit bine.

4, 5, 6 Decembrie. Pacienta se simte f $\acute{o}$ rte bine, e mul $\acute{t}$ umit $\acute{a}$ , are po $\acute{t}$ ă de m $\acute{a}$ ncare; simte o u $\acute{s}$ or $\acute{a}$  mi $\acute{s}$ care febril $\acute{a}$  ce nu trece nici o-dat $\acute{a}$  de 38 $^{\circ}$ .

7 Decembrie. Se ridică pansamentul. Reunirea per primam, nici o picătură de puroi. O ușoară iritație împrejurul punctelor de sutură.

8 Decembrie. Bolnava e bine. Temperatura fiind 38<sup>6</sup>, se administrează un purgativ și antiseptice intestinale, după care temperatura scade la 37<sup>4</sup>.

10 Decembrie. Se desface pansamentul. Plaga a supurat puțin; printre fire iese o cantitate destul de mare de puroi bine legat. Se pansază cu creolină.

11, 12, 13, 14 Decembrie. Bolnava continuă a avea temperatura seara, variind între 38—39°. Se pansază regulat, Plaga continuă a supura.

15 Decembrie. Se excisează cu fórfecele punctele de sutură. Nu se găsește supurație în profunzime. Plaga frumoasă. Ast-fel se dovedește că cauza febrei nu e supurația. Bolnava suferind de constipație din cauza paresiei intestinelor cari au stat în liquidul ascitic, i se administrează purgative și antiseptice, după care temperatura scade. Apoi bolnava are poftă de mâncare și dörme bine.

16 Ianuarie. Părăsesce serviciul vindecată. Nu se găsește nimic particular, de cât o relexare a päreților abdominali. Plaga vindecată, Pacienta umblă cu öre-care dificultate din cauza slăbiciunii generale. E pe deplin mulțumită. Veđi fig. 170.

## Observația II.

*Maria Toncu*, 68 ani din Rusciuc. Nimic de remărcat în antecedentele ereditare. Menstruată la 14 ani cu durată de 6 zile, fără dureri, în mică cantitate. Se mărită la 17 ani. A făcut 9 copii. *Sunt 20 ani* de când suferă de bóla actuală, care a apărut 4 ani după facerea celui din urmă copil. Pacienta atribue începutul pe socótelea unei băi reci; ea declară că imediat a avut vre-o două zile dureri mari în fosa iliacă stângă.

După cât-va timp observă că pântecul încetul cu încetul începe să se umfle, începând din partea stângă. După 6 ani vine în București, unde i s'a scos o mare cantitate de liquid. Pacienta ne spune că menstruația venea regulat fără nici o turburare. După 4 ani i se face a doua paracenteză. În total a suferit 20 paracenteze. Ultima acum doi ani scoțându-se la fie-cere circa 40 kilo.

*Starea presentă.* Bolnava emaciată, nu póte sta de cât în de cubit lateral drept. Venele abdominale mult desvoltate; vergeturi în părțile declivé și pe cõpse. Baza toracelui întinsă, cõstele împinse în afară, iar apendicele xifoid respins în sus.

Circomferința abdomenului în punctul mai ridicat este de 1 m. 38 c. m. De la baza toracelui la *pubis* 60 c. m. Tumora în totalitatea ei mată și cu caractere de kist unilocular. Veđi fig. 171.

Nu constatăm nici un edem al membrelor inferioare. Urina fără albumină. Din partea organelor splanchnice nimic important.

*Laparatomie. 20 Maiu 1897.* Ajungând la kist se puncționază; se scôte un liquid ca ciocolata în cantitate de 40 kilograme; rămâne totuși kistul pe jumătate plin.



Fig. 171. Kist ovaric unilocular datând de 20 ani. S'a scos în die  
mai mult ca 800 kilo lichid. (personală).

Se explorază cavitatea și se găsește kistul cu desigurire  
lipit de peritoneul parietal dar prin aderențe laxe, subțiri. Se



deslipesc. Din cauza sângerării se procede repede la extragerea kistului; după ce se mai golesce odată, se scóte afară din plagă; se constată că aparține ovarului stâng. Are un pedicul de gro-



Fig. 172. Kistul ovaric din fig. 171 văđut de profil (personală).

simez unui police. Aplic o pensă, se taie pediculul; se pun repede mai multe suturi subintrante în număr de opt. Se aplică apoi mai

multe fire pe diferite rupturi de aderențe ce sângerau. Escavațiunea ce a rezultat după scoterea tumorei era colosală și înspăimântătoare. Se vedeau absolut toate organele splachnice.

În timpul acesta bolnava are o sincopă. Se grăbește închiderea abdomenului. Făcându-se toaleta peritoneului, se aplică 14 puncte de suturi peritoneale și tot atâtea cutanate. Muschii erau cu desăvârșire atrofiați. Punga kistului fără liquid cântărea 540 grame. În total s'a scos peste 60 litruți de liquid. După operație se umple întregul acest gol abdominal prin mai multe pachete de vată: se face un bandaj puțin compresiv, pentru a preveni emoragia interioară, sau mai bine ȝis șocol. Se face apoi o injecție cu ergotină.

27 *Maii* se ridică pansamentul, se scot firele, reunirea per primam.

11 *Iunie* bolnava iese complet vindecată, având însă păreții abdominali foarte sbârciți și o largă escavațiune. Cicatrița este strânsă între sbârcurile pielei, dar fără cel mai mic orificiu fistulos. Veđi fig. 171.

\* \* \*

Printre complicațiunile în afară de ruperile kistului de cari am vorbit, mai avem unele cărora le dăm numele de extrinseci. Cele mai importante sunt:

I. **Ascita.** De multe ori când practicăm ovariectomia, dăm peste o mică cantitate de liquid conținută în cavitatea peritoneală, dar care a scăpat cercetărilor noastre, ne fiind destul de manifestă. Alte dăți însă, ascita este destul de abondentă ca să ne atragă atențiunea, iar une-ori într'o cantitate așa de mare în cât kistul ne fiind prea voluminos, pôte să fie cu totul mascat și să dea naștere unei confuziuni destul de seriose.

Origina ascitei recunoște mai multe cauze. Mecanismul cel mai simplu ce s'a invocat, a fost frecarea păreților kistului de suprafața peritoneală. Serósa ast-fel iritată, ar da naștere unei secrețiuni mai mult sau mai puțin abondentă de liquid, traducându-se prin ascită.

Caracterele ascitei după Mehu, constau într'un liquid citrin fluid. Lichidul din kistul ovaric însă după Schroeder, nu conține fibrină și deci nu se coagulează; conține însă albumină cu caractere particulare. Apoi într'o ascită ordinară provenită din ciroasă, proporțiunea materiilor fixe e mult mai mică ca în cea ovarică: aci avem 60—70 grame pe litru; dincolo numai 25 grame.

În special Koeberlé s'a ocupat mult de această chestiune în 1875. El a căutat să stabilească, prin simplul examen al liquidului, diagnosticul diferențial între kistiș ovaric și al ligamentului larg și ai trompei lui Fallope. Ast-fel liquidul din kistiș ovaric conține

albumină; aș însă o proporție mult mai mare de o altă substanță numită paralbumină. Aceasta e caracterisată prin aceea că odată,

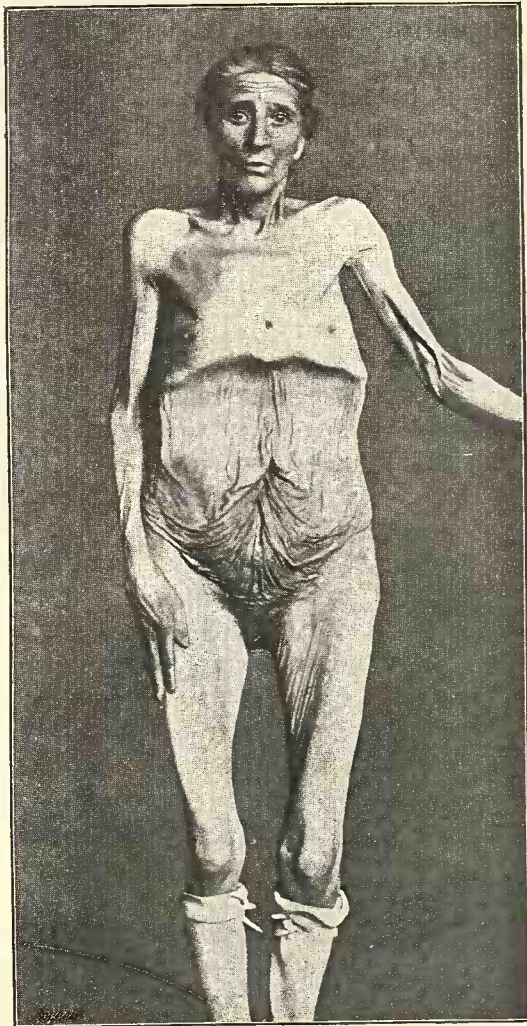


Fig. 173. Aceeași din fig. 171 la eșirea din spital (personală).

precipitată prin acidul azotic, dînsa se disolvă din nou, dacă adăo-  
găm puțin acid acetic.



Liquidul provenind din kiștii trompei lui Fallope, conțin numai albumină, fără paralbumină. Decî odată lichidul precipitat prin acidul azotic, el nu se mai redissolvă prin adăogare de acid acetic; din contra se precipită și mai mult.

În fine liquidul din kiștii ligamentului larg, pe lângă că e foarte limpede și bogat în săruri minerale, conține însă foarte puțină albumină. Decî turnând acid azotic într'o epruvetă plină cu acest liquid, obținem un precipitat. Dacă adăogăm un esces de acid azotic, precipitatul devine solubil.

Deși mulți contestă valoarea acestuî semn, totuși noi l'am găsit just în câte-va cazuri. Dar orî cum ar fi, lucrul e bine de știut.

Al doilea mecanism al producerei ascitei ar fi următorul, invocat de Quénu, mai ales când e vorba de kiști proligeri. Ascita dice autorul, provine din secrețiunea vegetațiunilor glandulare ce există la suprafața kiștilor. Secrețiunea acestor glande unită cu fenomenele de osmosă din partea peritoneului, forméză ascita. Ast-fel se esplică identitatea adesea constatată între ascită și conținutul kiștilor. Dar chiar și în kiști uniloculari neproligeri, încă ascita s'ar datori prezenței unor mici kiști superficiali. Ei deschidându-se în peritoneu și vîrsându-și conținutul aci, dau cu timpul nascere aceluiași fenomen — ascită.

**II. Aderențe.** Este sciut și demonstrat că tot pericolul și nenorocirea bolnavelor, când sunt supuse la operație de laparotomie, sunt produse exclusiv numai de aderențe. Dacă lucrul acesta n'ar exista, absolut nici o femeie n'ar trebui să móră: laparatomia este operația cea mai inocentă — făcută bine înțeleș în condițiunile sciințifice.

Nu tóte aderențele oferă același grad de pericol; și tocmai în vederea acésta s'aũ divizat aderențele în *laxe*, *lungi* și *subțiri*. Acestea aprópe n'aũ nici o importanță și nici că opun vre-o pedică în ridicarea tumorei. Ele se deslipesc și se rup foarte ușor: fiind mai gróse, le secționăm între două legături și totul e terminat.

Nu este însă tot ast-fel cu aderențele în *plăci*. Ele pot ocupa porțiunî foarte întinse; ele sunt cari pun în contact intim suprafața kistului cu aceea a peritoneului, uneori fără a mai lăsa nici un spațiu liber între ele.

Dar și dintre aceste aderențe în plăci, unele încă sunt destul de complesante, pentru a ceda la încercări ușóre de distrugere. Mie mi-a rēmas și ađi ca cea mai plăcută suveniră și nu

voiū uita nici odată senzațiunea agreabilă ce am simțit la practicarea deslipirei unor largi aderențe, a primei laparatomii ce am făcut în 6 Septembrie în 1887. Observația se găsește descrisă în „Buletinul Societății de medicină“ din care extragem:

„In adevăr, aplicând marginea cubitală a mânei între kist și peritoneu, prin blânde și ușore manipulațiuni, toate aderențele cele mai întinse se deslipeau, producând un șgomot perceput și chiar de asistenți“. Este evident că aci aveam a face cu simple depozite de limfă plastică, reprezentând începutul adevăratelor aderențe. Dar când provin din organizarea și retractiona țesutului conjunctiv embrionar, încetază de a mai fi complezente: uneori chiar întrebuițând sforturi, ele ne desfid, ne împedică a extirpa tumora, saū cel mult nu ne permit de cât a o marsupializa.

Aderențele ce am descris și cari aū de scop punerea în contact a kistului cu peritoneul, pörtă numele de *aderențe parietale*. Acelea însă cari pun în raport kistul cu diferitele organe aflate în abdomen, precum epiploon, intestine, rect, splină, ficat, etc., se numesc *aderențe splashnice*. Ele oferă aceleași varietăți, de a fi filamentóse, în bride, ori în plăci.

Ultimele varietăți sunt cele mai periculoze; în deslipirea lor trebuie să avem multă precauțiune, spre a nu determina perforare de organe, saū emoragii fulgerátore, dacă aderențele se află între kist și vase mari. De aceea mai toți autorii sunt de acord — că e mai bine să lăsăm plăci întinse de aderențe pe organele splashnice saū vase importante, de cât a căuta să le distrugem. Alt-fel e posibil a complica în mod desastros operațiunea, prin ruperea diferitelor organe în același timp cu aderențele.

Mecanismul formării acestor aderențe resultă pur și simplu, după cum a arătat Waldeyer, din distrugerea stratului epitelial ce acopere suprafața peritoneului ca și aceea a kistului, fie în urma deselor frecături, a inflamațiunei, saū a grefării produse lor proligeră kistice.

Chestiunea aderențelor a preocupat fórte mult pe medici. Principiul era stabilit: să se renunțe la operație, imediat ce se căpăta convingere de existența aderențelor. Până mai anii trecuți aū existat chirurgi bine reputați, cari aveau drept conduită, ca deschiderea abdomenului să nu se facă mai mare de cât permitea introducerea unui deget. Pe dată ce prin explorațiune se găsea aderențe între kist și peritoneu, la moment abdomenul se închidea. De aci a și resultat practicarea unui număr considerabil de laparatomii exploratrice.

Au existat chirurghi cari, mai nainte de a recurge la o laparatomie exploratrice, căutau mai întâiu să se convingă de existența aderențelor. Unii mergeau a înfige ace în pânțele bolnavei. Ei conchideau la prezența sau absența aderențelor, după cum acul se mișca sau rămânea imobil. Alții făceau prealabil o puncțiune cu trocarul; din observarea acelorași mișcări ale instrumentului, se deducea mobilitatea sau aderența kistului.

Ađi nu se mai ține multă socotélă de aceste aderențe; practica a arătat că le putem distruge fără nici o menajare, și totuși succesul operațiunii să fie asigurat.

Cu toate acestea, nu e rău a cunoște semnele ce permit a diagnostica, într'un mod aprópe absolut, starea mobilității kistului. Iată câte-va precepte, unele date de Spencer-Wells. Punem bolnava în dreptul unei luminii pline, o culcăm pe spate, umerii și genunchii puțin ridicați, abdomenul întreg descoperit. Examinând mișcările abdominale în timpul unei inspirațiuni profunde și a unei largi expirațiuni,—dacă părății abdominali nu sunt prea groși,— se va vedea kistul ovaric ridicându-se și coborându-se în mod sincron cu mișcările respirátore. Ridicăturile și depresiunile ce se găsesc la suprafața kistului, permit a ne da bine séma de mobilitatea sa; dar când suprafața kistului e netedă, nu putem deosebi de cât schimbările de pozițiune a marginéi sale superióre. Spre a evita o eróre posibilă, vom determina prin percusiune nivelul kistului d'asupra ombilicului; acésta, spre a nu lua drept kist mobil colonul transvers, care urméză mișcările respiratorii. Când părății abdominali sunt groși, e greu să deosebim mișcările kistului în timpul expirațiunii și inspirațiunii. Dar e fórte ușor să-l urmărim în diferitele sale pozițiuni, prin variațiunile matității ce face contrast cu sonoritatea colonului.

La partea superióră a kistului, matitatea scade adesea de 2—5 c. m. în timpul inspirațiunii, dacă kistul e mobil. Din contra, dacă există aderențe, kistul se mișcă împreună cu părății abdominali și nu de sus în jos ci înainte și înapoi.

Mai există încă un mijloc a recunoște aderențele. El e datorit acțiunii mușchilor drepti ai abdomenului. Bolnava fiind culcată pe spate, îi spunem să se ridice pentru a sta pe ședut, dar fără să se sprijine pe mâini sau cote. Acésta sfortare are ca efect a contracta mușchiile drepti. Dacă avem un kist ovaric întins și mobil, el va fi respins înapoi sau într'o parte, iar mușchiile vor forma două fășii proeminente în centrul abdomenului; în caz de aderențe intime, nu constatăm acest lucru.



Un alt semn: ombilicul rămâne independent de mișcările unui kist ovaric mobil; fie în timpul respirațiunii, fie dacă kistul e respins într'o direcțiune óre-care, situația ombilicului rămâne aceeași. Dar dacă kistul este aderent cu pãretele abdominal anterior, ombilicul participã cu schimbãrile de pozițiune ale kistului.

Totuși e posibil a fi profund înșelați, cu tóte semnele ce ne-ar permite sã afirmãm o mobilitate a kistului ovaric. În adevãr putem avea aderențe fórté întinse; ele însă fiind laxe sau sub formã de fãșii lungi, sunt capabile a permite kistului mișcãri destul de întinse. De aceea în timpul operației descoperim aderențe multiple și abondente, fãrã ca înainte sã fi fost recunoscute. Dar varietatea acésta de aderențe, dupã cum am arãtat, nu are importanță; în general ele nu aduc nici un prejudiciu bolnavei.

Cele mãi importante și periculóse sunt aderențele viscerale; dar tocmã pe ele nu le putem descoperi. Existã însă un mijloc a ne asigura, cel puțin de conexiunile kistului cu cavitãtea lui Douglas și implicit cu rectul, uterul și cele-l'alte organe vecine.

Facem examenul profund al vaginului și al rectului, dându-ne séma de conexiunea uterului și mãi ales dacã prin diferite mișcãri putem sau nu sã mișcãm tumora. Se întâmplã însă cã tumora de și nu e aderentã, totuși nu 'i putem imprima nici o mișcare. Acest fapt de ireductibilitate, provine din cauza unei umplerii complete a cavitãței lui Douglas: pãreții kistului fiind intim aplicați pe pãreții basinului, nu se pot mișca; și cu tóte acestea tumora e liberã de orí-ce aderențe. Pentru a ne convinge de acest lucru, s'a recomandat a se face golirea kistului printr'o puncție exploratrice. Dupã acésta punând femeea în pozițiunea genu-pectoralã, și având mâna aplicatã în vagin sau rect, imprimãm câte-va mișcãri de propulsione. Tumora se va disloca, dacã e mobilã; în plus se va produce și un sgomot particular, produs de strãbaterea aerului în locul tumorei. În cas de aderențe, cu tótã golirea kistului, tumora nu va suferi nici o dislocare.

Concluziunea este cã, cunóscerea prealabilã a aderențelor kistului ovaric, este de mare importanță în chirurgie. Orí cât de optimiști am fi, totuși prognosticul operator se gãsesce în strãnsã legãturã cu prezența sau absența aderențelor.

**III. Inflamația și supurația kistului ovaric.** Acésta este de sigur o complicație fórté seriósã; de obicei însă e rarã. În starea nor-

mală, conținutul unui kist ovaric este aseptice; transformarea sa în puroi, nu se face de cât în urma unor circumstanțe cu totul speciale. În prima linie avem punctiunile exploratrice; ele ne fiind garantate de cele mai severe precauțiuni antiseptice, lichidul kistic se infectează, se turbură și se transformă în puroi. Acesta ar fi o cale directă de infecțiune.

Mai există însă și o altă cale indirectă sau transparietală. Dînsa se obține, grație aderențelor kistului ce îl pune în contact cu diferite organe splashnice, precum: intestin, trompe, uter, etc., etc. Este probabil că în asemenea cazuri, microbii ce există în aceste organe, pot străbate prin mijlocul aderențelor; ei ajungînd în kist, produc supurațiunea. Ast-fel se esplică prezența de streptococi, stafilococi, colibacili isolați sau asociați, în kiștii ovarice supurați.

Se mai admite și o altă infecțiune iarăși sanguină, numită ematogenă. Dînsa se observă în stările puerperale și în cursul diferitelor febre eruptive. Werth, Sudeck și Fasching au vădut kiști ovarice supurați după 3 și 4 luni, în urma unei febre tifoide; ei au găsit în puroi bacilul lui Ebert în cultură pure.

**IV. Torsiunea și ruperea pediculului.** Complicațiunea acésta se observă mai rar; ea ar fi specială mai cu sémă kiștilor dermoizi. Cel d'întâiu este Rokitansky care în 1860, a atras atențiunea asupra acestui lucru. S'a invocat mai multe cauze pentru producerea fenomenului. Prima și cea mai principală constă în existența unui pedicul larg și subțire. În asemenea condițiuni tumora deplasându-se ușor, este destul o explorațiune intempestivă, o schimbare bruscă a pozițiunei bolnavei și chiar nisece inspirațiunii profunde și contractiunii a mușchilor abdominali, cari să provóce o sucire a tumorei împrejurul pediculului său.

S'a mai observat încă torsiunea și în momentul când tumora părăsesce cavitatea pelvienă. Atențiunea asupra acestui lucru a fost atrasă de Freund.

O cauză iarăși suficientă pentru producerea torsiunei, este și evacuarea kistului prin punctie exploratrice: tumora golindu-se, o parte dintr'însa se turtesce și póte mai ușor să se sucéscă asupra pediculului.

Există mai multe varietăți de torsiuni: *brusce, lente, complete* și *incomplete*. Dacă torsiunea este bruscă și completă, urmăz de la sine, că circulațiunea fiind de o-dată întreruptă, kistul póte suferi în mod grav în nutrițiunea sa; el póte chiar să se sfaceleze și să determine o peritonită supra-acută. Tot în acésta

circumstanță sucirea pediculului fiind dusă la extrem, kistul se p<sup>o</sup>te rupe cu desăvârșire; liquidul rămâne liber în cavitatea abdominală iar kistul cade în sfacel, dacă nu reușește a contracta aderențe cu diferite organe, care să-l hrănească. În cazul când torsiunea este lentă și incompletă, adică că pediculul se suciese pe o jumătate sau trei sferturi din diametrul său, sistemul venos este cel d'întâiu cari va fi atins; venele se vor mări foarte mult de volum în urma jenei circulatorii, unele din vase devin varicose, se vor trombosa și chiar se vor putea rupe; de aci producere de apoplezii, emoragii în p<sup>ă</sup>reții și în însăși interiorul kistului.

După cum vedem, consecințele torsiunii pediculului sunt mai mult defavorabile dacă nu chiar periculoase.

Pericolul devine și mai mare, când împreună cu sucirea tumorii, s'a învârtit asupra ei însăși și vre-o ansă intestinală, prealabil aderentă cu kistul. În cazul acesta se produce o strangulațiune acută, care cere o intervențiune repede. Cu t<sup>o</sup>te acestea s'a susținut, că torsiunile pediculului, mai cu s<sup>é</sup>mă cele lente, pot determina o regresiu<sup>o</sup>ne în evoluțiunea kistului; ea determină degenerescenta granulo-grăsosă, iar consecutiv atrofia și disparițiunea sa. Ac<sup>é</sup>sta ar constitui un mod de vindecare spontanată al kiștilor ovarici.

Plecat de la ac<sup>é</sup>stă idee, Freund cel d'întâiu a inventat legăturile atrofiante. Ele constau, ca în casuri de kiști ovarici inoperabili, să se aplice unul sau mai multe fire la baza pediculului, cu scopul de a întrerupe circulațiunea și a obține o vindecare pe cale indirectă.

În fine ca ultimă complicațiune și care e cea mai gravă, avem posibilitatea transformării kiștilor ovarici în tumori maligne, în special cancer. Fenomenul nu trebuie să ne surprindă, când știm că origina unui kist ovaric este un strat de celule epiteliale. Când kistul ia forma ce am studiat de proliger, fie glandular sau papilar, ac<sup>é</sup>sta nu represintă de cât un drum către adevăratul epiteliom. De alt-fel, varietatea ac<sup>é</sup>sta e deja considerată, ca aparținând mai mult forme<sup>i</sup> maligne de cât celei benigne. Este deci destul ca aceste producțiuni glandulare sau papilare să facă invasiune în cavitatea peritoneală, fie printr'o simplă creștere exagerată sau prin ruperea p<sup>ă</sup>reților kistului, pentru ca dinsele să se grefeze, să se inoculeze în diferite alte puncte, precum și printre mesele intestinale. Ac<sup>é</sup>stă degenerescentă se observă mai rar în kiști dermoizi. Cu t<sup>o</sup>te acestea Poupinel și alții ca Berard, au



arătat casuri neîndoişoare de noduli dermoizi. Aceştia — formaţi unii din mai multe ţesuturi ca şi însăşi kistul, iar alţii numai dintr'un simplu ţesut epitelial cu caractere clasice cancerose — s'au găsit aşezaţi pe suprafaţa tumorei sau în cavitatea peritoneală.

Dintre toate tumorile însă, kistul ovaric unilocular se crede a fi scutit de o asemenea degenerescenţă malignă. Cu toate acestea, noi am observat un caz din cele mai mişcătoare şi care ne-a lăsat o vie impresiune. În 1892, am operat o femeie de 28 ani, robustă şi bine făcută. Dînsa era afectată de un kist ovaric ce nu trecea d'asupra ombilicului şi care clinicesece prezenta toate caracterele de a fi unilocular. Făcînd însă laparatomia, deşi am dat peste kistul cel mai simplu posibil, avînd un conţinut cu totul clar şi subţire, totuşi din cauza unor aderenţe parietale cam întinse, am crezut că e mai prudent a nu-l extirpa. De aceea după ce l'am golit, am fixat marginile kistului la pereţii abdominali, făcînd apoi în mod regulat spălături antiseptice. Punga însă nu s'a retractat. După o lună de zile explorînd cavitatea, am găsit nise producţiunii quasi fongose în cantitate destul de abundantă, ceea ce în timpul operaţiei nu era vorbă nici măcar de urma lor. Am răzuit cu lingura aceste producţiuni. Efectul însă n'a fost satisfăcător. Din contra, producţiunile acelea au crescut şi mai mult, aşa în cât copleşise o mare parte din tumoră. Bolnava începe să slăbescă, iar acele vegetaţiuni merg aşa de repede, în cât fac irupţiune prin orificiul şi ies la exterior. După trei luni de la operaţie, bolnava móre în cea mai teribilă caşexie cancerosă, cu cea mai clasică culoare galbenă de fôie mórtă a întregului tegument şi în cea mai profundă emaciaţiune.

**Diagnosticul.** Chestiunea diagnosticului kiştilor ovaricî a preocupat atît de mult pe autori, în cât s'ascrie asupra acestui subiect volume întregi. De sigur noi nu ne vom încerca a ne opri asupra tuturor detaliilor: acesta ne ar depărta cu desăvîşire de scopul propus.

Două sunt perioadele de stabilirea diagnosticului diferenţial al kiştilor ovaricî şi anume: *perioada când tumora se afla încă în micul basîn, şi perioada când tumora e abdominală.*

Pentru a evita posibilitatea unor erori grosiere, este absolut necesar ca mai înainte de a procedea la orice examen al bolnavei, să ne asigurăm că băşica, intestinele şi rectul sunt cu desăvîşire góle. În adevăr, e posibil ca băşica udului, în urma unei retenţiuni, să ia o dezvoltare escesivă de volum, aşa în cât să atingă ombilicul şi să ajungă chiar pînă la diafragm. În ase-

menea condițiunii ne fiind preveniți, erori aș putea fi comise de autorități și mari chirurși. Ei aș făcut punctii și chiar laparotomi, creșând că aș a face cu nisce kiști ovarici; în realitate însă nu era vorba de cât de retențiunii de urină. Tot ast-fel s'a întâmpat și cu tumorile stercorale, mai ales ale intestinului gros; ele s'aș putut lua chiar de Scanzoni și Boinet drept kiști ovarici.

În perióda pelvienă a kistului ovaric, se obișnuiesce a se face diagnosticul diferențial între toate tumorile uterului, anexelor, ligamentului larg, țesutului celular al basinului, etc. Dar a reveni asupra fibrómelor, retro-deviațiunilor uterine, a ematoceleului, flegmonului ligamentelor largi, salpingitelor kistice, etc, etc., ar fi să recapitulăm întreaga ginecologie; acesta nu vom face. În adevăr, kistul ovaric — bôlă ce se nasee și se desvôltă în mod lent — nu aduce nici o turburare în organismul femeii. Adesea și însăși menstruele își păstréză mersul lor regulat. Cu aceste caractere ni se pare, că kistul ovaric nu pôte să aibă absolut nici o asemănare cu afecțiunile mai sus indicate, de cât pôte cel mult prin aceea că oferă și ele o tumoră ca și đinsul.

Dar ce are a face lucrul acesta în raport cu aparițiunea sgomotósă și une-orî cataclismică a unei tumori inflamatorice față cu un kist ovaric? cu el care stă ascuns în organism, fără a da prin nimic de scire bolnavei și nici să se însoțescă de vre-o durere cât de mică pentru a atrage atențiunea. Apoi tumora ovarică, prin regularitatea formei sale, subțiimea păreților, conținutul liquid și acea sensațiune de fluctuație uniformă, constitue caractere proprii ce nu oferă nici o altă tumoră de specie diferită. Dacă adăogăm examenul vaginal, vom constata, în casurile tipice, o independență absolută a uterului și a anexelor de această tumoră, saú cel puțin un sghiab de separațiune destul de evident între dînsele.

Lucrurile acestea deja le cunóscem din anatomia patologică. Din cele ce am studiat până aci, nouă nu ne este permis a nu recunóște caracterele retro-deviațiunilor uterine, a unei tumori rezultate dintr'un ematocel saú flegmon retro-uterin, orî a salpingitelor și ovaritelor kistice; ele tot-d'auna vor fi însoțite de dureri clasice și cu antecedente bine determinate.

Ast-fel fiind, dificultățile le credem mult mai mici de cât se pretinde. Ceea ce va trebui să stabilim, va fi dacă — eliminând posibilitatea tutulor celor-l'alte tumori, — lucrul ce ne rămâne, este un kist ovaric *simpliciter* saú *al ligamentelor largi*. Credem că

am insistat destul la anatomia patologică pentru a ne opri mai mult.

**II. Kist ovaric abdominal.** Aci iarăși, pentru înlesnirea studiului și scurtarea expunerilor, vom căuta în prima linie să examinăm părății abdominale, dacă sunt cu totul liberi de orî-ce tumoră.

D-rul Inotescu a făcut o teză, asupra diagnosticului clinic al tumorilor ovarului, din cele mai complete și mai bine studiate. Noi am consultat-o cu mult folos și o recomandăm cu multă căldură.

În prima linie deci, ne vom da sēma de starea adiposă a părăților abdominale. Desvoltarea de grăsime în această regiune, simulază une-ori într'atâta tumorile ovarului, în cât Lizars spune că o dată a fost înșelat.

Eū am și ađi în memorie un caz fōrte instructiv. În 1890 mi se trimite în serviciū, pe timpul vacanțelor o fată tînēră, cu diagnosticul deja pus de un profesor fōrte erudit și cu o practică întinsă, ca fiind vorba de un kist ovaric.

Adevērul este că forma abdomenului era așa de regulată și atāt de perfect rotundă, în cât influențat și eū, am conchis la un kist ovaric. Cu tōte acestea rămăsesem fōrte surprins de o particularitate cu care nu eram obiēnuit anume: că tumora oferea o sonoritate exagerată în tōtă întinderea ei. Totuși am rămas convins și am primit diagnosticul ca bun.

Dupē câte-va zile proced la operație. Surprisa și umilința mi a fost mare, când tăind strat cu strat nu se tăia de cât grăsime; iar când am deschis peritoneul, am găsit absolut nimic. Din fericire totul s'a petrecut fără nici o consecință: abdomenul o dată închis, bolnava s'a vindecat repede de operație, rămāind însă cu pseudo kistul adipos.

Adevērul este că, în special la femeile tînere, grăsimea sub ombilicală luānd caracterele unui lipom difuz, pōte simula la perfecție un kist ovaric. Nelaton a arātat că în asemenea casuri, practicānd palpația și exercitānd ore-care presiune, tōtă grăsimea se reazāmă pe planul musculo-aponevrotic și ne dă senzațiunea ca și cum ne-am afla în fața pāretelui kistului.

În cazul când tumora nu e voluminosă, putem — după cum recomandă Tillaux — ca apucānd masa gresosă între marginele cubitale ale ambelor māini, să o ridicām în sus și să o mobilisām, făcēnd-o să alunece înaintea aponevrosei marelui oblic. Atunci însă când dînsa se apropie de volumul unui kist ovaric, artifi-ciul acesta nu mai e posibil.

Ne rămāne însă acest fapt: să ne ferim când constatām o



sonoritate asupra unei tumori. Sub nici un cuvânt un kist ovaric nu trebuie să ofere cea mai mică urmă de sonoritate; afară nu mai de un caz cu desăvârşire excepţional, când în interiorul kistului s'ar fi dezvoltat gaze. Dar această dezvoltare de gaze provine în urma puncţiunilor anterioare, când precauţiunile anti-septice ne fiind rigurose, s'ar fi determinat o descompunere a conţinutului kistului. Cu toate acestea, noi într'un caz făcând o puncţiune exploratrice a unui kist ovaric, ce până aci nu fusese atins, am rămas surprinşi că în aparatul Potain s'a determinat mai întâiu o şuerătură foarte pronunţată de gaze, după care a urmat ieşire de liquid. Acesta ar proba că formaţiunea de gaze în interiorul kistului, se poate produce şi în mod spontanat. Mecanismul nu'l cunoaştem; e posibil după noi, ca gazele intestinale — în casuri de aderenţe a acestor organe cu kistul — să străbată păreţii şi să se difuzeze în interiorul tumorei. Şi adevărul este că în cazul de care vorbim, am constatat în timpul operaţiei aderenţe destul de întinse ale tumorei cu intestinele.

Fenomenul acesta se găseşte descris în «Buletinul Societăţii de medicină» din 1888, unde am prezentat bolnava după operaţie şi unde la pag 30 este notat: «La 1 Septembrie Dl D-r. Kiriace face o puncţie la partea cea mai culminantă a tumorei spre stânga, şi cu aparatul Potain extrage 200 gr. liquid de o culoare brună, foarte consistent, viscos, semănând în tocmă cu un clei topit. Este de notat că curgerea liquidului în aparat, a fost precedată de o şuerătură de gaze foarte sgomotósă».

O altă eventualitate ce face ca un kist ovaric să fie sonor, este dacă între păreţii tumorei şi ai abdomenului se interpune una sau mai multe anse intestinale. Mijlocul de a înlătura eróreaşi care constituie semnul lui Lawson Tait, se găseşte descris în Vol. III <sup>1)</sup>

Deci conchidem, că o tumoră sonoră — afară de posibilitatea unei descompoziţiuni gazóse a conţinutului, — sub nici un cuvânt nu poate fi un kist ovaric, ci un kist adipos, o tumoră intestinală sau a mesenterului.

II. Dar în afară de această adipositate, sunt şi alte tumori dezvoltate în grosimea păreţilor abdominali, cari cu atât mai mult se impun a fi kişti ovarici, cu cât volumul lor e destul de mare şi sunt provédute şi de o matitate absolută. În acest tip intră fibrómele şi uni kişti dezvoltaţi între fascia transversală. Rokitsansky şi Olshausen au extirpat un fibrom al păretelui abdominal,

<sup>1)</sup> Veđi vol. III, pag. 28.

pe care l'aŭ luat drept kist ovaric. Boinet și Ferrand aŭ fost înșelați de nisce abcese inchistate ale pãreților abdominali; de eróre s'aŭ convins prin punțiuni exploratrice.

Un semn caracteristic al acestor tumori este cã, pe lângã posibilitatea de a le coprinde în mâini, mai avem faptul cã în timpul inspirațiunei, ele proemineazã înainte; kistul ovaric — în afarã de aderențe parietale întinse — se pogorã în jos.

III. La femeile carã aŭ fãcut mulți copii, pãreții lor abdominali pot, în urma atrofiei fibrelor musculare, sã-și piardã tótã tonicitatea. In cazul acesta, presiunea intra-abdominalã împinge intestinele înainte; acestea proeminând, daŭ nascere unei tumori ce ar simula forma unui kist ovaric. Nu se cere însã de cât puținã atențiune și constatarea unei sonorități exagerate, pentru a evita confusiunea.

Noi dãm în fig. 173 un model de relaxare a pãreților abdominali, cu simulare de kist ovaric.

IV. Incã o afecțiune fôrte rarã, dar cu desãvêrșire bizarã și care a indus în eróre, cei mai experimentați chirurgi, sunt tumorile imagineare saŭ kiștii fantomã.

S'a emis o mulțime de ipoteze asupra acestui fenomen. Autorii însã s'aŭ oprit la o stare istericã și cu totul particularã a unor femei. Unele din acestea — dice Lawson Tait — în general urâte și fãrã educațiune, dar perfide și în dorința de a fi saŭ a simula cã sunt gravide, se exercitã a inghiți aer în tocmai ca ventrilocii. In urma acestui lucru, ele își pot inmagasina o cantitate considerabilã de aer fie în stomac saŭ intestine. Aerul dilatându-se — și fiind insoțit și de o contracțiune a pãreților abdominali precum și a mușchilor spatelui, ce produce un fel de lordozã — pãntecele femeii ia în adevêr în totul forma și aspectul unui kist ovaric.

Lizars din Edimburg, în primul caz cu care era sã inaugureze ovariotomia în Englitera, a deschis abdomenul unei femei atinsã de o tumorã nervosã.

Insuși Spencer-Wells a fost înșelat într'un asemenea caz. El avênd totul preparat pentru ovariotomie, a rãmas profund suprins, când bolnava o datã adormitã, tumora a dispãrut. De fapt, acesta și este singurul mijloc pentru a scãpa de dificultãțile și une-orã chiar de imposibilitatea stãbilirei unui diagnostic diferențial. Sunt în adevêr greutãți peste carã nu putem trece: atãt de mult aceste tumori fantome se asemãnã cu un kist ovaric saŭ graviditate. Un singur artificiu ne rãmâne: cã în casuri suspecte — și în special când vom constata la femei stigmatetele

isterice și mai ales o loquacitate mare, precum și percepțiunea de kiorăituri intestinale ce se pot auzi la distanță — să împiedicăm cât se poate mai mult pe femei de a vorbi. Este posibil



Fig. 174. Relaxarea păreților abdominali simulând un kist ovaric (personală).

prin acest mijloc să provocăm, pentru surprisa bolnavei, a familiei și a noastră, o micșorare a tumorei.



După ce dar am eliminat prezența tuturilor tumorilor părților abdominale inclusiv și a celor nervoase; și când am stabilit că ceea-ce avem în fața noastră este în adevăr o tumoră în cavitatea peritoneală, ne rămâne a pune diagnosticul diferențial între un kist ovaric și toate celelalte tumori dezvoltate în această cavitate și capabile a se confunda cu dînsul, grație diferitelor caractere ce le dau o asemănare mai mult sau mai puțin mare. Dintre acestea, cele mai principale sunt; *ascita, graviditatea, peritonita închistată, kistii idatici ai ficatului și idronefroza.*

**I. Ascita.** Dă naștere la confuziuni, mai cu deosebire cu un kist ovaric unilocular. El e singurul capabil să umple întregul abdomen și să împrumute unele caractere proprii ascitei.

Orî-cât de mare ar fi însă asemănarea, totuși simplul aspect al pântecelui, adesea e suficient a evita confuziunea. Fig. 175, 176, 177 și 178 ne reprezintă un model tip de ascită și kist ovaric. Caracteristica stă în două puncte principale: femeea privită de față și de profil, pântecetele său va forma o tumoră proeminentă în jos dar foarte mult în lături; dînsa nu are cătuși de puțin o formă regulat sferică ca cea a unui kist ovaric. Dacă acum culcăm bolnava pe spate, tumora devine mult mai proeminentă în lături; înainte abdomenul tinde către o depresiune, formând ceea-ce se numește pântece debrăscă. Dacă acum culcăm bolnava alternativ pe partea dreaptă și cea stîngă, tumora schimbă și ea pozițiunea. Într'un kist ovaric, pe lângă forma mult mai regulată a pântecelui, tumora are un sediū constant: maximul său de dezvoltare e pe linia mediană sau într'unul din flancuri, dar fără să varieze cu pozițiunea bolnavei. Pe lângă acesta mai avem și alte caractere precum:

**I.** Într'o ascită orî cât de mare ar fi dînsa, ombilicul își păstrează situațiunea sa normală, când bolnava e în decubitul dorsal. El se găsește la 2—3 c.m. mai apropiat de pubis de cât de stern, iar une-orî mult mai jos, și se află just la mijlocul unei linii ce ar uni două puncte a părților celor mai depărtate a creștelor iliace. În kistul ovaric, ombilicul se depărtează de simfiza pubienă apropiindu-se mai mult către stern. În cazul când kistul este median, precum de asemenea și când tumora e laterală, ombilicul nu se mai găsește la mijlocul liniei bi-iliace, ci mai apropiat de partea opusă. Afară de acesta, într'o ascită abondantă, ombilicul devine proeminent, luând caracterele unei ernii; într'un kist ovaric, această ernie nici o dată nu se constată; din contra ombilicul se găsește mai mult șters. În fine într'o ascită voluminoasă, femeea fiind pusă în picioare, ombilicul deja

erniat, va avea tendința a se apropia și mai mult de simfisa pubienă ast-fel precum se vede în fig. 174. În kistul ovaric, situațiunea ombilicului rămâne constantă și tot-d'a-una mai sus de linia normală, ori-care ar fi pozițiunea dată bolnavei. ca în fig. 175.

II. Prin percuție, bolnava fiind în decubitul dorsal, matitatea din ascită ocupă ipogastrul și flancurile, zona de matitate formeză o linie curbă cu concavitatea în sus de unde începe sonoritatea intestinală. În kistul ovaric matitatea mediană este absolută și oferă o curbă cu convexitatea în sus. În flancuri, de jur împrejurul tumorei, constatăm o sonoritate numită de Lawson Tait, *coróna timpanică*.

Când kistul este lateral, tumora păstrează aceleași caractere; abdomenul însă oferă o creștere de volum numai în acea parte iar nu răspândită în toate punctele abdomenului ca într'o ascită.

III. Puind bolnava pe o lature, partea opusă ce precedent era mată, acuma devine sonoră și vice-versa. Același lucru constatăm, când schimbarea de pozițiune a bolnavei se face în mod lent: percutând un punct cu totul mat, simțim că el începe a deveni sonor, pe măsură ce bolnava ia o pozițiune inversă. În kistul ovaric nu există nici o variabilitate în constatarea matității sau sonorității.

Relativ la percuțiune, se mai dă și următorul semn diferențial. Într'o ascită, ambele părți laterale a regiunii lombare sunt mate, mai ales dacă femeia este examinată în picioare. În kistul ovaric median, ele rămân sonore, sau cel mult numai una din ele e mată; dînsa corespunde cu prezența tumorei în acea parte, în caz de dezvoltare laterală a kistului. Regiunea opusă lombară rămâne sonoră.

IV. Senzațiunea de undă sau val de apă, deși mai ușor perceptibilă într'o ascită, este însă mai difuză; în ori-ce caz tot-d'a-una ea este variabilă în raport cu cea dintr'un kist ovaric. Aci, deși fenomenul e mai limitat și une-orî chiar greu de găsit, rămâne însă constant odată descoperit.

V. Prin palpație constatăm — în caz de ascită — că liquidul nu este conținut, ca într'un kist ovaric, unde avem senzațiunea unor părți de tumoră; aci liquidul determinând o tensiune foarte apreciabilă, el nu se poate deplasa cu aceeași ușurință ca într'o ascită. În cazul când kistul ovaric este multilocular, atunci prezența de diferite alte părți de o consistență mai mare — quasi solidă — în interiorul tumorei, constituie un semn patognomic.

Acestate sunt în general semnele mai principale ce ne servă a deosebi o ascită de un kist ovarian.

De sigur sunt cazuri unde deosebirea devine foarte dificilă



Fig. 175. Forma pântecului în ascită vădută din față precum și situația ombilicului către pubis (personală).

iar une-oră imposibilă. Ca exemplu avem: dacă kistul se rupe, lichidul răspândindu-se în abdomen, îmbracă toate caracterele ascitei; și iarăși, o ascită desvoltându-se cu o mare rapiditate, iar



păreții abdominali fiind subțiri și rezistenți, acumulățiunea de liquid ne-ar da senzațiunea ca cum dînsul ar fi conținut într'o cavitate închisă și limitată, impunându-se drept kist ovaric. Ante-



Fig. 176. Forma pântecelui într'un kist ovaric văzut de față și situația ombilicului către sternum (personală).

cedentele însă ne vor fi de mare folos: ruperea kistului se însoțesc de fenomene extra-ordinar acute: ele nu aŭ întru nimic a face cu dezvoltarea ascitei. Pe de altă parte, dacă am admite o ascită

acută simulând un kist, este excepțional de rar ca acesta să aibă un mers atât de repede.

Mai există încă o altă posibilitate de confuziune. Acesta ar fi când într'o ascită, intestinele — în urma unor aderențe sau a scurtărei mesenterului — nu mai vin să plutescă d'asupra liquidului și să ne dea sonoritatea clasică a ascitei. În acest cas, dînsa oferind matitate la partea anterioră, se pôte lua drept kist ovaric. Invers, dacă presupunem interpunerea intestinelor între părății abdominali și tumora ovarică — fie în urma unei lungimi demăsurate a mesenterului sau a unor aderențe — noi constatând prin percusiune sonoritate la partea anterioră a abdomenului, putem crede într'o ascită, pe când în realitate e un kist ovaric.

Am arătat deja artifiiciul de a percuta, pentru a descoperi adevărul. El constituie semnul lui Lawson Tait, ce am descris în Vol. III la metoda de a examina bolnavul.

Dar tocmai în scopul acesta se recomandă, ca percusiunea kiștilor ovarice să nu se facă cu plesimetrul; dînsul exagerând sonoritatea din prejor, ne-ar putea induce în eróre.

Pentru a termina cu această chestiune, vom mai lua în considerație antecedentele ca și starea prezentă a bolnavei. Într'o ascită sănătatea e mult mai sdruncinată ca într'un kist ovaric; în plus examenul ficatului și al splinei, ne va arăta o ciroasă atrofică, ce nu vom găsi într'un kist.

Atunci însă când kistul se complică de ascită dificultățile cresc; dînsule aũ fost chiar imposibile celor mai reputați chirurgi, pentru a evita erórea. Ast-fel s'a întâmplat lui Lawson Tait, Boinet, Atlee și mulți alții, cari pe rînd aũ deschis abdomenul, cređënd că aũ a face cu un kist ovaric, pe când în realitate aũ constatat o simplă ascită.

Dacă liquidul ascitic ce însoțese kistul ovaric nu e prea mare, diagnosticul nu e dificil; noi putem simți prin stratul de liquid părății tumorii, neteđi sau cu diferite ridicături. În cazul contrariu, nu ne rămâne de cât șansa de a avea a face cu un kist ovaric pediculat și mobil; dînsul prin diferite manipulări pũtënd fi mișcat și deplasat, ne va da ocaziunea a căpăta senzațiunea unui corp plutitor în liquidul ascitic. Acesta va constitui semnul patognomonic.

Ca ultimă resursă putem recurge la punțiunea exploratrice. Aci, compozițiunea chimică și examenul microscopic ne vor arăta dacă liquidul extras — de o potrivă limpede și seros

într'o ascită ca și într'un kist paraovarie — aparține uneia sau alteia din aceste afecțiuni.

Ne aducem aminte de origina kiștilor ovaricî. Putem deci întâlni în liquidul lor prezența de celule granulose, granulațiuni, precum și epiteliu cilindric; ele forméză celulele speciale ale lui Driesdal, Tornton, Waldeyer, Spiegelberg și alții. Ne aducem iarăși aminte de prezența fibrinei în liquidul ascitic și a paralbuminei în kiștii ovaricî. Și relativ la acest ultim punct, avem încă un mijloc de a stabili repede diagnosticul diferențial printr'un semn, datorit lui *Foulis din Edimburg*, care e foarte simplu. El constă în a pune câte-va fire de bumbac într'o sticluță, ce ar conține liquidul extras. Dacă cel mai târziu după 24 ore se obține un deposit de fibrină, e vorba de ascită; în cazul când am avea a face cu un kist ovaric, depositul lipsesce de óre-ce dînsul nu conține fibrină. Pe lângă acésta mai avem și faptul că, fiind vorba de ascită, liquidul dupe extragere se va reproduce mult mai repede ca într'un kist ovaric.

În cazul însă când kistul este multilocular, asemănarea între liquid nu-și mai are rațiunea. În adevăr, acela al kistului proliger va fi mult mai consistent, gleros, de o colóre brună, șocolatie și fără analog cu cel ascitic.

În fine s'a mai recurs, ca ultim mijloc de diferențiere între acesta și kistul ovaric, la examenul organelor genitale precum și la ascultațiunea tumorii. În ascită uterul e foarte mobil, iar fundurile de sac vaginale convexe: în kistul ovaric de obicei uterul e ridicat în sus, așa în cât gâtul său une-orî îl găsim sub simfisă iar alte dăți aprópe șters. Cât privește fundurile de sac vaginale, ele în loc de a fi bombate și a proemina în vagin, făcând acest organ mult mai scurt, din contra sunt concave, așa în cât lungimea vaginului se mărește. Ascultând tumora în mod direct cu urechea sau indirect cu stetoscopul putem percepe transmisiunea bătăilor și pulsațiunilor aortei în kistul ovaric; lucrul acesta nu există în ascită.

Fenomenul acesta constituie *semnul lui Nelaton*. Dînsul susține, că orî de câte orî constatăm șgomote de frecare sau de suflu într'o tumoră presupusă ovarică, trebuie să escludem ideea de ascită.

**II. Sarcina.** Nu începe îndoială, că simpla idee de a întreprinde o operație asupra unei femei creșdend că are un kist ovaric, pe când în realitate ea ar fi însărcinată, forméză punctul cel mai înspăimântător pentru chirurg: ideea de a comite acésta



eróre e teribilă. Și cu tóte acestea casurile au fost destul de numeroase, unde autori reputați au practicat punțiuni exploratrice și chiar laparatomii, atunci când nu era vorba de cât de o ade-



Fig. 177. Forma pântecelui în ascită vădută de profil (personală).

vărată sarcină. Trebuie însă să recunoscem, că aceste erori saũ comis la începutul erei de înflorire a chirurgiei, atunci când pe

de o parte însuși kistii ovarice erau la începutul studiului lor, iar pe de altă că laparotomiile se făceau în general de chirurși, cari nu numai că nu aveau o experiență consumată în afecțiu-



Fig. 178. Forma pântecului într'un kist ovaric văzut de profil (personală).

nile ovarului, dar nici nu erau obișnuiți și pôte chiar nu cunosc-  
ceaă de loc obstetrica precum nici chiar ginecologia. In această

perioadă de încercare, erorile au putut fi comise. Ele se explică prin aceea că chirurgii influențați și doritori a face laparatomii, vedeau voioși în ori-ce tumoră abdominală un kist ovaric. Pe altă parte obstetricianii, cu totă experiența lor consumată, influențați și ei de curentul ginecologic, au putut da înapoi sau cel puțin a nu fi decisivi în afirmațiunea lor între o graviditate și kist ovaric.

Astăzi însă când ginecologia e de sine stătătoare, și când chirurgii s'au specializat numai în această ramură, nisce asemenea erori nu se mai observă. Și de sigur nici o dată nu s'ar mai observa, dacă obligator ar fi, ca un obstetrician să fie și ginecolog precum și vice-versa.

Ar fi foarte greu să dăm toate semnele gravidității. Acesta ar provoca o creștere demăsurată a lucrării noastre.

În casuri îndoióse trelue să fim conduși de principiul deja stabilit că: e mult mai folosii or pentru prestigiul nostru și pentru viața bolnavei de a lua un kist ovaric drept sarcină, de cât contrariul. Acesta însemnéază, că nimeni nu pierde nimic a aștepta termenul normal al evoluțiunei unei gravidități. Nenorocierea ar fi când am comite o precipitare: dînsa pôte să aibă urmările cele mai dezastróse.

Mai întăiu de toate, este excepțional de rar să recurgem la ovariectomie, atunci când kistul ovaric se află în cavitatea pelviénă și când prin urmare el ar fi susceptibil a se confunda cu o graviditate în 3—4 luni. De obicei laparatomii pentru asemenea afecțiuni se fac când kistul devine abdominal, când atinge ombilicul și prin urmare când ar intra în joc chestiunea unei gravidități între a 6—8 lună.

Dar în acest caz avem semne destul de suficiente, pentru a evita o eróre condannabilă. În prima linie, în imensa majoritate a casurilor într'o sarcină menstruele sunt suprimate, pe când într'un kist ovaric ele își continuă mersul regulat. Este adevărat că se citéză casuri unde femeii în tot timpul sarcinei au avut menstruațiunea regulată ca de obicei, precum și vice-versa că kiști ai ovarului desvoltați repede, au determinat oprirea menstruelor. Ast-fel sunt observațiuni date de Lawson Tait, Gallard și Aran. Acesta din urmă afirmă, că o femeie a făcut 9 copii, dar care nici o dată n'a avut menstruația de cât în timpul sarcinei. Acestea și alte multe casuri ar proba, că suprimarea sau continuarea menstruelor, nu constituie un semn absolut sigur că femeia este însărcinată, sau posedă un kist ovaric.



Cu toate acestea, nu e mai puțin adevărat, că excepțiile nu fac regulă. Norma lucrului este, că o femeie măritată care până la o anumită epocă a avut menstruele regulate, iar că în urmă dinsele s'aŭ oprit — fără a fi fost precedate sau însoțite de vre-o afecțiune constatată a organelor sale genitale interne — acesta va fi o mare presupțiune, că dînsa este însărcinată. Și cu atât mai mult vom afirma lucrul, cu cât fenomenul se va însoți de o creștere gradată a pântecelui, de aparițiunea diferitelor semne concomitente simptomatice: ca grătă, vărsături, turgescența mamelelor, pigmentarea mamelónelor, schimbarea și chiar perversiunea gustului constând în pofțiri exagerate și paradoxe: ca dorind a mânca trufandale ce nu se găsesc, sau alimente și băuturi neobiceșuite etc. În fine faptul că femeia ca și întreaga familie sunt coprinse de o bucurie și speranță iar nu de grijă și desnădăjduire — în afară bine înțeles de casuri anormale ca isterie și dorința cu orî ce preț de a avea copii, constituind tumorile fantome sau sarcina imaginară, — reprezintă pentru noi, împreună cu totalul celorlalte simptome, semnul sigur al unei gravidități.

Dar nu e numai atât. În această perioadă apar semne de o siguranță și mai mare: ast-fel sunt mișcările fetului, constatarea prin palpație a părților fetale, percepțiunea prin ascultare a suflului placentar și bătăilor cordului fetusului. Dar mai ales starea de ramolire a gâtului uterin, a secrețiunilor vaginale, a balotamentului, a constatăreii angajăreii capului fetal precum și a atâtor alte semne, toate ne autoriză a numai avea absolut nici o îndoială.

Este adevărat că și un kist ovaric se poate însoți de multe din aceste semne: ele merg chiar până la turgescența mamelelor și a secrețiunei de colostrum. În orî-cecaz însă, lucrurile luate în total și examinate cu atențiune, ne vor păzi de la orî-ce confusiune.

Există însă o circumstanță defavorabilă și anume: dacă graviditatea e complicată de o acumulațiune enormă de liquid, constituind *hidramniosul*. Aci ca și într'un kist ovaric semnele sunt analoge: tumoră voluminoasă, mediană, netedă, regulată, fluctuantă și mată. Dar și în acest caz, în afară că un hidroamnios este însoțit de semnele gravidității, mai avem că abdomenul, după observațiunile lui Lawson Tait, se mărește foarte repede. El poate lua o creștere enormă chiar în 15 zile; lucrul este foarte rar într'un kist al ovarului. De aci dureri vii, turburări psihice și une-orî chiar eclampsie. În afară de acesta, putem constata prin palpație mișcări active sau pasive ale fetului. În cazul cel mai

rău, vom da peste părți dure și moi; ele constituie după Tillaux semnele proprii ale uterului gravid.

În fine în afară de graviditate, se mai discută și chestiunea diagnosticului diferențial al kiștilor ovarice cu intervențiunea diferitelor tumori lichide, solide sau gazoase ale uterului. Este posibil ca o idrometrie, ematometrie sau fisometrie, precum și fibróme ale uterului, dar mai ales kisto-fibrómele, să se impună în anume circumstanțe drept kiști ovarice. Noi însă nu insistăm asupra lor: cel puțin pentru primele, cari de alt-fel sunt foarte rare, n'avem de cât a cerceta și a constata diferitele viciuri de conformație — constând în ocluziunea vaginului, imperforarea menului, sau a gâtului uterin — pentru a atribui tumora kistică la adevărata sa cauză. În ceea ce privește fibrómele și kisto-fibrómele am insistat destul la Cap. respectiv.

Dar chestiunea cea mai delicată relativ la sarcini și kist ovaric, este când ambele aceste afecțiuni există simultaneu.

Incontestabil cazul acesta e foarte dificil. El e mai ales delicat pentru chirurg, dându-se că kistul ovaric poate aduce complicațiuni în evoluțiunea sarcinei și mai ales că în momentul expulsiunii fetului, hotărârea unei intervențiuni se impune. Vom căuta prin toate mijlocele să descoperim existența a două tumori: una aparținând uterului gravid, iar alta kistului. Ne vom convinge de acesta prin determinarea unui șanț de separațiune, ce e posibil a constata între dînsele. Este foarte greu și poate chiar imposibil a da toate semnele distinctive: totul depinde de experiența, sagacitatea și une-oră de o simplă inspirațiune a chirurgului. Examene multiple și des repetate, sunt mai folositoare ca ori-ce sfortare de descriere în această privință.

**III. Peritonita inkistată.** Această afecțiune nu numai că este rară, dar chiar când se constată, dînsa nu are multă analogie cu un kist ovaric. În ori-ce caz nu se apropie de acesta de cât când ar fi vorba de un kist de volum relativ mic. O peritonită inkistată ori cât de mare ar fi, desvoltarea sa nu poate atinge pe aceea a unei idropisii ovarice. Dar în afară de acesta, peritonita inkistată poate fi efectul unei tuberculose intestinale și peritoneale, sau consecința unei tumori neoplasmice, ca de exemplu un sarcom sau cancer. Prin urmare în asemenea cazuri, atât antecedentele cât și starea prezentă a bolnavei vor fi cu desăvârșire deosebite de acelea a unui kist ovaric: nu vom găsi nici durerile, nici fenomenele disenterice, precum nici cașexia cancerosă sau tuberculoasă însoțită de deposite neoplasmice în celelalte organe ca plă-

mân, intestine, etc. Apoi acumulațiunea de liquid în cavitatea peritoneală nu va forma o tumoră cu pereți așa de bine limitați ca într'un kist ovaric. O peritonită înkistată își are pereții formați fie din aglutinarea mesei intestinale, a epiploonului său a diferitelor aderențe. De aci va resulta o formă mai puțin regulată ca într'un kist unilocular. Apoi sediul acestei tumori nu este atât pe linia mediană cât mai ales într'unul din flancuri. De obicei kistul ovaric se însoțește, dacă nu de un edem al membrilor inferioare cel puțin de un edem limitat la glesnele picioarelor: într'o peritonită lucrul acesta este excepțional de rar.

Percuțiunea poate să ne dea o matitate în nivelul tumorei; nu vom constata însă acea zonă timpanică, ce înconjoară de jur împrejur kistul ovaric. În peritonita înkistată avem într'o parte matitate, iar în cea-l'altă sonoritate. Dar procedând cu atențiune, putem constata că matitatea peritonitei înkistate nu este așa de manifestă și absolută ca într'un kist ovaric; dînsa e mai mult sonoră.

Palpația în peritonita tuberculosă ne va oferi porțiuni dure, adesea cartilaginose — în cas de cancer — sau ușore neregularități ca în tuberculosă. Dar ori cum ar fi, fluctuațiunea se va găsi mult mai limitată și nu așa clară dându-ne senzațiunea de val sau undă ca aceea a kistului ovaric. Pe lângă acésta, palpațiunea va determina, într'o peritonită tuberculosă, o sensibilitate și gurguiment, formând ceea ce se numește țipătul său strigătul intestinal: el e datorit iritațiunei tuberculelor asupra intestinului, sau prezenței aderențelor.

Dacă însă ne-am afla în fața unui kist ovaric papilar de un volum mai mic, multilocular și intra-ligamentar, asemănarea va fi mai mare cu o peritonită înkistată; aci ca și acolo vom avea prezența de părți semisolide sau dure, suprafața tumorei neregulată, o cantitate de liquid mai mică și o fluctuațiune confusă, lipsită de acel val sau undă caracteristică. Aci iarăși, antecedentele și starea prezentă a bolnavei, ne va fi de mare folos. Dar și examenul organelor genitale nu trebuie uitat: într'o peritonită înkistată, sfera genitală internă de obicei nu e atinsă; într'un kist ovaric fie el chiar simplu și unilocular, conexiunea tumorei cu ovarul și însuși uterul, e destul de manifestă.

Nu mai vorbim de kiștii proligeri mai ales cei intraligamentari; aci participarea tuturilor organelor genitale cu tumora nu mai lasă nici o îndoială.

În casuri extrem dificile, ne rămâne ca ultimă resursă punc-



țiunea exploratrice. După scóterea unei cantități convenabile de liquid, neputem și mai bine da séma de caracterele și sediul tumorii.

IV. Bótele ficatului și ale splinei. Este rar cu splina saú ficatul

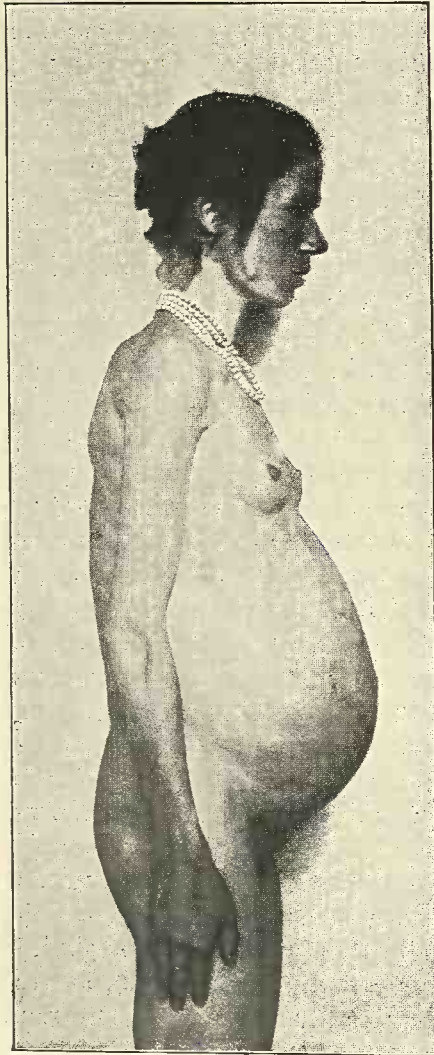


Fig. 179. Formă neregulată a pântecelui într'un kist al ovarului proliger (personală).

să se însoțescă de ipertrofii saú tumori kistice în așa grad, în cât să ajungă a fi luate drept kiști ovarici. Cu tóte acestea, ipertrofia splinei a putut une-orí să se pogóre până în basin, unde

contractând aderențe să simuleze o tumoră ovariană. Alte dați greșela e și mai ispititoare: când splina hipertrofiată pe lângă că e provădută de un pedicul lung și subțire, se găsește însoțită



Fig. 180. Forma pântecelui într'un kist idatic al ficatului copleșind întregul abdomen (personală).

și de ascită. În cazul acesta e posibil — dacă mai ales nu dăm multă atenție și nu suntem preveniți — să se credă în existența

unui kist ovaric, mai cu deosebire când și însuși splina e atinsă de degenerescență kistică. In asemenea condițiuni avem aprópe tóte elementele cerute pentru ca tumora să fie luată drept kist papilar al ovarului. Și cea mai bună probă este că însuși Péan în 1882, a făcut prima splenectomie, grație tocmai unei asemenea erori de diagnostic. Dînsul cređendu-se în fața unui kist ovaric și o-dată abdomenul deschis, constată cu surprindere că e vorba de splină kistică: atunci silit de împrejurări extirpéză acest organ. Resultatul a fost, că greșéla s'a transformat în bun renume.

Dintre tumorile ficatului, numai kiștii idaticí aũ putut fi confundați cu aceia ai ovarului. Dar și acésta destul de rar. In adevăr, cu greú un kist idatic al ficatului póte lua o desvoltare atáta de mare, în cât să se pogóre până în basin. Din contra, mult mai des se vėd kiștii ai ovarului mergėnd până la ficat și diafragm, saũ splină, de cât tumorile acestora până la ovar. Cu tóte acestea Nelaton, White, Bryant și Lawson Tait, citėză ca-surí unde kiștii idaticí ai ficatului aũ fost luați dreptkiștii ovaricí.

Există douė lucruri pentru diferenciere: primul antecedentele. Prin ele ni se arată că tumora s'a desvoltat de sus în jos. Al doilea, că nu există nici o linie de demarcație între tumoră și marginea inferióră a ficatului; totul este în perfectă continuație, iar matitatea de aceeași intensitate și întindere e pe întréga suprafață. Intr'un kist ovaric, ori cât de desvoltat ar fi, totuși se va distinge o zonă sonoră situată între ficat și tumoră. Este excepțional ca kistul ovaric să fie complect aderent cu ficatul, așa în cât matitatea să fie absolută și în continuație cu aceea a ficatului.

Mai avem încă și semnul patognomic al kiștilor idaticí. El constă în fremismentul clasic, datorit frecărei și contactului idatidelor între ele.

Cu tóte acestea, am avut un caz unde acest fremisment era atáta de manifest și clar, în cât dāndu-se și aspectul și forma abdomenului — ce nu era tocmai din cele regulat sferice ale kistului ovaric — am conchis la un kist idatic al ficatului. Vezi fig. 179. Și acésta cu atât mai mult, că bolnava fiind virgină nu i-am examinat organele genitale. Pe de altă parte, dînsa avėnd inteligența cam obtusă, rėspundea afirmativ la orí-ce întrebare. Totul a contribuit să ne facă a crede că în adevăr tumora începuse a crește de sus în jos. Ei bine, făcėnd laparotomia, am scos un kist ovaric multilocular din cele mai frumoșe și mai clasice, precum se vede în fig. 181.

Invers, am avut un kist idatic al ficatului care de sigur,



dacă diagnosticul n'ar fi fost deja știut în urma puncețiilor anterioare, s'ar fi putut lua drept kist ovaric. Desvoltarea enormă a abdomenului, tumora pogorâtă și umplând întréga cavitate pelvienă, dedea pântecelui o formă fórte apropiată de kist.

Probă avem următórea figură 180. Laparatomia făcută la 18



Fig. 181. Fața internă a kistului proliger extras de la 179.

Dumntza Ioniță de 19 ani, operată la 18 Iulie 1898, eșită vindecată la 20 August.

Sept. 1889, am extras 1500 de kiști idatică. Idatidele nu numai că umpluse întréga cavitate peritoneală și erau conținute într'o pungă cu păreți fórte subțiri, dar se infiltrase în însuși grosimea păreților abdominali; de aci am scos un număr considerabil de idatide printr'o adevărată sculptare. Bolnava a doua și a sucombat; la autopsie am găsit idatide nu numai în tótă substanța ficatului care era cu totul çiuruit, dar și în plămâni precum și în ambii rinichi.

V. **Tumorile rinichilor.** Idronefrosă și rinichiul mobil cu pedicul lung; au provocat erori de diagnostic luându-se drept kiști ovarice. Dar mai cu deosebire idronefrosă a fost capabilă să inducă în eróre pe Boeckel, Spencer-Wells, Lawson Tait, Olshausen și alții. Dînșii n'au recunoscut calitatea tumorii de cât în timpul operației.

Aci ea și la ficat ne vom conduce de modul cum a evoluat tumora. Nu vom pierde din vedere examenul minuțios și repetat al urinei. De și atențiunea bolnavului nu e atrasă asupra acestui lucru, prin faptul că cel-l'alt rinichi rămânând sănătos, secrețiunea fiziologică a urinei se face în mod normal, totuși bacteriologia și microscopul arătându-ne prezența de puroi, celulele epiteliale și tubi hialini renali, atențiunea noastră va fi atrasă asupra idronefrozei. Apoi examenul îl vom completa prin luarea minuțioasă a antecedentelor. Mai avem un semn: constatarea sonorității tumorii. Aceasta e determinată prin ante-pozițiunea sa și latero-pozițiunea intestinelor subțiri sau a colonului, în raport cu tumora.

Vom fi terminat cu tumorile abdomenului capabile a se impune drept kist ovaric, când vom ști că mai este posibil a întâlni: anse intestinale aglutinate între ele, lipóme, kiști epiploonului ca și ai mesenterului. Fie care pe rând, dând o formă bombată abdomenului, s'ar apropia de aceea a kiștilor ovarice. Se citéză că *Smith* și *Max Dowel* au găsit în loc de kist ovaric ansele intestinale, reunite într'o singură masă prin aderențe.

Noi am avut a face cu un asemenea caz, pe care l'am luat drept kist ovaric de volum mediú: operațiunea însă ne-a arătat o tumoră formată esclusiv dintr'o masă intestinală, unde aproape toate ansele erau lipite între dînsele. Iată în câte-va cuvinte observația.

*Maria Potuski*, 29 ani, menstruată la 14 ani, fără dureri. Menstruele însă erau în mică cantitate, apăreau la 3 săptămâni și durau 3—4 zile. La 19 ani capătă o febră tifoidă. A născut 4 copii; anul trecut a avut un avort. După trei luni simte dureri în fosele iliace și în regiunea renală; de atunci abdomenul începe a se umfla.

La 27 Aprilie 1897 intră în serviciul nostru. Pacienta spune că a slăbit foarte mult de când e bolnavă; abdomenul e distins și măsoră în dreptul ombilicului 72 c. m. De la ombilic la spina iliacă stângă găsim 14 c. m; iar la cea dreaptă la 16 c. m. D'asupra simfisei se observă un pachet de vene dilatate varicóse. Forma abdomenului grobulósă, păreții în stare de tensiune, așa că prin palpație nu putem explora bine conținutul cavității ab-

dominale. Palpația e durerosă în ipogastru și fosele iliace, unde în dreapta găsim sonoritate, iar în stânga și ipogastru până aproape de ombilic sub-matitate. Tumora ne dă senzațiunea de falsă fluctuație. Prin tușeu găsim uterul în ușoră anteversiune, mobil, ne dureros, gâtul gros, orificiul întredeschis, transvers. Fundul de sac posterior dureros. De aci și mai ales de sub corpul uterului, plăcă o tumoră ca un cordon gros, ce se duce către fundul de sac lateral stâng și care e dureros la presiune.

6 Mai 1897. *Laparatomia*. Se aplică pense multe pe venele enorm varicoase. Dificultăți extreme în deschiderea peritoneului. Confusiunea e mare, așa în cât se deschide o ansă intestinală, dar care se cöse prin mai multe puncte Lambert. După mai multe încercări se dă de un spațiu quasi-kistic; se introduce degetele în acest buzunar și se constată o îngroșare enormă a peritoneului, iar înăuntru totă masa intestinală aderentă, nu numai de suprafața peritoneală dar și între dîsele. Tote intestinele erau așa de lipite în cât totul reprezenta o încolăcitură confusă. Vădându-se acesta, procedăm la deslipirea anselor intestinale și treptat scotem totă masa de intestine afară din abdomen, menținându-le învelite în comprese calde și fierte în sublimat. Facem apoi spălături peritoneale după metoda noastră; introducem intestinele și închidem abdomenul prin 11 puncte de sutură. În timp de 24 de ore bolnava a avut foarte multe scaune diareice și chiar muco-sanguinolente.

La 14 Mai se desface pansmentul; reunirea per-primam.

La 12 Iunie bolnava iese complect vindecată.

La 2 Mai 1898 bolnava a venit pentru a o revedea. Dînsa declară că e foarte mulțumită, mănâncă bine și nu are absolut nici o durere. Dînsa s'a îngrășat foarte mult. Examinată nu găsim nimic important, afară de un început de eventrație.

Kiștii epiploonului fie simplii sau idatici, au putut înșela pe Nelaton, Lawson Tait ca și pe alții, luându-i drept kiști ovarici. Tot același lucru s'a întâmplat cu lipómele și kiștii mesenterului. Ei au indus în eróre pe S. Wells, Péan și Olshausen, cari n'au recunoscut existența lor, de cât în timpul operației întreprinsă pentru kiști ovarici. Exemplele acestea ne arată dificultățile și câte o dată imposibilitatea de a evita confusiunea.

Singurul semn caracteristic ar fi, că aceste tumori, pe lângă raritatea lor, își au maximul de dezvoltare în dreptul ombilicului și sunt provădute tot-d'a-una de o sonoritate exagerată, coprinđând totalitatea tumorii. În plus, nu vom pierde din vedere examinarea organelor genitale: în kiștii ovarici ele nu sunt atât de libere și independente ca în cele-lalte tumori.

În fine ca curiosități vom menționa că însăși ipertrofia și ramolirea ganglionilor mesenterici, precum și abcese fosei iliace, mai ales acelea prin congestie, s'au bucurat de privilegiul de a fi



fost luate drept kiști ovarice și supurați. Antecedentele și examenul minuțios al bolnavei vor fi riguros făcute, pentru a evita erorea.

Ne mai rămâne pentru a complecta diagnosticul, să trecem în revistă bólele uterului.

Lăsăm la o parte tumorile lichide și gazóse ca ematometria și fisiometria. Acestea în afară de raritatea lor, se însotese de anume viciuri de conformație, asupra cărora am insistat. În plus se observă pe fete cu totul tinere, unde kiștii ovarice proprii și, în afară de cei dermoizi, nu sunt așa de comuni.

Dintre tumorile solide ale uterului, fibrómele sunt cari au dat naștere la confuziuni. Bine înțeles atunci când ele vor fi căpătat un volum destul de considerabil propriu kiștilor ovarice. Punctele capitale și patognomonice ale fibromului stau că tumora e just pe linia mediană și simetrică. Noi încercând a introduce marginea cubitală a mânei între simfisă și tumoră nu ne este posibil; suntem opriti de un larg pedicul, reprezentat prin corpul uterului sau porțiunea supra-vaginală a gâtului. De asemenea introducând degetul în vagin și aplicându-l pe orificiul gâtului, iar cea-laltă mână puind-o pe abdomen, constatăm o legătură strânsă în toate mișcările ce vom imprima gâtului uterin, transmițându-se reciproc de la un organ la altul. Ast-fel apăsând pe corpul tumorei, simțim cum gâtul uterin se lasă în jos, căutând a împinge pulpa degetului. Din contra, ridicând tumora abdominală în sus, simțim cum gâtul urmăzează această ascensiune și caută a fugi și a părăsi degetul nostru. Într'un kist ovaric nimic din toate acestea: cel mult uterul va fi deviat, dar relațiunile sale cu kistul sunt foarte streine.

Pe lângă acesta, forma abdomenului într'un miom uterin nu este atât de regulată și sferică ca aceea a unui kist. În fibro-miom partea culminantă a tumorei tinde a proemina înainte și în jos. Fiind obișnuiți, de multe ori prin simpla privire a pântecelui putem afirma existența sau absența kistului ovaric. Dar asupra acestei chestiuni am insistat prea mult în Vol. III la capitolul diagnostic, pentru a mai reveni. Ne mărginim a reproduce fig. 182 pentru a ne face idee de forma ce ia pântecelul într'un fibro-miom.

Constatarea tuturilor acestor semne ar fi demonstrative, dacă tot-d'a-una am avea a face cu cazuri tipice și clasice. Este destul a ne reaminti posibilitatea pediculisării fibrómelor în dreptul porțiunii supra-vaginale, precum și aderențele ce se pot stabili între un kist ovaric și uter, pentru a prevedea răsturnarea totală și absolută a semnelor distinctive a acestor două tumori între

ele, pentru a vedea cum semnele uneia se pot atribui celei-l'alte, pentru a înțelege cum confuziunea p $\acute{o}$ te s $\acute{a}$  fie complect $\acute{a}$ , cum în fine un fibro-miom se p $\acute{o}$ te lua drept kist ovaric și vice-versa. Când am tratat cheștiunea fibrómelor, am înșisat în destul pentru a nu mai avea trebuință a reveni. Am avea ca criterii persistența metroragiilor în fibróme: știut este c $\acute{a}$  un kist ovaric nu aduce nici o perturbare în mersul menstruațiilor; din contra dînsele în loc de abundente, vin în cantitate mai mică iar une-or $\acute{i}$  chiar de loc. Cu t $\acute{o}$ te acestea în anume condițiuni, și în special la femeele b $\acute{a}$ trâne, kistul ovaric p $\acute{o}$ te da naștere unei congestiuni uterine ca și a întregului aparat vascular al basinului, așa în cât cantitatea de s $\acute{a}$ nge provocat $\acute{a}$ , ar putea s $\acute{a}$  simuleze și s $\acute{a}$  se iachiar drept metroragi $\acute{u}$  de fibróme.

Singurul semn mai de val $\acute{o}$ re r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ne m $\acute{e}$ surarea cavit $\acute{a}$ ței uterine: d $\acute{i}$ nș $\acute{a}$  în mod constant se g $\acute{a}$ sesce m $\acute{a}$ rit $\acute{a}$  într'un fibrom și nemodificat $\acute{a}$  într'un kist. Dar și aci, deviațiunile produse în canalul cervico-uterin, precum și prezența în chiar interiorul cavit $\acute{a}$ ței de tumori fibróse, fac imposibil $\acute{a}$  introducerea unui isterometru, s $\acute{a}$ u cel mult nu ne permite de cât o explorațiune insuficient $\acute{a}$ . Dec $\acute{i}$  lu $\acute{a}$ ndu-ne dup $\acute{a}$  ad $\acute{a}$ ncimea de 5—6—7 centimetri la care am fi putut introduce isterometrul, am conchide în fav $\acute{o}$ rea unui kist, pe c $\acute{a}$ nd în realitate este un fibrom.

Trebue înș $\acute{a}$  s $\acute{a}$  recun $\acute{o}$ scem c $\acute{a}$  fibrómele pure se confund $\acute{a}$  mai cu gre $\acute{u}$  cu un kist ovaric, pe de o parte din cauza formei dure și boselate ce imprim $\acute{a}$  tumorei, iar pe de alta din cauza fenomenelor de compresiune ce nu se g $\acute{a}$ sesc într'un kist, s $\acute{a}$ u cel mult într'un grad incomparabil mai ușor. Fibrómele cari se apropie mai mult de un kist ovaric, sunt cele mo $\acute{i}$ , formate mai mult din hipertrofia elementului muscular, precum și acelea cari a $\acute{u}$  facultatea s $\acute{a}$  permit $\acute{a}$  în substanța lor dezvoltare de cavit $\acute{a}$ ți mari. Acestea umpl $\acute{a}$ ndu-se cu liquid, form $\acute{e}$ z $\acute{a}$  un grup bine definit studiat de Germani sub numele de kisto-fibrome. Aci în adev $\acute{e}$ r confuziunea e mare: Diagnosticul diferențial devine imposibil, dac $\acute{a}$  un asemenea kisto-fibrome prov $\acute{e}$ đut și de un pedicul lung și subțire c $\acute{a}$ nd asem $\acute{e}$ narea cu kistul devine apr $\acute{o}$ pe complect $\acute{a}$ .

Dup $\acute{a}$  ce ast-fel am terminat întregul nostru studi $\acute{u}$  asupra tuturilor tumorilor abdominale, și presupuind c $\acute{a}$  prin exclusiune am reușit s $\acute{a}$  r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ nem cu convingerea c $\acute{a}$  ceea ce avem în fața n $\acute{o}$ str $\acute{a}$  este în adev $\acute{e}$ r un kist al ovarului, ne r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ne înc $\acute{a}$  a r $\acute{e}$ sponde la o ultim $\acute{a}$  întrebare, cu ce anume fel de kist avem a face? Cu alte cuvinte s $\acute{a}$  stabilim diagnosticul variet $\acute{a}$ ței de kist ovaric.

Dar a reîncepe a descrie toate caracterele și modul evoluției kistilor uniloculari, pauciloculari, multiloculari, dermoizi și a acelor paraovarici, etc., ar fi să repetăm, tot ceea-ce am arătat la anatomia patologică și simptomatologie.

De aceea ne dispensăm de la o asemenea sarcină, ca fiind inutilă.

Vom reaminti numai că, kistii dermoizi ai ovarului formază apanajul femeilor tinere: ei se observă în deosebire pe fete de 17, 18, 20 ani. Se dă iarăși ca semn caracteristic al acestor tumori, de a se însoți une-oră de dureri și o dezvoltare repede a volumului lor.

Când vom constata că kistul ovaric este de un volum enorm, cu pereții subțiri și fără a fi însoțit de mese de consistențe diferite: când undă sau valul de apă se va percepe cu forțe multă ușurință în toate direcțiunile și în totalitatea tumorei, vom conchide că kistul e unilocular și în special paraovaric: aceștia mai cu deosebire se investesc de aceste caractere.

Când în urma aceluiași explorațiunii și celor arătate la simptomatologie, vom descoperi semne negative sau contrarii acestora, putem fi autorizați a conchide în favoarea unui kist prolifer, pauci sau multilocular.

Am mai avea la dispoziție încă un mijloc: acela al punctiilor exploratrice. În această privință s'a făcut discuțiunii foarte mari, unii fiindu-le cu desăvârșire vrășmași, unii indiferenți iar alții favorabili.

*Stilling* consideră punctiunea exploratrice ca o crimă, *Du-play* susține că a ne abține de la acest mijloc de investigațiune, este o eróre gravă. Este incontestabil că punctiile exploratrice au fost urmate de consecințe serioase; ele au determinat imflamațiunea, supurația kistului și chiar fenomene peritoneale, mai ales în cazul când scoțind instrumentul, conținutul kistului s'a vărsat în peritoneu.

Dar contra acestor inconveniente putem lupta: vom procede cu menajare și prudență; mai ales ne vom înconjura de cele mai rigurose precauțiuni antiseptice.

Punctul însă cel mai defavorabil ce s'a invocat contra punctiilor, a fost acela arătat de *Kiwisch* și anume, că ele sunt cauza producerei de aderențe, grație iritațiunii ce se determină în locul și în momentul trecerei instrumentului prin peritoneu. În acest loc o imflamațiune adesivă se nasce; în urma ei fața externă a kistului se unesce cu peritoneul parietal; de aci ade-



rențe Inceputul însă o dată făcut, aceste aderențe se pot întinde mai departe. Resultatul va fi, condițiuni defavorabile în momentul operațiunei.



Fig. 182. Forma pântecelui în fibromul uterin (personală).

Dar și în această privință conduita nu este absolut fixată Proba cea mai evidentă o avem în cel mai mare ginecolog al

secolului, în S. Wells. El tocmăi susține că distensiunea exagerată a kistului ovaric, puind păreții în contact mai intim cu peritoneul, favorisează producerea aderențelor. În asemenea cazuri deci, el nu este contra; ba chiar recomandă evacuarea unei orecare cantități de liquid. În urma acesteea tumora micșorându-se, kistul se depărtază de suprafața peritoneală. Deci ne mai fiind nici un contact direct, și ori-ce cauză de iritațiune fiind înlăturată, aderențele aũ o mai puțină ocaziune favorabilă ca să se producă.

Prin urmare, după S. Wells, una saũ mai multe punțiuni anteriore, nu agravează mortalitatea consecutivă ovariotomiei, precum nici nu măreșe dificultățile operațiunei. Influența punțiilor este neglijabilă în patogenia aderențelor perikistice.

Astă-dă, dacă nu în folosul asigurării unui diagnostic diferențial, totuși putem practica punțiile exploratrice, de n'ar fi de cât scopul de a ușura pe bolnave și a le înlătura multe fenomene de compresiune saũ turburări respiratorii, ca dispnee, etc.

**Tratamentul.** A ne încerca să căutăm origina ovariotomiei — care într'un timp a pasionat mult pe autori dar care ađi nu represintă de cât un simplu interes istoric — ar fi să ne pierdem în coniecturi, aprópe lipsite de interes practic. Vom spune numai că în mod sigur, primul care a făcut ovariotomia *in 1809 este Mac-Dowel*, elevul lui John Bill; iar al doilea este *Nathan Smith*. În 1871 W. Atlee din America făcuse deja 246 de operații. În Franța, pentru prima óră ovariotomia s'a făcut în 1844 de Woyerskovsky, iar apoi *in 1862 de Nelaton*.

În 1864 Koeberlé și Péan contribue foarte mult la vulgarizarea acestei operațiuni.

Nu avem trebuința să descriem modul cum trebuie făcută o ovariotomie. Principiile sunt proprii ori-cărei laparatomii.

Bazele sale se pot rezuma în următoarele: Pe cât e posibil incisiunea abdomenului să nu fie prea mare, ci făcută just pe linia albă, pentru a intra în intersticiul mușchilor drepti ai abdomenului.

Trebuie însă recunoscut, că une-orí spațiul acesta nu e tot-d'a-una ușor de găsit. Dar lucrul nu trebuie să ne intimideze: la rigóre, pentru a nu pierde timpul, putem incisa chiar și în grosimea mușchilor pentru a intra în peritoneu. Singurul inconvenient este ca vom secționa vase mai multe și vom fi siliți a pune pense în consecință.

Drept probă de inocuitatea acestei căi este că, Storer din

Boston, un chirurg foarte reputat, cu tot dinadinsul nici nu-și dă osteneală să intre în peritoneu prin intersticiul mușchilor dreپٹی abdomenului, ci tot-d'a-una dreptul prin grosimea acestor mușchi. Cât privesce lungimea incisiunii, de și S. Wells nu atribue acestu lucru nici o importanță în prognosticul operator, totuși e bine a nu recurge la incisiuni prea mari, de cât în casuri de absolută necesitate. Este prudent a începe incisiunea pe o întindere de 7, 8, 10 c. m., rămâind ca după circumstanțe să o prelungim.

Odată peritoneul deschis, dacă vedem că tumora nu pôte fi estrasă prin plaga ce am format, este bine ca puind comprese între tumoră și peritoneu, să golim kistul prin trocarul lui Spencer-Wells. După aceea cu ajutorul clampelor lui Nelaton, aplicate pe orificiul puncției, să încercăm prin tracțiuni moderate a trage kistul afară. În cazul când simțim rezistență și bănuim prezența de aderențe, vom introduce mâna în cavitatea peritoneală, pentru a ne asigura de întinderea și gradul în cari se găsesc. Să avem ca principiu; că pe cât posibil să lucrăm cu mâna și cu ochii, așa în cât să vedem ce desfacem și ce rupem. De aceea în casuri dificile nu vom esita a mări incisiunea. Acésta se face de obicei cu ajutorul fórfecelor: introducem prealabil mâna stângă între tumoră și päreții abdomenului; instrumentul sprijinit pe degetele noastre, efectuăm secțiunea. Dînsa trebuie prelungită dincolo de ombilie și să înconjore acest organ la stînga iar nu la drépta, spre a evita vena ombilicală.

Când ast-fel plaga va fi convenabil lărgită, noi putem pe de o parte să atacăm aderențele: pe cele slabe le deslipim, iar pe cele mai gróse le secționăm între două legături.

După ce ast-fel am liberat tumora din tóte părțile și am scos-o afară din abdomen, nu avem de cât să aplicăm la bază o pensă lungă fixă. D'asupra ei incisând, scótem tumora; în urmă aplicăm legături pe pedicul sub pense. Câte o-dată numai recurgem la pensă: un ajutor ține tumora în sus, iar noi puind legăturile suficiente pe pedicul, secționăm d'asupra lor și scótem tumora. Totul depinde după circumstanțe și după lărgimea și grosimea pediculului.

Nu există nici o operație mai frumósă, mai simplă și mai măgulitoare pentru chirurg, de cât ovariectomia, când se presintă în condițiuni favorabile. Un kist ovaric unilocular, chiar de volum mare, dar mobil, fără aderențe și cu un pedicul lung și subțire, este o jucărie iar nu operațiune. Când însă același kist



e multilocular, aderent, cu un larg pedicul său vîrît în ligamentele largi; și când pe lângă acesta mai intervin și alte incidente și complicațiuni operatorii, atunci ovariectomia devine o operațiune extrem de dificilă și plină de cele mai mari pericole.

În casurile acestea, este bine să ne dăm seama în totă conștiința, de posibilitatea de a fi sau a nu fi în stare a ridica tumora.

Nimic nu este mai penibil și mai grav decît să spunem că Lawson Tait, de cît a încerca extirparea unei tumori fără a putea termina operațiunea. Adesea încurcându-ne într-o asemenea întreprindere, suntem siliți a recurge la scoterea intestinelor din abdomen pentru a lumina câmpul operator; adesea suntem siliți a încerca ruperea aderențelor solide, oprindu-ne însă repede în fața imposibilității; adesea suntem siliți a recurge, în casuri extrem dificile, la sfatul lui Péan și Emmet, de a tăia numai o parte corespondentă din perețele kistului și a lăsa cea-laltă parte aderentă cu organul subjacent, pentru a evita rănirea și ruperea lui. Adesea ne putând opri emoragiile, vom fi siliți în lipsă de legături să aplicăm pense, une-orî aruncate la întâmplare și să e lăsăm în loc, precum recomandă Péan; adesea cu toate silințele nu putem extrage de cît o parte din tumoră restul fiind inaccesibil și inexpugnabil; adesea în fine operațiunea durând mult, cloroformisatorul ne anunță o stare asfixică și deperditorie a bolnavei. Atunci, încurcați într-o afacere detestabilă, nu știm ce să facem mai întâiu: a îngriji de bolnavă sau a închide abdomenul. Dar de multe orî și acesta ni se refuză; noi nu putem introduce intestinele umflate și transformate în adevărate baloane.

Să căutăm deci a evita întreprinderi imposibile, pentru a nu ne găsi în fața unor situațiuni, foarte bine caracterizată de francezii sub numele de *laparatomie aux aboies*.

În ceea ce privește îngrijirile consecutive după operație, ele sunt proprii orî-cărei laparatomii și nu se dobîndesc de cît prin practică.

De alt-fel cititorul va căpăta multe cunoștințe citind diferitele observațiuni, cari tocmai în acest scop au fost puse și descrise în acest volum.

Ar fi mai trebuit iarăși să arătăm conduita noastră în privința pediculului tumorei. Dar diferitele metode de tratament intra și extra peritoneale, le-am descris deja cu ocaziunea fibromiómelor, precum și în laparatomiele făcute contra anexitelor și deci, credem inutil a mai insista.

Maî există o metódă de tratament a kiştilor ovarici; acésta dînsa constă ca extirparea sã se facã pe calea vaginalã. Dînsa forméazã ceea ce se numesce ovariectomia vaginalã.

Ocaziunile pentru acésta operaþie sunt fórte rari. Se cere în adevêr nisce condiþiuni cu totul speciale, precum ar fi prezenþa unui kist de volum mic și cu totul pediculat.

Dar chiar și în asemenea circumstanþe încã e de preferat laparatomia, cãci dacã dînsa dã rezultate bune în casuri de tumori voluminoase și chiar complicate, a fortiori rezultatele vor fi și maî sigure, fiind vorba a ridica o tumorã micã, mobilã și pediculatã. Este deci cu totul inutil a recurge la ovariectomia vaginalã. Noi nu gãsим nici un folos practic a lucra într'un canal strîmt și fãrã a vedea în câmpul operator. Pe lângã acésta, ocaziunea de a infecta peritoneul este mult maî uşorã prin vagin de cât direct pe calea abdominalã.

Încã o chestiune rãmâne de atins, cu privire la existenþa simultanatã a unui kist și graviditate.

În faþa unei asemenea eventualitaþi nu se póte stabili nici o regulã fixã; totul depinde de modul cum se presintã afacerea. S'aũ vêdut casuri când un kist ovaric mic, situat în basin, nu numai cã n'a fost o piedicã pentru dezvoltarea uterului gravid, dar și însãși facerea s'a efectuat în mod normal. Dacã suntem chemaþi chiar în momentul când femeea se aflã în munci și constatãm o piedicã din partea kistului, putem încerca a-l reduce împingãndu-l în sus de basin; saũ dacã circumstanþele sunt favorabile, sã procedãm la evacuarea kistului, printr'o puncþie fãcutã în fundul de sac posterior al vaginului. Unii recomandã chiar incisiunea largã a kistului prin acésta cale. În cazul când graviditatea coincide cu un kist ovaric de volum mare, suntem de opiniunea majoritaþei autorilor, a face laparatomia pentru ridicarea tumorei. Metóda acésta e de preferat puncþiilor, și este incomparabilã cu expectaþia saũ provocarea de avort, ori facere prematurã. Dar încã odatã, rezolvarea chestiunii depinde de o mulþime de factori ce nu se pot prevedea. De alt-fel coincidenþa graviditaþei cu o tumorã intra-abdominalã, a fost deja tratatã la Cap. fibrómelor.

**Tratamentul kiştilor ovarici intra-ligamentari.** Am arãtat la anatomia patologicã diferitele varietãþi de kişti ai ligamentului larg. Ei ne oferã trei varietãþi clinice: unii de și putãnd cãpãta un volum extra-ordinar, totuși reușind a-și forma un pedicul convenabil, pot fi extirpaþi cu cea maî mare înlesnire prin lapara-

tomie. Aceștia sunt kiștii hialinî paraovariciî cari sunt și cei mai benignî. Alții însă nu numai că rămân definitiv închiși în grosimea ligamentului larg, dar contractează aderențe cu organele vecine și cu peritoneul parietal, în cât nu e cu putință nici a se disloca și cu atât mai puțin a se extirpa. Aceștia sunt kiștii proligeri, cari umplând întregul basin represintă caracterele cele mai clasice ale unei tumori maligne.

Intre aceste două varietăți există o a treia. Dînsa este caracterisată prin aceea că tumora conservându-și caracterele kistului hialin, rămâne închisă în grosimea ligamentului larg, pe care îl întinde până la limitele posibile. Dar totuși el rămâne benign, fiind lipsit de acele producțiuni proligeră. Cel mult dînsul prin fața sa externă, pôte contracta aderențe cu peritoneul pelvien. Dar și acestea nu sunt așa de întinse și solide, în cât să nu ne permită o deslipire completă.

Contra acestor kiștii putem întreprinde următoarele trei procedee:

1. Pe partea cea mai culminantă a tumorei și în punctul cel mai puțin vascular, facem o incisiune a fôiei peritoneale a ligamentului larg. Atunci cu degetul căutăm a deslipi kistul, în cas de a avea un volum mai mare îl vom puncționa, iar după golire vom procede înainte cu deslipirea, până ce vom reuși a'l enuclea.

2. Dacă estirparea e dificilă, noi în câte-va casuri am incizat kistul. După golire am făcut largi spălături a cavităței kistului cu sublimat. Am resecat porțiunii întinse și de o parte și de alta, iar după aceea am răsfrânt buzele rămase înăuntru aplicând pe d'asupra mai multe puncte de sutură, puind în contact cele două suprafețe seróse. La rigóre putem după evacuarea și închiderea pungei, să stabilim un drenaj al cavităței kistului fie abdominal sau prin fundul de sac posterior al vaginului.

3. Dacă circumstanțele sunt favorabile, putem recurge la extirparea kistului împreună cu ligamentul larg.

Noi într'un cas, avënd a face cu un kist intra-ligamentar și neputëndu-l ridica după deschidere, am extirpat nu numai ligamentele largi, dar și anexele împreună cu uterul în nivelul istmului. Am făcut cu alte cuvinte isterectomia abdominală totală supra-vaginală, împreună cu ligamentele largi, ast-fel precum se vede în fig. 183.



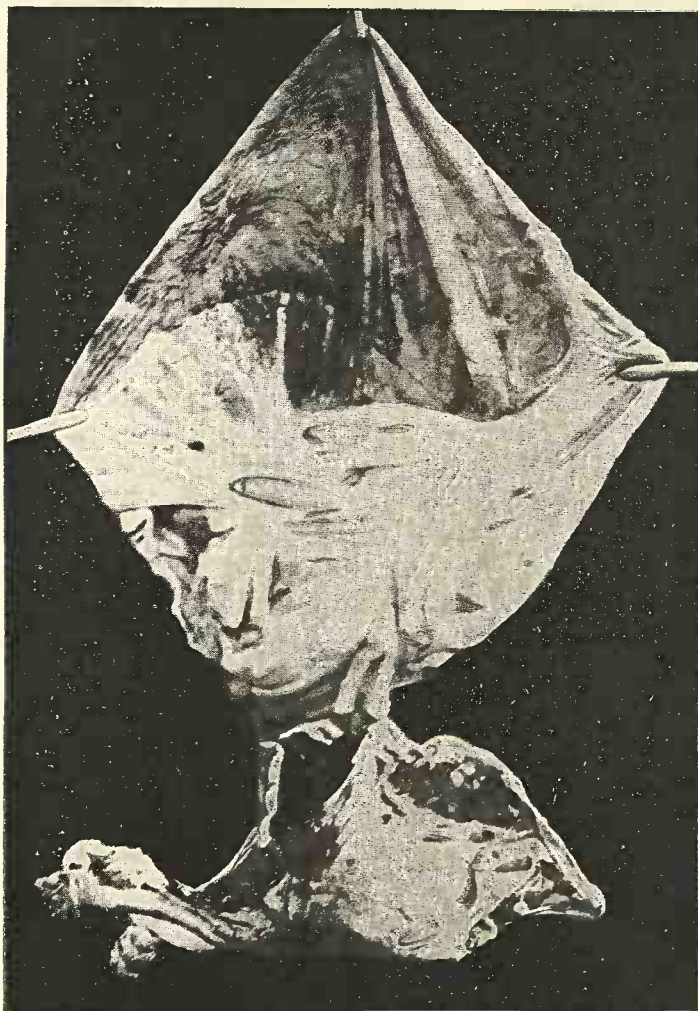


Fig. 183.

Kist intra-ligamentar. Extirpare împreună cu uterul și anexele.

Roza Schultze 57 ani. Laparatomie 20 Octombrie 1897, vindecată 13 Noembrie  
(personală)

Nu ne oprim asupra celor-lalte tumori solide ale ovarului, reprezentate prin fibróme, sarcóme și cancere, In constituțiunea ovarului am arătat că există o cantitate foarte mare de țesut conjunctiv; el póte fi capabil să dea naștere — prin dezvoltarea sa excesivă și diferite modifițiuni— la tumori benigne ca fibróme; sau maligne, ca sarcóme, etc.

In ceea ce privește cancerul ovarului, chestiunea e mai dificilă. Posibil este ca asemenea tumori maligne să se dezvolte în acest organ; separațiunea însă, a transformărei unui kist prolijer în epiteliom, de un cancer independent de acest lucru, e foarte delicată.

Unii autori între cari Eckardt, au arătat o origină specială a cancerului ovaric, ca provenind din alterațiunea celulelor epiteliale ce căpтуșesc interiorul vaselor limfatice și capilare. Pentru acesta i-a dat și numele de *endoteliom*.

Din punctul de vedere clinic, tumorile solide ale ovarului se însoțesc în interiorul lor de prezența unor cavități kistice destul de considerabile; acesta a și motivat numele de kisto-fibrom, kisto-sarcóm, sau kisto-endoteliom.

In afară de fibróme cari în general nu iañ un volum mare, cele-lalte varietăți își arată malignitatea prin determinarea unei acumulări de liquid în cavitatea peritoneală, adică a unei ascite.

Simptomele acestor tumori sunt proprii tumorilor anexiale. Ele se însoțesc de anume semne, după cum vor fi pediculate, cu o formă regulată, cu ridicături pronunțate și de consistențe diferite.

Diagnosticul se stabilește prin exclusiune; mai adesea însă cu probabilități.

Tratamentul radical constă în laparatomie și extirparea tumorei.

## CHESTIONAR

## Kiștii ovarului.

Considerațiuni generale. Istoric. Meckel, Cruveilhier, Lebert, Rokitansky, Virchow, Scanzoni. Teoria lui Waldeyer. Teoria lui Sinety.

Anatomia patologică. Kiști multiloculare, pauci și uniloculare. Mecanismul formării kiștilor proligeri și proliferi. Producțiunea kiștilor seroși, gelatinoși și ematici. Tumori ovarice mixte . . . . . pag. 753—768

**Kiști dermoizi.** Istoric. Caractere. Conținutul. Observațiunile autorului. Teorii :

I. Teoria kistului fetal. II. Teorie diplogenesei. III. Teoria inclavării. IV. Teoria partenogenesei. Discuțiuni și probe. Opinia autorului. Teoria celulei nodare sau a lui Bardt. . . . . „ 768—777

**Kiști para-ovarici.** Considerațiuni generale. Existența și formarea resturilor embrionare. Caractere. Discuțiuni și diviziunea. . . . . „ 777—780

**Simptomele kiștilor ovarici.** Considerațiuni generale. Diviziunea clinică a simptomelor când kistul ovaric e în periôda pelvienă sau abdominală. Semnele proprii și caracterele patognomonice ale fiecărui.

Valôrea evoluțiunei clinice propriie kistului ovaric și a diferitelor procese inflamatorii, acute, cronice și neoplazice. . . . . „ 780—790

**Mers, durată și complicațiuni.** Evoluțiunea kiștilor ovarici după forma și varietatea anatomică. Observațiunile autorului. Diferitele căi de deschidere ale kistului ovaric în anume organe. Mecanismul vindecării spontanate. Ruperile kistului. . . . . „ 790—800

**Complicațiunile în kiștii ovarici.** Ascita. Mecanismul producerii sale. Caracterul liquidului extras. Observațiunile lui Mehu și Köberle. Mecanismul invocat de Quènu.

**Aderențe.** Considerațiuni generale. Caractere. Aderențe parietale și splahnice. Rolul aderențelor în ovariectomie. Semnele de a recunoșce aderențele. Diferite precepte date de Spencer-Wells : pozițiunea



bolnavei, mișcările tumorei, rolul muschilor dreپți ai abdomenului. Diviziunea aderențelor în filamentose, scurte sau în plăci. Cause de erori.

Inflamația și supurația kistului ovaric. Diferite mecanisme. .

Torsiunea și ruperea pediculului. Istorice. Causele torsiunii. Torsiuni brusce, lente, complete și incomplete. Consecințe. Aplicațiuni practice. Metoda lui Freund.

Transformarea kiștilor în tumori maligne. Considerațiuni generale. Observațiunile autorului . . . . . „ 800—808

**Diagnosticul kiștilor ovarici. Considerațiuni generale.** Diagnosticul kiștilor în perioada pelvienă și abdominală. Afecțiunile de diferențiat în prima perioadă. Semne patognomonice.

Caracterele kistului ovaric abdominal. Diagnosticul adiposității părților abdominale. Observațiunea autorului. Semnele distinctive. Mecanismul dezvoltării de gaze în kiștii ovarici. Observația autorului. Confuziunea între fibromul părților abdominale și kistul ovaric. Semnele distinctive. Consecința relaxării părților abdominale.

Tumorile fantome sau imagine. Istorice. Mecanism. Opiniunea lui Lawson Tait. Rolul isteriei și a îngurgitărei aerului în tubul digestiv. Caractere. Semne distinctive.

**Ascita.** Diagnosticul diferențial între o ascită și kist ovaric. Forma abdomenului. Situațiunea ombilicului. Variabilitatea matității și sonorității. Cause de erori. Semnul lui L. Tait și a lui Nelaton.

**II. Sarcina.** Istorice. Semnele distinctive cauze de erore. Valoarea opririi sau continuării menstruelor.

**Peritonita închistată.** Condițiuni de confuziune. Semne distinctive. Observația autorului.

**Bólele ficatului și ale splinei în raport cu kistul ovaric.** Condițiuni de confuziune. Semne patognomonice. Observația autorului.

**Tumorile rinichilor, ale mesenterului și diferite alte supurațiuni pelviene în raport cu kistul ovaric.** Semne caracteristice. Modul de diferențiere.

**Tumorile uterului.** Posibilitatea fibrómelor și în special a kisto-fibrómelor de a fi luate drept kist ovaric. Condițiuni. Caractere, semne patognomonice.

---

**Discuțiuni asupra punctilor exploratrice.** Opinia lui Stilling. Duplay, Kivich și Spencer-Wells . . . . . „ 808—832

---

**Prognosticul kiștilor ovarici.** Condițiuni și posibilitatea transformării în tumori maligne. Observația autorului.

---

**Tratamentul.** Istoricul ovariectomiei. Diferite metode. Ovariectomia vaginală. Tumorile solide ale ovarului. . . . . „ 832—842

F I N E

# CHESTIONAR GENERAL

## PARTEA I

*Cap. 1.* Definiția vulvei. Părțile sale constitutive. Divisiunea vulvei în planuri. Leziunile traumatice ale vulvei, contuziuni, plăgi și ruperi. Rupturile conjugale. Diferite exemple. . . . . pag. 63—66

*Cap. 2.* Bólele muntelui Venus. Definițiune, compozițiune, consecințe. Bólele parazitare: pitiriasis versicolor, patogenie, forme. Lichen simplu. Eczema, caractere. Râia. Pediculi pubis. . . . . „ 66—69

*Cap. 3.* Bólele buzelor mari. Definiție, aspect și conformație. Compozițiune. Afecțiuni diverse și comune tegumentului extern. Vegetațiile sifilitice și gravidice. Rolul prezenței părului buzelor mari și în special al celui așezat pe marginea lor anterioară. Exemplul lui Lawson Tait. Caracterele varicelor, tumorilor varicóse și trombusurilor. Istoricul trombusului. Divisiune, în vulvar, perineal și vaginal, caractere. Causese intime. Predispoziție. Opiniunea lui Velpeau. Divisiune. Prògnosticul trombusului, tratament, precauțiune. „ 69—75

Tumorile buzelor mari. Divisiune. Lipóme. Kiști și fibróme. Sediul desvolării lipómelor. Varietăți: fibrom dermoid, capsular, al ligamentului rotund, aponevrotic și periostic. Caractere . . . . . „ 75—78

Tumorile liquide ale buzelor mari. Kiștii glandei lui Bartholin. Considerațiuni asupra acestei glande. Divisiunea în kiști superficiali și profunzi. Caractere distinctive. . . . . „ 78—82

Kiști seroși sau hidrocelul femeii. Sediú, patogenie, ligamentul rotund, canalul lui Nüeck, sacuri erniare vechi, igrome anormale și profesionale. Semnele caracteristice după sediú pentru diagnosticul diferențial . . . . . „ 82—83



**Tumorile gazóse ale buzelor mari.** Ernie, varietăți labială anterioră, posterioră și perineală. Enfisem vaginal, vaginită kistică sau colpoiperplasie kistică, patogenie. . . . . pag. 83—86

**Bólele perineului.** Rupturi: traumatice, chirurgicale și obstetricale. Rupturi apuerperale și puerperale. Divisiunea rupturilor perineului. Rupturi centrale, marginale și totale; mecanism, caractere. Tratamentul. Intervențiune precoce și tardivă, opiniunea lui Trélat. Istoric. Metóda prin lambouri cu escisie și lambouri în dedublare fără escisie. Procedeu Hegar, Simon și Martin. Metóda lui Lawson. Tait. Principiū. Modificarea lui Doleris. Ingrijiri post operatorii. . . . . „ 85—109

**Bólele planului al II-lea al vulvei.** — Considerațiuni anatomice asupra clitorisului; prepuțului, buzelor mici și furculiței. Bólele rari și fără importanță specială a acestor organe. Ipertrofia congenitală a clitorisului. Observația lui Lawson Tait. Ipertrofia dobândită. Observația autorului. Opiniunea lui Baeker-Brown relativ la legătura între epilepsie și clitoris. Discuțiuni . . . . . „ 101—110

**Bólele planului al III-lea al vulvei.** -- Considerațiuni asupra vestibulului, meatul urinar cu tuberculul și imenul. Deducțiuni practice. Diferite forme de imen. Consecințe. Kiști vestibulului, patogenie. Kiști imenului, patogenie. Bólele meatului urinar, inflamație. Tumorile meatului: ipertrofice, glandulare, vasculare, papilare și conjunctive. Caractere și modul de evoluțiune. Cause. Simptome. Caracterele principale. Diagnosticul, tratamentul, diferite procedee. Uretrotomia . . . . . „ 110—132

**Vulvite.** Considerațiuni generale. Divisiunea: vulvită mucóasă, mucipară, bartholinită și vulvită aftóasă și gangrenóasă. Vulvite protopatice și devteropatice. Vulvite specifice și nespecifice. Rolul gonococului. Caracterele fie-căreia din varietățile menționate . . . . . „ 132—148

**Bólele neoplasmice ale vulvei.** Esthiomenul, varietăți. Considerațiuni generale, esthiomen eritematos, serpiginos, perforant și ipertrofic. Caractere, tratament. . . . . „ 148—151

**Kraurosis vulvae.** Caractere. Istoric, Breisky, Lawson Tait și Martin. Simptome. Diagnosticul diferențial cu leucoplasmia . . . . . „ 151—154

**Vaginism.** Definiție, caractere, istoric. Diviziune: vaginism iperestestic, contractual și contracturo-iperestestic. Modul manifestării, simptome. Diferite opinii asupra etiologiei. Consecințele. Tratamentul general, local și chirurgical. Escisiunea imenului (Winckel). Operațiunea lui Sims . . . . . : pag. 154—166

## PARTEA II

### Bólele canalului vaginal.

Considerațiuni generale. Direcțiunea și dispoziția păreților, folóse practice. Adâncimea fundurilor de sac; raportul peritoneului, consecințe. Diviziunea vaginului. Păreții și extremitățile sale. Formarea perineului. Structura vaginului: stratul extern, muscular și mucos. Caractere. Chestiunea glandelor vaginului. Discuțiuni. Diferite opinii și teorii. Vascularitatea vaginului. . . . . „ 167—174

**Traumatismele vaginului.** Diviziune. Exemple. Vaginite. Considerațiuni. Diviziune. Vaginita acută, cronică, granulósă, adesivă, emfisematósă; caractere. Vaginita ulcerósă, foliculară, disecantă. Etiologia vaginitelor. Diferite opinii. Modul evoluțiunii și al manifestării. Consecințe. Tratament . . . . . „ 174—189

**Tumorile vaginului.** Diviziune. Kiștii vaginului. Opinia lui Huguier, Kaltenbach, Tillaux, Dohn, Winckel, Skene, Geyl, etc. Caractere și modul evoluțiunii. Intervențiuni.

Fibrómele, papilómele și tumorile maligne ale vaginului. Caractere, modul evoluțiunii, semne distinctive . . . . . „ 189—203

**Fistulele vaginale.** Considerațiuni generale. Fistulele rari și ne-descrise: Fistulă entero-vaginală, salpingo-vaginală, pio-vaginală, vagino-peritoneală. Fistule spontanate. Fistule chirurgicale și obstetricale. Etiologie. Condițiunile de îndeplinit pentru producerea fistulei vesico-vaginale. Gradul și durata compresiunii. Mecanismul. Rolul spinei pubisului. Varietăți. I. Fistulă vesico-vaginală. II. Vagino-peritoneală. III. Uretro-vaginală. IV. Uterină-superficială sau cervicală. V. Uterină profundă. VI. Vesico-uterină. VII. Uretero-cervicală. VIII. Uretero-vaginală. IX. Recto-vesicală . . . . . „ 203—208

Rolul scurgerii premature a lichidului amniotic. Anatomia patologică. Formele și întinderea orificiului fistulos. Numărul orificiilor, caracterele marginilor orificiilor. Lipsa de traect fistulos. Simp-

țome. Scurgerea continuă, epoca aparițiunii. Casurile când cu totă existența fistulei semnul patognomonic lipsește. Condițiunile și formele fistulelor ce pot rămâne ascunse. Diagnosticul. Efectul scurgerei continue a urinei. Modul de a examina femeia pentru a descoperi fistula. Prognosticul considerat din punctul de vedere social și chirurgical. Tratamentul. Procedul lui Dessault. Metóda avivărei directe. Metóda prin lamboură. Metóda lui Vidal de Cassis (colpocleisis). Inconveniente. Metóda lui Jobert de Lamballe saú cisto-plastia. Procedul lui Freund. Metóda Americană. Principii . . . . .	pag.208—223
Metóda autorului prin două rinduri de suturi. Principiul metodei. Modul aplicărei suturilor . . . . .	„ 223—228
Metóda lui Ricard și Fénoménoff. Metóda supra pubienă. Procedul lui Trendelenburg; procedul lui Dittel. Tratamentul celorlalte varietăți de fistule: uretro-vaginală; utero-vaginală; uretero-vaginală. Metóda lui Jobert de Lamballe (istero-stomato-cleisis). Metóda lui Courty. Metóda lui Landau, Boari și Bazy . . . . .	„ 228—236
Tratamentul fistulelor recto-vaginale. Diferite procedee . . . . .	„ 236—238

## PARTEA III

### Bólele uterului.

Desvoltarea embriologică a organelor genitale. Rolul corpului lui Wolff, pronefros, mezonefros și metanefros. Canalul lui Wolff, canalul lui Müller, rolul și destinațiunea lor. Diferite consecințe a nereunirei canalului lui Müller saú a persistenței despărțitórei interpuse între ele: vagin dublu, uter dublu, uter dificiens, pubescens. Origina paraovarului, corpul lui Rosenmüller și canalele lui Gärtner . . . . .	„ 241—249
Considerațiuni generale asupra rolului organului uterin și a situațiunii sale. Statica uterului. Forma și diviațiunea. Deviațiunile extrinsice și intrinsice ale uterului, versiuni și flexiuni. Conformațiunea exterioară și interioară a uterului. Vasele venóse și limfatice ale uterului . . . . .	„ 249—256
Leziunile traumatice ale uterului. Considerațiuni generale. Diviziune: plăgi superficiale, profunde și penetrante. Plăgi chirurgicale. Condițiuni de producere. Exemple. Plăgi chirurgicale voluntare. Caractere. Plăgile gâtului uterin. Diviziune: superficiale, profunde și perforante. Simptome și tratament . . . . .	„ 256—263

**Metritele în general.** Considerațiuni generale. Inflamația uterului prin situațiunea sa, prin destinațiune, forma și constituția sa. Diviziunea metritelor. Diviziune după fenomenele clinice: metrta catarală, emoragică, purulentă. Diviziune după cauze: metrta gravidității, puerperală, blenoragică, traumatică, a frigore, etc. După diazeze: artri-



tică, erpetică, sifilitică, scrofuloasă și tuberculoasă. Diviziunea metritelor din punctul de vedere macroscopic: metrîta ulceroasă, granulată, polipoidă, fungoidă, etc. Diviziunea anatomică a metritelor: metrîta gâtului și metrîta corpului uterin. Clasificarea metritelor: mucoidă, glandulară, intersticială și parenchimatoidă . . . . . pag. 263—269

I) Endometrita cronică mucoidă. Considerațiuni anatomice asupra mucosei uterine. Dermul sau corionul mucosei. Anatomia patologică. Aspectul și culoarea mucosei uterine. Modificările ce încercă mucoida în această afecțiune. Diferite tipuri de fungosități. Cauze . . . „ 269—273

II) Endometrita cronică glandulară. Considerațiuni anatomice a glandelor uterine. Leziunile anatomo-patologice ale acestei afecțiuni. Alterațiunea glandelor după cercetările lui Ruge: ipertrofie și hiperplazie glandulară. Descripțiunea și formele acestor alterațiuni. Opiniunile autorilor asupra hiperplaziei glandulare. Opiniunea lui Schroeder și Delbet. Diferite discuțiuni . . . . . „ 273—276

III) Endometrita cronică intersticială. Caractere. Descripțiune, cauzele. IV) Endometrita parenchimatoidă. Considerațiuni generale asupra anatomiei uterului. Descrierea acestor metrîte. Caractere. Iper-trofia uterină în această afecțiune. Causa acestei ipertrofii. Opiniunile diferiților autori. Perioada de infiltrațiune și de îndurațiune în metrîta parenchimatoidă. Caracterele acestor perioade. Aspectul uterului. Iper-trofie extrinsecă și intrinsecă. Caractere . . . . . „ 276—282

---

Endometrita gâtului uterin. Considerațiuni anatomice. Elementele constitutive. Dispozițiunea fibrelor musculare. Arborele vieții. Mucoida și corpul gâtului uterin. Leziunile macroscopice ale mucosei și ale parenchimatului. Aspectul și culoarea mucosei. Caractere. Ce se numește cervicita? Cervicita glandulară. Caractere. Polipi glandulari. Simptome. Ulcerațiunile gâtului uterin. Diferite teorii: teoria eroziunii incomplete a corpului mucos a lui Malpighi; teoria ectropionului mucosei cervicale, teoria anomaliei congenitale. Reprezentanții acestor teorii. Argumentele aduse de diferiți autori pentru susținerea acestor teorii. Caracterele ulceratiunilor erpetice, scrofuloase, sifilitice și cancerose . . . . . „ 282—290

---

Etiologia și patogenia metritelor. Causa endometritei puerperale. Diferite opinii. Condițiunile de îndeplinire a acestei metrîte în cas de a fi infecțioasă: microbul și inoculațiunile. Auto-infecțiunea și etero-infecțiunea Metrîta deciduală. Endometrita nepuerperală. Rolul gonococului lui Neiser. Diferite cercetări. Obstacolul gonococului de a străbate în uter.

Endometrita parenchimatoidă, cauze. Opinia lui Lawson Tait . . . 291—295

## Simptomele metritelor.

Metrita acută. fenomene generale și locale. Semnul lui Courty. Starea uterului. Metrita cronică. Turburări funcționale. Leucorea. Caractere. Turburările în menstruație. Caractere. Dismenoree, amenoree. Emoragiile. Menoragia. Metroragia. Semnificare. Simptomele: obiective: durerea, semnificarea acestui simptom. Durerile simpatice. Explicațiunea. Consecințe. Facies uterin. Simptomele obiective, funcționale și fizice . . . . . pag.295—301

## Diagnosticul metritelor

Punctele principale, dacă avem metrită, care-i forma și cum se poate separa de alte bóle a organelor vecine. Ulcerațiuni idiopatice. Diferite opinii. Ulcerațiuni benigne, neoplazice și specifice. Caractere distinctive.

Teoria microbienă. Endomerita puerperală. Cause. Cercetările moderne asupra naturii microbiene a acestei afecțiuni. Diferite inoculațiuni. Endometrita ne-puterperală. Cause. Cercetările diferiților autori. Opinii. Endometrita parenchimatósă. Cause. Simptome funcționale, subiective și obiective. Caractere. Turburări menstruale. Emoragii . . . . . „ 301—315

Diagnosticul, semne diferențiale între metrite, Semnul lui Spiegelberg. Prognosticul și tratamentul. Diferite metode și principii de tratament. Metóda autorului. Operația lui Schroeder și Emmet. Procedul autorului . . . . . „ 315—319

Tumori lichide, gazóse și solide ale uterului. Condițiunile pentru producerea tumorilor lichide: Astuparea orificiilor uterului. Diferite alte cause. Atrezii congenitale și dobândite. Idrometru, piometru și fisiometru. Mecanism. Fenomene de retențiune. Molimen. Consecințe. Tratament . . . . . „ 321—329

Tumori solide ale uterului. Diviziunea autorului în tumori endometrice și mesometrice. Polipii uterini: mucoși, fibroși și papilari.

Compozițiune și caractere. Polip glandular, angiomas, kistic, fibros și placentar. Simptome. Emoragia; forme și caractere. Diagnosticul cu un cancer. Tratament. . . . . pag. 327—332

**Tumori fibróse ale uterului.** Compoziția. diviziune. Diferite numiri. Isterome după Broca: mesisterome după autor. Considerațiuni după sediū, volum, număr, consistență. Modul de dezvoltare; fibrom sub-seros, sub-mucos și intersticial. Zona de separarea fibromului; rolul și importanța. Raportul între fibrele conjunctive și musculare în fibrom. Opinia lui Robin și Lawson Tait. Mecanismul prezenței de glande în fibróme . . . . . „ 332—341

**Vascularisarea și nutrirea fibrómelor.** Considerațiuni. Diferite opinii și teorii; probe pentru și contra. Opinia lui Virchow. Fibróme telangiectasice, limfangiectasice. Mecanismul creșterii fibromului. Ramolirea, supurația, gangrena, transformarea cancerosă și degenerescenta kistică. Mecanism și diferite forme. Opiniuni diverse . . . . . „ 341—352

**Etiologia.** Sexul. Raportul între nulipare și multipare. Statistici. Opinia lui Cohnheim, Prochownik. Patogenia. Teoria lui Velpeau, Virchow, Klebs, Gottschalk, Kleinwoechter. Teoria modernă. Opinia autorului. Mecanismul peregrinării miomului intersticial. Fibrómele intra-ligamentare, sub-aponevrotice și a porțiunii vaginale a gâtului uterin . . . . . „ 352—358

**Raportul uterului și a anexelor cu fibrómele.** Deviațiuni centripete, centrifuge, ascendente și descendente (autorul). Mecanismul. Alterațiunile uterului: creșterea cavității și leziunile mucósei. Starea vaselor. Consecințe . . . . . „ 358—361

**Simptome.** Emoragia; caractere, menoragie, metroragie. Cause. Durerea. Caractere. Dureri compresive, colici uterine, peritoneale, ex-



cruciente, torsiunea pediculului, consecințe. Turburări funcționale din partea bășiceii și rectului. Copremia, facies uterin. Alterațiunile renale și cardiace . . . . . pag.361—365

---

**Prognosticul.** Considerațiuni. Rolul gravidității și al menopauzei. Opinii și observațiuni. Mărte prin embolie; cazul autorului . . . . . „ 365—368

**Diagnosticul.** Considerațiuni generale. Diagnosticul diferențial al tuturor formelor de fibrôme cu metrita, cancer, graviditate, kiști ovarici, resturi de pelvi-peritonită și ematocele, etc. . . . . „ 368—386

**Tratamentul.** Considerațiuni ale autorului. Metode prin ergotină și electricitate. Castrația. Procedeele autorului. Metóda lui Amussat. Isterectomia vaginală și abdominală. Diferite procedee, etc., etc. . . . . „ 386—407

## Tumorile maligne ale uterului.

**Cancerul uterin.** Considerațiuni generale. Caractere. Teoria lui Cohnheim asupra patogeniei cancerului. Diferite alte teorii și opinii. Opiniunea autorului. Diviziunea cancerului: Cancerul gâtului și cancerul corpului uterin . . . . . „ 408—411

---

**Cancerul gâtului uterin.** Formele: Forma vegetantă, infiltrată și ulcerosă. Forma vegetantă. Considerațiuni și caractere distinctive. Forma infiltrată și ulcerosă. Forma vegetantă. Considerațiuni anatomice. Modul aparițiunei. Diferite varietăți: epiteliom pavimentos, lobulat și tubulat. Considerațiuni și caractere distinctive. Forma infiltrată. Caractere. Epiteliom cavitat. Caractere. Adenocarcinom. Epiteliom cilindric atipic. Caractere . . . . . „ 411—416

---

**Evoluțiunea clinică a cancerului gâtului uterin.** Considerațiuni. Diviziunea autorului: Epiteliom meta-cervical, mezo-cervical și endo-cervical. Epiteliomul meta-cervical. Cum se manifestă? Unde se localiséză de preferință? Cancer liminar a lui Pozzi. Gravitatea aceste forme. Epiteliom mezo-cervical. Caractere. Epiteliom nodulat. Modul aparițiunei și aspectul acestor noduli. Cancer schiros și encefaloid. Caractere distinctive. Epiteliom endo-cervical. Caractere. Diferite alte numiri ale acestui epiteliom: cavitat, ulceros, distructiv, fagedenic, terebrant. Mersul acestei forme. Aspectul colului. Unde apare afecțiunea? Care sunt proprietățile unui epiteliom? . . . . . „ 416—421

Care sunt căile de întindere ale cancerului? Cum atacă țesuturile fie-care formă de cancer? Probe pentru fie-care din varietăți. Cancerul gâtului se poate transmite la corpul uterin? Argumentele pro și contra. Diferite opinii. Opinia autorului. Modul cum cancerul gâtului se propagă la organele vecine. Care sunt aceste organe? Infecțiune prin metastasă. . . . . pag. 421—427

---

**Simptomele.** Trei perioade. Cum sunt simptomele primei perioade? Simptomele celor-lalte perioade. Agenții ce deșteaptă atențiunea bolnavelor? Durere și jenă în funcțiuni. Emoragia. Cum și când apare ea? „ 427—430

---

**Diagnosticul.** Semne patognomonice. Diagnosticul diferențial cu alte tumori ale gâtului uterin. Varietatea infiltrată de cancer al gâtului. Simptomele și diagnosticul unui cancer ulceros. Semnul lui Spiegelberg . . . . . „ 430—435

**Prognosticul și tratamentul.** Diferite procedee. Procedee și considerațiunile autorului în cancerul gâtului uterin . . . . . „ 435—459

---

**Cancerul corpului uterin.** Discuțiuni. Formele, diviziunea autorului. Cancer post-menopausal, anti-menopausal și placentar. Imposibilitatea unei diviziuni anatomice. Epiteliom glandular. Caracterul dat de Cornil. Cancerul mucósei. Caractere istorice. Simptomele. Forma fongósă și infiltrată. Diagnosticul. Caracterul emoragiei. Aforismul lui Lebert. Durerea. Caractere. Lipsa totală de durere în cancer. Observația autorului. Tuberculosa uterului. Caractere. Observația autorului. Tratamentul. Operația lui Freund, Martin, etc. . „ 460—468

### Deviațiunile uterului.

**Istoric.** Ce credeau vechii autori? Cari sunt mijlocele de susținere ale uterului. Rolul ligamentelor rotunde. Experiența lui Spiegelberg. Care este situația normală a uterului? Axa sa. Cum recunoșcem poziția normală a uterului? In ce constă deviațiunea uterului? Definițiunea deviațiunei uterine. . . . . „ 470—476

Clasificațiunea deviațiunilor: versiune, flexiune, anteversiune, retroversiune, caractere; flexiune corporală și cervicală, flexiuni divergente. Prolaps uterin, antepozițiune, retropozițiune, latero-pozițiune. *Anteversiunea*. Caractere. Etiologie. Rolul inflamației uterine. Simptomele. Diagnosticul și tratamentul . . . . . pag. 476—480

*Anteflexiunea*. Caractere. Diviziune: anteflexiune corporală, cervicală și cervi-corporală. Definițiuni și caractere. Etiologia; anteflexiuni congenitale și dobândite. Simptomele. Diagnosticul. Tratatamentul. Diferite procedee. Tija lui Fehling și a lui Le Four . . . „ 480—488

*Deviațiunile uterului înapoi*: Retroversiune, retroflexiune. Definiție și caractere. Mecanismul. Cause. Teoria lui Schultze. Simptomele. Diagnosticul. Tratatamentul. Reducerea manuală și instrumentală. Scurtarea ligamentelor rotunde. Procedeele lui Wylie și Dudley. Operațiuni directe asupra uterului. Cervix: Amussat, Nicoletis, Byford. Vagino-fixația. Procedeele Schücking, Dürhssen, Le Dentu și Pichevin. Isteropexia abdominală. Isteric. Objecțiuni . . . . . „ 488—509

## Prolapsul uterin.

Considerațiuni generale. Isteric. Hippocrate, Arethou, Soranus, Euryphon, Moriceau, Levret și Huguier. Mecanismul prolapsului. Definițiune. Diviziune: alunezare, proclinația și precipitarea uterului. Etiologia. Rolul ligamentelor de suspensie și contenție. Opinia lui Trélat. Opinia autorului . . . . . „ 509—518

*Anatomia patologică*. Leziunile organelor vecine. Elitrocel, cistocel, rectocel, ipertrofia colului. Uretrocel. Mecanism. Cistocel. Isteric. Mecanism, diferite grade. Cause. Diviziunea colului în trei porțiuni. Mecanism și varietăți. Simptomele proprii uretrocelului, cistocelului și rectocelului. Caracterele prolapsului. Prolaps incoercibil și reductibil „ 518—531

Tratatamentul uretrocelului. Medicațiuni modificatrice. Operațiuni chirurgicale. Procedeele lui Duplay și Trélat prin spintecarea buzunarului. Metoda lui Lawson Tait. Tratatamentul cistocelului. Operațiuni indirecte (elitrorafie): Girardin. Cistopexia abdominală (Tuffier). Tratatamentul elitrocelului. Varietate: elitrocel și hedrocel. Procedeele lui Berger și Gaillard Thomas. Tratatamentul prolapsului uterin. Pesare isterofore. Operația lui Freund. Metoda lui Le Fort. Tratatamentul ipertrofiei colului. Operația lui Huguier. Procedeele lui Follet din Lille, colopexie. Isterectomie vaginală totală: Isteric. Fixarea părților vaginale. Procedeele lui Mac Monagle, Martin, Czempen, Quenu și Jacobs. Isteropexia. Considerațiuni proprii ale autorului. Istero-cisto-ventropexie cu rezecție de lamboură (metoda autorului). Operația lui Alexander. Procedeele lui Lannelongue . . . . . „ 531—551

## Inversiunea uterului.

Isteric. Diferite grade. Causele inversiunei. Opinia lui Hippocrate, Galien, Dubois, etc. Inversiuni provocate și spontane. Inversiuni



puerperale. Mecanismul. Inversiunea acută și cronică. Punctul de unde începe. Rolul însecțiunei placentei. Teoria lui Kievisch și Rokitsky, inversiunii provocate de fibro-miome. Mecanism. Istoric. Inversiuni provocate de ematometru și idrometru . . . . . pag. 551—563

Simptome și diagnostic. Caracterile inversiunii de gradul I, II și III. Uter turtit. Rigby. Diagnosticul cu prolaps, polip și fibrom. Semnele patognomonice ale fie-căruia. Sensibilitatea, contractilitatea și durerea. Tratamentul. Reducere imediată și grădată. Incisia orificiului uterin. Isterectomie . . . . . „ 563—571

## PARTEA IV

### Bólele ligamentelor largi.

Considerațiunii generale. Existența a trei cavități: peritoneală, extra-peritoneală și sub-cutanată. Diferite discuțiuni: Lawson Tait, Delbet, Virckow. Flegmonul ligamentelor largi. Diferite numiri. Definițiune. Sediul. Diviziunea flegmonului în acela al bazei și vârfului ligamentului larg. Etiologia. Flegmon benign și malign. Caractere. Mecanism. Calea venoasă. Calea limfatică și calea sanguină. Anatomia patologică. Forma difusă și circumscrită a ligamentului. Caractere. Deschiderea flegmonului prin diferite căi. Simptomele. Flegmon peri-cervical a lui Gallard; al bazei și al vârfului ligamentului larg, caractere și semne patognomonice. Prognosticul. In ce constă gravitatea flegmonului? Tratamentul medical și chirurgical. Deschiderea prin calea vaginală, prin calea perineală și ischio-rectală. Metóda indirectă. Metóda lui Hegar, Bardenhauer, etc. . . . . „ 577—600

### Pelvi-peritonita saú para-metrita.

Definițiune, limite, considerațiunii generale datorite lui Freund, consecințe, etiologie și mecanism. Rolul vaselor limfatice. Rolul uterului și al trompelor. Rolul ovarului. Considerațiunii proprii ale uterului. Anatomia patologică. Pelvi-peritonită malignă și benignă. Influența stărei puerperale și blenoragică. Opinia lui Lawson Tait și Noegerat. Perióda de exudațiune și supurațiune. Simptome și diagnostic. Peritonita retro-uterină, ante-uterină și laterală. Caractere și semne patognomonice. Prognosticul și tratamentul. Intervențiune în forma generalisată de pelvi-peritonită cu aglutinarea întregii mese intestinale. Observația autorului . . . . . „ 600—611

### Ematocel.

Diferite numiri, definiție. Istoric. Hippocrate, Galien, Peletan, Recamier, Bernutz. Condițiunile de îndeplinit ale ematocelului. Pato-

gania. Discuțiunii. Teorii: Bernutz, Trousseau, Nelaton, Gallard, Richet, Virchow. Rolul gravidităților extra-uterine. . . . . „ 611—617

**Anatomia patologică.** Mecanismul revărsării sângelui în spațiul retro-uterin. Circumstanțele care favorisază sau se opun la coagularea sângelui. Simptome și diagnostic. Modul aparițiunei ematocelului, caractere și semne patognomonice. Ematocel pseudo-peritonitic și pseudo-avortiv. Tratamentul. Operațiunea lui Bernutz. Considerațiuni ale autorului. Ematocel extra-peritoneal. Condițiunile de producere . . . pag.617—627

## Bólele anexelor.

Cap. I. Considerațiuni generale asupra trompei și ovarelor. Trompa lui Fallope. Rolul fiziologic. Lungime. Diviziune. Porțiunea internă, ostium uterinum, porțiunea medie și porțiunea externă, ostium abdominal, morsus diaboli, ostium peritoneale. Considerațiuni anatomice ale acestor porțiuni. Sistemul arterial, venos și limfatic al trompei. *Ovarele.* Rolul fiziologic. Testes muliebris. Considerațiuni anatomice. Ligamentele ovarului. Ovarul posedă o membrană seroasă? Cercetările lui Waldeyer și Sappey în această privință. Epitelii germinativ. Porțiunea glandulară sau ovigenă. Porțiunea bulbosă. Arterele ovarului. Venele și limfaticele . . . . . pag.629—635

Inflamația anexelor. Discuțiuni. Cause. Blenoragia, microbii supurației și starea puerperală. Diviziuni și clasificări. Propunerea autorului de *anexite plastice* și *anexite tumorii*, de *anexite dure-rose* și *nedure-rose*. Clasificări ale lui Pozzi în *tumori nekistice* și *kistice*. Mecanismul propagării inflamației prin calea de continuitate și limfatică. Discuțiuni și obiecțiuni ale autorului . . . . . „ 635—640

*Salpingite.* I. Salpingita catarală sau endo-salpingita. Sediul esienței. Alterațiunile celulelor, consecințe, obstrucțiunea orificiului intern și extern. Consecințe. Salpingită profluentă. Salpingită purulentă acută, vegetantă sau proliferantă. II. Salpingita parenchimatósă sau intersticială. Lesiunile macroscopice și microscopice. Caractere. Salpingită nodulară. Extensiunea procesului inflamator. Observațiunea autorului. Salpingitele kistice. Considerațiuni generale. Mecanismul obstrucțiunei orificiului tubar și uterin. Diferite tipuri. Hidrosalpinx. Istorice. Ruysch, Astruc, Froriep, Freund. Caractere clinice și forme anatomo-patologice. Mecanism. Causele obliterațiunei trompei. Piosalpinx. Caractere, conținut emato-salpinx. Considerațiuni ale autorului. Diviziuni în autoctone și eteroctone; în provisorii și permanente; staționar și progresiv. Salpingită tuberculósă, sifilitică, actinomicotică „ 640—664

Cap. II. **Bólele ovarelor.** Considerațiuni. Compozițiunea ovarului, foliculul lui de Graaf, corpul galben. Ovarite. Diviziune. Ovarită intersticială, parenchimatósă, cronică, caractere, sub-varietăți, ovarite kistice. Diviziune. Kistii foliculari, emoragici a corpului galben. Caractere. Simptomele ovaro-salpingitelor. Durerea, caractere, durere, paradoxală, menstruația, amenoree distilantă. Examenul local. Caractere. Paratimatocele (autorul). Diagnosticul diferențial cu toate cele-

l'alte procese inflamatorii, ovarialgie, caractere Tratamentul medical și chirurgical. Istoricul laparatomiiilor. Considerațiunile autorului; operațiuni conservatoare, Hadra, metoda exilatorie propusă de autor. Polk, Munde. Salpingostomie, salpingografie. Divisiunea anexitelor ca tratament în 3 grupe propus de autor. Ginectomie intactă, succesivă și parțială . . . . . pag. 664—721

Cap. III. Graviditate extra-uterină. Definițiune. Propunerea lui Lawson Tait. Teoria actuală. Evoluțiunea gravidității extra-uterină. Graviditate abdominală, tubară, istmică, ampulară, intersticială, evoluțiune, consecințe. Ruptură primitivă și secundară. Simptomele și diagnosticul. Starea uterului și a gâtului, munci false, tratamentul, diferite metode și discuțiuni. Observații și considerațiuni ale autorului „ 721—752

### Kiștii ovarului.

Considerațiuni generale. Istoric. Meckel, Cruveilhier, Lebert, Rokitansky, Virchow, Scanzoni. Teoria lui Waldeyer. Teoria lui Sinety.

Anatomia patologică. Kiști multiloculari, pauci și uniloculari. Mecanismul formării kiștilor proligeri și proliferi. Producțiunea kiștilor seroși, gelatinoși și ematici. Tumori ovarice mixte . . . . . „ 753—768

Kiști dermoizi. Istoric. Caractere. Conținutul. Observațiunile autorului. Teorii :

I. Teoria kistului fetal. II. Teorie diplogenesei. III. Teoria inclavării. IV. Teoria partenogenesei. Discuțiuni și probe. Opinia autorului. Teoria celulei nodare saă a lui Bardt. . . . . „ 768—777

Kiști para-ovarici. Considerațiuni generale. Existența și formarea resturilor embrionare. Caractere. Discuțiuni și diviziunea. . . . . „ 777—780

Simptomele kiștilor ovarici Considerațiuni generale. Diviziunea clinică a simptomelor când kistul ovaric e în periôda pelvienă saă abdominală. Semnele proprii și caracterele patognomonice ale fie-căruia.

Valôrea evoluțiunei clinice propriie kistului ovaric și a diferitelor procese inflamatorii, acute, cronice și neoplasmice. . . . . „ 780—790

Mers, durată și complicațiuni. Evoluțiunea kiștilor ovarici după forma și varietatea anatomică. Observațiunile autorului. Diferitele căi de deschidere ale kistului ovaric în anume organe. Mecanismul vindecării spontanate. Ruperile kistului. „ 790—800



**Complicațiunile în kistii ovarici.** Ascita. Mecanismul producerii sale. Caracterul liquidului extras. Observațiunile lui Mehu și Köberle. Mecanismul invocat de Quènu.

---

**Aderențe.** Considerațiuni generale. Caractere. Aderențe parietale și splashnice Rolul aderențelor în ovariectomie. Semnele de a recunoște aderențele. Diferite precepte date de Spencer-Wells : pozițiunea bolnavei, mișcările tumorei, rolul muschilor dreapți ai abdomenului. Diviziunea aderențelor în filamentose, scurte sau în plăci. Cause de erori.

Inflamația și supurația kistului ovaric. Diferite mecanisme. .

Torsiunea și ruperea pediculului. Istoric. Causesele torsiunei. Torsiuni brusce, lente, complete și incomplete. Consecințe. Aplicațiuni practice. Metóda lui Freund.

Transformarea kistilor în tumori maligne, Considerațiuni generale. Observațiunile autorului. . . . . pag. 800—808

---

**Diagnosticul kistilor ovarici.** Considerațiuni generale. Diagnosticul kistilor în perióda pelvienă și abdominală. Afecțiunile de diferențiat în prima periódă. Semne patognomonice.

Caracterele kistului ovaric abdominal. Diagnosticul adiposității pãreșilor abdominali. Observațiunea autorului. Semnele distinctive. Mecanismul desvoltãrei de gaze în kistii ovarici. Observația autorului. Confusiunea între fibromul pãreșilor abdominali și kistul ovaric. Semnele distinctive. Consecința relaxãrei pãreșilor abdominali.

Tumorile fantome sau imaginare. Istoric. Mecanism. Opiniunea lui Lawson Tait. Rolul isteriei și a îngurgitãrei aerului în tubul digestiv. Caractere. Semne distinctive.

---

**Ascita.** Diagnosticul diferențial între o ascită și kist ovaric. Forma abdomenului. Situațiunea ombilicului. Variabilitatea matitãței și sonoritãței. Cause de erori. Semnul lui L. Tait și a lui Nelaton.

---

**II. Sarcina.** Istoric. Semnele distinctive cause de eróre. Valórea opririi sau continuãrei menstruelor.

---

**Peritonita închistată.** Condițiunii de confusiune. Semne distinctive. Observația autorului.

---

**Bólele ficatului și ale splinei în raport cu kistul ovarian. Condițiuni de confuziune. Semne patognomonice. Observația autorului.**

---

**Tumorile rinichilor, ale mesenterului și diferite alte supurațiuni pelviene în raport cu kistul ovarian. Semne caracteristice. Modul de diferențiere.**

---

**Tumorile uterului. Posibilitatea fibrómelor și în special a kisto-fibrómelor de a fi luate drept kist ovarian. Condițiuni. Caractere, semne patognomonice.**

---

**Discuțiuni asupra puncțiilor exploratrice. Opinia lui Stilling. Du-play, Kivich și Spencer-Wells . . . . . pag. 808—832**

---

**Prognosticul kiștilor ovarici. Condițiuni și posibilitatea transformării în tumoră maligne. Observația autorului.**

---

**Tratamentul. Istoricul ovariectomiei. Diferite metode. Ovariectomia vaginală. Tumorile solide ale ovarului. . . . . „ 832—842**

---

## ERATĂ

---

La pag.	In loc de:	să se citescă:
19	unde după actul copulației de ejaculația	unde după actul copulației de și ejaculația.
27	reflectoră	refractoră.
575	vesico-uterin saŭ Douglas	recto-uterin saŭ Douglas.
617	maï ales către țestul sëŭ intern	maï ales către terțul sëŭ intern.
618	<i>energie mică cu un peritoneŭ bolnav, energie mare cu un peritoneŭ sănătos</i>	<i>emoragie mică cu peritoneŭ bolnav, emoragie mare cu peritoneŭ sănătos.</i>
723	S'a confundat lungimea uterului bifid ce e constantă la mamiferele inferiøre	S'a confundat lungimea uterului bifid — ce e constantă la mamiferele inferiøre — cu trompele.
723	Lucrul nu e perfect demonstrat cu trompele că spermatozoizii	lucrul nu e perfect demonstrat că spermatozoizii

La pag. 785. Fig. 165, pe lângă legendă să se adaoage: Ióna Constantin 27 anï. Operată la 12 Martie, eșită la 6 Aprilie 1897.

La pag. 787. Fig. 166, pe lângă legendă să se adaoage: Elisa Baconi 30 anï. Operată la 14 Maiŭ, eșită la 10 Iunie 1896.

---



## DE ACELAȘ AUTOR

---

1. Considerațiuni teoretice și clinice asupra inflamației.
2. Conferință asupra răzuirii uterului.
3. Memoriu asupra tratamentului prolapsului uterin prin istero-cisto-ventro-pexie.
4. Memoriu asupra spălăturilor peritoneului cu sublimat corosiv. (Comunicare făcută la congresul de ginecologie din Marsilia 1898).
5. Publicațiuni științifice cu vederi personale în Țările medicale: Spitalul, România medicală și Presa Medicală română, asupra tratamentului emoroidelor, cancerul buzei inferioare la bărbat, cancerul gâtului uterin, întrebuițarea cocainei în chirurgie, efectul eterului în strangulațiile intestinale, metodele pentru cura radicală a erniilor, metodele pexiilor în general etc., etc.
6. Trei volume de chirurgie coprinzând patologia chirurgicală generală și bólele pe regiuni (membrele superioare și inferioare).

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF TORONTO



UNIVERSITY OF TORONTO  
LIBRARY  
1912



DE VÎNZARE LA LIBRARIA SOCECU & C<sup>o</sup>.

# CURS CLINIC DE PATOLOGIE CHIRURGICALĂ

DE

**Dr. I. KIRIAC**

Lei

Volum. I	Bóle generale.	Abces. Ulcere. Fistule. Plăgi. Contuziuni. Arsurī. Cicatrice. Plăgi prin armă de foc. Septicemiile chirurgicale. Raportul între traumatism cu boalele diatezice și constituționale, etc. . . . .	10.—
Volum. II	Bóle chirurgicale ale pielii până la sistemul osos.	Istoricul tuberculozei chirurgicale. Istoricul tumorilor benigne și maligne (lipom, sarcom, cancer, etc.) Furuncul. Antrax. Flegmone circumscrise și difuze. Limfangite. Adenite. Aneurism. Flebite. Varice, etc. . . . .	10.—
Volum. III	Bóle pe regiuni a membr. super. și infer.	Fracturi. Luxații. Entorse. Osteite tuberculóse, sifilitice. Osteita de creștere. Bólele inflamatorii și neoplasice etc. . . . .	10.—
Vol. IV	Gynecologie.	Bólele chirurgicale și operațiunile pe femea, etc. . . . .	20.—

LIBLOTECA  
CENTRALĂ  
UNIVERSITARA  
BUCUREȘTI

VERIFICAT  
1987