

R. P. R.



**BIBLIOTECA CENTRALA
UNIVERSITARA
DIN
BUCUREȘTI**

Nr. Inventar 107533 Anul 1955

Secția Depoz. Y Nr. 77893

N=974/R.5/6 Oct. 900
77893
Inv. 4189

229019

LECȚIUNI

DE

Clinică Chirurgicală

FĂCUTE LA SPITALUL COLȚEA

DE

DOCTORUL C. D. SEVEREANU

DOCTOR ÎN MEDICINĂ DE LA FACULTATEA DIN PARIS
PROFESOR DE CLINICĂ CHIRURGICALĂ LA FACULTATEA DE MEDICINĂ
MEDIC PRIMAR AL SPITALELOR
SENATOR, MEMBRU ÎN CONSILIUL SANITAR SUPERIOR
OFICER AL STELEI ROMÂNIEI, COMANDOR AL CORÔNEI, BENE MERENTI CL. I



104533



BUCUREȘCI

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „EMINESCU”, BULEVARDUL ELISABETHA, 6.

1900.

Biblioteca Centrală Universitară
B. S. T. I.
Cota 44893
Inventar 107533

RC 95/01

993

B.C.U. Bucuresti

C107533

P R E F A Ț A

Póte că o lucrare, de o așa de puțină importanță, nu ar fi meritat a fi precedată de o prefață; dară, pentru că se póte ca ea să presinte unele lacune, trecute negreșit, unele din scăpare de vedere, altele cari ar lăsa óre care loc la critici; de aceea, am cređut că fac bine să atrag atențiunea cititorilor spre a 'i ruga să 'i erte greșelile și să umple lacunele.

Este asemenea cu puțință că, chiar în aceste câte-va lecțiuni, să fie omise părerile unor autori, saũ să fi neglijat a nota nume proprii, relativ la unele studii speciale, pentru care rog a-mi scuza și acéstă mică și ne însemnată eróre și a crede că nu am făcut-o cu nici o rea intenție. Profit de acéstă pagină a dedica aceste lecțiuni elevilor mei, pentru memoria doctorului Carol Davila, promotorul învățământului medical în țară.

AUTORUL

I-a LECȚIUNE

MEDICII ȘI SPITALELE

Domnilor,

Se apropie șese decenii, de când marele chirurg al secolului nostru, ilustrul **Velpeau**, profesor la facultatea de medicină din Paris, ținea la spitalul *Charité* (în ziua de 8 Noembre 1839) o prelegere memorabilă despre timpul petrecut de studenți în spitale. Vasta și erudițiune, autoritatea și nediscutabilă, vocea și magistrală produceau cea mai puternică impresiune asupra studenților. Il ascultau toți, cu dorința de a se instrui, și în adevăr, că se instruiau, dar pe nesimțite le desfăta spiritul cu observări pe atât de juste, pe cât erau de profunde, cu asociațiuni de idei felurite, rezultat al experienței unite cu știința.

E în firea lucrurilor și în esența progresului, ca tinerii să se folosească de cunoștințele bătrânilor, de practica ce au făcut ei în viață—și care și-a costat multă muncă, poate și multe suferințe,—dară aci rezultă și datoria morală a recunoștinței. A recunoște meritul altora, a

le mulțami pentru binele moral sau material ce ai primit de la densusi, a le respecta proprietatea, adică talentul, și a căuta să'ți sporască patrimoniul dobândit de la densusi, iată ce se impune tinerilor onești față de predecesorii sau profesorii lor. Către părinții intelectuali avem a-celași obligațiuni ca și către cei naturali.

Adăpat de asemenea precepte, nu'mi pot inaugura mai bine lecțiunile clinice, de cât aducând omagii memoriei unui maestru celebru, de la care multe am auzit și multe am învățat. Intențiunea 'mi este—de ce nu v'ași spune-o?—ca și d-vóstră să urmați același exemplu, față de cei ce v'aú condus primii pași, de cei ce v'aú îmbogățit memoria și v'aú format cugetarea. Eú unul, inspirându-mé din amintirile și lucrările marilor apostoli ai chirurgiei moderne, adăugându-le rezultatul experienței personale, voiú căuta să vé dau óre-carí noțiuni: I) despre medici și spitale, din anticitate până astă-đi; II) despre modul cum trebuie să vé pregătiți, ca studenți; prin lecțiunile ce vi se predau cu metodă de către profesori și III) prin contactul celui ce își alege misiunea de vindecător (căci acesta e înțelesul etimologic al cuvintului *medicus*) sau al omului de sciință (*doctor*) cu mai mulți suferinđi, îngrijiți sub conducerea lui într'un local de bine-voitoare ospitalitate (*hospitale*).

Istoria spune că medicina a fost practicată din cea mai adincă vechime, la popórele înaintate în cultură.

Egiptenii au cunoscut fórte bine anatomia, prin urmare chirurgia, ca să vindece plagele externe și să mumifice cadavre cu o artă incomparabilă. Israeliții au trebuit să întrebunțeze cauterizări și amputațiuni pentru râă, pelagră și concreșcențe dermatologice. La Greci, poetul Pindar, lăuda pe Esculap, fiind că vindeca prin diferite proceduri, dară mai cu sémă prin tăieturi, (τομαίς)¹. Romanii, cu tótă prevențiunea lor în contra medicilor greci, fură nevoiți a se ocupa de chirurgie, din cauza continuelor rézboie prin care cuceriră tótă lumea antică și Arcagat, le escită admirațiunea prin tratarea mai întâi a ranelor (pentru care'l numiseră *vulnerarius*), apoi prin operațiuni chirurgicale (pentru care 'l porecliseră *carnefix*, adică gialat, măcelar².

1. Pindari *Pythia*, od. III, vers 98.

2. *Istoria literaturéi latine*, de Teodorescu G. Dem.

Pretutindenii dară au existat medici și medicastri, astrologii și zodiasii, cum pretutindenii mai există chiromanții și ghicitorii, cum la noi se găsește încă vrăjitoarele și descântătoarele, care afirmă că știu de toate, că posedă știința d'ă vindeca ori-ce afecțiune. Nicăieri nu se menționează însă despre existența unor anumite localități, în care bolnavii să fi fost căutați în mod metodic.

Nu cred că va fi o exagerare, dacă voiți considera templele antice ca origină a spitalelor moderne.

La Egipteni și Asirieni, vindecările se operau în temple, de către clerici și sub auspiciile religiunii, sub formă miraculoasă. Vechiul și noul testament, *Biblia* și *Evangelia*, ne vorbesc de „îngerul domnului“, care se scobora în „scăldătoarea oilor“ și în hebraica: *vitezda* despre „izvoare de tămăduire“ și alte tratamente, care se aflau în templu. Numai magii Persiei, cu faimoasa lor artă „magia“, făceau vindecări fie la densii, fie la domiciliul bolnavului. Cât despre Grecii, la ei așa și „asclepiadii“, preoții ai lui Esculap (*Ἀσκληπιός*), exercitau în temple ceia-ce se numea „arta medicală“ (*ιατρικὴ τέχνη*) și e probabil că prin pre-jur său în apropiere se aflau locuințe pentru instalarea celor suferinși. Esecutat-au ei și operațiuni chirurgicale? N' o putem afirma categoric în lipsă de documente sigure, dară lucru n' ar fi fost imposibil când se știe usul și abuzul ce se făcea în tot orientul cu substanțe somnifere și narcotice.

Crescinismul adoptă același mod de privire. Bine-cuvîntările preotului, atingerea de moșce, căderea la sfintele daruri, stropirea cu aiasmă, prezența icónelor făcătoare de minuni, dară mai cu seamă comunicarea au fost considerate de primii creștini ca medicamente cu atât mai eficace, cu cât vindecau prin puterea divină. S' au ivit chiar bărbați de profesiune, care, pentru bunătatea și desinteresarea lor, au fost canonizați.

Ast-fel, în calendarul nostru, figurează sfinții Panteleimon, E-leuterie, Cosma și Damian (și „doctorii fără arginți“, adică medici de consultați în adevăr gratuite), ca și cei trei ierarhi ai bisericii orientale, sub a căror protecțiune a pus acest spital piosul fondator¹.

Fiind-că una din virtuțile de căpetenie ale creștinismului este și

1. Spitalul Colțea.

caritatea, milă către aprópele seú, primirea călătorilor, ajutarea săracilor și îngrijirea bolnavilor, de aceia prelații și domnitorii, în decursul evului mediú, întreprinseră construirea de monastiri și chinovii, și tot atâtea asile pentru retragerea bătránilor, și pentru ușurarea suferințelor. În istoria Franciei se menționéză despre dênsele încă din secolul al X-lea și despre spitale într'al XII-lea. Ca să inspire mai multă încredere și să trecă drept localuri în care ospitalitatea se da sub ocrotirea lui Dumnezeu, li-s'a dat numirea de „Hôtel Dieu“. Nise asemenea localuri se găsesc mai multe răspánmíte în Franca și unul în Paris, conduse de călugări până în secolul al XVII. Chiar astă-đi ne mai servim în chirurgie, pentru afecțiunile genito-urinare, de instrumente inventate de monachi și ęise după numele lor, ca de exemplu **Frère Côme**, de la vechiul Hôtel Dieu din Paris; pe când acesta era administrat de popi.

În mai tóte statele culte din occident, spitalele numeroșe au rēmas de la clerici, unele sunt instalate în monastiri și administrate exclusiv de dênșii, ca cel cu peste 500 puțuri în Tabor-Strasse din Viena.

La noi, nu numai că monastirile au fost și sunt încă asiluri și spitale, unde fie o dată cu citirea moliftelor, căderea la sfintele daruri, ungerea cu mir și alte proceduri religioșe, se administrau bolnavilor diferite substanțe, ierburí medicale, dicocturi, etc., chiar biserici din orașe au ținut locul de spitale. Până mai acum căști-va ani, la biserica Icóna — numită ast-fel după o ícónă făcătoare de minuni — se afla în fundul curței camere destinate pentru căutarea celor atinși de afecțiuni mintale. Tot în jurul bisericelor s'au înființat la noi primele spitale regulate, Colțea, sf. Panteleimon, Mărcuța și sf. Spiridon la Iași.

Intorcându-ne la Franca, vedem că în tractatete celebrului **A. Paré**, ale lui **Pigrai**, **Thévenin** și **Guillemeau**, în descrierea pitoreșcă a lui **Dionis**, precum și în toți autorii secolurilor XVI și XVII nu găsim absolut nimic despre spitale, afară de **Saviard**, care le atribue mari rezultate.

Totul se reducea la cunoșcințele dobândite în resbele, pe câmpul de luptă sau în practica privată; numai acolo se căștigaú elemente de observare și de instruire.

Veridicul și judiciosul **J. L. Petit**, apoi **Garangeot**, **Morand**, **Le Dran**, **Ravaton**, **Begin**, nume pe cari le întâlnim continuú în

decursul studiilor noastre, împreună cu „Academia de chirurgie“, au îmbogățit știința, împrumutând totul de la resbele mai mult ca de la spitalele civile.

Trebue să ne scoborâm până în secolul al XVIII-lea ca să găsim că **Desault** pentru prima oară, vedând zăpăceala în care se afla școala franceză arată tinerimii calea către „**Hôtel Dieu**“. De atunci începe adevărata eră medicală; de aceia și periôda acêsta pòrtă numele de „școlă practică“ sau „școlă lui **Desault**“.

Să nu se uite totuși că chiar fără spitale, chirurgia n'a fost cu mult mai înapoiată pe timpul lui **J. L. Petit** și al lui **Paré**, ca într'al lui **Desault** și **Dupuytren**, cari au fost gloria medicală a Franciei, ilustrând arta chirurgicală în cel mai important spital din Paris.

Domnilor, instituțiunea spitalelor, ast-fel cum sunt ele organizate astă-đi și cum le înțelegem noi, sunt ca nisce instrumente cari, spre a deveni folositoare, trebuiesc bine mânuite. Unele își au reputațiunea lor, pe care o transmit chirurgilor, dar și mai cu sémă la noi mai adesea cei din urmă suntem datorî să aducem reputațiune spitalelor.

La noi, până astă-đi, n'am putut impune reputațiunea noastră, Suntem încă în stare de fluctuațiune și curentul către cutare ori cutare spital, determinat de către chirurg nu s'a stabilit încă.

Sperăm că aceia dintre d-vóstră, cari ne veți urma, să utilizați micul capital, ce vă vom lăsa, ca să complectăți și să întemeiați *adevărata* reputațiuni pentru spitalele noastre, prin muncă, știință și talent, nu prin reclame, intrigî sau alte procedări, ne permise de știință.

Reputațiunea, domnilor, se dobândesce și fără un serviciu regulat într'un spital. Ast-fel la francesi, **A. Paré** și **J. L. Petit** pe timpul lor, n'au fost mai puțin iluștrii de cât alți medici aflați în capul unor mari spitale?

N'am avut ore și noi un *tip* particular, pe **Doctorul Drasch**, care decimî de ani s'a bucurat de reputațiunea că făcea vindecări miraculoșe? Și ore astă-đi nu se mai văd medici, cari zic că au avut norocul să viseze în ce loc doctorul Drasch își îngropase secretul artei lui? Oare nu și astă-đi se citesc în „Universul“ anunțuri despre operațiuni

cu succes garantat? Acestea însă nu se pot numi reputațiuni, ele au altă numire.

Ar fi o nenorocire să se introducă și în spitale fama usurpată, dobândită pe căi cam laterale; ea ar strica tinerimea noastră medicală și ar compromite, nu numai nisce instituțiuni filantropice atât de folositoare, dară însăși știința, în care societatea n'ar mai avea încredere.

Dacă v'am vorbit despre reputațiuni create în afară din cercul spitalelor, nu însemneză că cei însărcinați cu serviciul lor nu pot și nu trebuie să aprofundeze și mai mult știința la patul bolnavului. Genii ca **Paré, Petit, Gurangeot**, etc., mai rar se pot ivi astăzi în afară de spitale, tocmai din cauza progreselor realizate în toate ramurile științelor.

Cu toate cunoștințele-î, cu toate însușirile ce ar poseda, mai învățat va fi chirurgul care ar dirige un serviciu de spital, de cât cel care ar alerga ziua și noaptea după clientelă.

Se înțelege de sine ca nu o simplă preumblare prin spitale, poate face pe un medic învățat.

Pe lângă cunoștințele teoretice îndestulătoare, pe lângă dispozițiunile firești și particulare, mai cu seamă în ce privesce chirurgia, ne trebuie privirea justă și pătrunzătoare a tot ce interesază spitalul, de la afecțiunile bolnavilor până la cele mai mici amănunte, cari ar părea cu totul neînsemnate.

Au existat și poate mai sunt încă medici, cari cred că după luarea diplomei și numirea lor la un spital, este destul să examineze bolnavii, să facă observațiuni, și mai cu seamă să opereze.

Intr'un asemenea cas, exemplele rele fiind contagioase, rezultatul este că elevii iau ca model pe superiori și stabilesc ca o dogmă că pentru a *ajunge*, este îndestulătoare *practica* de spital. De aci gândul fie-căruia de a face mari operațiuni, fără a studia prealabil fie-care cas, fără a fi vădit și ascultat mai întâi pe alții. Doctrina este greșită: viciază spiritul tinerimii, este periculoasă pentru viitorul științific și trebuie combătută de către orî-ce medic onest.

Dară nici a ceti, a vedea, a asculta, a studia, și a observa, nu este de ajuns pentru învățarea, fie a chirurgiei, fie a medicinei, dacă s'ar ținea numai de una.

De aceea, orî-cine nu le va întreprinde pe toate și de-o dată, nu va putea dobândi o instrucțiune completă.

I. CITIREA. — Cine nu face alt-ceva de cât să citească, să fie continuu cu ochii pe carte, poate învăța pe de rost ori-ce fără să scie a utiliza în practică ceia-ce a citit. Numai cu cărți nu devine cine-va medic bun și mai puțin un bun chirurg.

II. ASCULTAREA. — Dacă cine-va ascultă numai lecțiunile, sau se duce din spital în spital, nu face îndestul, spre a se instrui.

Numai atât, fără citirea în cărți a celor vădute și audite, nu'l face mai înaintat de cum ar fi când s'ar mărgini numai a citi fără să vadă și să asculte.

Prin citire multă, înțelegem ce a voit să spună un autor, îi comprimem părerile și nu înțelegem invers de ceea ce a scris,

Când nu înțelegem sau înțelegem greșit, atunci mai înainte de a ne face o ideeă fixă, trebuie să recitim totul, căci, dacă ne-am mărgini numai la ceea-ce ni se spun, am putea greși înțelegând rău.

La cursuri, memoria e mai mult pusă în activitate și de puterea ei nu putem fi cu totul siguri. Mai înainte de ori ce, trebuie să prindem din sbor cuvintele profesorului, ceea-ce nu se poate tot-d'a-una, din diferite cauze .

Dacă ne scapă o vorbă sau o fraasă, se perde legătura și înțelesul restului; lipsa de atențiune într'o secundă ne face să judecăm greșit pe profesor.

De cîte ori, într'o simplă convorbire, suntem nevoiți a repeta unele părți, spre a fi bine înțeleși. Cu atât mai greu va fi la un curs când profesorul va vorbi neîntrerupt, fără să repete, iar studenții vor înțelege sau vor interpreta greșit o expresiune sau fraasă.

De aci confusiune în spirite și neîncredere în profesor. S'au vădut și se ved adesea omeni serioși, instruiți, inteligenți, certându-se și interpretând fie-care altmintrelea o fraasă a unui text pozitiv, scris într'un autor. Și dacă un text pozitiv, scris și citit, dă loc la interpretări diferite unele de altele, cum n'ar da loc o vorbă sau o fraasă, rostită cu ore-care repețiune, pe care urechia abia ar fi avut timp să o pricepă.

Cine n'a avut ocașiune să asiste ori să participe la acele dispute frecvente între tineri, între conșcolari, fie despre unele cestiuni enunțate sau nu de profesor, despre părerile cutăruia sau cutăruia, de și toți au fost de față la prelegeri? În învățămîntul secundar, când profesorul își dictază cursul, câte erori nu se găsesc în caetele elevilor,

unele contrare înțelesului adevărat, altele chiar ridicule! Și totuși profesorul a dictat rar.

Din asemenea neînțelegeri involuntare, multe greșeli s'aŭ propagat, multe controverse s'aŭ ivit, multe intrigă și inimizități fără motiv s'aŭ introdus între omeni, până a-î face să se urască unii pe alții. În resumat, cine se mărginesce numai în a citi și a asculta se ase-mănă cu un pictor care, vădând o pictură, s'ar duce acasă să facă o copie exactă din gând.

Din cele ce preced nu rezultă că nu trebuie urmate cursurile orale, când este vorba de cursul medicinei. Lecțiunile orale aŭ avantajul de a pune mai în evidență, de a ține atențiunea mai încordată prin gesturile și intonațiunea vorbitorului; de a face descrierile mai clare și narațiunile mai interesante de cum se găsesc în cărți. La cursuri profesorul apreciază pe cei ce-l ascultă, se repetă când crede că explicarea n'a fost în destul înțelesă; ochiul și urechea studentului funcționează de o dată, pe când la citirea cărții lucrăză numai ochiul. Cursul oral produce impresiuni mai vii, mai numeroare, mai plăcute, chiar mai naturale, dară sunt mai puțin complete. De aci se vede cât de greșită este deprinderea d'a asculta fără a mai citi și de a citi fără a mai asculta. Amândouă aceste forme de învățămînt sunt inseparabile și neapărate pentru dobândirea completă a cunoscînțelor folositoare. Voiți să nu perdeți timpul? Ascultați cu băgare de sémă, apoi citiți cărțile care tratéză mai pe larg același subiect, și de se pôte, chiar autorul ce s'a citat, ca de exemplu **Velpeau** pentru lecțiunea noastră de astă-đi, de la care ne-am inspirat.

Din cele mai vechi timpuri, discipulii luaŭ note cum puteaŭ, până și pe foi de plante, ca în urmă să pótă medita în linisee asupra învățămîntelor auzite. Acéstă tradițiune s'a continuat până la invențiunea tiparului, ba încă duréză și până astă-đi, căci nu toți cei însăr-cinați a instrui pe alții își publică casurile lor. Unii o fac din modestie alții din lipsa mijlócelor, cei mai mulți, fiind că nu le găsesc absolut necesare.

Luarea de note la cursuri este un mijloc bun pentru recapitularea materiei tractate, dară nu dispenséză de studii ulterióre.

Lecțiunile orale, pentru un student în medicină, se pot compara cu o reprezentațiune teatrală pentru un viitor poet dramatic. Noi ne ducem la teatru pentru emoțiuni convențiionale, pe când cel ce vrea să devină autor sau actor, citește de mai înainte și studiază în urmă,

fie structura operilor represintate, fie interpretarea lor pe scenă. Tot ast-fel studentul trebuie să citească și înainte și în urma lecțiilor ascultate în operele tipărite, cari tratăză subiectul despre care a vorbit profesorul. Unele arte, chiar poesia, pot fi practicate de „amatori“ și „diletanți“. *Cu medicina nu e tot ast-fel*, căci e o știință vastă, foarte complicată, foarte anevoiă de coprins cu mintea.

III. PRACTICA. — Pe lângă citire, ascultare, învățare și observare, medicul se formeză și devine complet, folosindu-se de toate mijlocele de a-și practica cele citite, observate, auzite, învățate în teorie. Și prin practică nu se înțelege numai modul de a îngriji pe bolnavi, de a da medicamentele, de a-i întreba sau de a le satisface ore-cari dorințe. Aceste atribuțiuni sunt ale ómenilor de serviciu, cari, cu totă lungă lor practică spitalicescă, nici nu viséză despre medicină, farmacie, etc.

Șederea lângă patul bolnavului, observarea de aproape, studiarea naturii, trebuiesc ajutate și de asistarea asiduă și atentă la prelegirile clinice, întregite prin descrierea și studiarea bolii. A învăța medicina numai prin aflarea în contact cu bolnavii, ca și cum ai voi să străbați țări depărtate și necunoscute fără conducător și fără cunoștințe geografice. Fără cărți și fără lecțiuni. Tinărul ce s'ar închide în spital, voind să învețe medicina ar semăna cu acela care, fără profesor și fără gramatică, ar crede că pôte învăța bine o limbă ore-care. (Velpeau).

Căți studenți în chirurgie au rămas numai în spitale, de și învățase să facă „pansamente admirabile“, sciaū să pună ventuse și lipitori, să execute „bandaje frumoșe“ dară, absorbiți de asemenea amănunte, nici nu'și mai dau sēma despre imensitatea cunoștințelor ce părăseau.

A fost un timp când se credea, că posedarea de scalpele și disecarea de cadavre, fără cărți și fără profesori, era în stare să facă pe cine-va bun anatomist.

Vedeți cum astă-zi, stătele înaintate în civilizațiune, cheltuesc și depun muncă spre a face ca practica bine condusă să progreseze de o potrivă cu teoria.

Trecând de la anatomia la spitale, aci practica, exercițiul urméză să fie însoțite de explicări, de observațiuni și de studiu.

Sunt mulțimi de amănunte cari trebuiesc învățate, dacă viitorul medic nu vrea să fie ridicul înaintea unui servitor sau unei „înfirmiere“.

Nu este indiferent să scii învêrți o fâșie de pânză, să o desfaci sau să o învâlui peste un membru.

De asemenea executarea *lege artis* a unui pansament, nu este lucru de neglijat.

Vê amintiți, cum în tôte dîlele vă atragem atențiunea asupra unor amănunte, pe cari unii le iaă drept nimicuri, pe când în realitate, de la facerea unui nod, de la aplicarea unui bandagiū și chiar de la înfigerea unui ac, depinde reputația unui chirurg.

Tôte acestea sunt lucruri indispensabile, pe cari, dacã nu le veți învêța din practică, din spusele profesorilor, mai târziu singuri veți recunoșce că studiile vă sunt incomplete.

Eū unul, nu am destule cuvinte, ca să vă conving despre utilitatea tuturor amănuntelor, și să vă îndemn a asculta, a observa, a controla și a ceti continuū.

Numai ast-fel veți cunôșce adevêrul aforismei lui *Hipocrate*: că vieța e prea scurtă, fața de vastitatea sciinței și a experienței.

Incã un punct.

Se scie că numai în spitale studenții aū să cunôșcă instrumentele de operat, substanțele necesare, modul de procedare și să învețe a face pansamente. Ei bine, sunt și de aceia cari, îndată ce aū ajuns să învârtescă o bandă, încep a'și da aere, a se crede mai învêțați de cât alții. Să vă feriți de ori-ce îngâmfare, *căci sciința e atât de vastă, în cât după o întrégă vieță, nu putem afirma în consciința că o posedăm.* Negreșit că, prin observare și exerciții, pôte deveni cine-va practicant, dară nimeni nu-l va considera ca bărbat de sciință. *Meritul e tot-d'auna modest, sfiucios; aroganța, înfumurarea e caracteristică mediocrității.*

Negreșit că la noi se ved și esemple nenorocite, ômenî cari, în loc să-și cunôșcă ignoranța și să se pună pe lucru, fac sgomot și reclame ca să ajungă în pozițiuni înalte, pe care prin nimic nu le merită. Aceste anomalii să nu le considerați ca regulă și să nu vă conduceți după dênsele.

Dacã pentru pansamente sunt indispensabile practica, studiul și explicările profesoriale, vă închipuiți câte se cer la operațiunii de ôrcare gravitate.

Când a fost nevoie de multe vécuri ca sciința să ajungă în starea de astă-dî, cum am crede ôre că numai prin cunôșcerea unei părțicele dintr'insa, am putea să coprimdem totul și să devenim mai învêțați

de cât toți predecesorii noștri? „Numai presumțioșii, numai nulițățile, numai plagiatorii ar putea afecta asemenea convingeri“.

drept încheiere, vă voi aminti următoarea opiniune a lui **Velpeau**:

„Dacă pentru a învăța bine o limbă, ne trebuie să trăim continuu „cu cei ce vorbesc, să’i studiem principiile în gramatică bune, cuvintele în dicționare, să ne adresăm la bogăția cărților scrise în aceea limbă, cu atât mai mult pentru a deveni un bun chirurg, trebuie să „privim, să examinăm, să facem pansamente, să ascultăm lecțiunile „profesorilor, să citim continuu și să studiem în cărțile cari tratéză „mai bine aceea materie.

„Negreșit că nu trebuie să stea cine-va închis totă ziua într’o „bibliotecă, într’un spital, sau să mérgă de la un curs la altul; din „contră, trebuie să ne folosim de toate aceste elemente alternativ, unul „după altul și la timp. Este vorba despre pansamente? Urméză un „curs de bandage; după lecțiune, studieză cu băgare de sémă și cu „linisce, subiectul despre care ți s’a vorbit la prelegere, apoi fă exer- „cițiū pe tine însuși sau pe un conșcolar și întocmesce ast-fel apar- „tul pe care creși că l’ăi înțeles.

„Cu toate aceste cunoscințe intrați în spital, unde aveți a face „tote pansamentele și unde veți putea aduce folose bolnavilor, serviciū „superiorilor și chiar d-vóstră înși-vé, unde practica ast-fel condusă „de teorie, are să vi se pară tot-d’auna înțelésă și instructivă; pe când, „dacă veți urma din contră, vă veți găsi póte, la sfârșit ce-va mai di- „bacī dară mai fără principii și fără de cunoscinți, de cât la începutul „studiilor“.

Ceea-ce se recomandă pentru pansamente, se cere, domnilor, și pentru bolnavi. Cine dorește dar să devină un bun chirurg, să observe fórte des și atent pe bolnavi, să asculte ce spune și ce face profesorul, să nu scape nimic din vedere și acasă să deschidă cartea spre a recapitula, controla și desvolta ceia-ce are mai prospēt în memorie.

Nu póte fi nimeni bun medic de cât prin învățatură, experiență și muncă continuă, orice alte mijloce sunt nedemne, reprobabile; toți trebuie să le combatem, căci ne compromis pe toți.

Cine îmbrățișeză cariera medicală să nu credă că ținta’i este de a se plimba numai în caretă. Discipuliū lui *Hipocrate* aū datorია morală de a munci pentru dênșii spre a se desvolta și a se sacrifica pentru

alții, pentru omenirea suferindă. De aceia **Velpeau** dice: „Dacă m'ași
„convinge că pe planeta noastră, numai munca *onestă* p^ote face pe om
„fericit și pentru om nu se află bucurie mai durabilă de cât în studiul
„științelor și al medicinei în particular, căci ele dau spiritului, o hrană
„perpetuă ce îi trebuie, un aliment ce mulțumesc suflului, fără a'l
„sătura, numai ast-fel mⁱ-ași ajunge scopul“.

Să preferim dară studiul, care ne aduce la sfârșitul vieții fără
amărăciune și ne procură desfătări intelectuale, de cât preocuparea
de plăceri materiale, a căror durată e așa de scurtă și care odată sa-
tisfăcute, ne lasă o existență plină de desgust, de scepticism și de
misantropie.

A II-a LECȚIUNE

NOȚIUNI GENERALE DESPRE PATHOLOGIA ȘI CLINICA CHIRURGICALA

Domnilor,

Termenul *clinică* e naturalizarea cuvintului elin *κλινική* (*τεχνή*), de la *κλίνη*, pat. Prin medic clinic se înțelege omul de știință, care îngrijește pe bolnavii culcați în paturi, spre deosebire de cel ce dă consultațiuni. Lecțiuni clinice se țin acelea, cari se țin într'un spital, chiar lângă patul bolnavilor, considerați individual despre afecțiunea fie-căruia dintr'ensă. În medicină, *clinică* însemnă atât învățămîntul medical predat la patul suferinșilor, cât și instituțiunea în care se țin prelegerile, de aceea se deosebesc, fie după numele celui ce instruesce pe alții (clinica profesorului x, y), fie după locul (clinica de la Colțea, de la Maternitate, etc.), afară de specialitatea căria se aplică (internă, chirurgicală, ophthalmologică, etc.).

Clinica chirurgicală este foarte apropiată de patologia chirurgicală: singura diferență este că cea din urmă se ocupă cu tratarea bolilor în mod regulat și sistematic, urmând o serie de afecțiuni, grupate artificial după organe, după natura lor intimă, întru cât se asemănă mai mult ori mai puțin, sau după cauze, după symptome, etc.

Cea d'întâiu, clinica, le ia după întâmplare, cum i se presintă în spital. Patologia, prin caracterul ei, reclamă o expunere teoretică de pe catedră, de aceea, cursul pôte fi pregătit anume și de mai înainte.

Clinica, din contră, impune o cunoșcere generală și aprofundată a tuturor infirmităților, de aceia profesorul trebuie să posedă o lungă experiență, spirit pătrunzător și tăria de observațiune. Fără o pregătire prealabilă, el se presintă la patul bolnavului, studiază simptomele bôlei; își dă sêmă despre efectele actuale și viitoare, despre tratamentul cel mai nemerit, și toate acestea le expune elevilor spre a-î instrui, spre a le descepa dorul de noui cercetări. Ast-fel, în clinica chirurgicală, se întemplă ca o singură cauză, un symptom isolat, să fie obiectul mai multor lecțiuni, o aceeași afecțiune să fie expusă de mai multe ori, din diferite puncte de vedere, pe când pathologia ia metodic fie-care bôlă, îi studiază cauzele și efectele în genere, după care trece la altă; lăsând în grija medicului particularitățile, deosebiriile inerente fie-cărui cas după etatea, constituțiunea, antecedentele, felul vieței și alte circumstanțe personale ale bolnavului.

Nu mai la patul unui suferind se pot controla preceptele generale ale pathologiei. Nu este dar de mirare ca un eminent pathologist să fie un mediocru clinician și vice-versa.

Clinica chirurgicală se pôte preda după mai multe metode.

Voiu expune pe ale câtor-va profesori celebrii pe cari î-am vădut, puind în practică cea ce susțineau teoretic.

Velpeau avea obiceiul de a vorbi în lecțiunile clinice despre toți bolnavii intrați și eșiți din spitalul lui, în intervalul de la o lecție până la alta.

Billroth, *Volckmann*, *Thiersch*, aduceau pe bolnavii în amfiteatru, chemaui pe studenți în ordinea alfabetică și acolo îi întrebaui despre casul ce se presenta, punându-i chiar să esecutive ore-cari mici operațiuni.

Profesorii vechei școle franceze, țineaui cursuri orale, vorbind despre bolnavi pe cari elevii adesea nu-î vedeau.

Cât despre noi însăși, privirea acestui amphiteatru al Spitalului Colțea, ne readuce în memorie figura fostului profesor de clinică chirurgicală Dr. *N. Turnescu*.

Dânsul vorbea despre bolnavi însă arare ori îi aducea în fața studenților și mai ales la începutul profesoratului său, făcea mai mult pathologie, de cât clinică. Și pôte că avea motive să urmeze ast-fel; parte ca elev al școlei franceze, parte fiind că studenții, cărora le preda clinică, ereau prea puțin preparați ca să o pôtă înțelege.

Alți profesori țin cursul de clinică numai la patul bolnavilor,

arătând pe natură fie-ce cauză, fie-ce symptom sau methodă de tratare.

Profesorii de clinică se pot subdivide în trei categorii: oratori, scriitori și practici.

Unii au talent extra-ordinar de vorbire dar nu escelază tot atât în scrieri și operațiuni; pe când alții își desvoltă deprinderea de a scrie; o a treia clasă se aplică de preferință practicei.

Istoria medicinei ne spune că celebrul *Desault* era bun operator, dar foarte slab orator, că chiar din cauza defectului vorbirii a fost nevoit a se retrage din Academia de chirurgie. Asemenea un alt distins medic, profesorul *Marcovici*, era un eminent vorbitor, care scia să atragă și să instruiască, dar ca scriere regretăm că nu ne-a rămas nimic de la dânsul.

Un lucru însă rămâne neîndoios: că, în orî-ce s'ar specializa cine-va, poate aduce folose reale societății, dacă 'și va cultiva aptitudinile și își va îndeplini datoria în conștiință.

MIJLOCELE ȘI MATERIALUL UNUI CURS DE CLINICĂ

Pentru studiarea și buna îngrijire a unui bolnav, ne servim de cele cinci simțuri și de facultățile intelectuale: memoria, gândirea, judecata și vorbirea. Nu e fără interes să le considerăm în parte spre a cunoaște rolul și spre a determina profitul ce putem trage de la fiecare din ele și de la toate împreună.

I. VORBIREA. — În contact imediat cu bolnavul, ne punem prin darul *vorbirei* spre a-i afla numele, etatea, provenința, pozițiunea socială, antecedentele, durata și cauzele bôlei; din răspunsurile lui ne putem lumina asupra punctelor despre care avem necesitate.

Dintre bolnavii unii sunt mai instruiți, mai inteligenți, alții mai puțin în stare să ne dea lămuririle ce dorim să aflăm.

Noi trebuie să prindem exact și să ținem în 'semă toate circumstanțele, toate elementele ce ni s'ar procura, după gradul de cultură a fie-căruia.

Un bolnav descept sau instruit, ne va pune mai lesne în pozițiune să aflăm cauza care i-a produs bóla; un adult ne va lămuri mai bine de cât un copil.

Să luăm un exemplu din vastul domeniū al patologiei: durerea în afecțiunile urinare.

Ei bine, depinde de explicările suferindului ca să stabilim diagnosticul cu aproximațiune, căci în inflamațiunile prostatei durerea e simțită la începutul urinării; se bănuiesc un corp străin în vesică, dacă durerea se ivesce la sfârșitul urinării, iar dacă durerea persistă în tot timpul urinării, atunci ne gândim la o strictură a uretrei. Tot spusele bolnavului ne pot pune pe cale să determinăm natura unui corp străin în bēșica udului, fie el corp metalic, fie de altă natură.

Dacă bolnavul nu este inteligent și nu se arată bine-voitor, atunci de multe ori putem fi induși în eróre. De câte ori se întemplă să nu ni se spună adevărata cauză a bólei, fie din nesciință, fie din nepricepere, fie de rușine ori din alte împrejurări! De câte ori nu ne găsim în pozițiuni dificile, în fața unui bolnav, ale căruia spuse nu corespund cu adevăratul caracter al bólei.

Ne frământăm mintea în combinări de tot felul, fără a putea determina natura afecțiunii.

La un suferind am găsit calcule vesicale. Causa nu mi-se putuse indica de către bolnav.

După ce am ferestruit cele două calcule, am constatat că aveam ca punct de plecare, două bucăți de trestie.

Tochmai atunci bolnavul își aduse aminte să ne spună, că ne putend-urina, își fabricase singur o țevă lungărețā de trestie în chip de sondā pe care o introdusesē până în bēșicā, unde rămāses vre-o două crāmpēe. La un altul am găsit două calcule, cărora, după ferestruire, le am găsit miezul format de câte o sāmēnță de dovleac, fără să fi putut afla cum s'au putut introduce acele semințe până în bēșicā.

Un alt bolnav se presintă la un medic cu o tumorā a fosei iliace din stānga. Se fac tóte suposițiunile posibile fără a se ajunge să se determine natura afecțiunii, căci bolnavul tǎgāduia ori-ee era întrebat. Operatorul face laparatomia și gāsescē tumora în interiorul S iliac, pe care il deschide și unde, spre marea-i surprindere, gāsescē o bucatā de lemn în formā conică, lungā de 25 centimetri și indestul de grósā la basā. Tochmai în cele din urmă bolnavul a mărturisit că singur și-o introduse-se din reaua deprindere de a-și frecā rectul.

Intr'un asemenea cas, réua voință de a da informațiuni se explica prin simțimintul rușinei, ea însă n'a fost mai puțin prejudiciabilă căci, dacă bolnavul ar fi spus de la început, s'ar fi evitat póte operațiunea; corpul străin putendū-se scóte, pe aceiași cale pe care fusese introdus.

Adesea se întâmplă ca bolnavii să caute a induce în eróre pe medic. La concursuri pentru posturi de spitale și de catedre, candidații excelenți au dobândit note slabe, numai din cauza informațiilor incomplete, eronate sau intenționat false ale bolnavilor, ce li se deseră spre a le studia afecțiunea.

Unii nu spun nici adevărata cauză, nici durata bólei din cauza friceii. Ast-fel o fată, ca de 16 ani, ni se presintă într'o ȝi în serviciu cu o tumoră destul de voluminosă la cotul drept, în care erau coprinse câte trei ósele, afirmând că nu era bolnavă de cât de vr'o trei săptămâni. Mărimea umflătorei nu corespundea cu un interval de timp atât de scurt.

Diagnosticând un osteo-sarcom și făcând amputațiunea, s'a verificat diagnosa, iar fata ne-a mărturisit că bóla data de peste trei ani, că femeile o învățaseră să spună ast-fel, ca să nu fie operată.

O altă bolnavă, presintă la termometrul ȝecimal 45 grade. Se verifică faptul, se schimbă termometrul de témă că nu indica exact ; se întrebuințéază asemenea mai multe instrumente, dar tóte indică aceeași temperatură. Profesorul ține o lecțiune arétând că termometria clinică nu póte fi ceva sigur, căci departe de a muri la 42 grade căldură, omul póte merge și până la 45 grade.

Care a fost însă mirarea profesorului când bolnava i-a declaratm urmă, că ea așeza termometrul între indoiturile cămeșii și-l freca continuu până ce temperatura se urca peste aceia pe care o póte răbda omul.

La un concurs de medic primar, erau trei candidați. Celui d'întiú bolnava de examinat i-a spus că suferea de patru luni; iar celor-l'alți doui din urmă, că suferea de peste patru-spre-dece ani. Înțelege orí cine că ast-fel de informațiuni false, putea împiedeca punerea unui diagnostic exact și prin urmare aduceau cel mai mare prejudiciu candidaților.

Cele ce preced ne forméză convingerea că trebuie să fim fórte atenți și prudenți când întrebăm pe bolnavi, că nu e bine să ținem tot-d'a-una sémă de tóte spusele lor spre a nu greși sau a nu ne face ridiculi.

Să avem ca normă a'i întreba de mai multe orí, din felurite puncte de privire, ca și un judecător de instrucție, mai cu sémă când spusele lor nu concordă cu constatările făcute sau nu sunt de loc în legătură cu starea casului esaminat.

Intrebările noastre și răspunsurile bolnavilor constituie unul din elementele cele mai importante pentru determinarea cauzelor, pentru stabilirea diagnosei și pentru instituirea tratamentului.

II. MEMORIA este pentru clinica medicală în genere și pentru cea chirurgicală în parte de tot atâta valoare ca și vorbirea. Prin memorarea faptelor pe care vom fi avut ocasiunea să le fi văzut, citit, sau aușit de la alții, putem face analiza și sinteza orî-cărui cas de boală. De câte ori prin asociațiunea ideilor nu ne amintim despre infirmități vădute, altă-dată oferind ore-care asemănare cu ceea-ce avem înaintea ochilor, când e vorba să precisăm un cas de studiat, o afecțiune de tratat? Numai prin ajutorul memoriei putem evita comiterea erorilor ce vom fi văzut, citit sau aușit, întâmplându-se că ne amintim binele și să-l aplicăm în casuri dificile. De câte ori în fața tumorilor abdominale nu ne gândim la numeroasele greșeli ce s'au putut comite! Puncțiunea lui *Velpeau*, aplicată unui uter gravid, luat drept o colecțiune purulentă, nu ne vine ea în memorie orî de câte ori avem a face cu o tumoră în basin? De aceia medicului i se cere perspicacitatea și agerimea minții, unită cu vioiciunea simțurilor, în toate ocașiunile: el e dator să nu uite nimic din ce a văzut, citit sau aușit, să-și amintescă totul în momentul oportun, să combine, să cum-pănescă; într'un cuvînt să-și concentreze întréga-î sciința, și întréga-î ființa pentru vindecarea persónei suferinde, care într'insul își pune speranța vieței. Putem făptui binele numai întru cât îl scim făptuit; și nu putem sci, de cât numai păstrând în memorie ceia ce am învățat de la alții sau din propria noastră experiență. De aci iată marele serviciu ce memoria aduce medicului și printr'ansul ome-nirei suferinde și civilizațiunei.

III. RAȚIUNEA, discernământul său judecata, cea facultate minunată, pe care o posedă numai omul cult, ne conduce și ne arată că în cutare împrejurare, se cuvine a întrebuinta cutare metodă, cutare procedeu, sau cutare instrument. Prin ajutorul rațiunei scim că în tracțiunile cu scripetele, la luxațiuni, putem merge până la 200 sau 300 kilograme, căci de aci încolo se pot rupe organele.

Tot printr'ansa suntem în stare să apreciam puterea cu care trebuie să se apese cuțitul, spre a se mărgini tăetura numai la adâncimea cuvenită spre a nu pătrunde de o dată într'o cavitate și a vătămă organe importante, mai cu sémă în laparotomiă, în talii, în pleurotomii, etc.

Pentru presiunile ce exercităm în catheterism spre a trece sonda prin strămtorile urethrei, facem recurs tot la judecată, ca să scim cât să apăsăm, spre a nu rupe țesăturile în alte direcțiuni.

Asemenea ne dirigem când și unde să nu introducem o sondă mai grosă de cât calibrul canalului, fie filiformă fie de mare dimensiune.

Numai o judecată sănătosă, poate aduce mari și reale servicii unui chirurg, în diagnosticarea boalelor, în determinarea cauzelor, și în dirigiarea tratamentului.

Să trecem însă la cele cinci simțuri, și să recapitulăm cum ne putem folosi de fie-care în parte și de toate împreună, spre a determina aproape cu siguranță, cauza și natura boalei, cum și felul tratamentului cutărei sau cutărei afecțiuni.

I. VEDEREA. — Simțul vederii este de o importanță capitală în diagnosticarea boalelor, ca și în executarea operațiilor.

Cu ajutorul ochilor putem determina culoarea, volumul, mișcărilor și forma unei umflături, sau deviația unui membru.

Inarmându-î cu o simplă lupă, cu ochii putem distinge vesiculele unui eczem, unei pustule maligne, etc., deosebim un sarcopt de scabiă de un alt parazit animal, iar la scoterea unei thenii, vedem dacă ı-a eșit și capul; decă avem aface cu un crâmpeiü de ață sau cu un oxyur vermicular.

Grație lui *Hermann de Helmholtz*, astă-đi medicina dispune de instrumente optice perfecționate, care de multe orı ne scot din încurcătură. Microscopul ne este de prima necesitate în diagnosticarea multor boale, căci prin mijlocirea lui putem recunoșce celula cancerului sau a sarcomului; el ne învederează adevărata cauză și starea exactă a tuberculosei, a leprei, a tuturor afecțiunilor pielei și părului; cu el determinăm prezența gonococilor, diplococilor, stafilococilor bacililor, filamentelor, etc.

În resumat, importanța microscopului în chirurgie este atât de mare, în cât astă-đi mai că nu trebuie să procedăm la unele operațiuni, până ce mai întâiu microscopul nu ıși va fi spus ultimul cuvint. De la invențiunea și aplicarea lui, medicina a luat un avânt puternic. Sunt ramuri ale științei, ca bacteriologia, care fără descoperirea microscopului, nici că s'ar fi ivit. Să sperăm că progresul nu se va opri și că nu va trece acest al XIX secol, fără ca vr'o nouă

invențiune să schimbe fața lucrurilor actuale și să aducă științei și în special chirurgiei, înlesniri neaseptate ¹.

II. MIROSUL. — Simțul mirosului, de și nu jăcă același rol ca vederea în diagnosticarea bôlelor, totuși ne revelă existența gangrenei, a infecțiunii urinoase, a ozenei și a stomatitei; necrosei sau cariei, etc. El ne transmite odorea particulară a unui ulcer canceros, pe cea mucigăioasă a supurației albastre, pe cea amoniacală a urinei și pe cea de șorice, în casuri de favus. Prin miros ne convingem că un bolnav transpiră multă ureă. Gangrena pulmonară este adesea recunoscută la distanță prin miros. Afară de acestea, tot mirosul ne arată decă gazul ce scapă printr'o fistulă abdominală este intestinal sau aer curat, etc.

III. GUSTUL. — Simțul gustului e de minimă importanță în diagnosticarea bôlelor.

Singurul cas în care s'a întrebuițat de unii a fost în gustarea urinei în diabetul zacharat.

Profesorul *Flourance* s'a servit odată de gust ca să-și păcălescă servitorul, căruia îi venise gustul de a deveni medic, făcându'l să credă că trebuie să guste tot-d'a-una din escrementele bolnavilor spre a se convinge despre efectul medicamentelor.

IV. AUȚUL. — Auțul ne este foarte indispensabil în diagnosticarea unor afecțiuni. Se scie că numai urechia ne transmite sgomotul unui anevrysm, al unui licuid din cavitatea thoracică sau din cea abdominală, în dilatarea stomacului, în gâlgăitura din febra typhoidă. Tot cu urechia determinăm mai întâi sgomotul ce produce instrumentul metalic asupra unui corp străin într'o cavitate, în bēșica urinară, în vagin, etc., apoi sunetul special în existența unui sequestru. Auțul ne scapă de multe ori în diagnosticul diferențial al tumorilor abdominale în care perceperea bătăilor cordului fetal și suflului placentar, ne face să nu comitem greșeli de a lua graviditatea drept o tumoră a uterului sau anexelor lui.

Tumorele vasculare venoase și mai cu sēmă cele arteriale sau arterio-venoase, externe sau interne, se cunosc prin mijlocirea auțului.

Cine s'ar mai putea îndoi ore că un medic internist, fără bun auț, ar putea să diagnosticeze diferitele afecțiuni ale cordului, ale pulmonilor și ale pleurei?

1. Acastă urare s'a realizat recent prin razele catode, prin fluorescența din aparatul Röntgen și prin perfecționările lui Salvioni, profesor din Perugia (Italia), care permit ochiului liber să vadă tot ce se află în corpul omului.

Intrebuințarea auzului în medicină se ȳice: *auscultațiune* adică ascultare.

Denumirea introdusă din latinesce de către *Buisson* care a definit-o și considerat-o ca „*voință presentă în auzire*“.

Laënnec este acela care a făcut dintr'ansa o fericită aplicațiune în afecțiunile pieptului, în special la bólele cordului și ale pulmonului.

Se pare însă că urechia singură nu este la toți și tot-d'a-una suficientă ca să percépă tóte sgomotele existente în unele afecțiuni, de aceea s'aú imaginat și construit instrumentele anume care să imputernicescă auzul.

Ast-fel, cel d'ântéiú instrument a fost „*stetoscopul*“, din vorbele grece *σκοπεῖν*, a esamina și *στήθος*, pept, care instrument a primit diferite forme și a fost construit din diferite materii solide, bune conducătoare ale sunetelor.

Edisson a introdus „*microfonul*“, de la *μικρός* mic și *φωνή* sunet, voce, cu care putem auzi sgomotele cele mai fine. Pentru a face ca sgomotul produs de sondă în calculele vesicale, să fie mai puternic, profesorul *Guyon* a inventat un fel de sondă cu rezonanță, care măresce sgomotul spre a se putea distinge la distanță sunetul produs asupra corpului străin aflat în cavitatea vesiceí saú în áltă cavitate¹. Auzul, în fine, ne revelă respirațiunea articulată a unui copil izbit de crup, el ne spune cari sunt ralurile trachiale ale agoniei și alte afecțiuni în care el e de cea mai mare importanță.

Cât despre *percusiune*, această minunată invențiune a lui *Pyorí*, prin care deosebim cu auzul diferitele grade de sonoritate și matitate în examinarea a o mulțime de afecțiuni, fie pur medicale fie chirurgicale.

V. TACTUL². — Simțul tactului este pentru chirurg unul din cele mai importante dintre cele cinci simțuri; cu ajutorul lui cunoșcem calitățile palpabile ale corpilor, precum consistența, uscăciunea saú umiditatea, configurațiunea exterioră. Mâna este organul principal al pipăitului și implinesce tóte condițiunile favorabile acestúi simț. Orice parte a corpului simte un corp străin, dară nu ne póte arăta de cât prezența lui, gradul de temperatură, dacă este cald saú rece; nici-o dată însă nu'i póte determina forma, consistența, etc. Prin atingerea unui corp solid de corpul nostru, nu putem avea de cât sensațiunea contactului și nimic mai mult.

1. Astă-dí s'a descoperit Micro-phonographul.

2. Din latinul *tactus*, atingere, pipăire.

Ca și gustul, tactul este o funcțiune complexă, dară scutită de intervenirea altor funcțiuni. Intre calitățile tactului este o funcțiune a creerului, pe care psihologii o numesc „atențiune“ și de care trebuie să ținem multă socotélă în determinarea turburărilor sensibilității.

Examinarea manuală, reclamă atâta atențiune, în cât, spre a ne concentra tot spiritul și totă preocuparea asupra unui punct, unui membru, trebuie să uităm adesea tot ce ne înconjură; dacă voim să nu comitem erori. Profesorul *Ditel*, ca să aibă totă atențiunea fixată în catheterismul urethrei, închidea ochii, spre a nu fi distrat de lucrurile ce i-ar impresiona vederea.

Orî-care ar fi starea creerului, simțul tactului coprinde: I) simțirea reflexă a contactului; II) simțirea temperaturii; III) simțirea mișcărilor musculare, care jôcă mare rol față de mobilitatea părților înzestrate cu simțirea specială a pipăitului, mai cu sémă când avem a determina consistența și forma corpilor; IV) senzațiunea specială a pipăitului, cu deosebire când este vorba să determinăm exteriorul aspru sau neted, starea umedă sau uscată a corpilor.

Pipăitul se pôte face cu degetul său cu mâna, fie singură, fie armată de vr'un instrument.

În chirurgie acest simț este de o însemnătate capitală. În bólele de femei și în gynecologiă, numai degetul ne dă noțiunile cele mai importante, în diagnosticarea tuturor tumorilor din organele genitale interne. Tot prin ajutorul degetului putem constata prezența unui polip în fosele nasale posterioare și senzația de fluctuațiune, fie din afară, fie în unele cavități, cum este gura, pharyngele, vaginul, rectul, etc.

Apoi tot degetul, în casuri de răni, ne arată prezența corpilor străini sau a țândărilor osose.

Cu o mână sau cu amândouă, putem determina volumul, forma, consistența, temperatura, celor mai multe tumori, fie externe fie în cavitatea abdominală. Prin palpațiune ne putem încredința dăcă o tumoră este fixă sau mobilă, tare sau fluctuată. Cine alt de cât tactul mâinei ne revelă formele copilului în pântecul mamei? Prin sensibilitatea tactilă, cu o mână introdusă în cavitatea abdominală, ne putem asigura că am atins cutare sau cutare organ, că am dat peste o tumoră ale cărei calități numai pipăitul le pôte deosebi de organele vecine; adesea putem fi chiar siguri de natura tumorii, având în vedere numai impresiunile ce transmite creerului nostru, mâna care pipăe acea tumoră. Profesorul *Billroth*, într'un cas grav, face gastratomia, ca să

extragă o dintură din stomacul unei persoane. Deschide stomacul, se uită, caută; dar nu găsește nimic. Introduce mâna pe după stomac și degetele simt dintura prin grosimea păretelui stomacal. Atunci caută din nou, întinde stomacul și găsește dintura într'un diverticul al mucoasei. Aci ore nu tot simțul tactului a descoperit corpul străin?

În operațiunea taliei, degetul ne dă senzațiunea calculului, pentru a conduce teneta și extrage corpul străin.

Am șis că, pentru a percepe tot ce ne pôte da simțul tactului, ne servim de mâna simplă sau armată de instrumente, cu ajutorul cărora putem constata prezența corpurilor tari sau moi. Ast-fel sunt stileturile, sondele canelate sau sondele urethrale, cari ne arată că un corp este tare ori nu, regulat sau neregulat la suprafață. Un sequestru osos, un glonte, un ac, etc., pot fi recunoscute prin intermediul unui stilet; un calcul vesical prin ajutorul unei sonde metalice.

Pe lângă facultățile intelectuale și cele cinci simțuri, în unele cazuri mai avem trebuință, pentru determinarea diagnosticului, și de intervenirea **analizelor chimice** și a **examinărilor microscopice**.

Chimia ne arată natura intimă a unui corp străin sau a unui lichid. Cu ajutorul microscopului, asemenea dobândim mulțime de elemente indispensabile în multe cazuri, în care diagnosa ar presinta ore-care dificultate.

Mai este o parte a științei medicale, de care trebuie să ținem seamă, când voim a precisa diagnosa în unele afecțiuni chirurgicale, acesta este Bacteriologia.

Nu este mult de când, numai prin experiențe pe animale, s'a putut ajunge a se determina exact natura unor bóle pentru care trebuie a se face o operație. Tuberculosa, lepra, morva, pustula malignă, etc., sunt afecțiuni, în cari adesea numai inoculările își pot spune ultimul cuvint.

A III-a LECȚIUNE

DESPRE CORPII STREINI IN CAVITATEA ABDOMINALA DUPE LAPAROTOMII

Domnilor,

Un accident ivit pentru prima oră în serviciul nostru, ȝilele acesteia, formeză subiectul lecȝiunei de aȝi. Pentru că cestiunea presintă ore-care interes, am căutat să alipesc casul nostru la alte câte-va observaȝii cunoscute până aȝi în practica chirurgicală.

Prefer să fiu acuzat de lipsă de atenȝie, de cât ascundend adeverul să profanez, *cinstea medicală* și cred că voi fi de folos, dacă înainte de a intra în subiect, vă voi atrage atenȝiunea asupra calităȝilor generale ce trebuie să însușeză un medic.

Intre altele, el trebuie să fie *corect, cinstit*, pentru că chiar de începutul medicinei, misiunea medicului a fost identificată cu religia, așa în cât, în tot-d'auna când se ȝicea medic, se ȝicea „apostol al dumnezeirii pe pământ și chiar în timpul din urmă, onorurile date unui medic, nu se mai dau alt cui-va; era prin urmare o distincȝiune ce se da medicului; urméză prin urmare, ca și el să și însușiască porniri mai pre sus de ale celor-l'alȝi omeni.

Dacă o lume întregă a căutat să dea medicului o poziȝiune mai alésă în societate, noi, ar trebui să ne silim, s'o bine merităm.

Afară de acesta, un medic trebuie să aibă de aprópe în vedere următóarele trei roluri ce are de îndeplinit în societate :

1) *Rolul public*, se resumă în felul cum trebuie să se comporte un medic cu hygiena generală.

2) *Rolul către confrăți*. Confraternitatea între „medici trebuie să fie ca și onoarea; ea trebuie să se bazeze pe un sentiment profund al nobleței artei ce exercităm împreună. Un medic, care se pătrunde de acest principiu salutar, va respecta demnitatea confratelui ca pe a lui însuși. El nu va căuta să deprecieze pe un confrate în absență; va face pentru confratele său, aceia ce el ar dori să facă și alții pentru el. Medicii trebuie să se iubescă între ei. Ca în toate și în medicină, trebuie să fim conștienți: „să iubim pe cel cinstit și să urâm pe cel necinstit“.

Preceptul evanghelic ține: „o sămânță stricăta trebuie aruncată dacă nu vrei să se strice toată magazia“.

„Unit cu cel necinstit, ești complicele lui. Dar și a fi indiferent cu cel necinstit e rău, căci prin indiferență se incurajază cel malonest și ast-fel se strică toată corporația“.

„Nu, nu ast-fel se practică confraternitatea: a tăcea, a ne pune în relații cu cei necinstiți, este a servi rău corpul din care facem parte“.

„Nu trebuie a ne calomnia nici-o-dată unii pe alții. Se întâmplă foarte des, din nenorocire, că prin relațiile profesionale, prin întâlniri în consultațiuni, prin vorbe curtenitoare, sau chiar prin indiferența oamenilor onești, toată *gleachta șarlatanilor* să se insinue pe lângă persoane importante, să calomnieze pe confrății lor, dându-se pe ei drept cei mai învățați.

Numerose sunt exemplele ce ne-au dat cei vechi, prin pedepsirea acelor care au încercat să *parvie* în mod mișelesc, ast-fel:

Daviel este judecat de Academia regală de chirurgie din Paris pentru că publicase în *Gazette d' Hollande* operațiile sale în mod șarlatanesc, în scop de a și face reclamă.

Asemenea *Darau*, a fost exclus din Academie, pentru că nepotul său Decastaux, în 1775, a recomandat în mod șarlatanesc sondele acestuia.

Casuri de acestea sunt foarte multe și chiar în timpuri din urmă, în țările unde reclama, din nenorocire, este foarte răspândită, ca în America, societățile medicale au exclus din sânul lor pe cei ce făceau felurite reclame neonest.

Un stat înaintat în civilizațiune, Austria, pare a fi cel întâiu în Europa, care ia măsuri contra reclamelor medicale, ce se practică pe o scară foarte întinsă. Ceea-ce e laudabil este că măsura e luată de în-

suși camera medicilor din Viena, care, în ședința de la 21 Martie 1895 după o lungă discuțiune, a hotărît să ia în considerare, un proiect destul de serios, destinat a aduce ordine în confusiunea actuală pricinuită prin reclamele medicale, (pentru detalii vezi „România medicală“ No. 6, pag. 160 din 31 Martie 1895).

Din nenorocire asemenea măsuri la noi sunt departe de a se lua, de și reclamele sunt de o îndrăsnelă uimitoare.

Cine dintre d-vastră nu citește dilnic pe paginile orî-cărui diar politic, felurimi de reclame scrise cu caractere care de care mai frapante.

Un singur exemplu pôte ilustra în de ajuns cele ce afirmăm: „*Medic și chirurg Y. X. am onóre a anunța onor. public și în special onor. mele clientele, că m'am mutat în strada... unde dau consultațiuni medicale pentru ori ce fel de bôlă de la orele...*”

Tot odată 'mi permit a atrage atenția suferinșilor că, cunoscând în d'apropé tóte medicamentele răposatului Doctor Drasch, precum și metoda de tratament, pătimașii carî doresc a fi tratați după metoda d-lui Dr. Drasch, vor fi tratați ast-fel.

Bólele secrete de bărbați și femeî sunt tratate cu succes sigur după metoda mea.

Tuberculoza (oftica, atac) la începutul ei, dacâ nu va fi prea avansată garantez complectă vindecare; o mulțime de acte de mulțumire stau la dispoziția bolnavilor. (Gazeta Poporului, 23 Noembre).

Acésta e un specimen. Este inutil să vă mai amitesc, domnilor, placardele lipite pe tramwaiuri, pe la hoteluri, etc.

Ast-fel de ómenî există în tóte breslele societăței, dar nicăeri nu produc un efect mai trist ca medicîi; există și vor exista de sigur, pe o scară și mai întinsă asemenea șarlataniî și autorii aú consacrat expresiunea următoare pentru a'i caracteriza.

„Lumea pôte lipsi pentru șarlatani, dar șarlataniî din lume nu lipsesc nici-o-datâ“.

Șarlataniî atrag la ei multă lume, o atrag în curse:

L'ingnorant qui se vante est toujours préféré

Au savante trop modeste et qui vit ignoré.

E mai cinstit, cred, a vă dice inși-vě, când studiile medicale vă sunt terminate, dacâ vre-o datâ se pot termina: „eú mî-am făcut datoria către lume, să-și facâ și lumea către mine“ fără a mai recurge la neplăcutele mijlôce ce vă enumeraî.

3) *Rolul privat*, concernă calitățile medicului, cari îl privesc pe el singur. Mai pre sus de toate el trebuie să fie sclavul verității. El trebuie să aibă toate însușirile unui om perfect cinstit. El va trebui să urmeze întocmai partea următoare din jurământul lui Hypocrat: „voiți să fi curat și ireproșabil în purtarea și exercițiul artei mele“.

Rog să mi se ierte această digresiune, pe care am fost nevoit a o face, pentru a dovedi aceluia cari se laudă prea mult pre ei, căutând a critica pe alții.

Domnilor,

Unii dintre confrăți ar fi și, că în serviciul nostru, există supurație. Se știe de totă lumea că spital fără supurații nu există, mai cu seamă când avem a face cu bolnavi tuberculoși, la cari supurația greu se poate evita.

Avem aici, tabletele bolnavilor ce s'au căutat în serviciul nostru anul acesta; pe fie-care din ele se află notată și, cu și temperatura așa că, puteți lesne urmări toate traseurile termice și, cum mare parte dintre domniile-vostre, cunoșteți bolnavii aceștia, lesne vă puteți convinge că afirmațiunile ce emitem sunt exacte și nu cu greu puteți deduce valoarea aprecierilor emise de cei cu pretențiuni, că numai ei sunt în stare a nu avea supurații la bolnavii ce caută. Ne adevăr sfruntat.

Sunt aici toate tabletele bolnavilor operați, prin talie hypogastrică pentru calcule; la cari în genere temperatura n'a trecut de 37⁵.

Cei cu trepanații pentru infundări ale boltei craniene, n'au atins temperatura de 38⁰. Cei cu amputațiuni, abia au ajuns la 37³. La cei cari au intrat în serviciu cu temperaturi de 39—40⁰, din cauza supurațiilor, temperatura a scăzut la normal, după cum vedeți prin traseuri, după 2 până la maximum 3 zile, mai ales la acei din urmă doi bolnavi, la cari s'a făcut trepanația apofizei mastoide pentru supurațiuni profunde.

La cei operați pentru hernii sau de tumori abdominale, temperatura, numai în vre-o două cazuri (hernii strangulate) a ajuns la 38⁵.

Din numărarea acestor câte-va cazuri, ce le luăm la întâmplare, putem deduce că în serviciul nostru n'a existat supurația, de cât la câți-va dintre bolnavii cu tuberculoză sau cu intoxicațiuni înaintate, (veniți ast-fel la spital).

Și ca încheere a celor ce avansez, vă voi expune, cu toate amănuntele ei, o observațiune de oare-care interes, mai ales, că respinge ea singură acușările ce s'au adus serviciului nostru, care dovedesc starea de antisepsie ce domnesce.

Acastă observațiune m'a îndemnat să vă vorbesc despre corpi străini uitați în abdomen după laparatomii.

Să vedem dacă în știință au mai fost casuri de asemenea natură.

1. Unul a fost al lui Spencer Wels care, renumit prin talentul lui operatoriu și prin cinstea lui medicală, a arătat cazul în toate amănuntele lui.

El a uitat o pensă în abdomenul unei femei și în iubirea lui de artă, și predominant de cinstea medicală, a făcut o lecțiune asupra acestui cas, a divulgat totul, nu i-a fost rușine de greșela sa.

Și iată ce spune el în 1878, la cursul său de operațiuni asupra acestui cas:

„Este puțin timp de când am făcut extirpația ambelor ovare. După ce am legat pediculul celui d'intii, pe al doilea am aplicat 5—6 pencete, căci voiam să leg vasele separat; am ridicat pencetele după legătură, (sau cel puțin am creșut că le-am ridicat pe toate); apoi, odată plaga închisă, am plecat și nu m'am mai preocupat de nimic. Două ore după operație, unul din prietenii mei, care luase în sarcinarea de a îngriji de instrumente, m'a trimes vorbă că una din pencete lipsia. Noi sciam câte luasem (și acesta ne arată cât este de trebuincios de a număra tot-d'a-una toate bucățile de instrumente și comprese la o operațiune).

„Eraū deja 5 ore după prânz când am primit, dice Wels, înștiințarea următoare: „una din pencete lipsesce și trebuie să fie uitată în abdomenul bolnavei operate“.

„Orî-cine 'și pôte închipui ce impresiune a făcut această nuvelă asupra mea. M'am dus numai de cât la bolnavă și am găsit-o așa de bine în cât nici nu am îndrăsnit a o deranja; m'am hotăit a o adăsta până séra; am venit din nou și nevedënd nici o schimbare, am hotărit a mai ascepta încă; a doua zi de dimineță, îngrijitorea m'a anunțat că operata fusese foarte agitată în timpul nopței. Am făcut un examen foarte minuțios prin vagin, prin rect și pe abdomen, pentru a găsi penceta, dar n'am reușit¹. Cu toate acestea, eram foarte neli-

1. Astădi un asemenea cas ar fi cu înlesnire verificat prin razele X.

„niscit și am crezut că era mai bine a redeschide plaga. Am desfăcut pansamentul și am scos două puncte de cusătură, am introdus un deget în cavitate; după puține cercetări am dat de un corp tare; am introdus al doilea deget și cu oare-care dificultate, am scos penceta care era înfășurată de epiploul ce intrase în inelele ei și între brace, așa în cât a fost foarte dificil a o descoperi și a o scote. Cu toate acestea, am reușit, am introdus epiploul și am închis plaga. Din acel moment totul a mers bine; femeia s'a vindecat și nici n'a știut că i s'a întâmplat ceva“.

Tot Spencer Wels, citează cazul unui confrate care a găsit la necropsie un burete în cavitatea abdominală.

Wels citează de asemenea cazul unui alt confrate care a uitat în abdomen o pencetă după laparotomie și a scos-o prin vesică.

Luī Wels personal i s'a mai întâmplat un alt cas: a operat o femeie, totul era terminat, operata deșteptată din somnul chloroformic, pusă în patul ei, când s'a raportat operatorului că lipsea o pencetă; pe dată a chloroformisat pacienta, a deschis o parte din plagă, și cu două degete a scos penceta. Femeia s'a vindecat.

Pilate (d'Orleans) a uitat o compresă care a eșit prin rect după 7 luni.

Quėnu, a uitat în abdomenul unei femei căreia îi făcuse salpingectomia, o compresă pe care a găsit-o la necropsie după 4 zile.

Terrillon, a uitat în abdomen o pencetă de forcipresură, care a stat 8 luni și a fost scosă prin o deschidere în regiunea ombilicală.

Terrier, a uitat un burete în abdomenul unei femei, pacienta a sucombat de peritonită acută.

Micheaux, a uitat un fitil de gaz iodoformat, pe care după cât-va timp, l'a extras dintr'un intestin, făcând operația pentru a treia oară, asupra aceleiași femei.

La noi în țară, cam anevoie se află asemenea întâmplări și nu cred, pentru că nu există, dară pentru că poate nu se spun și mulți aii dreptate, căci mai în tot-d'a-una greșelile de felul acesta sunt reu taxate; des, foarte des, cel ce a comis erorea, e taxat de ignorant și chiar de criminal.

Domnilor,

Greșelile sunt pentru omenire; și pentru că tot-d'a-una din greșelile altora învățăm mult, crezând că medicul trebuie să aibă în

vedere tot-d'a-una cinstea, vă expun cazul așa cum s'a întâmplat: voi începe însă, a vă cita cita câte-va altele cari s'a măi petrecut în țară la noi, și acesta, nu pentru a face o acușajune chirurgilor în mâinile căroră casurile aũ fost, ci pentru a vă aduce la cunoștință, aprópe tot ce s'a publicat în literatura medicală, în această importantă cestijune; ȕic aprópe tot și nu tot, căci multe vor măi fi observațiunile nepublicate, dară de care nu am putut avea cunoșcință pentru că saũ autorii lor, nu aũ avut ocașie a le da publicității, saũ n'au voit.

La noi în țară, prin bună-voința internului măi d. Gruescu, am putut afla două observațiuni de acest fel; ambele sunt spuse d-lui Gruescu, de către domnul doctor Kiriac, căruia îi aduc mulțumirile mele de francheța ce a arătat cu această ocașie.

Casul I. Femeia L. M., de 40 de an, de constituțiune *extrem de debilă* a fost operată în 1893 de d. doctor Kiriac Ionescu, în divisiunea II-a chirurgicală, din spitalul Colțea, pentru un enorm Cystosarcom al ovarului drept. Operațiunea a presintat fórté mari dificultăți din cauza numeróselor aderențe; pediculul tumorei era fórté gros, bolnava a avut în timpul operațiunei 2—3 sincope, ceea ce a înecesitat grăbirea operațiunei și încheerea repede a cavităței abdominale.

Paciența a sucombat trei ore după operațiune.

La necropsie s'a găsit o pencetă Richelot aplicată pe pediculul tumorei. Penceta fusese uitată în cavitatea peritoneală.

Casul II. Tot d. dr. Kiriac ne măi relatează cazul următor: Am asistat pe d. profesor Assaky la executarea unei laparotomiı pentru o tumoră abdominală; pacienta a sucombat 24 ore după operațiune și la necropsie s'a găsit compresa uitată în cavitatea peritoneală.

OBSERVAȚIE. — Fig. 1. În cazul nostru este vorba de femeia *Smaranda Ion*, de 50 de an, măritată, domiciliată în comuna urbană Alexandria, întră în serviciu la 26 S-tembre 1895.

Antecedentele hereditare nu presintă nici un interes. În cele personale gășim că a fost menstruată la 14 an.

Bó'a actuală a debutat de 2 an, cu dureri violente în fosa iliacă dréptă, unde a și observat aparițiunea unui tumori.

Pacienta ne spune că a slăbit mult de când suferé, tegumentele și culoarea conjunctivelor sub-icterice; abdomenul desvoltat, prin o tumoră solidă, ovoidă, cu marea extremitate în sus; vèrful e în jos și se inseră în fosa iliacă dréptă; tumora ocupă regiunea hypogastrică, flancul drept și se întinde în sus, până la ombilie; netedă, tare și mobilă în totalitate, în sens

transversal; mată în toată suprafața; pe laturi se găsește sonoritatea colonului ascendent și descendent, în sus aceea a colonului transvers și a stomacului. Ficatul și splina de volum normal.

De notat mai sunt: o hernie epiploică ombilicală și alta, inguinală cam de mărimea unei portocale, lesne reductibilă, pe care bolnava o are numai de câte-va luni.



Fig. 1. Înainte de operațiune.

Din partea organelor genitale găsim: pigmentația mai accentuată a marilor și micilor labre; prolapsul mucoasei vaginale (cistocel și rectocel).

Colul uterului mic, aproape șters, puțin deviat spre stânga; orificiul transversal, ulcerat.

Corpul uterului, fixat în anteflexiune și împins către stânga și înapoi de tumore, nu e mărit de volum; cavitatea colului și a corpului măsoră 7 cm., mânerul hystermetrului deviind cu totul la dreapta; fundurile de sac libere. Am diagnosticat un kysto-sarcom al ovarului drept.

OPERATIUNEA. — După ce s'a luat toate precauțiunile de antisepsie, s'a chloroformisat bolnava și s'a făcut o incizie abdominală mediană sub ombilic, de 12 cm.; în urmă, pentru a face vișibilă și lesne enucleabilă tumora, s'a lungit incisia în sus și în jos, de 25 cm. în total. Tumora

a fost foarte ușor luxată în afară din cavitatea abdominală, căci nu adera nici la organe nici la pereții abdominali; ținea de anexele din dreapta. Pediculul ei avea vre-o 10 cm. de circumferință; am aplicat asupra lui o pencetă Richelot, modificată de noi (figura 2)¹ și am separat tumora cu forfecă. Am legat vasele din pedicul separat; am făcut apoi o cusătură în lanț a pediculului, și, fiind-că după acesta mai erau puncte care sângerau, am legat încă odată în masă pediculul pe sub cusătură; cum însă pediculul era îndestul de lung și temându-ne de mortificarea lui în cavitate, am aplicat asupra-î o pencetă de forcipresură și l-am cusut în plaga abdominală.

Cusătura plăgei abdominale s'a făcut în două etape pereții fiind foarte subțiri: peritoneul cu cordă No. 0 peste multe, cusătura superficială cu mătășă.

Tumora a cântărit 4863 grame.

Din aspectul macroscopic la secțiune, precum și

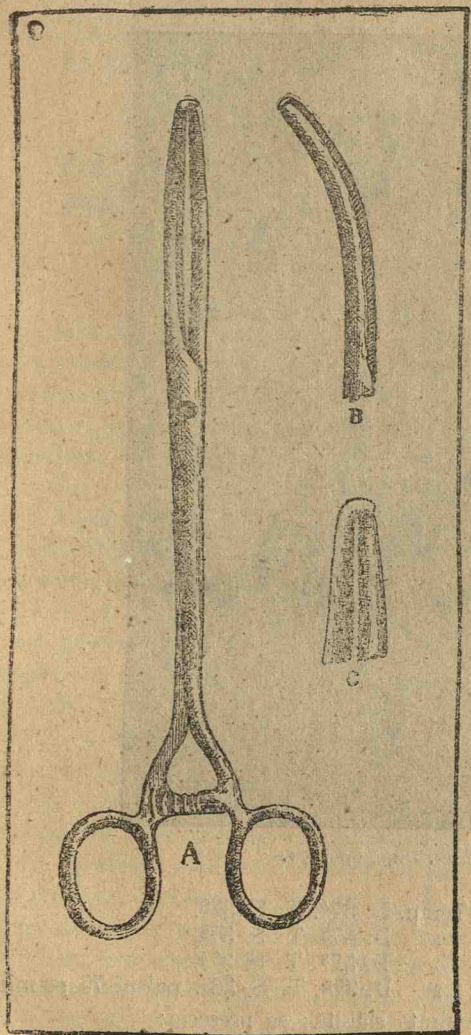


Fig. 2.

prin examenul microscopic, s'a confirmat diagnosa clinică.

1. Veđi volumul adunărei generale a medicilor Eforiei 1895.

După operație, bolnava a avut puține vărsături bilióse post-chloroformice; séra s'a scos urina cu sonda; temperatura 36³, pulsul 85 pe minut, plin.



Fig. 3. După operație.

4 Octombrie: Temp. D. 37⁴. T. S. 37⁸.

5 » » D. 37⁵. T. S. 37⁸.

6 » » D. 37³. T. S. 37⁴.

7 » » D. 37². T. S. 36³, pulsul 75 pe minut

puțin depresibit; bolnava se simte slăbită; se prescrie:

Poțiunea Todd. 200 grame.

Cafeină, 1 gram.

Pentru a se lua în timpul zilei, la 2 ore o lingură.

8 Octombrie } Temp. D. 37². S. 37.

9 » } Pulsul 80, bun.

10 » (7-a zi de la operațiune) T. D. 37, pulsul bun,

se desface pansamentul; se ia penceta, care rsmăsesse aplicată, pediculul era mumefiat. S'a pansat. S'era Temp. 37⁵; nimic alarmant:

Până la 15 Octombrie totul normal ca temperatură și stare generală, Temp. D. 36⁸, T. S. 38.

La 15 Octombrie se prescrie:

Vin de chină, 300 grame.
Extr. môle de china, 4 grame.

P. a lua câte 2 linguri pe zi.

Bolnava se plânge de dureri de cap și constipație; se prescrie.

Ol. de ricină, 30 grame.
Sachar, 5 grame.
Oleu de menthă, 2 gutte.

care să ia în mai multe rânduri în timpul zilei (această prescripțiune e pentru a face suportabil oleul de ricină și prin acesta am obținut o pulbere de Sachar oleios, pe care bolnava acesta și alții au putut-o lua cu înlesnire; efectele purgative au fost bune). Bolnava a avut scaune în urma purgativului administrat.

La 16 Octombrie. — T. D. 37. T. S. 37⁴.

Totul a intrat în ordine și la 25 Octombrie, se desface pansamentul, se scot punctele superficiale de cusătură și se escisese pediculul complet mumefiat, dară pe lângă el, se scurgea din cavitate puțin puroi de-și temperatura era 37⁴ și nici un semn de peritonită nu se observa și, pe când se comprima peretele abdominal, d-l Dr. Christianu, medicul secundar, ne spune că are senzația unui corp străin în cavitatea abdominală a bolnavei. D-sa opina că s'ar fi reprodus tumora; i-am răspuns că prea ar fi curând, ca să admitem o recidivă. Am introdus traiectul fistular o laminarie, pentru a mă dilata orificiul. S'era temperatura 36⁸.

A doua zi s'a scos laminaria; orificiul era bine dilatat, prin compresione pe abdomen s'a scurs mai mult puroi; se observă câte-va fire destrămate; am creșut că e un fir rămas din punctele de cusătură; era însă cu totul alt-ceva, căci trăgând de aceste fire am scos o compresă (fig. 4 A) de 1 m. 30 cm. lungime, pe 30 cm. lățime. Am spălat punga cu acid boric 40%.

S'era temperatura 36⁸; pulsul plin, 75 pe minut; s'au făcut zilnic aceleași spălături și s'a drenat cavitatea când cu tifon-iodoformat, când cu tub de cauciuc; nici o dată temperatura nu s'a urcat; avariat între 36³—37³; pacienta mânca cu poftă, dormia bine, a fost tot-d'auna bine dispusă.

La 27 Septembrie se prescrie:

Ol. de ricină 30 grame.
Sachar 5 grame.
Ol. de mentha 2 gutte.

pentru a se lua tot în timpul zilei.

Bolnava a avut scaune. După 22 de zile, adică la 6 Noembrie, pe același orificiū abdominal se scote o a II-a compresă, (fig. 4 B), cu aceleași dimensiuni ca și cea precedentă.

Acēsta a justificat pe deplin supurația ce continua a se scurge prin orificiul unde fusese pediculul.

Séra bolnava a avut temperatura 37⁸; nu a avut de loc vre-o herniare a intestinelor.



Fig. 4.

A. Prima compresă
B. Secunda compresă

Bolnava e aproape cu totul restabilită; o aveți înaintea d-vóstră, peste câte-va zile va eși din serviciū 1.

În puroiul ce eșia prin orificiū, și în secrețiunea ce s'a găsit pe ambele comprese, nu aū tost microbi, nici în culturī. Ce putem noi conchide din acēstă observațiune?

1. Eșită la 1 Decembrie, vindecată.

1) Invățăm că trebuie să fim foarte atenți în operațiuni de asemenea natură : a număra tot-d'auna instrumentele și piesele de pansament ce întrebuițăm, după cum ați văzut că recomandă în tot-d'auna.

2) Că acușațiunea ce s'a adus personalului din serviciul nostru, e inexactă, e gratuită, e răutăcioasă.

Imi veți zice, că tocmai la această femeie a fost supurațiune: da, o afirm, dară ea nu a fost septică, a fost sterilă de micro-organismе, după cum constată examenele repetate micoscopice, ea a fost produsă de corpul străin care a iritat continuu peritoneul.

Cum ar fi putut exista această bolnavă, în a cărei cavitate abdominală, a stat 44 de zile compresele uitate de noi, dacă aceste comprese ar fi fost rău preparate, dacă nu s'ar practica în serviciu o antisepsie riguroasă?

Sper, că acei ce lucrați în serviciu, veți fi apți a dovedi și de aci înainte acelor ce au *guri rele*, că n'au dreptate a critica pe acei ce își fac datoria în conștiință.

A IV-a LECȚIUNE

DESPRE TRACHEOTOMIE ȘI ACCIDENTELE EI

Domnilor,

Avem în serviciu, salonul No. 1 de femei, la patul No. 3, o copilă în etate de 5 ani, bolnavă de Crup, care mi-a fost recomandată de colegul nostru d. profesor Râmniceanu. Am crezut, că ar fi folositor pentru Domniile vóstre, a nu lăsa să trecă prin serviciu un asemenea cas, fără a'l releva și care ne pare important din mai multe puncte de vedere.

Mai întâiu de tóte, știu să vă atrag atențiunea asupra casului, din punctul de vedere al diagnosei și vă rog să observați de aproape, ca să nu confundați această stare pathologică cu altele similare.

Un adevărat *crup* se póte confunda cu o laryngită stridulósă sau crupul fals și, mai mult de cât o dată, s'a întâmplat, ca medicii, obicei-nuiți cu bólele de copii, să comită scéstă eróre și să tracheotomisese un copil cu laryngită stridulósă. Am în memorie un cas: o copilă a lui N. B. în etate de 5 ani, de părinți exagerat nervoși, copila fórte nervósă, este apucată *brusc* nóptea de o dificultate de respirație cu vocea caracteristică și cu tiragiú laryngial; medicii consideră casul de crup și staú gata cu histurimul a tracheotomisa, pe când o inspirație de chloroform a fost suficientă să facă să dispară îndată accesul iar câte-va lingurițe de sirop calmant, au împiedicat accesele de a mai reveni.

Crupul se mai póte confunda cu corpú străini din larynge, atunci

când medicul nu are amănunte asupra începutului bôlei, sau când nu voese să le credă, chiar când i se indică cu precisiune.

Două casuri ce vă voiți povesti, vă vor convinge, că se pot comite asemenea erori regretabile.

I-ul cas. — Un primar de la o comună rurală, vine în Capitală pentru afaceri de serviciu, după el să ia nevasta să târguiască, aduc și un copil, „ca să vadă și el Bucuresciul“ și cu toții să duc să găzduiască la o rudă; bărbatul plăcă la prefectură, iar femeea trimete după o vrăjitoare să îi ghicescă norocul. Când a venit *baba*, mama era cu copilul în brațe, în capul unei scări și mâncau amândoi sâmburi de nucă verde; pe când *baba* se urca, copilul se sperie, dă un țipăt și rămâne înlemnit, învinețesc și nu mai poate respira; țipete, vaete. alergături după medic. Părinții iaă copilul în trăsură, alergă la un medic, acesta consideră cazul ca *Crup* și gonesce pe părinți sub cuvânt că se molipsesc casa și să bolnăvesc copii. Văd pe acest copil, și mă prepar a' l opera, după ce am încercat toate mijlocele pentru expulzarea corpului străin, dară, fiind-că respirația era grea numai prin accese, așa în cât rămăneū momente de un calm îndestul de suficient, am hotărât să temporisăm; pe lângă acestea, părinții nu avéu curajul de a admite operația. Ast-fel am veghiat lângă copil totă noptea și a doua zi, un sforțiu de tuse a asvârlit un sâmbure de nucă de un centimetru lungime și 8. mm. grosime. Totul a intrat în ordine și părinții aū plecat cu copilul sănătos. În cazul acesta, mama povestea lucrurile așa cum se petrecuse și trebuia cređută, căci nu avea nici un interes a simula o afecțiune.

Al II-lea cas. — Intr'o familie, mai mulți copii se jucaū prin casă, o fetiță mică de 9 luni cade de odată fără simțire și fără respirație, totă familia se alarmeză, toți se întrebă ce era pricina, când se descopere, că din două mici *cătărămi* (agrafe) cu dinți foarte ascuțiți, ce erau la caetele de hârtie de țigară, una lipsea; prin urmare fusese înghițită de fetiță; era iarna, foarte frig; părinții iaă pe copilă în sanie, alergă la un medic. Ei spun cum s' aū întâmplat lucrurile, medicul se sperie, consideră cazul de *crup* adevărat, îi isgonesce să nu' infecteze casa și să'i pericliteze copii; ei alergă la mai mulți medici, în fine, după o cursă de două ore, sosesc, imi presentă copila și eū, vădend că este amenințată de sufocație, am apucat corpul străin cu o pencetă și, cu ore-care dificultate, il am extras, dară, fiind-că era cu dinții ascuțiți, a făcut leziuni foarte întinse în mucosa laryngelui.

Considerând cazul ca foarte grav, cu toate că scosesem corpul din larynge, am trimes copila la spital; o inflamație s'a făcut în larynge, amenințare de sufocație, am făcut tracheotomia, copila a sucombat a treia zi de pneumonie intensă, cauzată poate de răniurile produse de corpul străin și de tracheotomie, sau poate, și ceea ce este mai probabil, căpătată în timpul cât au pus părinții a alerga după ajutorul medical pe un frig foarte intens. Necropsia a fost refuzată de părinți.

Un alt interes presintă copila aflată în serviciu actualmente, acela adică de a fi fost tratată cu injecții de ser antidiphtheric. Copila este bolnavă de trei zile și sau făcut două injecții de ser.

După prima injecție mi s'a părut că respirația ar fi mai liberă, și, cedând și la dorința părinților de a mai temporisa operația, am mai făcut și o a doua injecție în timpul zilei, cu condiție ca copila să fie priveghiata de aproape și, dacă spre seară nu era mai bine, să o aducă la spital, iar eu pe de altă parte, am dat ordinele convenite spre a fi totul gata pentru tracheotomie.

La 6 ore seara, tatăl comunicându-mi, că copila merge rău, am dis să o aducă la spital, am venit pe dată și am făcut tracheotomia la lumina lămpilor, care cu toate că e indestul de intensă, e însă defectuosă. Astăzi însă copila e indestul de liniscită și, cu toate că nu constatasem nici un rezultat satisfăcător după cele dintâi două injecții, totuși am convenit să se mai facă și o a treia. —

Am crezut instructiv a vă atrage atențiunea asupra acestui metod de tratament, despre care nu se știe de cât bine, în care personal, cu toate că n'am nici o experiență, am deplină încredere, considerând valoarea științifică acelor cari au preconizat acest mod precum și rezultatele bune ce a dat până astăzi.

V'am atras în trecut atențiunea asupra celor de mai sus, cu ocazia acestui caz; dar partea cea mai importantă pentru lecțiunea de astăzi, este tratamentul operatoriu al crupului, adică, înlesnirea respirației pe o cale artificială, până ce se va potoli inflamația specifică a laryangelui. Diagnosa am făcut-o după caracterele fizice, căci caracterele microscopice ne lipsesc pentru moment. Vom face cercetările și vă vom comunica cu altă ocazie dacă vom găsi bacilul lui Loeffler¹.

Să trecem acum la operațiune și vom termina cu accidentele ce se pot ivi, atât în timpul operației cât și în urmă.

1. Din cercetările făcute s'a găsit bacilul Dyphtheriei.

Innaintea de a vorbi de accidentele ce se pot ivi în momentul operațiunii, să după ce s'a deschis canalul aerian să aruncăm o repede privire asupra istoricului și mersului acestei operațiuni.

Operația prin care căutăm a înlesni respirația să extragerea corpilor streini din arborul respiratoriu, a luat diverse numiri, după cum și tăetura se face asupra cutărui să cutărui segment al tubului aerian, începând de la partea cea mai superioară și mergând până de asupra *monubriului sternului*. După locul de unde s'a operat a luat și operația denumirea sa, ast-fel: Tăetura s'a făcut în spațiul dintre osul ioid și *cartilagiul Thyroid*; asemenea s'a tăiat și linia mediană, despărțind cele două cartilaje thyroide să s'a deschis un spaciū între cartilagiul thyroid și cricoid. Fiind-că aceste tăeturi se fac asupra laryngelui, operațiunea a luat denumirea de laryngotomie și de aci avem Thyroioido-laryngotomia să operația lui **Fano**.

Thyro-laryngotomia să operația lui **Desault**.

Crico-thyro-laryngotomia să operația lui **Vicq-d'Azir**.

Cele d'întăi două operațiuni s'au făcut mai mult pentru a extrage corpii streini din larynge precum, și pentru supurațiuni supra laryngiene.

Operația lui **Vicq-d'Azir** s'a recomandat și pentru corpii streini din larynge și pentru cei din trachee, precum și în casuri când se produce sufocația, din cauza astupărei laryngelui, prin inflamație, prin *oedem* să prin oprirea unui corp strein în larynge.

Acastă operție nu se recomandă, din cauză că spațiul dintre *cricoid* și thyroid, fiind foarte strîmpt, mai tot-d'a-una suntem nevoiți a *împieta* asupra celor două cartilaje și afară de acăsta, istmul corpului thyroid, aflându-se aședat călare pe *cartilagiul cricoid* și pe spațiul dintre acesta și cartilagiul thyroid, anevoe se pôte evita de a fi tăiată acăstă glandă precum și arteria crico-thyroidiană și prin urmare ne expunem la haemorrhagii foarte abundente.

Văgând neajunsurile ce întâmpinăm, când facem operația, după cum recomandă **Vicq-d'Azir**, medicii au preferat a deschide *apertura* în lungul tracheei, începând de sub cartilagiul cricoid și până la manubriul sternului. Acăstă operație a luat numele de *bronchotomie* să mai potrivit *tracheotomie*.

De acăstă operație vorbese autorii cei vechi. **Aschlepiade**, dice că el a auzit vorbindu-se de ea. **Caelius Aurelianus** o atribue lui **Aschlepiade** cu tôte că acest autor combătea pe **Hippocrate** pentru

că el recomanda de a se introduce canule în larynge, spre a înlesni respirația, arătând că laryngotomia simplă era o operație cu mult mai puțin barbară. Se pare că **Antylus** a fost cel d'întîi care a tăiat tracheea.

La 1543 **Bassarole**, esecută această operație și **Fabricius d'Acquapendente** a introdus-o în practica medicală și a arătat mai bine indicațiile și contra indicațiile ei, cu tôte că el preconisa operația numai când răul era supra laryngian, iar pentru cazurile în care afecțiunea era sub larynge, **Fabricius** dice, că nu trebuie încercat a opera. Cu tôte că acest medic a descris tracheotomia și a fabricat chiar canale pentru a fi lăsate în trachee, istoria arată că el nu a practicat-o nici-odată. După cât vedem din istoria tracheotomieii, se pare că până la **Vicq-d'Azir** se practica numai tracheotomia. **Garangeot** și **Louis** au arătat că, dacă tracheotomia nu reușea, cauza era tot-d'auna că se făcea prea târziu. De la **Vicq-d'Azir**, **Desault**, **Boyer**, **Caron** și **Pelletan**, tracheotomia a mers din ce în ce perfecționându-se până ce **Bretonneau de la Tours** și elevul său **TraussEAU**, au introdus-o în practica medicală; ca operație de tôte zilele.

Procedeele operatorii au fost foarte diferite, ast-fel **Dekkers**, **Bauchet**, **Sanctorius** și **Collineau**, recomandau a face operația, cu un trocart special, introdus de o dată și lăsând *canula* în trachee.

Desault recomandă a se face tăetura longitudinal între ioid și cartilagiul tyroid iar **Vicq-d'Azir** a recomandat tăetura transversală între cricoid și thyroid.

Boyer recomanda a se face tăetura începînd sub cartilagiul thyroid și a o prelungi în jos asupra tracheei, după ce mai întîiu s'a împins în sus cu degetul vasele.

Marschall-Hall, a recomandat a nu pune canulă în permanență, ci a lăsa o apertură mare între trachee, prin ridicarea unui disc circular. Pentru acésta **Marschall** dice că, sau să se apuce cu penceta marginele plăgei trachiale și să se taie rotund cu forfecile câte un lombo de fie-care parte sau, după ce a făcut incisia longitudinală să introducă în trachee o placă de plută și cu o potricolă *emporte-pièce* să apese pe trachee contra plăcei și după care va rămîne o apertură rotundă care va servi la respirație și care se va astupa mai târziu cu cicatrizare.

Fano, voeșce a revendica procedeele de laryngotomie sus-thyroidienă. Pentru a face tracheotomia ne trebuiesc un număr hotărît de instrumente neapărat indispensabile. Acestea sunt: bisturii cu vîrf și

butonat, pencețe hœmostatice cu și fără dinți, cârlige ascuțite și bõnte, dilatatorul lui Laborde, canule de diterite grosimi, potrivite cu etatea bolnavului de operat, pregătite cu șireturile lor, cu pansamentul și armate cu câte un mandrin, mai multe pene stelirisate de pasăre, pentru mucoșități, o penceță pentru corpii streinii și o pompă aspiratrice.

Pentru înlesnirea operațiunei, fie chiar în cazurile de crup, s'a recomandat a se chloroformisa bolnavii. Acêsta pôte fi bine în casurile în care respirația se mai pôte face.

Iată și manualul operatorii :

După ce se face toaleta regiunei de operat și a operatorului, tôte instrumentele și cele-l'alte obiecte, fiind sterilisate, pacientul este culcat pe spate, având sub umeri o perină, așa în cât capul dându-se pe spate, regiunea anterioră a gâtului să se ridice, devenind fõrte aparentă. Se dă chloroform bolnavului (când casul permite) operatorul este așezat în drépta bolnavului (afară de casul când este stângaci).

Este bine a însemna o linie cu un creion dermatografic pe linia mediană a gâtului. Cu mâna stângă se fixeză laryngele iar cu drépta, armată de un bisturiu cu vârș și drept, se face o tăietură, începând de la marginea inferiõră a cartilagiului cricoid, se taie țesăturile strat cu strat, se izoléză muschii sterno-ïoidieni și sterno thyroidieni, trăgându-i în lături cu cârlige bõnte; dacã este hœmorrhagie, vasele se prind cu pencețe și chiar se lęgă; odată ajuns la trachee, se fixeză cu unghia de la indicatorul stâng, trăgând de marginea cricordului în sus iar cu degetul indicator drept, se ridică în sus corpul thyroid cu vasele sale și cu arteria crico-thyroidienă; se rezuesce în lungul tracheei în jos pentru a depărta orî-ce vase și mai cu sémă arteria thyroidienă medie sau a lui **Neibauer**, când acêsta ar exista. Dacã operatorul crede că tracheea nu e destul de bine fixată, va apuca cu o penceță cu dinți, de țesătura celulară ce o acoperă sau va trece un fir de ață, cu care un ajutor trage în sus haryngele, iar operatorul fixeză tracheea, pentru a nu se putea mișca lateral, aplicând unghia degetului indicator paralel cu axa longitudinală a acestui canal, iar cu bisturiul, deschide tracheea, ponctionând-o alături cu unghia indicatorului stâng; odată făcută acêstă opertură, înfige unghia în ea, și operatorul termină operația cu același bisturiu, ceea-ce este mai espeditiv și mai elegant sau i schimbă, luând pe cel butonat și cu acesta, evitând a leziona peretele posterior al tracheei, taie două sau trei inele tracheale în jos. Cu cât bisturiul se depărtéză în jos, cu atât vârșul degetului se afundă

în plagă, pentru a o astupa ca să nu intre singele și a o ține întredeschisă, ca să pôtă nemeri cu dilatatorul. Odată terminată tăetura inelelor, operatorul lasă bisturiul și apucă dilatorul, pe care l introduce pe lângă deget și, cu cât împinge de dilatator cu atât trage degetul în afară, spre a face loc instrumentului. Indată ce dilatorul a intrat se depărtază ramurile lui (nu prea mult) iar un ajutor presintă chirurgului pe la stânga, o canulă *complete* preparată pe care acesta o introduce cu mâna stângă printre ramurile dilatatorului; o dată ce canula a fost împinsă până la pavilion, un ajutor trage *mandrinul* și chirurgul, fixând canula cu mâna stângă trage cu *băgare de sémă* dilatatorul; după acesta, șireturile se înoda la cêfa bolnavului; se caută a se opri hœmorrhagia și, precum plaga *cutanotă* este tot-d'auna mai mare de cât cea trachială, se aplică la partea ei de jos unu sau mai multe puncte de cusătură și totul este gata.

Bolnavul se așeză în patul lui și se încredințază unui ajutor, pentru a i curăța canula de mucosități.

Peste gâtul bolnavului se pune tifon (gaz) scrobit, gros și îndoit în mai multe, pentru ca aerul să se încăldească înainte de a pătrunde în trachee.

După ce am vorbit de diferite operații, făcute asupra canalului respirator, fie pentru a extrage corpi străini, fie pentru a da acces aerului, interceptat un moment, printr'un accident, să vedem acum care sunt și accidentele ce se pot întâmpla, fie în timpul operației, fie după operație.

ACCIDENTE

Domnilor,

Cel d'întâiu accident, ce se pôte ivi în timpul operației, este ca să nu avem tot-d'a-una timp a termina operația și pacientul pôte să sucombe în mâinele noastre. Acest accident pôte surveni când suntem chemați prea târziu, sau când un corp străin, aflat în bronchi, obliterează laryngele de jos în sus. Cazul d'întâiu se mai pôte ivi și din cauză că operatorul, nefiind destul de experimentat, nu are celeritatea necesară în cazurile urgente. Nu odată s'a întâmplat ca medicul în această operație, mai mult ca în multe altele, să-și piardă capul, să se zăpăcescă într'atâta în cât să nu mai scie ce face și să nu scie cum să fugă. Un caz analog cunosc că s'a întâmplat aci în capitală, unde două confrăți fiind chemați a trachetomisa un copil cu crup; murindu-le copilul în mână, ei au fugit pe scara de din dos.

Al doilea accident ce se p \acute{o} te int \acute{a} mpla este h \acute{o} emorrhagia, care, c \acute{a} te o dat \acute{a} , este f \acute{o} rte seri \acute{o} s \acute{a} și care se p \acute{o} te opri prin aplicare de pencețe fixe.

Bruns și Voltolini pentru a evita hoemorrhagia a \acute{u} recomandat a face t \acute{a} ietura țes \acute{e} turilor p \acute{a} n \acute{a} la trachee cu termo-cauterul sa \acute{u} cu cuțitul inc \acute{a} ldit la lampa lui Dawy. Acest procedeu are ins \acute{a} mari inconveniente.

La caz c \acute{a} nd s \acute{a} ngele ar p \acute{a} trunde în trachee, s'a recomandat a se aspira prin canul \acute{a} cu o sond \acute{a} de gum \acute{a} , de metal, sa \acute{u} chiar aplic \acute{a} nd gura asupra pavelionului canulei. Acest procedeu este c \acute{a} t se p $\acute{o$ te de periculos pentru c \acute{a} operatorul sa \acute{u} pers \acute{o} na care aspir \acute{a} , se p $\acute{o$ te inocula. Pentru a evita un ast-fel de pericol, noi recomand \acute{a} m ca între instrumentele pentru tracheotomie s \acute{a} fie și o pomp \acute{a} aspira-trice, al c \acute{a} reia v \acute{e} rful, armat de un tub de cauciuc, s \acute{a} se potrivească ex \acute{a} ct la orificiul canulei și cu care s \acute{a} se aspire tot s \acute{a} ngele și muco-sit \acute{a} țile din trachee și bronchi \acute{u} .

Al treilea accident, este c \acute{a} prin mobilitatea tracheei și mișc \acute{a} rile pacientului, perdem de sub-deget apertura tracheal \acute{a} . Pentru a evita ac \acute{e} sta, recomand \acute{a} m, ca pe de oparte, fie chiar contra preceptelor antiseptice, acei medici car \acute{u} a \acute{u} ocașie a face mai des operația tracheotomie \acute{i} , s \acute{a} aib \acute{a} unghia indicatorului st \acute{a} ng mai lung \acute{a} și ascuțit \acute{a} sa \acute{u} s \acute{a} o ascuț \acute{a} pentru ocașie, sa \acute{u} s \acute{a} fixeze acest canal cu o penceț \acute{a} , sa \acute{u} cu un fir de ață trecut prin țesutul *pretracheal*; sa \acute{u} , dac \acute{a} nu a luat nici unul din aceste precauțiuni, s \acute{a} fixeze din nou cu unghia și s \acute{a} str \acute{e} pung \acute{a} cu v \acute{e} rful bisturiului, s \acute{a} nu caute în zadar prima apertur \acute{a} , c \acute{a} ci în unele casuri, mai cu s \acute{e} m \acute{a} la copii, e f \acute{o} rte gre \acute{u} de g \acute{a} șit, pentru c \acute{a} țes \acute{a} turile 'și schimb \acute{a} raporturile lor.

Al patrulea accident, s \acute{a} p $\acute{o$ te ivi la introducerea canulei. Acest timp al operației este cel mai dificil și mai expus la pericole. Se p $\acute{o$ te int \acute{e} mpla c \acute{a} într'o mișcare involuntar \acute{a} și imprudent \acute{a} a bolnavului, s \acute{a} 'i ias \acute{a} dilatatorul și atunci rezult \acute{a} o mare dificultate de a' l introduce. Se p $\acute{o$ te ca odat \acute{a} tracheea deschis \acute{a} , bolnavul s \acute{a} cred \acute{a} c \acute{a} este sc \acute{a} pat și s \acute{a} fug \acute{a} , lucru ce mi s'a int \acute{a} mplat odat \acute{a} c \acute{a} nd, dup \acute{e} ce am deschis tracheea unui preot, acesta, fiind un om viguros, nu a putut fi ținut (nu era chloroformizat) și a luat'o la fug \acute{a} prin curte, și numai cu mare greutate a fost convins de pericolul ce' l aștepta și s'a l \acute{a} sat a i se introduce canula. Se mai p $\acute{o$ te ca și canula s \acute{a} fie introdus \acute{a} al \acute{a} tur \acute{i} de trachee.

Un accident ce se p $\acute{o$ te ivi în acest timp al operației, mai este dilatarea pereților tracheei: sa \acute{u} pentru-c \acute{a} se deschide prea mult dila-

tatorul, sau pentru că canula este prea grosă, în raport cu calibrul tracheal. Acesta se poate evita numai prin abilitatea și calmul chirurgului.

Al cincilea accident, este rănirea peretelui posterior al tracheei, când se face operația de o dată sau când chirurgul, nefiind destul de abil, se servese de cuțitul cu vârf pentru a termina operația.

Un al șaselea și mai rar accident, se poate ivi în cazurile de anomalii vasculare, în care arterii mari, să aibă cu totul alte poziții de cât cele cunoscute sau când arteria lui Neubauer este foarte voluminoasă.

Alte accidente depandă de împrejurări, de diagnosă greșită și în această privință 'mi voi permite a vă povesti cel puțin cazurile acelea în cari am avut ocazie a observa acesta.

I-ii cas.—Mi se aduce în serviciu, de către unul din confracți, un copil între 3—5 ani, dîcîndu-mi că suferea de crup și căruia 'i dăduse îngrijirile în familie. Casul era așa de grăbit în cât, abia am avut timpul a prepara instrumentele *cele mai indispensabile*. Am deschis tracheea, am introdus canula și spre marea noastră mirare, respirația, nu s'a restabilit, iar copilul a sucombat peste puține ore; la necropsie am găsit că copilul avusese *un absces retropharyngien*, care se coborise în jos și comprima tracheea sub punctul unde operasem.

Al II-lea cas.—Intr'o vizită, ce am făcut într'o noapte bolnavilor din serviciu la care eram atașat ca medic secundar, la spitalul Colentina, am vădut că o bolnavă sufoca și avea la cap o candelă drept lumînare. Vădînd că totul era perdut și în lipsă de instrumente speciale, am scos trusa și cu bisturiul ordinar, fără altă preparație, am deschis de odată tracheea și în loc de canulă am introdus *sonda de femee*, prin care pacienta a respirat până a doua zi, când mi s'a adus din oraș o canulă de tracheotomie. Bolnava s'a vindecat.

Al III-lea cas.—Sunt chemat de un coleg într'o noapte pe la ora unu, de a vedea un bolnav grav, fără a sci, că era vorba de tracheotomie; mă duc cu totul nepreparat. Hotărâm operația, colegul se duce după instrumente, perde cheia de la biurou pe drum, plec eu să caut instrumente, trece o oră și jumătate în această alergătură; în fine totul e gata; fac tăetura până la trachee, se ivesce o hemoragie înspăimîntătoare, bolnavul abia mai dă semne de viață, ne silim la lumina unei lumânări de se'u a opri scurgerea sîngelui; pe când aplicam pencetele, de odată bolnavul se deșteptă, ne privesce și ne întrébă că „*ce avem cu el*“. Era un atac de histerie caracterizat prin împiedicarea respirației.

La întrebările noastre, familia tocmai atunci ne spune că bolnavul este predispus la asemenea accese, că le avusese de mai multe ori, că îi veneau în urma unor supărări mari, dar că nici o dată nu fusese așa de grav ca în acea seară. Iată un caz în care gravitatea în care se găsea bolnavul nu ne-a dat timpul a lua toate lămuririle anterioare, iar familia, fiind zăpăcită de frica morții, a uitat să ne pună pe calea cea bună.

Al IV-lea cas.—Sunt chemat în consultație cu un coleg a vedea de urgență un bolnav ce venise de la Craiova, într-o stare alarmantă. Cunoșteam de alt-fel pe pacient, era un șef al gării din Craiova, om tânăr, voinic și foarte inteligent. El avea respirația foarte dificilă și sgomotosă și nu ne putea spune tot ce se petrecuse; o soră a sa care îl îngrijea, indestul de competentă, ne spune cum se petrecuse lucrurile. Ea ne dicea că pacientul suferea de vre-o 40 de zile, că afecțiunea a debutat prin o dificultate a *respirației*, care încetul cu încetul a devenit foarte dificilă; pacientul fusese căutat de mai mulți medici din localitate pentru o afecțiune a laryngelui. Casul așa cum ni s'a prezentat era dintre cele mai grave și respirația fiind *foarte genată și foarte* sgomotosă, nu ne permitea a face un examen detaliat nici al laryngelui și nici al *thoracelui* așa în cât și pulmonii și cordul cu vasele lui, nu s'au putut examina. Inspirația era cu totul liberă iar expirația foarte *dificilă* și sgomotosă. Aflându-ne în fața unui caz așa de greu determinat, am esitat a face tracheotomia, cu toate acestea, mai mult curiozitatea de a verifica diagnosa, precum și în vederea dificultăților ce eram sigur că vom întâlni, în cazul când am interveni în familie, am luat pe pacient la spital și aci, în consultație și cu alți confracți și lucindu-ne ore-care speranță, că poate această împiedicare a respirației să fie cauzată de un polyp în trachee, care pediculat și mobil astupa laryngele de jos în sus, am hotărât a face tracheotomia. Cu mare anevoință am introdus canula și din nenorocire, respirația nu s'a ameliorat, prin urmare obstacolul era în jos. Am examinat tracheea, am introdus degetul și nu am găsit nimic, sau cel puțin ni s'a părut că simțim către bifurcația tracheei, o tumoră care augmenta de volum însă acest examen, fiind foarte cu greu de făcut, din cauză că pacientul nu putea răbda mult timp prezența degetului, nu ne-am putut face o idee sigură. Vădând toate aceste, am presupus prezența unei tumori anevrysmale și în adevăr la necropsie am găsit pe *crossa aortei un melon* de mărimea unui ou mic de găină, care se afla la bifurcația

tracheei și care în timpul expirației augmenta de volum prin fluxul sângelui, astupând ast-fel *aprôpe* complet lumenul ambelor bronchii la origina lor.

Să trecem acum la accidentele ce se pot ivi după operație.

Cel dintăi cas este că, canula apăsând pe peretele posterior al tracheei, produce un decubit, de unde hœmorrhagie. Acest accident se pôte preîntâmpina, întrebuițând canula mobilă pe pavilion a lui **Boyer-Luer** sau canula conică a lui **Krishaber**.

Un alt accident se pôte întempla la copii tracheotomisați, căci ei pot să 'și smulgă canula și care, cu dificultate se pôte reintroduce,

În timpul când se curăță canula, pot scăpa în trachee corpui străini cu cari ne servim a o curăță; pentru a scôte acești corpî ne servim de penceta articulată a lui **Collin**.

După tracheotomie, pentru afecțiuni chronice ale laryngelui, să întâmplă să rămână canalul obliterated și pacientul să pörte canula totă viața.

Pentru a evita acest accident s'a recomandat canula cu o prelungire în sus a lui **Nussbaum**, sau a lui **Dupuy**, sau intervenind mai târziu a dilata partea de sus, pe când canula se ține în trachee.

După tracheotomie să întâmplă că a doua zi, când schimbăm canula, să nu o putem introduce în trachee; pe de o parte că și canalul dintre tegumente și trachee nu este format, sau din cauză că, producându-se o tumefacție cu œdem a țesăturilor, sau și una și alta, să facă ca tracheea să fie foarte departe și apertura micșorată sau dispărută prin elasticitatea inelelor tracheale.

Pentru a introduce canula, s'a recomandat a se culca bolnavul în poziția în care a fost operat și a introduce din nou dilatatorul, prin ajutorul căruia se aședă canula sau, după cum recomandă **Roser**, a se trece un fir prin fie-care margine a plegei trachiale, de care să tragă un ajutor ca să le depărteze.

În casuri de paralyisie diphterică, suntem nevoiți a lăsa mult timp în urmă canula în trachee; din care cauză se produc adesea accidente foarte serioase.

Alt accident se pôte ivi, atunci când tracheea este împinsă la o parte de o tumoră a gâtului, sau este acoperită și comprimată în așa mod în cât pacientul să fie amenințat de sufocație și tracheotomia să fie absolut indispensabilă, pentru a prelungi viața bolnavului sau chiar al scăpa, dându-ne timp a urma tratamentul, fie medical, fie chirur-

gical. Sunt câțî-ve ani, de când am avut în serviciu un israelit cu o tumoră sarcomatósă a corpului thyoid. Tumora era atât de voluminosă și tare, în cât producea o compresiune fórte puternică asupra thracheei și laryngelui și sufoca pe pacient, prin împedecarea intrării aerului. Tracheea era împinsă către stânga până sub marginea anterioară a trapezului. Operația era absolut indicată, dară dificultățile ce presinta ne făcêu să ezităm.

Cu tóte aceste dificultăți, vëdënd că viața pacientului era în pericol, ne am hotărât a face tracheotomia unde și cum puteam. Pentru că tumora făcea ca tracheea să nu mai ocupe poziția normală și era fórte depărtată lateral și acoperită de un lob al tumorei, adâncimea la care trebuia să mergem, era în disproporție cu lungimea canulelor obicinuite pentru acésta am comandat o canulă cu mult mai lungă, adică de 9 centimetre, iar operația am făcut'o pe o linie ce ar merge de la vârful apofisie mastoide la jumătatea claviculei. Este bine cunoscut, că în asemenea casuri, cum raporturile normale ale organelor sunt cu totul schimbate, era fórte natural să riscăm a avea ver un accident și în adevër, una din dificultăți era și izolarea tracheei de tumora care o acoperea precum și o hœmãrragie, destul de însemnată, ce a rezultat din deschiderea mai multor vase importante. După introducerea canulei am lăsat pe pacient în repaos mai multe zile, după care am procedat la extirparea tumorei. În cursul operației, vëdënd că era a risca fórte mult, dacă am fi stăruit a extirpa de odată tótă tumora, ne am mulțumit a extirpa numai lobul cel stâng, care împinsese și acoperea tracheea. Cu acésta s'aũ schimbat iară raporturile și canula, fiind lungă și rigidă, gena fórte mult pe pacient. Pentru a evita acest inconvenient, am recomandat a se face o canulă lungă și articulată, după indicațiile lui König și Verneuille, așa în cât, fără a se diformă, să urmeze deviațiile și mișcările tracheei ca să nu rănescă țeseturile.

Acest pacient, care ar fi putut fi considerat ca pierdut, s'a vindecat. Tumora ce mai rămăsese, inflamându-se și supurînd, m'a făcut să deschid mai multe colecții purulente și în cele din urmă s'a vindecat cu desăvârșire, ast-fel că astă-đi pacientul 'și vede de afacerile sale și ori-cine 'l póte întâlni în hala vechiturilor, vîndënd efecte vechi.

Iată domnilor, ce avém să vë spun *despre tracheotomie și accidente ei*. Sciũ, că acésta e prea puțin, pe lângă materialul imens ce se găsește cõsemnat în tratatele speciale și cunoscute de confrăți mai abili și mai experimentați de cât noi.

A V-a LECȚIUNE

DESPRE TREI FORME DE SUTURI CHIRURGICALE

Domnilor,

Vă va părea câte straniu când veți vedea că voi fi nevoit, contra dorinței mele, să vorbesc și despre mine. Este un lucru bine cunoscut că modestia este o plantă exotică la noi și, pare că sunt predestinat astăzi să împărtășesc și eu soarta acelor care uită că modestia trebuie să fie podoba omului de știință, dar cel puțin, pentru a nu deveni ridicul și eu, sunt nevoit să mă servesc de acte, care până la un punct ăre-care, mi se pare, că pledază în favoarea mea.

Încă de la 1884, când a început să se introducă și la noi operațiunile serioase, operațiunii asupra abdomenului, am căutat să fiu și eu în curent cu ceia ce se petrece în alte localități mult mai înaintate de cât Capitala noastră, și într'o călătorie ce am făcut, am văzut pe chirurgii operând; m'am interesat de aproape, am întrebat despre rezultatele post-operatoare și între cele neplăcute care esista, era și aceea că suturile, care nu dau destulă soliditate pentru a împiedeca eșirea viscerelor sub-piele, formând tumori spre 'nainte, produceau ast-fel incomoditate pacienților.

Câte-va operațiuni ce am făcut în primii ani după 1884, ne au dat rezultate nesatisfăcătoare, prin complicațiile neplăcute produse

după operație. Acesta ne descuragésă și numai îndrăsném a opera, mai cu sémă că ne găsem în condiții igienice foarte rele, în vechiul spital. Pentru a remedia la aceste inconveniente, 'mí-a venit ideea de a face o sutură extra peritoneală a pereților abdominali în mai multe etaje, spre a evita orí-ce comunicare cu această serósă.

Sutura în etaje o fac în chipul următor: Cos peritoneul peste muche cu córde No. 0 sau cel mult No. 1; cos în al doilea etajii muschii cu aponevrósele tot cu córde No. 3 și cos și tegumentele separat cu fire de mătásă și în puncturi întrerupte, dacă pereții sunt mai subțiri; fac și *cusătură împănată*, când pereții sunt prea încărcați de grăsimé.

În cas când marginele nu sunt bine ajustate, mă fac și un al patrulea rând de suturi pe marginele plăgei, și pentru acesta, mă servesc de fire de ață No. 1. Acestă sutură o fac când în puncturi separate, când pe muche, după împrejurări. Figurile aci alăturate arată cum e făcută sutura în etaje.

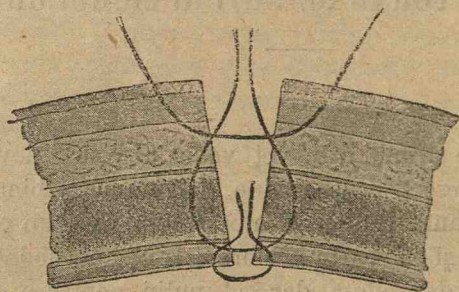


Fig. 1. — Represintă sutura în etaje cu grosimea peretelui abdomenului, incisat până în cavitate, cu diferitele lui pături (straturi), firele represintă cele trei suturi superpuse: a) cea mai mică, este sutura peritoneului; b) sutura muschilor și c) sutura tegumentelor.

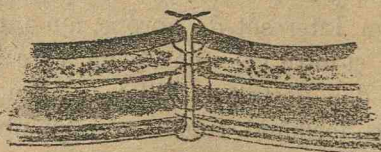


Fig. 2. — Represintă suturile strânse și marginele plăgei puse în contact.

La 1887, în luna lui Martie, am presintat această cusătură la o întrunire a Chirurșilor Germani din Berlin. Unul din cei mai stimați colegi ai noștri, fost intern al meu, D. Profesor *Obreja*, a avut buna-voință ca să 'mi' facă un desen al acestei suturii abdominale cu care m'am servit la Berlin.

La 1887 prima-vară, în Martie, am făcut această comunicare la Berlin, iar la 1887 *tómna*. D-nu Doctor *Pozzi*, publică lucrările sale asupra Gynecologiei și în care arată că d-sa este cel d'intăi care a imaginat acest procedeu de sutură.

Actele sunt doveditoare, cred în destul, că această sutură a fost adusă la cunoștința publicului medical înainte ca d-nu Doctor *Pozzi* să publice lucrarea sa; regret că, cu totă considerațiunea ce am pentru amicul meu d. Doctor *Pozzi*, sunt nevoit a pretinde prioritatea.

Iată un cas, care m'a facut fără voia mea, să aduc înaintea D-vóstră, istoria acestei suturii.

O altă sutură, nu mai puțin importantă, pe care o facem noi în plăgi pentru reunirea *per primam*, este așa disa sutură ascunsă sau intra-dermică.

Cu această satură, împedim formarea cicatricelor prea aparente.

Ca și pentru sutura în etage, sunt nevoit a cere prioritate, căci după cum se dovedesce din publicațiile făcute în țară la noi, ori cine se pôte convinge, că noi am practicat această sutură cu mult mai înainte de a fi fost cunoscută în țară².

Încă pe la 1883, ideea acestei suturii, ne-a fost sugerată de dorința unora din persoane, cari cu ori-ce preț nu voiaū a avea semne (cicatrice) aparente; mai cu sémă pe regiunea expusă vederii, cum este fața, gütul sau regiunile inguinale, unde o cicatrice presupune tot d'auna o afecțiune rușinosă. Această sutură se face în chipul următor, după cum se arată exact în figurile 3 și 4, aci alăturate.

Un al treilea fel de sutură, ce practicăm de cât-va timp, este acea prin care, pe lângă avantajele ce avem de a nu lăsa cicatrice aparante înlesnim și apropierea suprafețelor sângerinde, *Manualul operator*. Cu acul, în urechile căruia este introdus o córdă

1, A se vedea volumul Congresului de Chirurgie din Berlin pe 1897.

2. Această sutură se deosibesce de aceia a lui Chasaignac, căci acest chirurg recomanda a face sutura în mod paralel cu plaga, pe când noi o facem pe muche, chiar în interiorul plăgei (N. A.).

de grosime variată, de la 00 până la No. 2, după cum și plaga este mai superficială sau mai adâncă, se introduce acul la una din extremități prin fundul plăgei și se scôte prin tegumente la o distanță de marginea cutanată a plăgei, potrivită cu adincimea acestia. Se reînfige acul prin apertura pe care a eșit, însă într'o direcție oblică către cea-l'altă extremitate a plăgei și se scôte în fundul ei la o depărtare de câte-va milimetri (3—4) din punctul unde fusese înfipt acul pentru prima dată; se înodă cele două căpătâie și cel scurt se taie aproape de nod. Se trece acul prin marginea opusă tot cum s'a făcut în prima dată și se scôte la o distanță egală cu cea din partea opusă. Se reîntorce acul, intrând prin apertura pe care a eșit și se scôte în fundul plăgei la 4—5 milimetri de punctul pe unde se introdusese, tot în direcție oblică și tot către extremitatea opusă a plăgei. Se introduce din nou acul în fundul plăgei în marginea opusă și se scôte prin tegumente la aceeași distanță ca și cea d'întâiu și urmăzează ast-fel până la

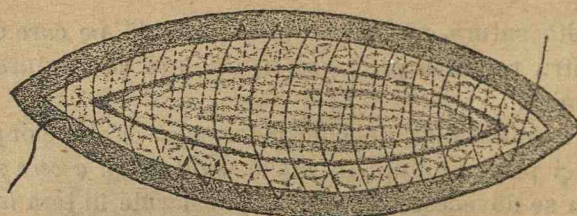


Fig. 3. -- Reprezintă sutura intradermică, cu firele trecute prin grosimea țesăturilor.

complecta suturare a plăgei, având grije de a strînge firul după fiecare trecere a acului. Dacă se întâmplă ca marginea plăgei să se resfrângă în afară, lucru ce se pôte ivi când acul este scos prea departe de marginea sângerândă, se aplică mai multe puncte de sutură separate sau chiar continuu pe muche, făcute cu córdă cea mai subțire și cât se pôte de pe margine. Fig. 5 reprezintă timpul întâiu al operației. Aci se vede cum acul pătrunde în țesătură pentru a eși pe marginea cutanată. Fig. 6 ne arară marginele plăgei puse în contact prin stringerea firului.

Acest fel de sutură, a fost aplicat pentru prima óră în operația de buză de epure, făcută după procedeul nostru.

Acastă sutură a fost descrisă și publicată de internul nostru D. C. Gruescu, într'o comunicare ce a făcut la Societate Studenților în medicină, în anul 1896.



Fig 4. — Represintă aceeași sutură cu marginile plăgei apropiate prin strângerea firului.

Iată cum procedăm noi: După ce plaga este asepticată, luăm un ac în urechile căruia este introdus un fir de cordă No. 0 sau chiar 00 și acesta se înfige în extremitatea plăgei în grosimea dermului la un milimetru de margine, să pătrunde în țesătură la o adincime în raport cu profunditatea plăgei și se scote prin marginea cea'l-altă, la un punct exact opus celui de intrare; se trece pe deasupra, se înfige acul din nou scoțându-l în partea opusă și urmăză ast-fel până ce ajunge la cea'l-altă extremitate a plăgei, stringând firele cu cât se prelungesce sutura. Căpătăiele cordelor se taie foarte scurt spre a rămâne în interior iar peste tot se face un pansament antiseptic.

Prin ajutorul acestei suturi, am obținut cicatrice așa de puțin aparente, în cât după operații foarte mari, semnele lăsate de operație aproape nu se cunoscău.

Și pentru această sutură mă vęd nevoit a reaminti savantului Doctor și amicului meu D. Pozzi, că, dacă ne-ar fi făcut deosebita onóre de a ne visita și pe noi, de sigur că ar fi vędut această sutură practicându-se de noi mai 'nainte de a o fi vędut-o la Baltimore.

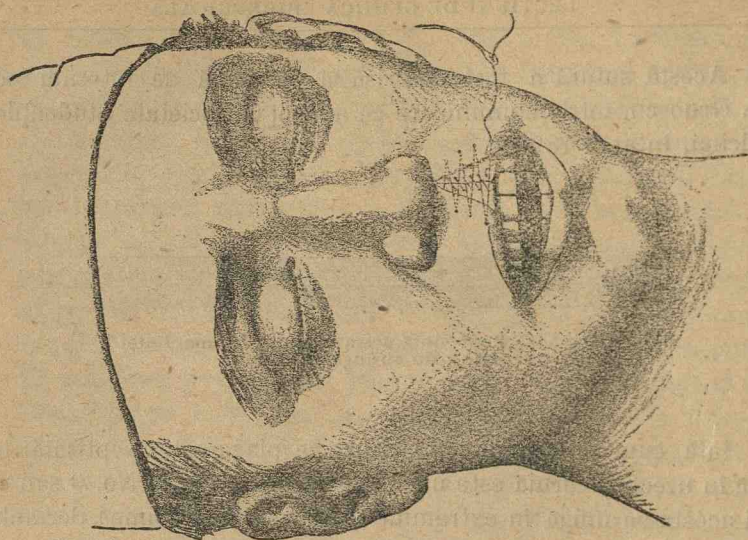


Fig. 6.

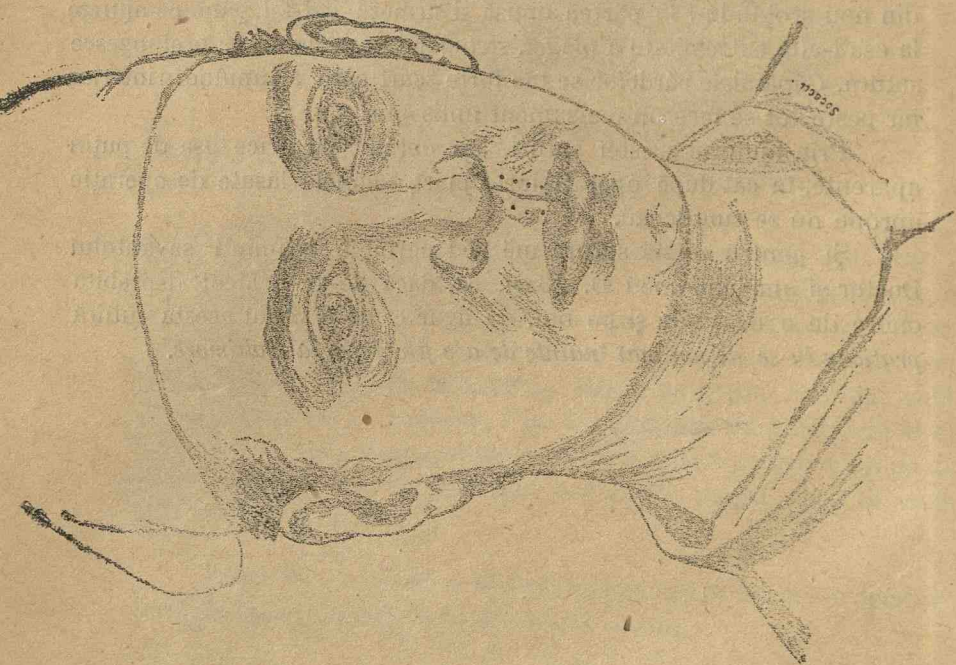


Fig. 5.



A VI-A LECȚIUNE

DESPRE TRATAMENTUL HYPERTROPHIEI PROSTATICE

Domnilor,

Una din afecțiunile care fac viață amară bătrânilor, este și mărirea de volum a prostatei. Tratamentul hipertrofiei prostatei a atras în toți timpii, atențiunea chirurgilor și, după gradul de mărime s'aŭ întrebuintat și diferitele metode de tratament, dintre care unele de cea mai mare energie, precum este prostatotomia și prostactetomia.

Dr. Gabriel Colin, într'o lucrare ce a făcut asupra *Tratamentului prostaticilor* atrage băgarea de seamă a chirurgilor asupra punctelor următoare :

1. „Trebue să scim să facem diagnosticul la timp al hipertrofiei „prostatice, și de la început să aplicăm un tratament riguros, care ar „putea fi în stare să oprască bóla în mersul ei sau chiar să o siléscă „să retrocedeze. Dacă vesica se golesce în destul de bine, va fi suficient a aplica un tratament igienic și medical ; dacă nu se golesce în „destul, pe lângă măsurile de mai sus, să avem recurs și la catecterismul repetat cât de des, pentru ca vesica să nu fie nici odată prea „întinsă ;

2. „In casurile de prostată enormă, de dificultăți de catheterism, „de căi false, de retenție și distensie prea mare a vesiceii, de hœma-

„turrhii abundente; de infecțiuni serioase, catheterismul, mandrinul lui *Guyon* și sonda în permanență, sunt mai tot-d'auna îndestulătoare pentru a combate aceste accidente.

3. „Când va fi bine constatat că aceste mijloce nu sunt de ajuns, numai atunci se recomandă o intervenție chirurgicală serioasă. Pentru această chirurgul va alege între operațiile excepționale ca prostatomia, prostatectomia, legătura arteriilor iliace interne, secția sau legătura canalelor deferente, legătura sau strivirea vaselor cordónelor, legătura în masă a elementelor cordónelor, castrarea simplă sau dublă: toate operații, cari sunt cunoscute sub numele de cură radicală a hipertrophiilor prostatei¹⁴.

Profesorul *Guyon* a făcut o comunicare la *Asociațiunea chirurgilor franceși* din anul 1895, asupra resecției canalelor deferente și influența ei asupra hipertrophiilor prostatei.

Cu această ocazie, eminentul profesor al facultății de medicină din Paris, a dat explicațiile următoare:

„Negreșit că există o asociațiune funcțională între testicule și prostată, așa în cât acesta a condus pe chirurgii a se gândi, dacă lucrând asupra funcțiunilor testiculare prin tăerea canalelor deferente nu s'ar putea în același timp să lucreze și asupra prostatei?

D. *Legueu*, a făcut mai multe experiențe asupra animalelor, în urma cărora a ajuns la concluziile următoare:

„Castrăția bilaterală produce în puțin timp atrophia aprăpe completă a glandei, cu pierderea țesăturii glandulare; castrăția unilaterală produce o diminuție în volumul lobului corespondent; secția ambelor canale deferente nu influențează mult asupra volumului prostatei, dară produce o condensare a țesutului interstițial, cu o atrophie mai mult sau mai puțin pronunțată a țesutului glandular. *Launois* arată că, cu toate că secțiunea canalelor deferente nu are aceeași valoare terapeutică cum ar avea castrăția, poate însă să fie practică și să dea rezultate bune. În favoarea acestui procedeu, *Launois* aduce două observații proprii și una împrumutată de la *Legueu*. La acestea D. *Guyon* țice că nu trebuie să uităm că, chiar în aceste cazuri, catheterismul poate ar fi produs acele-ași efecte cași operația sângerândă. Prin urmare, țice *Guyon*, nu trebuie a avea prea mare încredere în acest method, când este vorba de a interveni într'o hipertrophie de

1. *Revue internationale de médecine et chirurgie*, 25 Novembre 1895.

prostată ci mai mult ar trebui rezervată secția cordónelor, pentru a împiedica producerea orchitelor în catheterismul hypertrophiilor prostatice¹.

În această lecțiune ne vom ocupa numai de procedeele prin distrugerea funcțiunilor canalelor deferente, în casuri de hypertrophie voluminosă a prostatei; rămânând celelalte metode a fi expuse cu altă ocazie.

De și procedeele operatorii despre care avem a vorbi, sunt îndesul de introduse în practica chirurgicală, nu putem spune astăzi tot istoricul lor din cauză că timpul nu ne permite a face acesta.

Îată ce se scie până în timpul de față asupra secțiunei său legăturii canalelor deferente, ca mijloce de therapeutică chirurgicală, aplicate în casuri de hipertrophii escesive ale prostatei.

Doctorii *Isnardi* din Torino și *Pavone* din Palermo, au studiat acest metod operator, atât asupra animalelor cât și asupra ómenilor.

Doctorii *Launois* și *Piquois* au publicat în „*Bulletin Médical*“, din Iunie 1895, un articol intitulat *Sur la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate*, în care arată că *Harison*, încă cu doi ani mai înainte, publicase un cas de secțiune subcutană a celor două canale deferente și bolnavul, vedut după mai mult timp, era într'o stare îndesul de mulțumitoare. Doctorul *Haynes*, în anul 1894, a publicat la *Congresul asociației americane de chirurgie genito-urinară*, un alt cas în care făcuse secțiunea canalelor deferente, fără nici un rezultat satisfăcător.

Doctorul *Chalot* (de Toulouse) declară, că neavând cunoscință de casurile lui *Isnardi*, a practicat la 28 Februarie 1895, secțiunea celor două canale deferente la un pacient de 64 ani, care suferea de o hypertrophie enormă a prostatei.

Profesorul *Guyon*, fără a avea cunoscință de cercetările lui *Isnardi* și *Pavone*, a recomandat asistentului său de clinică *Leguen* să facă cercetări prin experiențe asupra animalelor și rezultatele au fost publicate.

În Iuniu și Iuliu 1895, profesorul *Guyon* a practicat secțiunea cordónelor deferente la două prostatici și a dobândit mare ameliorare în starea pacienților, iar asistentul său, Doctorul *Legueu*, a practicat aceeași operație la un al treilea bolnav, observat tot în serviciul profesorului

1. *Revue internationale de médecine et chirurgie*, 10 Janvier 1896.

Guyon de la spitalul Necker. În toate cazurile, rezultatele obținute au fost dintre cele mai îmbucurătoare, cu toate că unul din operații lui Guyon, vădit după câte-va luni, nu putea să urineze fără sondă, dară cel puțin nu avea dese dorințe de a urina și durerile dispăruseră complet.

Când am citit pentru prima oară, despre acest mod de tratament, mărturisesc că 'mi venea cu greu să cred în rezultatele obținute și am presupus mai mult o coincidență de ameliorare de cât un metod curativ. Cunoșcând puțină relațiune anatomo-physiologică ce există între testicule și glanda prostatică, nu 'mi puteam explica cum ar lucra asupra hipertrophiei acestei glande, întreruperea comunicării atât de depărtată între două organe, care, după cum se știe, nu au de cât relațiuni *forte depărtate* între ele. De când am vădit că profesori însemnați ca Guyon au luat în serios această operație și, cu toate că acest cunoscut profesor nu este pe deplin convins de rezultatele ei, totuși nu o combate și lasă viitorului a se pronunța, acesta ne-a încurajat și am adăstat numai ocazia a verifica o astfel de operație, prin practicarea ei la cel d'întăiu bolnav ce era să se prezinte cu o asemenea afecțiune.

În cursul lunii Decembre, 1895, intră în serviciul nostru un pacient cu o hypertrophie de prostatică, al cărei volum nu era în raport cu serioșitatea simptomelor la care dăduse loc.

După ce am întrebuințat catheterismul, pentru evacuarea și spălarea vesiceii, precum și dilatarea progresivă a urethrei, a fost un moment, când m'am gândit a practica prostatectomia perineală; dară, pentru că acest mod de tratament este unul dintre cele mai eroice, din acele ce s'au recomandat în cazurile de hypertrophii ale glandei, am voit a profita de acest caz și a începe prin operația cea mai inofensivă, prin legarea și secționarea canalelor deferente și, numai în cas când această operație nu ne-ar da nici un rezultat satisfăcător, să procedăm la extirparea prostatei, pe cale perineală.

Pentru că castrarea este o operație mai serioasă, atât ca tehnică cât și ca manual operator, și, pentru că poate influența și prea mult asupra moralului unui bolnav, că, chiar prin castrare, nu ne propunem de cât să facem să dispară *ori ce comunicare* ar exista între testicul și prostatică, chirurgii au renunțat la scóterea glandelor scrotate și sa'u mulțumit numai cu secționarea canalelor deferente, ba chiar numai cu legarea acestor canale, spre a întrerupe trecerea secrețiunii testiculare în canalele ejaculatorii.

Ori-cât de satisfăcătoare ar fi rezultatele obținute după castrație sa'u

după excisia orî numai legătura canalelor deferente, pentru noi explicația acestui fapt ne pare în destul de dificil de explicat; de vreme ce este bine constatat că, cu cât omul este mai în etate, cu atât și funcțiunile genitale sunt diminuate, căci la etatea de 60—80 ani, sunt numai rări excepțiuni la cari se mai pôte vedea ore care activitate genitală. Afară de acestea, secrețiunea testiculară este diminuată, de și nu e de tot perdută.

Cu totul alt-fel ar fi, dacă s'ar întempla o hypertrophie de prostată, la o etate mai puțin înaintată, la un adult spre exemplu, lucrul s'ar putea ușor explica, pentru că la această etate, activitatea genitală este cu mult mai superiôră de cât la bătrâni. Chiar la acei cari, din diferite cause fac abuzuri de organele genitale, nu s'a observat că acest rău obiceiü să dea loc la hypertrophia prostatei.

Procedeul operator, fie pentru legătură, fie pentru secțiunea cordónelor sau numai a vaselor; legarea, orî legarea și resecția canalelor deferente este fôrte simplu. Iată cum am procedat noi:

Am apucat între police și cele din urmă patru degete ale mânei stângi, tegumentele paral cu cordonul spermatic și, prin mișcare de frecare între degete, am simțit elementele acestui cordon, pe care încetul cu încetul căutam a le isola prin grosimea țesăturilor așa în cât să rămână, pe cât se pôte, numai canalul deferent; odată bine fixat acest canal, așa în cât să nu alunece printre pulpa degetelor; cu un bisturiü ținut în mâna dreaptă, în întâia poziție, facem o tăetură paralelă cu canalul. Cu cât intrăm în profundime cu vârful bisturiului, cu atâta comprimăm între degete țesăturile de sub canal, așa încât acesta să apară în plagă. Odată terminat acest timp al operației, abandonăm bisturiul și luăm o sondă canelată, cu care izolăm canalul și trecem sonda pe sub dânsul. După ce ne-am asigurat că canalul deferent este izolat și așezat pe sondă, atunci, sau 'l tăem de a curmezișul și'l abandonăm, de vreme ce suntem asigurați că nu există hœmorrhagie, sau aplicăm asupra lui două legături și resecăm partea dintre cele două puncte legate. În cazul nostru am făcut acest din urmă procedeu¹; adică am legat canalul la distanță de de trei centimetre și l'am resecat. Am repetat același lucru și în partea opusă. Curgerea de sânge a fost mică din plaga țesăturilor. Am aplicat câte-va puncte de sutură cu ață la plaga tegumentală. Plaga s'a vindecat per primam și pacien-

1. Astă-dî nu mai legăm, ci, după ce resecăm o parte abandonăm ambele căpătâe în plagă. (N. A.).

tul a eșit vindecăt și de plagă și de consecințele hypertrophiei prostatei.

Pentru mai mare edificare, dăm aci și observația completă a bolnavului.

OBSERVAȚIE: *Avram Meier*, în etate de 67 ani, însurat, (are copii), israelit, locuitor în Capitală, strada Taurului No. 38, croitor. Intrat în serviciul nostru pentru a treia oră în 12 Decembre 1894, suferind de retenția completă a urinei, din cauza unei hypertrophii de prostată.

Acest pacient ne declară că nu a suferit nici odată de scurgeri urethrale, fie acute, fie chronice. De afecțiunea actuală suferă de peste patru ani și s'a căutat mult prin ajutorul medical, în urma căror tratamente s'a ameliorat. În luna Ianuarie 1892 a intrat în serviciul nostru tot pentru retenție de urină, din cauza hypertrophiei prostatei și unde, după un tratament de câte-va săptămâni prin băi, purgative, catheterism și spălarea vesiceii, a eșit ameliorat. În luna Martie din anul 1892 a reintrat din nou tot cu aceleași simptome și urmând același tratament a eșit ameliorat.

Este de notat că pacientul se obișnuise a se sonda singur și și făcea urina ast-fel ori de câte ori i se opra.

La 10 Decembrie trecut, urina se oprise din nou și a fost sondat de un medic, pentru că el nu s'a putut sonda singur, iar în ziua de 12 Decembrie a intrat în serviciul nostru, prezentând simptomele următoare:

De statură măi înaltă ca mijlocie, este slăbit de suferințe, de alt-fel bine constituit, nu are semne de nici o afecțiune diatesică. Din cauza retenției complete a urinei, are dureri în regiunea vesiceii urinare, nu făcuse udul în ziua precedentă, când a fost scos de un medic. Bășica udului forma o tumoră care se ridica până la ombilic. Prin presiuni puternice asupra vesiceii se produceau dureri, dar nu am reușit a face să curgă urina.

Pacientul constipat, nu are febră, nu are apetit. Prin rect găsim prostata de volumul unei mandarine, tare, netedă, regulat mărită, puțin sensibilă; la presiunea făcută cu putere asupra glandei, nu se scurge liquid prin urethră. Tumoră formată de vesică se simte și prin rect.

Sonda cu curbura obișnuită nu se poate introduce și se sondează cu înlesnire numai cu sonda *Gelly*, repetat de 2—3 ori pe fie-care zi, până în ziua operației. Ori-cât s'ar fi silit bolnavul a urina singur, nu eșia nici o picătură; iar vesica se dilata ori cât de mult. Urina era turbure și tot-d'auna amestecată cu sânge. Pacientul mai avea și tumori hœmorrhoidale, formate de când suferă de prostată și care se măresc din cauza opintelilor ce face pacientul când vrea să urineze.

La 22 Decembre 1895, după ce s'a dat bolnavului o baie de curățenie și de antiseptizare cu bichlorur de mercur; s'a chloroformisat cu chloroform *Dumouthiers*, din care a inspirat ca 20 c. c. Anesthesia a fost completă și profundă și am făcut resecție între două legături a canalelor deferente,

după cum am descris mai sus. Totul s'a petrecut fără nici un accident. Trei zile după operație, bolnavul nu a putut urina de cât tot cu sonda.

La 25 pacientul a urinat singur în timp de 24 ore și cu picătura ca 40 grame urină mai limpede și fără sânge.

La 26, a urinat 30 grame.

- » 27—28 150 »
- » 28—28 100 »
- » 29—30 nici o guttă nu face
- » 1—2 Ianuarie 30 grame.
- » 2—3 a urinat singur 1300 grame
- » 3—4 » » 1500 »
- » 4—5 » » 1700 »
- » 5—6 » » 1750 »
- » 6—7 » » 1400 »
- » 7—8 » « 1950 »

La 10 Ianuarie pacientul a fost congediat complet bine din partea urinărei. In cea-ce privesce prostata, de și ni se părea a fi mai redusă, nu o putem însă afirma cu siguranță. Tot ast-fel putem dice și pentru testicule. Am recomandat pacientului a veni să-l mai vedem.

La 13 revine și ne aduce scirile următore:

«Am fost, dice el, tot bine ca un om sănătos, urinez regulat, fără durere, udul nu este turbure nici cu sânge».

«In ziua când am ieșit din spital la 10 Ianuarie, am făcut 1010 grame urină. La 11, 1,500, la 12, 1070 grame și mă simt așa de bine ca și cum m'ași fi născut din nou».

Starea prostatei și a testiculelor puțin important.

La 29 revine și ne spune că în tot timpul urinează singur și îndestul de bine fără dureri, fără ca urina să mai fie turbure sau cu sânge.

De data acesta, părerea noastră, în cea ce privesce prostata și testiculele, par a fi mai confirmative. De și tot voluminoasă, dară de sigur mai mică ca la început și mai puțin renitentă, cu totul insensibilă la examenul rectal. Testiculul drept mai mic și mai moleșit ca cel stâng. Cicatricele operatorii abia se mai vîd.

Resultatele obținute, în urma operației, în cazul de față, credem că sunt îndestul de încurajătoare și ne îndemnă a urmări mai departe cu cercetările pe această cale¹.

1. Bolnavul văduț zilele trecute se presintă într'o stare foarte mulțumitoare. Și prostata și testiculele sunt de sigur mai mici și mai moleșite ca mai nainte de operație.

A VII-a LECȚIUNE

DELIRUL TRAUMATIC

Domnilor,

Era un timp, când chirurgia a fost considerată ca o parte a medicinei de o importanță capitală iar chirurgii erau foarte puțini la număr, dară foarte mari la fapte. Pe acele timpuri s'a dat multă importanță operațiilor, iar operatorii erau recunoscuți ca niște geniuri deosebite. De și mișlôcele de cari dispunem astă-zi, sunt cu mult superioare și multiple acelora ce aveau la dispoziție chirurgii de altă dată, aceștia însă aveau spiritul observator mai dezvoltat, așa în cât vedem în cărțile vechi descrieri de afecțiuni, de metode, de instrumente, etc., cărora astă-zi nu li se poate reproșa de cât foarte puțin.

Altă dată, medicii în genere și operatorii în parte, țineau foarte mult a cunoște antecedentele bolnavilor, mai 'nainte de a începe cura medicală sau a întreprinde o operație serioasă.

Sunt în om ôre-cari dispoziții cari rămân ascunse, până ce o cauză ocazională le deșteptă și despre care, dacă nu cercetăm cu de-amănuntul, riscăm de a compromite și vieța bolnavului și operația și reputația noastră. Ast-fel se întâmplă cu afecțiunile diatesice, cu turburările systemului nervos, etc.

Una din acele complicațiuni grave, ce se pot ivi după operațiile mari sau după orice care traumatism, sunt și turburările nervoase, despre cari vroim a vă vorbi astă-zi.

Încă din timpii cei mai vechi, chirurgii au observat, că după operațiile însemnate, adesea se produce o schimbare în starea psihică a bolnavilor, fără însă a se putea precisa adevărata cauză. Unii au numit această stare un *Schok* operator, adică o sguđuire a sistemului nervos, alții au atribuit-o otrăvirei organismului prin starea de decompoziție a zemnurilor organice; alții îi atribue alte cauze.

Dupuytren, cel d'intēiū, a precizat această stare pathologică și i-a dat numele de *Delir nervos traumatic*. Iată cum se exprimă *Dupuytren* asupra acestui accident post-operatoriū :

„Delirul nervos se produce la indivizii foarte impresionabili, după răniri grave, ca luxațiile și fracturele ne reduse și în genere după operațiile chirurgicale. El începe puțin timp după rănire și se manifestă printr'o nelinisce însoțită de poftă de vorbă. Vorba este scurtă sacadată; ochii sunt vii, fața exprimă veselie; mișcările sunt brusce și involuntare. Peste puțin vin turburări intestinale: bolnavul se află într'o confusie complectă de idei asupra locului unde se găsește, asupra persónelor ce-l încongióră și a lucrurilor din prejur. Bolnavii nu au somn și în timpul acesta ei vorbesc și se ocupă de lucruri cari nu au nici un raport cu afecțiunea lor, însă, sunt preocupați de lucruri ce au legătură cu profesiunea sau cu ocupațiile lor obicnuite. Sub influența acestor concepțiuni, se agită și mai mult, fața li se aprinde, ochii strălucesc și se injectéză, strigă, zbiară, smulg pansamentele, se scólă și umblă fără a simți nici o durere, chiar când au o fractură a membrelor inferioare“.

Dupuytren citéză istoria unuia din bolnavii lui, care, operat de o hernie, a rupt pansamentul, a desfăcut plaga și și-a scos mațele cu degetele și le a tras afară din pantece.

Delirul traumatic nu se însoțesce de căldură; în genere temperatura rămâne la normal.

În majoritatea casurilor, această stare este pasageră și peste un timp, care variază între patru și dece zile, totul se potolesce și bolnavul cade într'o stare de somnolență, care ține chiar două-spre-dece ore, după care se scólă liniscit și fără a și reaminti de starea anterioară. Acest accident póte trece pentru tot-d'a-una, sau să repetă de

mai multe ori, fără însă ca atacurile din urmă să aibă violența celui d'ântăiu.

În timpii din urmă, s'a atribuit acésta stare nervoasă impresiabilităței ce produce o rănire sau o operație asupra bolnavului.

Din observațiile făcute, s'a vădut că afecțiunile nervoase hereditare, ca hysteria, epilepsia, diferitele forme de manii și mai cu sémă alcoolismul, sunt adevăratele cauze ale delirului traumatic.

Atât din lucrările lui *Dupuytren* cât și din ale lui *Verneuil*, s'ar putea crede că delirul traumatic nu ar fi de cât *delirul tremens*, provocat de traumatism; pe când, din observațiile ulterioare, s'a vădut că delirul traumatic, se pôte arêta și la persóne carí nu sunt date la bēuturi alcoolice.

Am đis mai sus, că autorii cei vechi aveau obiceiul de a ține multă socotélă de starea anterioră a pacienților și prin urmare, ori de câte ori avem a face o operație, trebuie să ținem socotélă de *condițiile pre-operatorii ale bolnavului*.

Intr'un studiū făcut de *I. A. Doleris*¹ asupra acestor condiții, acest autor arată că, ele pot fi când favorabile, când defavorabile și acésta pôte depinde din diferitele împrejurări în care se găsește bolnavul, fie de hereditate, fie de impresionabilitate, fie de obiceiul ce duce, făcēnd abuzuri de alcool, de ether sau de escesuri veneriene.

Din lucrările lui *Verneuil* se pot trage folóse imense pentru studiul delirului traumatic.

Din statisticile făcute până astă-đi, se constată că traumatismul aplicat asupra organelor genitale ale femeilor, care sunt mult mai predispușe la dilirul traumatic și cum a observat și *Doleris*, că ele găsindu-se în condiții pre-operatorii mai pronunțate, dau loc și la accidente post-operatorii mai grave, de unde se și vede, că și dilirul traumatic este mai frecuent la femei.

Pentru a completa cele ce am đis mai sus, vom relata aci câte-va din observațiile nóstre.

I-A OBSERVAȚIE. — Dómna X. L., în etate de 35 ani, măritată, bine constituită, menstruată regulat, a avut copii și nu era dată la bēuturi alcoolice, nici afectată de vr'o afecțiune ereditară nervoasă; este călcată de un tren, care 'i sd robesce un membru inferior până deasupra genuchiului. Adusă în

1. Nouvelle archives d'Obstétrique et de Gynécologie, X année, No 10, 25 Octobre 1895.

capitală, în stare foarte gravă, prin traumatism și prin hoemorhagia abundentă produsă de ruperea oșelcr, am făcut amputația coplei în condiții foarte defavorabilă. După operație, pacienta și revine, starea generală mai satisfăcătoare. Se dau medicamente și alimentație hrănitore.

A doua zi, totul părea în bine, plaga curată, se schimbă pansamentul, pacienta mănâncă și dorme bine.

A treia zi ni se spune că pacienta avea insomnie și presenta o stare de veselie neobicinuită.

A patra zi, găsim pe pacienta ridicată pe pat, gătindu-se și admirându-se într'o oglindă cât era de frumoasă (dicea ea) și că este *regină* și spunea că așteptă ceremonia pentru a fi ridicată pe tronul regal. Era foarte veselă, ridea și vorbea cum nu făcuse altă dată.

Deliriul a continuat, și în cele din urmă pacienta a sucombat.

II-A OBSERVAȚIE.—Dăma E. O., din orașul B., vine în Bucuresci să fie operată pentru un cancer al mamelei. Femeie de o constituție forte, bine făcută, măritată, menstruată regulat, suferea de o neoplasmă a mamelei. Antecedentele ereditare și personale nesigure, bănuială de alcoolism.

A patra zi după operație, fără nici o cauză cunoscută, devine veselă și vorbitore și deodată, fără veste, ia de păr pe o servitoare și o trânteste bine. diced că bărbatul îi face infidelități cu dănsa. Deliriul devine din ce în ce mai sgomotos, se cêrtă cu toții, *nu voesce a mânca*, gonesce pe servitoare, se scolă, rupe pansamentul, voesce a se arunca pe ferêstră, nici nu dorme. Acastă stare duréză șase zile, în care timp nu a putut fi adormită de cât cu doze mari de morfină. După acest timp, totul intră în stare normală și din tôte nu i-a rămas ca suvenir de cât prezența colegului nostru, D. doctor Șufu, pe care l chemasem în consultație. Starea de acalmie nu a durat mult și deliriul iar a reinceput, însă mai puțin furios, dar nu a voit cu nici un chip să o mai caut eũ, din cauză că adusesem pe doctorul Șufu, de unde deducea ea că o considerasem de nebuună.

Deliriul a încetat din noũ, plaga operatorie s'a cicatrizat iar pacienta și astă-zi, după dece ani, se află cu totul bine.

III-A OBSERVAȚIE.—Este vorba de un pacient, om în etate între 50—60 ani, de profesiune tăetor de lemne, dat la beție. Arterio-sclerosă pronunțată, diformații reumatice la extremități. Din cauză de gelosie pe nevasta lui, de supărare și în stare de deliriũ, o taie în bucăți cu toporul. Revenindu-și un moment în simțire regretă faptul și se duce într'o grămadă de gunoiũ, unde, găsiind o spărtură de geam, își face o plagă asupra *abdomeniului*, care trecea și în sus și în jos de *ombilic*; o mare întindere din intestine ese afară, împreună cu epiploul. În această stare este adus la spitalul Colentina, peste 3—4 ore de la accident. Am făcut spălătura viscerelor, le-am introdus și cusut plaga abdominală. Când, peste 3 zile, a început a da semne de nea-

stâmpăr, *insomnie*, veselie neobicinuită, incoerență, nu voesce a mânca, nici *dormi* și încereă a desface pansamentul. Cu totă *supravegherea* ce s'a putut da, acest pacient a profitat de liniscea nopței, când nu prea era *supraveghiat*, și pe sub plapomă, a desfăcut pansamentul, a introdus unghiile în plagă, a desfăcut-o și a tras mațele afară așa în cât, în spre diuă, când s'a dus infermiera la el, l-a găsit în agonie și cu intestinele revărsate în pat.

Aceste trei observații sunt incomplete, pentru că le-am reconstituit din cele ce memoria m'a ajutat.

La acestea voi măi adăoga alte trei observări măi recente; le voi expune cu detaliile ce s'a notat aprópe și cu și în serviciu; voi însă insista înă asupra anamnezei acestor paciente, pentru a căuta să stabilim verí o relațiune între aceste date, dacă posibil va fi, și starea post-operatorie a bolnavelor.

A 4-A OBSERVAȚIE. — La 22 Februarie 1895 a intrat în serviciul nostru, pacienta *Catinca P.*..., grécă, de 52 de ani, căsătorită, domiciliată în Galați. Ca date anamnestice găsim că a fost menstruată la vârsta de 12 ani fără vre-o neregularitate; s'a măritat la 14 ani; a avut 5 faceri normale la termen și 2 avorturi.

După primul avort a rămas cu o seursóre uterină, cu dureri, cari aveaú sediul aprópe fix în regiunea hypogastrică, irradiindu-se spre centură și în jos spre perineu. În timp de 3 ani s'a căutat aprópe continuú cu doctori; în cele din urmă a fost operată de onorabilul nostru confrate Dr. *Serfioti* la Galați; D-sa i-a făcut amputația colului uterin pentru un ectropion ulcerat, după cum ne afirmă D-l. Dr. *Tachianu*, rudă a bolnavei.

Sunt doué-deci de ani, de când a avut cel de al doilea avort, și de atunci i-aú survenit turburări ale aparatului digestiv, manifestate prin colici, diarhoe, eructațiuni, pyrose; turburări cari s'aú repetat cu scurte intermitențe, până în anul 1894 (un an înainte de a intra în spital), când a observat dispariția aprópe complectă a tuturor acestor simptome.

Sunt 10 ani, când în urma unei răceli, și ce bolnava, a intervenit o bronchită; când tușea avea și emisiuni involuntare de urină, infirmitate de care bolnava se plângea și când a intrat în spital; ori ce quintă de tuse, ori ce mișcare forțată, era însoțită și de scăpare de urină.

Iată ce detalii dá pacienta asupra maladiiei care a decis-o să intre în spital:

Ea ne spune că este un an, când o servitóre a lovit-o peste abdomen, dară măi mult pe flancul drept; e *curios* că nu scie cu ce a lovit-o și cum; ea a rămas însă fără cunoștință. După ce și-a revenit, a simțit dureri în regiunile citate; a consultat móșe, doctori, care i-aú aplicat vesicători repetate pe regiunile bolnave; după cât-va timp a observat că abdomenul i devine voluminos și că în fossa iliacă stângă i apare o tumoră, despre al

cărei volum nu-și putea da cont; tumora era mobilă; concomitent cu apariția tumorei a avut și constipații, cari au devenit rebele, cu cât tumora se mărea; mai târziu, prin volumul ei, tumora gena mișcările pacientei.

A consultat medicii din Galați, cari au conchis la diagnosa *fibrom uterin*, pentru care a venit spre a fi operată în serviciul nostru.

Iată ceea ce am constatat noi :

Bolnava, după cum se vede în fig. 1 se prezintă cu o stare generală mai mult de cât satisfăcătoare, foarte grasă. Abdomenul voluminos, măsurând în circumferență 1 m. 20 c. luat la nivelul ombilicului; pereții abdominali foarte groși; anevae constatăm limitele tumorei; palpația ne face a crede că ne aflăm în prezența unei tumori multiloculare, care se ridică cu 10 c. d'asupra ombilicului și umple totă partea inferioară a abdomenului și basinul; consistența ei este inegală; mai accentuată în stânga și mai superficială de cât în dreapta: în această din urmă parte, cu greu o putem simți și, numai când imprimam mișcări puternice și brusce asupra peretelui abdominal, se poate limita și tumora.

Pe jumătatea stângă a peretelui abdominal, se găsesc două depresiuni longitudinale, cari păreau a indica linia de separațiune a celor doi lobi, din care părea a fi formată tumora.

Prin percuție se găsește matitate în totă jumătatea sub-ombilicală a abdomenului, mai pronunțată în stânga de cât în dreapta; d'asupra ombilicului se constată sonoritate și chiar timpatism. Nu e posibil a se provoca mișcări tumorei în nici un sens, fie din cauza volumului ei, fie din aceea a grosimei peretelui abdominal sau și a aderentelor între tumoră și pereții abdomenului. Picioarele și gamba sunt puțin edemate, ușor dispnee, congestie a feței; digestie anevoioasă; dese constipații cari nu cedeză de cât cu greu, chiar purgativelor drastice repetate.

Cordul hipertrofiat; un ușor suflu în timpul întâiului la basă.

Din partea organelor genito-urinare găsim :

I^o Organele genitale extreme congestionate, de culoare vinosă, hipertrofiat, mai ales labrele minore; nu se constată nici o scursore anormală din vagin, cu toate că bolnava ne declară că de un an menstruele i-au reapărut.

II^o Din partea organelor genitale interne găsim : colul uterului la 8 cm. de la intrarea vaginului, e îndreptat în jos și înapoi; orificiul puțin între-deschis, permițând introducerea pulpei degetului indicator, buza anterioară a colului mult hipertrofiată față de cea posterioară 1. Nu se poate constata poziția și volumul corpului uterin care e tras în sus și în anteflexiune forțată; fundurul de sac lateral drept și posterior, normale; cel anterior și lateral stâng, ocupate de o tumoră, ai cărei pereți sunt mai groși

1. Cu toate că ni s'a afirmat că i se făcuse amputația colului uterin. N. A.

și mai rezistenți în unele puncte; înalte locuri presintă părți moi, elastice, manifest fluctuente.

Prin hysterometru constatăm: uterul în anteflexiune forțată, cavitatea colului și a corpului măsoară 7 c. Se scote urina cu sonda în cantitate cam 60 grame; prin beșică nu putem simți cu sonda prezența vre unei tumori d'asupra sau înapoiul acestui rezervoriu.

Prin peretele abdominal, s'a făcut o puncție exploratrice cu siringa veterinară, la stânga cicatricei ombilicale, cu vr'o 12 cm. mai jos, și rezultatul a fost negativ: prin două alte punții, cu aceeași siringă, în aceeași ședință, făcută la 3—4 cm. spre dreapta ombilicului, se scote un licuid mucos, filant, turbure, și de culore citrină.

Diagnosa a fost ast-lel formulată:

Kyst Coloid al ovarului stâng.

La 21 Martie, după ce s'a dat bolnavei o baie generală cu sublimat și s'a luat toate precauțiunile antiseptice, se procede la operațiune:

Se chloroformisează (veđi condica de chloroformisare a serviciului pe anul 1895, la No. 51), se face o incisie de 25 centimetri pe linia mediană abdominală, începând de la ombilic spre pubis, tăindu-se totul până ce ajunge pe pereții tari, neregulați ai unei tumori intra-abdominale, tumoră al căreai conținut era licuid.

Din cauza volumului cel mare, tumora nu a putut fi enucleată prin incisia abdominală, ceea-ce ne-a decis a o goli prin puncția cu trocartul *Thompson*; se scurge din pungă un licuid coloid, brun-închis, în cantitate de peste două litri.

După golirea pungei, am introdus mâna în cavitatea abdominală și am constatat puține aderențe între pereții pungei și eplipoon; am aplicat pe ele câte-va puncte de legătură, le-am tăiat, am atins bonturile cu soluție fenicată alcoolică 100/0, apoi am scos punga din cavitate; pediculul tumorei

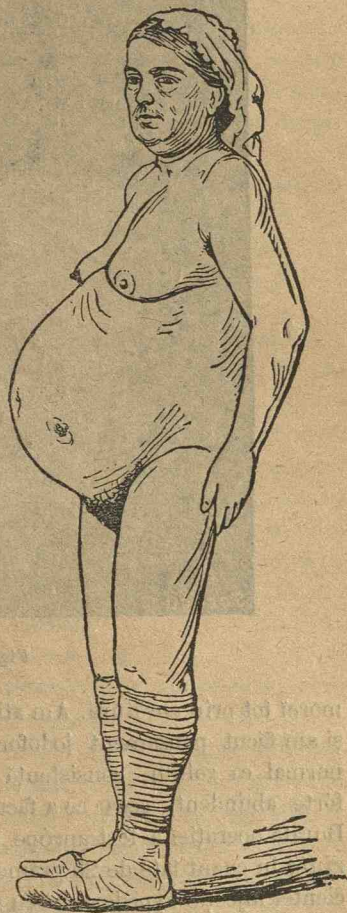


Fig. 1. Kyst Coloid; înainte de operație.

era îndestul de gros ; am aplicat pe densusul *clampa Bilroth*, și l'am tăiat d'asupra ei. Tumora e ast-fel scósă ; ea se dezvoltase în detrimentul ovarului stâng.—Cavitatea micului basin, în care se scursese puțin lichid coloid, a fost curățată cu comprese sterilisate. Am legat separat vasele din pedicul, apoi am aplicat asupra lui o sutură *cismărească* ; am cusut peritoneul cu cörde No. 1, apoi în alt strat, pereții abdominali i-am cusut, cu mătase *impletită*, în puncte separate, fixându-se în plaga abdominală și pediculul tu-



Fig. 2. Tumóra kystă

morei tot prin cusătură. Am atins plaga cu soluție alcoolică fenicată 10% și am făcut pansament iodoformat. Am avut de notat că ovarul drept era normal ca volum, consistență și pozițiune. Țesutul celular subcutanat foarte abundent, ceea ce a făcut anevoiósă cusătura pereților abdominali. Durata operației a fost aproape o oră ; s'a întrebuințat chloroformul *Scherinig* în cantitate de 25 grame ; înainte de chloroformisare s'a făcut pacienței injecție hypodermică cu soluție sparteino-morhină câte un centigram. Tumora extirpată prezintă două compartimente și fie-care din acestea

mai multe tumori kistice de diferite volume, până la mărimea unui ou ; pereții acestor kiste erau de grosimi și consistențe variate, ceea-ce făcea ca în totalitatea ei, tumora să fie foarte neregulată ca aspect. (vezi fig. 2).

După trei ore de la operație, pacienta are grețuri, e dificilă la răspunsuri, supărăciasă.

La 8 seara, temperatura 36⁸; pulsul 78, bun; e liniscită, dormiteză; se scote cu sondă cam 40 grame urină limpede.

2 Martie. T. D. 38⁴, pulsul plin 120, are vărsături frecvente, sughituri rari, sete. Se dă din când în când apă de Vichy. Se scote urina 40 grame. Răspunde greu la întrebări; respirația frecventă, 40 pe minut, scurtă, limba uscată.

Față cu starea pletorică a bolnavei, pulsul plin și forte, ne face să ne temem de un nou atac de apoplexie, căci ea suferea de o hemiplegie, pe care am atribuit-o unei haemoragii cerebrale anterioare. Ingrijați de această somnolență a bolnavei am făcut imediat o venesecție la nivelul plicei cotului drept; s'a scurs ca 400 grame sânge negru, siropos. După un sfert de oră, pulsul tot 120 pe minut, dară mai slab, depresibil; bolnava puțin mai revenită în timpul zilei; spre seară pulsul 110, vomitiunile mult mai rari; temp. S. 37. În timpul nopții vărsături mai dese, starea de torpore foarte accentuată.

3 Martie. T. D. 37⁰, respirație bună, vorbește cu ușurință; pulsul bun; Temp. S. 37⁵.

4 Martie. Ca stare generală e îndestul de bine, T. D. 37, pulsul bun. În urină, nu se găsește nici albumină, nici zahăr, săruri fosfatice sunt mai în mare cantitate.

T. S. 38; în timpul nopții emisiunile de urină sunt inconsciente.

5 Martie. Nu se constată nici un semn de paresă a membrilor peste starea obicinuită: pulsul bun, răspunde lesne la întrebări; se schimbă pansamentul, fiind îmbibat de urină; plaga abdominală și cea de la plica cotului în foarte bună stare; Temp. D. 37², S. 37⁹; pulsul bun; seară se prescrie:

Calomel 0,75 centigrame

în trei pachete; pentru a se lua la interval de 5 minute.

În timpul nopții a avut două scaune abundente inconsciente; emisiunile de urină de asemenea involuntare și inconsciente.

6 Martie. Temp. D. 37⁴; pulsul 86, bun; nu are grețuri, nici vărsături; e foarte deprimată; se desface pansamentul, din cauză că era pătat de urină și materii fecale; plaga era puțin iritată pe margini, mai ales la nivelul punctelor de suturi; timpanism abdominal foarte manifest, dureri în regiunea ficatului; vorba neînțeleasă. — Temp. S. 37⁶; dispnee; nu se constată nimic la pulmonii, totuși se aplică 40 ventuse seci.

7 Martie, aceiași stare, Temp. D. 37⁸; S. 38².

8 *Martie*. Temp. D. 38⁶; n'a mai avut scaune de 24 de ore; are grătă și chiar vërsături; urineză inconștient, simte amorțeli în brațul drept, fără să găsim vr'o deosebire cu dinamometrul său la curenții electrice și agenți termici peste *starea anterioră*. T. S. 38².

Se prescrie séra :

Apă de menthă

» » cinamom

» » melisa

câte 30 grame

Sirop de ether 20 grame

Chlorhydrat de cocaină 10 centigrame

Pentru a se lua la 2 ore o lingură.

În timpul nopței delir; vrea să-și desfacă pansamentul, are incoherență în vorbă; este când veselă, când tristă, făcând scene de gelosie soțului său. Cum însă acesta, m'ă-a afirmat că pacienta abusa des de alcooluri, lucru pe care l-am constatat și noi, înainte de operațiune, am creșut că suprimarea după operație, a cognacului și romului 'i-ar fi provocat delirul; în consecință 'i l-am recomandat cu multă insistență; pacienta cerea și ingera dilnic cuantități îndestul de mari de cognac (400—500 grame pe zi).

9 *Martie*, aceeași stare generală. — Temp. D. 37², S. 37.

10 *Martie*, Temp. D. 37. S. 37⁴ deliriū.

11 *Martie*, Temp. D. 37. S. 37⁶ deliriū.

12 *Martie*, Temp. D. 37. S. 37² deliriū.

În toate zilele aceeași stare generală.

13 *Martie*. Temp. D. 37⁴. S. 37⁷, tot deliréză, e constipată de 4 zile se prescrie:

Calomel 0 gr. 75 centigrame

Div. în 2 pachete; pentru a se lua la interval de 10 minute.

Se scot firele de sutură; în unghiul inferior plaga se desface; se lasă pe loc firele ce au fost aplicate pe pedicul (fixat în plagă).

Micțiunile involuntare.

14 *Martie*. Temp. 37². S. 37³.

15—22 *Martie*. Temperatura a oscilat între 37—37⁶; nimic nou de notat; s'a schimbat pansamentul din cauză că se murdărise de materii fecale și urină

La 23 *Martie*. Temp. D. 37². S. 37⁸.

Vorba e mai clară, scaunele și micțiunile pentru prima dată voluntare; pediculul tumorei e complet mumificat, se esciséză.

De la 24—28 *Martie*, aceeași stare ca și la 23 *Martie*; plaga cicatrizată în jumătatea ei superiőră, temperatura a variat între 37—37⁶.

La 29 *Martie*. Ca stare cerebrală se presintă mult ameliorată; vor-

besce ușor, are mai multă voință; hemiplegia persistă; direcția feței asemenea (spre dreapta). Starea obicinuită.

Plaga e cicatrizată în jumătatea ei superioară; în cea inferioară însă, mai ales unde era pediculul, se găsesc câte-va mici părți de țesut celular sfacelat. Se aplică un pansament abundent iodoformat și pacienta se congediază în această stare.

Cred, că delirul acestei paciente poate fi pus foarte bine pe comptul alcoolismului și prin urmare, acest caz poate dovedi întru cât-va rolul traumatismului, fie el accidental, fie chirurgical (ca în cazul de față) asupra alcoolicilor. Faptul că delirul a trecut singur, fără nici o medicațiune, ci numai prin ingerarea de cantități mari, *dar obicinuite* de cognac și rom, poate să ne autorise și mai mult să credem acesta.

Am aflat, de la un nepot al bolnavei, și în timpul din urmă m'am convins însumi, că bolnava se bucură de o perfectă stare de sănătate.

Regretăm că din cauza stărei rele, din partea sistemului nervos, în care se găsea bolnava la eșirea din spital, n'am putut s'o fotografiem, după operațiune. De aceea fotografia post-operatoare lipsește din textul acestei operațiuni.

Sarcom Kystic al ambelor ovare; Laparotomie

OBSERVAȚIA A 5-A. Pacienta *Maria Gheorghe*, de 48 de ani, muncitoare agricolă, intră în serviciul nostru la 12 Ianuarie 1896, plângându-se de o desvoltare prea mare a abdomenului, care o pune aproape în imposibilitate de a umbla și lucra.

Antecedentele hereditare și colaterale nu prezintă nimic interesant.

Bolnava a suferit numai de friguri din când în când. Menstruele'i au apărut la 17 ani; țineau 5—6 zile; au fost regulate nu i-au produs nici o turburare. A avut 5 faceri la termen, normale; ultima a fost în anul trecut.

Istoricul maladiei prezinte. Sunt 15 ani, de când i-a apărut în fossa-iliacă dreaptă o tumore care a crescut încetul cu încetul, dar care nu i producea nici o supărare. În Septembrie 1895, a observat că pântecule'i au devenit foarte voluminos, o jenă în mers, simțea și dureri în abdomen.

Ca stare generală e foarte slăbită, cordul e în bună stare; la vârful pulmonului stâng se constată ralură sub-crepitante, bine apreciate.

Abdomenul este foarte desvoltat printr'o mare cantitate de liquid ce se găsește în cavitatea peritoneală.

Pel linia albă, la un lat de mână d'asupra cicatricei ombilicale, se constată hernia unei porțiuni de intestin, printre mușchi; hernia apare lesne

și e foarte lesne reductibilă. Cicatricea ombilicală stersă. Prin percuțiuni brusce se constată cu înlesnire unda licuidului din cavitatea peritoneală; imprimând mișcări mai pronunțate, pe peretele abdominal, se simte, în fossa-iliacă dreaptă o tumore tare, rezistentă, indolentă, înnotând în licuidul ascitic.

Tumora nu se poate bine limita, nici prin percuție, nici prin palpație, din cauza marelui cantități de licuid ascitic; ea pare a ține de anexele din dreapta; e mobilă, căci se deplasează cu înlesnire aproape în toate sensurile.

Prin examenul vaginal, bolnava fiind în decubitul dorsal, precum și în pozițiunea verticală, se constată: colul uterului mic, orificiul e dirigeat transversal, marginele lui sunt neulcerate, dară neregulate.

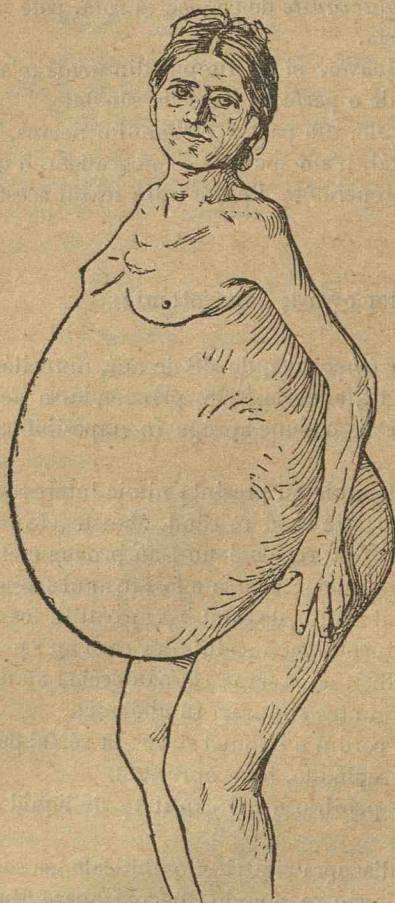


Figura 3, Sarcom Kystic al ambelor ovare, înainte de operație.

Corpul uterului foarte mobil, în anteflexiune și nu se poate determina cu precizie pediculul tumorei abdominale.

La 14 Ianuarie se dă bolnavei la visita de seară:

Sulfat de magnezie 40 grame

Apă 100 grame

P. a se lua odată.

La 15 Ianuarie. Temp. D 37⁸.

Se dă o baie generală antiseptică.

Se face antisepsia regiunii abdominale; se prepară totul pentru operațiune. Se chloroformisează bolnava și se face operațiunea (Laparotomia), incizându-se tegumentele abdominale pe linia mediană, începând de sub ombilic; mergând către pubis pe o lungime de 16 c. Înainte de a tăia peritoneul, s'a făcut o punctiune cu trocarul, dând scurgere, din cavitatea peritoneală, la 15 litri licuid de o colorațiune brună închisă.

Se incizează peritoneul pe aceeași lungime ca și plaga pereților abdominali și imediat apare tumora; se încercă a o enuclea, dară nu a fost posibil, din cauza aderențelor vechi între ea, organele abdominale și pereți.

1) Cu epiploonul în patru puncte :

2) Cu peritoneul parietal prin bride subţiri, dară resistente.

Pediculul era foarte lung, ca de 20 c. grosimea şi aspectul lui era ca acela al unui cordon ombilical.

Se taie aderenţele între două pincete ; s'a aplicat apoi pe fie-care parte rămasă în cavitate, legături cu mătase de diferite grosimi, după volumul fie-cărei bride.

După secţionarea aderenţelor, tumora s'a puncţionat şi s'a enucleat cu cea mai mare facilitate. S'a aplicat pe pedicul o pincetă, modelul nostru ; s'a escisat pungea, care avea o greutate de 2,530 grame. Tumora ţinea de ovarul drept, şi era formată de un conglomerat de kyste.

Introducând din nou mâna în cavitate, am constatat în fossa-iliacă stângă o altă tumoră, de mărimea unei kitre mari, în greutate de 250 grame ; ca şi cea precedentă, această tumoră e alcătuită dintr'o serie de mici kyste, cu pereţi îngroşaţi şi inegali în consistenţă ; pediculul era foarte scurt. Tumora se formase în detrimentul ovarului stâng.

Se aplică o pincetă, modelul nostru, şi pe acest pedicul ; se secţionează d'asupra pincetei. Ambele pedicule sunt fixate, în unghiul inferior al plăgei abdominale.

S'a cusut peritoneul continuu peste multe cu catgut *Leclerc*, iar muschii, aponevrozele şi pielea, într'un singur etagiu, sutura s'a făcut cu mătase sterilisată. Cu ultimul fir, ce a servit la suturarea părţilor moi, s'a făcut o legătură circulară asupra pediculelor împreună în unghiul inferior al plăgei, pe sub pincete.

S'a pansat plaga antiseptic.

După operaţiune pacienta a avut vărsături post chloroformice, a fost agitată ; vorbea mult ; se mişca din pat. Temp. S. 37². — S'a scos cu sonda urină normală cam 250 grame.

16 Ianuarie. — Temp. D. 37⁴ ; operata are puţine greţuri, dară nu varsă ; e continuu agitată ; Temp. S. 37².

17 Ianuarie, aceiaşi stare ; Temp. D. 37 ; pulsul bun ; Temp. S. 38.

18 Ianuarie, Temp. D. 37. S'a desfăcut pansamentul ; s'a ridicat cele două pincete, ce fusese aplicate pe *pediculele tumorilor* în a fara cavităţii abdominale ; nu se constată supuraţie ; se face pansamentul cu iodoform Temp. S. 38².

Bolnava tuşesce, acuză junghiuri în spate ; se constată o uşoră congestie la basa ambilor pulmonii. *Este veselă.*

Se scrie la vespera :

1) Infuzie de foi de digitală

1/100 grame

Benzoat de sodă

2 grame

Sirop Tolutan

» Codeină aa 25 grame

A se lua la 2 ore o lingură.

2) Oleu de ricină și glicerină aa 20 grame.

p. a se pune într'un litru soluție boricată și a se da în clismă.

Se aplică pe regiunea thoracică posterioară 40 ventuse uscate.

19 Ianuarie. Temp. D. 37⁹. Starea generală mai bună.

Ralurile de congestie în respirație persistă. Veselia continuă, foarte glumetă.

Se scrie séra :

Infusie de polygală	4/120 grame
Benzoat de sodă	2 grame
Sirop simplu	
» Cognac	aa 25 grame

p. a lua la oră o lingură.

20 Ianuarie. Temp. 36⁸. Respirația frecventă; bolnava tușesce; n'a avut scaune după clisma dată la 18 Ianuarie. Temp. S. 38⁶. Presintă semne de deliriū vesel.

Se administrează la vespera :

Calomel 75 centigrame

Devisat în 3 pachete.

p. a lua la 10 minute un pachet.

Până la 26 Ianuarie nimic de notat.

În acest interval de timp pacienta a luat în timpul zilei :

Vin de Quinquina.

26 Ianuarie. Temp. D. 37⁷. Se desface pansamentul; se constată pediculul mumefiat; lângă el, în peretele abdominal se găsesce câte-va gutte de puroiū-sanguinolent. Se smulge pediculul, care cedeză cu înlesnire; se spală plaga cu sublimat; se pansază cu tifon iodoformat.

Temp. S. 39. — La basa ambilor pulmonī congestia e mai manifestată ca ori când.

Se aplică 50 ventuse uscate. Tot deliréză.

Se prescrie :

1) Infusie de digitală	1/120 grame
Sirop de Tolutan	
» » Codeină	aa 30 grame
Cognac	40 grame

p. a lua la 2 ore o lingură.

2) Vin de Quinquina.

p. a lua 2—3 linguri pe zi înaintea mâncărei.

Până la 30 Ianuarie, Temperatura a oscilat între 37⁴ dimineața, 38⁸ séra.

Fenomenele de congestie la basă au persistat.

30 Ianuarie. Temp. D. 37². Se desface pansamentul care era puțin

derangiat ; nu se constată supurație. Bolnava e puțin deprimată ; Temp S. 37°. *In tot timpul nopții a avut delir foarte accentuat* : căuta să fugă din pat, vedea pe sobă puî de curcă, (bolnava era găinărăsă), smulgea pansamentul, îl lua în mână și dicea că torce ; pulsul filiform.

Se prescrie :

Poțiunea Todd.	120 grame
Cognac	30 grame
Cafeină	1 gram

p. a lua la oră o lingură.

Se fac injecțiuni hypodermice cu 3 grame ether sulfuric.

Până la 15 Februarie pacienta a avut zile de luciditate intelectuală, dară mai mult delir vesel.

Poțiunile alcoolice aveaū efecte admirabile asupra ei.

La 15 Februarie, în această zi pacienta se află în delir ; s'a dat jos din pat ; s'a culcat pe ciment ; face glume ; are pupilele dilatate, privirile rătăcite ; starea ei este alarmantă.

Sarcom în regiunea inquală stângă ; extirpare ; delir, ameliorare, vindecare.

OBSERVAȚIUNEA 6. M. O. de 54 ani, menageră.

Antecedentele hereditare și personale nu presintă nimic important.

Sunt șase luni, de când, pe labria majoră stângă, 'i-a apărut un mic nodul ; avea mâncărimi ; în scurt timp tumora s'a ulcerat și sângera la cea mai ușoră atingere.

Puțin mai târziu s'a tumefiat unul din ganglionii inquali din partea stângă. După trei luni, tumora genitală avea mărimea unei migdale : a fost extirpată prin anesthezia locală cu Cocaină, la serviciul chirurgical de la consultațiunile gratuite ale onor. Eforii.

După operație, ganglionii inquali stângi aū crescut foarte repede, aū devenit dureroși ; durerile erau violente în timpul nopții și se irradiaū în membrul inferior corespondent.

Acastă stare decide pe bolnavă să intre în spital, unde constatăm că starea generală lăsa mult de dorit ; ne frapază frica exagerat de mare, pe care o are bolnava de a rămâne fără rudele ei în spital, și mai ales de a se opera.

Din partea organelor circulatorii, respiratorii și digestive, nimic anormal.

În regiunea inquală stângă se află o tumoră de volumul unui pumn de adult, tare, puțin dureroasă la presiune ; prea puțin mobilă ; tumora formată în totalitate din mai mulți ganglioni măriți de volum și conglomerati, se prelungește către cavitatea abdominală pe sub aponevroasa iliacă internă ; în josul arcadei crurale de asemenea se constată prelungiri. Tegumentele ce o

acoper nu 'i aderă, nu presintă nici un semn vizibil de reacțiune inflamatorie; circulația venoasă superficială e genată și apreciazabilă pe suprafața ocupată de tumoră și puțin în susul arcadei crurale.

Prin examenul organelor genitale interne și externe, nu constatăm decât o cicatrice, puțin apreciazabilă, pe labria-majoră stângă, locul de unde se extirpase prima tumoră. Membrul inferior stâng presintă numeroase varice superficiale.

28 Ianuarie. Se prescrie séra :

Sulfat de magnesie 40 grame

Apă 120 grame

p. a se lua o dată.

29 Ianuarie. Operațiunea. S'a dat bolnavei o baie generală antiseptică; s'a făcut asepsia regiunii de operat; s'a chloroformisat pacienta; se face o incizie lungă de 8 cent. paralelă cu arcada crurală. Enuclearea tumorii a fost foarte dificilă, căci tumora contractase aderențe numeroase cu arcada crurală, ceea-ce a necesitat extirparea jumătăței externe a acesteia împreună cu tumora. Arteria femorală se afla în afara tumorii: venele crurale și saphena internă, înglobate în mișlocul masei ganglionare, așa că a fost necesitate a le secționa între două legături.

S'a legat și câte-va arteriole și venule; s'a extirpat ganglionii mai mici, situați în susul arcadei crurale și în jos în triunghiul lui *Scarpa*.

După enuclearea acestei mase ganglionare a rămas o cavitate îndestul de mare, care s'a cauterisat cu soluție alcoolică, 100% acid fenic și s'a tamponat cu tifon-iodoformat.

De notat a fost că imediat după extirparea tumorii, venele varicoase ale membrului inferior stâng, au devenit foarte aparente și, spre a înlesni circulațiunea de întorcere, am fost siliți a aplica un bandagiū ușor compresiv de jos în sus, pe totă lungimea membrului.

Examenul microscopic a confirmat diagnosa clinică. Temp. D. înainte de operațiune, 37²; Temp. S. după operație 37⁶.

Se prescrie la vespera :

Poțiunea Todd 100 grame

Siroop de codeină 30 grame

Cafeina 1 gram

p. a lua la 2 ore o lingură

30 Ianuarie. Temp. D. 37⁸; în timpul zilei acasă dureri suportabile; Temp. S. 38².

31 Ianuarie orele 5 a. m. bolnava 'și-a luat tulpanul după cap, 'l-a înfășurat împrejurul gâtului, încercând să se stranguleze. A fost surprinsă în maximum de furie. Bolnavele din același salon, împreună cu infirmierele, cu multă dificultate au putut să 'i smulgă din mâini tulpanul. Pacienta nu

le mai cunoscuse. Imediat a început a 'și mușca singură buzele, până ce 'și-a produs haemorrhagie. A fost pusă imediat în cămașa de forță.

În tot timpul zilei a strigat; a cerut infirmierei și rudelor cuțitul să se omóre. Trimetea continuu pe o mică nepoță a sa, care sedea lângă dânsa, să 'i aducă un cuțit ca să se omóre. Sfătuia pe rude și mai ales pe nepoța ca să fugă din spital, căci le omără doctorii. Refuza să mănânce și să bea. În timpul nopții ridică capul după perină și se uită amenințator spre celelalte bolnave, ca și cum ar fi avut intenția a comite o crimă.

Nu mai cunoscuse pe nimeni; în ultimul timp ne ruga să nu o omorim. Într-una din zile, pe când se aducea pe masa de operație, în același salon cu dânsa se afla și o bolnavă care fusese operată, ea a început a striga către acesta, care nu se deșteptase încă din somnul chloroformic, să fugă repede că o taie. Dacă operația, prin ea însăși, nu a avut un efect așa de sdruncinator asupra stărei morale a acestei paciente, e probabil că *numai frica de operație* a influențat o peste măsură și acesta din cauza stărei sale psihice.

Această părere din urmă are mai multe șanse de a fi admisă, căci și după prima operație (când s'a extirpat tumora de la organele genitale) pacienta a delirat vre-o 3 săptămâni, deși operațiunea a fost mică și de scurtă durată. Numai injecțiile hypodermice cu morfină, câte 2—3 centigrame în 24 ore, au calmat-o în tot-d'a-una.

Astăzi, Domnilor, pacienta se găsește în aceeași stare deplorabilă; plaga merge bine spre cicatrizare; se va vindeca de sigur, dar nu putem nimic anticipa asupra stărei ei generale!

O singură dată temperatura s'a urcat până la 38°; pacienta era constipată de mai multe zile; totul a intrat în ordine după un purgativ salin: Temperatura a scăzut la normal.

Vedeți, Domnilor, câtă importanță trebuie să punem pe antecedentele și anamneza bolnavilor.

Vă recomand cu multă insistență, a vă ocupa mult de starea pe operatorie a pacienților, ce vi se vor prezenta, să aveți *răbdarea* și *curiositatea* de a face cât mai mult posibil cercetări în această privință; căci sunt obiceiuri de ale pacientului, pe care și el și familia le ascund. Nu o dată veți convinge și puteți unii dintre domniile-văstre, v'ati convins deja, că adesea numai amenințând familia pacientului, că s'ar putea întâmpla v'un accident cu bolnavul, putem afla câte ceva relativ la antecedentele și viața bolnavului.

Exemple de acestea se întâlnesc aproape în fie-care zi.

1. Pacienta a eșit cu plaga în stare de completă cicatrizare; starea generală însă era mult debilitată, căci nu mânca de cât silită, dându-i altii; plaga era cicatrizată, dară altii trei ganglioni, mai înăuntru și în sus de plagă erau prinși și ajunseseră fie-care la volumul unei nucii. Starea psihică aceeași, ba încă mai deprima.

Da-ă nu cercetăm *total*, suntem culpabili noi în cazul când s'ar ivi vre-o complicațiune, căci, atunci fie-care ar dice: dacă ne-ai fi întrebat, noi spuneam.

Înțelegeți lesne cât scăpăm de responsabilitate dacă, după ce vom afla că bolnavul e alcoolic, e etheroman, etc., vom spune familiei lui, că operația se poate complica din cauză că pacientul este predispus, sau din cauză că are vr'o moștenire psihică de la părinți, sau că este dat la băuturi alcoolice.

Notați prin urmare, că cercetările preoperatorii ale bolnavului sunt chiar mai importante ca operațiunea însuși. Să nu credeți că a tăia este tot ce trebuie să facem unui bolnav; afară de operație, trebuie să cunoștem bine antecedentele pacientului și mai ales când e vorba de operațiuni mari, cari pot produce o sguđuire puternică asupra sistemului lui nervos, așa în cât să deștepte o predispoziție, care de alt-fel ar rămâne mult timp ascunsă.

Nu e nevoie să căutăm alte exemple mai depărtate; cele două ultime observațiuni ce v'am citat, cred că sunt suficiente pentru a vă convinge de necesitatea absolută, de a cunoște starea preoperatorie a bolnavilor, într'un mod cu totul amănunțit.

Femeea cu kysto-sarcomul ambelor ovare, a stat vre-o trei zile în serviciu liniscită; a cerut să iasă neoperată, dară nu spunea motivul. M'am gândit imediat, și am atras atențiunea personalului din serviciu, că această femeie pare a avea deprinderi de a bea. Am dis să i se dea țuică, vin și numai cu această condiție ea acceptat să rămâna în serviciu spre a fi operată, prin urmare predispusă la băutură.

După operație, am cređut că era bine a diminua dosa de alcool; delirul însă s'a ivit, și numai când pojiunile tonice ce i se administrau conțineau mai mult cognac, delirul devenea mai puțin accentuat.

Pacienta părea a avea rușine, se jena să ne spuie, că avea obiceiul de a bea mult alcool, și chiar acela care i se da în serviciu, ea ne spunea că-l dă la alte bolnave, cu tóte că-l bea singură. Acesta este un obicei al tuturor bețivilor, de a ascunde réul obicei de băutură.

Cât despre femeea cu sarcomul în regiunea inghinală, lucrurile său petrecut și mai limpede:

După prima operație ce i s'a făcut la serviciul de consultațiuni gratuite, ea a avut delir vr'o trei săptămâni; țipa, cerea să umble pe stradă, să se sinucidă, manifestațiuni identice cu acelea s'aú arătat și după a doua operație, și totuși familia și pacienta ne-a ascuns adevérul asupra stărei sale anterióre. Vedeți dar, Domnilor, că antecedentele unui bolnav sunt de un interes capital, asupra cărora nu pot insista în deajuns, pentru a asigura reușita unei operațiuni.

A VIII-a LECȚIUNE

DESPRE TRACHEOTOMIE ȘI ACCIDENTELE EI

Domnilor,

Intr'una din lecțiunile trecute, am avut ocașie a vă vorbi despre această operație; de indicațiile; contra indicațiile; de accidente și complicațiile tracheotomiei.

Tracheotomia este una din operațiile de cea mai mare urgență și pentru aceea, ea trebuie să fie cunoscută de toți medicii, căci și cauzele pentru care reclamă a fi făcută, sunt dintre cele mai precipitate și adesea nu dau timpul unui medic ca să alerge după un specialist. Pentru aceleași motive, și chiar elevii trebuie să fie foarte familiarizați cu această operație. Un moment de întârziere sau de nedibăcie, pune în pericol viața unui suferind; pe când o intervenire urgentă, poate scăpa de la o morțe sigură pe un copil sau un membru scump al unei familii.

Lecțiunea trecută a fost provocată de prezența în serviciu a unei fetei cu *Crup dyptheric*. Velpeau dicea: „Casurile rare nu vin nici odată singure, ele se arată în serii de mai multe succesiv“. Tot ast-fel s'a întâmplat și cu tracheotomia în anul acesta în serviciul nostru. După fetița operată, și despre care am avut ocașie a vă vorbi, alte trei casuri s'au succedat la intervale foarte scurte, așa în cât, în termen de

o lună, am avut ocazie a face patru tracheotomii, toate urmate de succes favorabil.

Pentru că nu toate casurile au prezentat aceleași caractere, voi fi nevoit a vă reaminti pe rând toate aceste cazuri și vă voi spune și diferența ce a prezentat fie-care din ele.

Causele au fost diferite, precum și diferite accidentele la care a dat loc operațiunea.

În două cazuri am făcut operația la copii mici: o fetiță în etate de $3\frac{1}{2}$ ani, iar băiatul în etate de $6\frac{1}{2}$ ani, amândouă atinși de *Crup dyphteric*. O femeie, în etate de 46 ani, cu leziuni syphilitice foarte înaintate și cu ulcerări identice în larynge, amenințată de sufocație, iar al patrulea cas, o femeie în etate de 30 ani, care ne-a fost adusă în serviciu cu sufocație foarte pronunțată, a căreia cauză ne este necunoscută și pînă astăzi.

Copiii au fost operați în ultimele momente, cea dintâia (copila), pentru că părinții au esitat, așteptând și rezultatul injecțiilor cu ser antidyphteric; al doilea (copilul), ne-a fost adus în stare foarte înaintată a afecțiunii și abea am avut timpul a opera, ba încă, am avut și un accident în timpul operației, căci, înainte de a introduce canula, a încetat respirația și numai prin mișcări de respirație artificială, și tracțiunea ritmică a limbei, am putut readuce copilul la viață, pe când apertura tracheală era ținută deschisă prin dilatatorul lui *Laborde*.

La ambii acești mici pacienți s'au făcut injecții cu serul antidyphteric, și cu toate acestea, afecțiunea nu a fost oprită în calea ei, fie că injecțiile s'au făcut prea târziu, fie că serul nu a avut o acțiune îndestul de puternică, pentru a distruge toxinele bacilului. O particularitate însă ce au prezentat ambele aceste cazuri, a fost *absența completă* a falselor membrane. Această particularitate a mai fost observată și de alții, așa în cât s'a și dat numele afecțiunii în asemenea cazuri de *crup sine membrane*. În casurile noastre nu am putea admite că serul a făcut ca membranele să nu se formeze, pentru că înainte de a se inocula serul, membranele nu erau, și prin urmare, admitem și noi această varietate de crup.

Prin cercetările bacteriologice ce am făcut, s'a constatat prezența bacilului lui *Loeffler*.

După restabilirea respirației prin larynge, am scos canula tracheală, plaga operatorie s'a cicatrizat, și ambii copii vindecați au fost luați de părinții lor.

După cum se știe, că este indispensabil ca un dyphtheric să fie multă vreme separat, pentru a nu transmite boala altor copii, am recomandat părinților a ține pe acei copii izolați, cel puțin încă 40 zile, cu toate că, din observațiile făcute până astăzi, nici după acest timp nu este cine va tot-ă a-una sigur că nu se va transmite dyphtheria. Ast-fel Doctorul *Thibaudet* de Saint-Claude, *J. des S. med. de Lille*, 16 Nov. 1895, povestese istoria succintă a două cazuri de dyphtherie; una luată după doi ani și alta prin intermediarul unei mame, care arămas îndemna. Prin urmare vedeți, că chiar după un timp de 40 zile, nu suntem siguri de imunitate. În cazurile noastre am recomandat și chiar s'a executat la domiciliul părinților desinfecția de către agenții sanitari ai comunei.

În ceia-ee privesc chipul cu care s'a transmis dyphtheria la acești copii, nu s'a putut nimic determina cu siguranță, părinții nu ne-au putut da nici o noțiune, ei ne-au informat că, copiii nu au fost în contact cu alții afectați de dyphtherie; lucru care poate fi adevărat, însă au putut fi intermediatori, fie de persoane, fie de haine sau obiecte de mâncare sau jucării, ori contactul cu animale domestice, ca pisicile, câinii ori găinile. Ceia-ee este adevărat e, că în ambele cazuri, afecțiunea a fost bine determinată prin examenul microscopic.

Nu am putut să facem o anchetă scrupuloasă, nici asupra trecutului anti-operator, nici după ce copiii au fost luați de părinți. Cu toate acestea am fost informați, că un frate al copilei, în etate de 6 ani, s'a îmbolnăvit pe când sora sa era încă în spital și a fost tratat cu injecții de ser antidyphtheric; de al doilea copil nu șcim nimic, căci, cu toate stăruințele noastre, părinții n'au mai revenit pentru a ne comunica ce-va despre urmările afecțiunei.

Iată și observațiile acestor două copii:

Cazul I, Dora Mosc...., în etate de $3\frac{1}{2}$ ani, locuind cu părinții săi în suburbia Armenescă, Strada Arcului. În aceiași curte este și o cârciumă și prin urmare vine multă și diferită lume. În curte se află mare murdărie și multe paseri (găini, găște, rațe). Copila era bine constituită, forte, de un caracter blând, a fost sănătoasă pînă cu 8 zile înainte de a fi adusă la spital, când a început o dificultate de respirație, temperatura ridicată, somnolență, agitație și inapetență. După trei zile de incertitudine, părinții, vedând că afecțiunea se agravează, au chemat pe medicul mai obicinuit al familiei și acesta pe dată a recomandat injecțiile cu serul antidyphtheric, preparat la institutul de Bacteriologie din capitală.

În zilele de 20 și 21 Noembrie anul trecut, s'a făcut câte o injecție de 5 grame de ser. În ziua de 21 am fost chemat a vedea această copilă și cum era tocmai după injecțiile de ser și cazul nu prea prezintă mare gravitate, iar părinții nu aveau curagiul a admite, am amânat operația pe a doua zi.

La 22, starea agravată; am insistat pentru operație, dar părinții au mai amânat, tot sub pretext ca să se mai facă și a treia injecție de ser. Spre sēră sufocația amenința viața copilei și a fost adusă la spital la 6 ore, când am făcut tracheotomia sub anesthesia chloroformică.

Toate s'a petrecut cât se poate de bine, copila a suportat bine chloroformul, respirația nu a fost mai dificilă în timpul anesthesiei. Noaptea copila a fost agitată, tuse în formă de quinte, multe mucosități expulsate prin canulă.

23. Dimineta; temperatura normală, mai puține mucosități, se schimbă canula, respirația pulmonară liberă.

24. Starea generală bună, copila are mai puțină tusă, mai puține mucosități, este veselă, mănca lapte. Temperatura 37⁵, se schimbă canula cu înlesnire.

25, 26. Aceeași stare mulțumitoare, respirația prin larynge restabilă, temperatura 37⁵.

27. Copila este de tot bine, se scote definitiv canula. Plaga se cicatrizează și la 1 Decembrie copila este luată de părinți, fiind pe deplin restabilă.

Pe lângă cercetările făcute în laboratorul nostru asupra sputelor acestei copile și pentru a verifica diagnosa noastră, am trimis din acele secrețiuni și la institutul de Bacteriologie și iată ce ni s'a comunicat:

I. DE P. ȘI BACTERIOLOGIE

DIN
BUCURESCI

Cultura e caracteristic difterică.

La microscop se ved baccilii lui Loeffler.

30/XI, 95.

D. Popu.

O altă împrejurare, tot atât de afirmativă, pentru a determina natura dyphtherică a afecțiunii la această copilă, a fost și inocularea spontanee la o pisică.

Pe când copila era în spital, pentru a o distra, supraveghetorea 'i-a adus un pisic cu care să se jöce fetița. Pisica s'a îmbolnăvit și a murit de paralisie acută. Acest cas mi s'a denunțat mai târziu, așa în cât nu am putut verifica prin necropsie.

Casul II. Copilul Dumitru Diacon..., în etate de 6 $\frac{1}{2}$ ani, bine constituit, tot-d'a-una sănătos, ne este adus de urgență în serviciu la 3 Decembrie 1895 în stare de sufocație foarte gravă; temperatura 38¹. Părinții ne spun că au mai mulți copii și fără să fi avut relație cu alți copii, s'a îmbolnăvit (să se noteze că pe timpul acela erau multe cazuri de dyphterie în capitală și tatăl copilului era comisar sanitar); copilul suferea de *dece* zile cu toate că i se făcuse o injecție de ser antidyphteric, totuși dificultatea de respirație era de parte de a fi ameliorată. Cu multă precipitare am făcut tracheotomia sub anesthesie generală, iar după ce am deschis tracheea, respirația a încetat cu totul, am introdus dilatatorul *Laborde*, pentru a nu pierde timp, pe când țineam tracheea deschisă, d. doctor Cristianu, făcea mișcări de respirație forțată și un intern exercita tracțiuni ritmice ale limbei, prin ajutorul unei pence. După mai multe încercări, respirația a început a se face regulat și am introdus canula. Cu această ocazie un mare avantajiu a fost lipsa de hœmorrhagie.

După introducerea canulei, copilul a revenit, respira îndestul de liber, era vesel, iar prin canulă se expulsa multă mucosități, în care prin ajutorul microscopului, s'a constatat prezența bacilului *Loeffler*. Peste noapte somnul este întrerupt de mucosități, care provocă quinte de tuse; se curăță canula.

4. Se schimbă canula, starea generală mulțamitoare, copilul este vesel.

Se mai face o injecție cu ser, temperatura 39.

5, 6. Aceeași stare, se schimbă canula, se face câte o injecție cu ser. Respirația pulmonară bună, prin larynge respirația îndestul de bună. Temperatura 39—38⁹.

7—8. Aceeași stare; nu se mai fac injecții, copilul mănă și dorme bine, este vesel; se schimbă canula și se constată că prin larynge aerul trece liber. Temperatura 37.

9, Copilul restabilit; nu se mai aplică canula.

11. Plaga cicatrizată, respirația prin larynge cu totul liberă și copilul este luat de părinți.

Este de notat că și acest copil nu a expulzat false membrane.

Casul III, Femeia Sia Simion Câmpea..., în etate de 46 ani, măritată, originară din Transilvania, domiciliată în comuna Săpunarii, districtul Ialomița, de profesie menageră; a intrat în serviciul colegului nostru, dr. Petrini-Galați, pentru accidente syphilitice tardive, cu leziuni foarte înaintate pe tota suprafața corpului și cu destrugerii ale laryngelui, care îi fac respirația foarte dificilă așa în cât de multe ori a fost amenințată de sufocație.

În serviciul D-lui Petrini a fost tratată cu injecții de Bichlorur de mercur.

Din cauză că era amenințată de sufocație, ne-a fost trimisă a i face de urgență traheotomia.

1. Decembrie. Pacienta se aduce în serviciul nostru, ea este *forte* emaciată și respiră cu mare dificultate. Pe corp are ulcere syphilitice, rămase după gome ulcerate. Temperatura normală. După ce s'a făcut asepsia regiunii anterioare a gâtului, am făcut injecții în derm cu tre-grame soluție de Cocaină-chlorhidrică 1%, am incizat fără ca femeia să simtă, am izolat tracheea și am deschis-o; am introdus o canulă grosă și respirația s'a restabilit. S'a mai urmat cu tratamentul începând prin iodura de Potasiu și injecții intra-musculare de Bichlorur de mercur. Pacienta mănăcă și dorme bine. T. 39^o.

2-3. Aceiași stare; se schimbă canula. T. 39^o.

4. T. 42^o. Edem voluminos la partea anterioară, împrejurul plăgi, fără durere. Bolnava agitată, a pierdut apetitul, cu toate acestea ea arată satisfacție.

Se schimbă canula și se introduce cu dificultate alta, din cauza edemului, care făcea că tracheea era foarte depărtată, așa în cât lungimea obicinuită a canulei nu era îndestul de suficientă și prin sforțări de fusă, canula a eșit din trachee și s'a așezat în țesături, s'a re-implicat din nou.

5. Edem mult mai întins în suprafață, dară mai scăzut în grosime. O pată roșie în formă de chartă geografică se arată pe frunte, împrejurul unor ulceratii. T. 39^o. Se schimbă canula.

6. Starea generală mai mulțumitoare, temperatura 38^o. Inflamația mai întinsă asupra figurei, plópele nu se mai pot deschide.

Pacienta se trimite la serviciul special de Erysipel de la spitalul Colentina, unde și-a terminat afecțiunea și a eșit vindecată și în urma tratamentului specific, s'a vindecat și plaga trachială; respirația s'a restabilit prin larynge.

Este de notat că nici în serviciul nostru, nici la D. Petri, nu era nici un cas de Erysipel însă, această pacientă prezenta particularitatea că suferise de Erysipel în repetițiuni.

Casul IV. Femea Tudora Barbu Dumitru în etate de 30 ani, măritată, menageră, a fost tot-d'a-una sănătosă; până la șese săptămâni înainte de a fi adusă la spital. Afecțiunea a început prin răgușelă și dificultate de respirație, care a mers crescând până a amenința pe pacientă a o sufoca; multă expectorație muco-purulentă, fiori în accese. Starea generală foarte nemulțumitoare.

La 27 Decembrie 95, ne este adusă în serviciu în stare foarte gravă de sufocație. T. 39. Femea bine constituită, îndestul de forte nu are nici un stigmat de Syphilis și nici nu a avut Syphilis, nu este nici o umflătură la gât nici pe din afară nici prin cavitatea bucală și pharyngienă. Se vede bine epiglota normală, nu vedem nici o ulceratie; într'un cuvânt nimic care să ne pună pe calea unei afecțiuni bine determinată.

Timpul nu permitea a mai adăsta, pentru a determina diagnosa și ne-am grăbit a face tracheotomia.

Prin canulă a eșit multă materie *muco-purulentă*.

28. Starea generală mai satisfăcătoare. T. 37¹, s'a schimbat canula.

29. T. 37⁹. Se schimbă canula, se încercă respirația prin larynge, care este imposibilă. Pacienta mîncă și dîrme mai liniscit; expulzază mult muco-puroiū și prin canulă iese lambouri ca de 3 centimetre, de o substanță sfacelată, care adesea astupa canula și făcea dificultate la respirație.

30—31. T. 37³, 37³. Aceeași stare, pacienta expulzază spută muco-purulentă și lambouri de sfacel. Se schimbă canula.

1 Ianuarie 96. T. 38, expectorație multă și muco-purulentă. Se schimbă canula.

2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. Aceeași stare; temperatura scoborită la normal. Respirația prin larynge imposibilă. Examenul cu laryngoscopul făcut în mai multe dăți de D. Dr. Braunstein, nu ne-a arătat de cât o stenosa a glotei, fără a se putea determina natura ei. Este de notat, că atât expectorația cât și lambourile expulzate și aerul expirat nu erau fetide.

Pentru noi, până în momentul de față, acest cas prezintă mare dificultate de diagnosă. Vom mai adăsta póte câte-va zile, spre a vedea dacă starea locală se modifică orî nu și în cazul negativ, vom interveni, prin deschiderea laryngelui, pentru a observa ce proces pathologic se petrece în larynge și ce trebuie să facem¹.

1. Nicî rudele nicî pacienta nu au acceptat nicî o altă intervenire și a părăsit serviciul respirînd prin canulă.

A IX-a LECTIUNE

DESPRE ANTISEPSIE

Domnilor,

Vă aduceți aminte, că într'una din lecțiunile trecute, când am tratat *despre importanța simțurilor în diagnosticul chirurgical*, v'am vorbit și de *utilitatea microscopului*. Astă-dî voi arăta, că mulțumită acestui instrument, chirurgia a scăpat de acele *marî* pericole cari amenințau altă dată cea mai mică operație. Cu alte ocazii, vom vorbi despre importanța microscopului în fie-care cas in parte, acuma însă, vom arăta cum trebuie să ne apărăm, sau să distrugem miriadele de corpî infinitesimalî de mici, pe cari numai microscopul pôte să ni'î arate.

Este mai mult timp de când cercetările lui *Pasteur* au anunțat prezența în natură, a unor organisme mici, vătămătoare corpilor cu o organizațiune mai complicată. Teoriile lui *Pasteur* au mers foarte încet. Francezii, cu tôte că *Pasteur* lor le-a spus-o mai întâiî, cu tôte acestea, după cum dice sfânta Scriptură, pentru ei *Pasteur* propoveduia în pustii, căci francezii, după obiceiul lor, îndărătnicîși egoiști, au lăsat să le scape din mîni și acastă descoperire. A trebuit sângele rece al englezilor, ca teoriile lui *Pasteur* să prinđă rădăcină; ast-fel, un chirurg din Glasgow, doctorul *Iosep Lister*, despre care nici nu se auđise până atuncea, a îmbrățișat cestiunea antimicrobiană¹.

1. *Sir Joseph Lister* «On excision of the wrist for caries» (1865), și «Ligature of arteries and the antiseptic system» (1869).

Pentru acest chirurg, orî ce complicație a plăgilor este provenită din cauza microbilor, pe cari chirurgul înainte de toate, trebuie să caute a'î distruge, sau a'î împiedica de a se introduce în plagă. La această luptă, eminentul chirurg englez 'i-a dat numele de *antisepsie*.

Din acest moment, atât operatorii cât și pathologiștii și mai cu-sémă microbiologiștii, au ridicat antisepsia la o adevărată sciință.

A face *antisepsie*, este a lupta contra microbilor, și prin urmare, scopul principal al antisepsiei este de a distruge, *de a nimici* toți organismii microscopici, care se opun la vindecarea plăgilor, pe când *asepsia* are de scop de a face ca o regiune ôre-care, să nu pótă căpéta microbi. *Regnier*, într'o conferință ce a ținut'o în 1890, la *Societatea de medicină practică din Paris*, face o comparație fôrte practică, în ceea ce privesce *Asepsia și Antisepsia*. Iată acea comparație: „Dacă petrecem o nópte, dicé *Regnier*, într'un apartament din nou mobilat, într'o casă nouă, unde vopselele abia sunt terminate, unde patul nu are nici un grăunte de praf, ciarșafuri curate, și, dacă se pôte să luăm și o bae, înfășurându-ne în rufe curate, dormim linișciți, cu siguranță că nu vom fi supărați nici de purici, nici de ploșnițe. Cu acesta am făcut *asepsie*. Dacă un biet voluntar de unul sau trei ani, nu dorme totă noptea, din caasă că vinéză mereu ploșnițe, sau dacă, din experiență a cumpărat praf de insecte, cu care, înainte de a se culca, presară patul sêu, puindu-l pe ciarșafuri, pe saltea, pe plapomă, în crăpăturile scândurilor, chiar pe corpul lui, și se culcă cu ideia de a vedea dacă anușciul fabricantului spune adevêrul, cum că omóră în adevêr insectele; or dacă pôte prăpădi și puricii și ploșnițele; dacă nu cum-va au scăpat în ôre-cari crăpături; dacă tôte îndoiturile învelișului sint în contact cu praful; dacă toți vrășmașii au fost puși în neputință de a-l ataca. Cu acesta pôte că a reușit, dară se pôte întempla cu tôte acestea, ca somnul să fie încă turburat, cu tôte îngrijirile lui.”

Cu acesta s'a făcut *antisepsie*.

Asepsia este lipsa vrășmașului, *antisepsia* este lupta cu vrășmașul.

În chirurgie, tot-d'a-una trebuie să începem prin a face antisepsia pentru a ajunge la asepsie, căci nici-o-dată nu se găsește mai din nainte, un teren de operație absolut aseptici; și prin urmare se scie, că una fără alta nu pot merge, de aceea, trebuie mai întâiu a proceda prin a omori microbii pentru a produce o asepsie bună.

O altă clasificățiune admisă de autori ar fi: antisepsia *directă* și *indirectă*, sau aceea prin care microbii se omóra pe locul unde se gă-

sesc; adică direct pe plagă, și indirectă, atunci când se distrug miđlócele *intermediare*, prin care microbii vin în contact cu o plagă.

Antisepsia directă se face pe loc și cu inctul, iar indirectă este prin intermediarul instrumentelor, a bureților, a minilor operatorului, a pieselor de pansament, a cusăturilor, etc. Antisepsia indirectă se face prin toate elementele mai apropiate sau mai depărtate, care privesc o plagă. În casuri, mai cu seamă de operații mari interne, cum este laparatomia, succesele depind de la esactitatea cu care se face antisepsia indirectă.

Statisticile numeroase, date de mamoși, de gynecologi și de către chirurși, sunt o dovadă indestul de puternică care arată că, de când antisepsia indirectă se practică cu rigurozitate, de atunci și rezultatele cele bune s'au înmulțit și pentru acesta, nu mai póte fi nici o îndoială de eficacitatea măsurilor antiseptice ei, după cum ție autorii: „un operator care nu ține seamă astă-đi de antisepsie, este un *imprudent*, un *ignorant* sau un *indiferent*.”

Noi nu credem că este un esces de antisepsie, ori cât de exagerate vor fi măsurile ce se iaú de operatori, și, dacă nu putem noi face ca alții, acesta departe de a i încrimina, ar trebui să fie pentru noi un regret, căci ne lipsesc miđlócele necesare a fi la înălțimea științei de astă-đi. Cu toate acestea, cum ție și autorii, trebuie să facem lucrurile așa, ca antisepsia să fie *simplă, lesne de executat și la îndemána tuturor operatorilor*.

Mai înainte de a vorbi despre antisepsie în general și în particular, cred că nu ar fi fără óre-care interes, a reaminti în trecát câte-va date relative la antisepsie în străinătate și la noi. În urma lucrărilor lui Pasteur, chirurgul din Glasgow Sir Joseph Lister, a făcut prima comunicare în 1865 la Congresul din Berlin¹, după care chirurgii germani, între care vom cita pe Bernhard de Langenbeck, Bruns, Esmarch, Volkmann, Bilroth, Thiersch, etc. s'au pus în capul unei societăți de fabricațiunea obiectelor de pansament. O fabrică a fost instalată la Schafhausen. Chirurgii asemenea au îmbrățișat ideia lui Lister, singurii numai chirurgii francezi au fost cei mai îndărătnici. Noi întorcându-ne în țară la 1864, am voit a introduce óre-cară modificări, adică de a schimba puțin obiectele de pansament, dară lipsa de miđlóce, în care ne aflam pe acea vreme, și îndărătnicia unora dintre confrăți, ne-au îm-

1. *Verhandlungen des medizinischen Congresses zu Berlin, pe 1865.*

pedicat a detronea *ceratul lui Galien, Ung. Althaea* (Deltheaoa), *renumita alife a lui Coengiopulo*, etc., ast-fel că glycerina phenicată, alcoolul simplu sau camphorat; s'au întrebuițat numai în serviciurile ce am avut onôre a dirige pe acele timpuri în spitalele Eforiei și la spitalul militar. Cât despre scama murdară nici nu era vorba a o înlocui cu alt ceva mai bun, din cauză că totul ne lipsea. Mortalitatea imensă a operațiilor; complicațiile ce se iveau, după fie-care operație sau o simplă rănire, speriașe pe toți și rar mai îndrăsnea cine-va a face operații de ore-care importanță. Nu era o tăetură, or cât de mică, care sănu se complice de Erysipel și Gangrena de spital. *Nu s'a vădut nicî un cas de cicatrizare per primam*. În cât privesce operațiile mari ca: deschiderea pântecelui, a pieptului și a cavităței craniane, nici nu era vorba a se gândi cine-va; singure trepanațiile și herniotomiile de urgență, se mai făceau în unele spitale și acestea erau complicate de Erysipel, adesea și de Gangrena spitalelor. Numai cine a fost pe atunci își pôte reaminti de ororile ce se petreceau. Speriat de insuccesele operațiilor, am căutat mereu mijloce pentru a scăpa de acele complicații inerente tutulor leziunilor, pe acele vremuri.

Cărțile franceze și ziarele ce puteam a-mi procura, aduceau foarte puține și imperfecte noțiuni, așa în cât noi nu aveam de unde să ne înstruim, ba încă ne induceau și în eróre.

La 1873 am întreprins o călătorie științifică, spre a mă putea încredința *din vedere* despre ceea ce citeam în ziare și care era foarte incomplect reproduș. La Breslau, primul serviciu ce am vădut, a fost al lui *Fischer*, unde am găsit un început de antisepsie. Cunoscând din reputație pe profesorii *August Wunderlich* și *Karl Thiersch*, m'am dus la Lipsca să-î ved.

Acești profesori, cu o bună voință și amabilitate ce-î caracteriza, s'au pus la dispoziția noastră¹; unul pentru a ne arêta importanța termometriei clinice, iar cel-l'alt metoda antiseptică a lui *Lister*. Aci am luat primele informații de fabrica de la Schafhausen. De la Lipsca ne-am îndreptat spre Berlin, pentru a vedea somitășii ca *Bernhard de Langenbeck* (1810—1887) și *Heinrich Adolf de Bardелеleben*, unde am folosit mai puțin, din cauză că în serviciul acestor chirurgi nu prea prinsese rădăcinii metoda lui *Lister*, de și *Langenbeck* nu se uita

1. Eram împreună cu repausatul oculist *Dr. V. Vlădescu*, care ca și mine căuta antisepsia pentru operații la ochi.

cu ochi răi la descoperirea chirurgului englez. Profesorul *Bardeleben* îmbrățișează de la 1869 mai cu multă căldură metoda antiseptică. În serviciul lui *Langenbeck* se afla pe atunci ca asistent *Dr. Bergmann*, înlocuitorul său mai tîrziu, și actualul profesor la facultatea din Berlin. Acesta era unul dintre cei mai ardenți apărători ai antisepsiei *Listeriene*. După acesta, am căutat a vedea pe profesorii *Paul Victor Bruns* la *Tübingen*, *Friederich Esmarch* la *Kiel* și pe mult distinsul *Richard de Volkmann* la *Halle*, în serviciurile cărora m'am putut pe deplin convinge de avantajele imense ale antisepsiei.

Printr'o întîmplare grea de învins, nu m'am putut duce să vîd și pe părintele antisepsiei la *Glasgow*, ci de la *Dower* m'am coborît spre *Paris*.

Aci am găsit aproape ce lăsasem la 1864. Profesorul *Gasselín* cu ceratul lui *Galien*, *Desprez* cu murdăria lui proverbială.

Abea unii chirurghi tineri, pe ici pecolea și cu mare temere, începuseră a mai lăsa din rutina veche; cu toate acestea puțin nou, puțin instructiv.

Intorcîndu-mă în țară, cu totă dorința ce aveam de a face antisepsie, 'mî lipsea elementele necesare. Două tineri, lucrători ai fabricelor din *Paris*, sosiți de curînd, mis'au părut destul de inteligenți, și le-am comunicat ce vedeusem, indicându-le și fabrica de la *Schafhausen*.

Aceștia erau *Travisani* și *Broehm*, două tovarăși de suferințe. De și inteligenți și buni meșteșugari, nu aveau însă mișloce pentru a putea procura ceea ce ne trebuia. Am voit a face o societate de medici, pentru a aduna un mic capital, dară nu am reușit. Atunci *Vlădescu*, și cu mine, am căutat a înlesni mișlocele necesare acelor două lucrători, și ast-fel în puțin timp, am putut a ne procura toate preparatele de la fabrica din *Schafhausen*. De la această epocă, adică 1873, datîză introducerea în țară a metodei antiseptice. Se pôte ca easă nu fi fost așa de rigurosă ca în alte state, dară trebuie să avem în vedere dificultățile cu care am avut a lupta.

În *Francia* chirurgii *L. Championiere*, *Terrier* și alții, au îmbrățișat cu multă ardore antisepsia și dintre toți chirurgii de spitale, singur *Desprez* a rămas murdar pînă în momentul când a fost nevoit a părăsi spitalul, din cauza vârstei sale înaintate.

A X-a LECȚIUNE

DESPRE ANTISEPSIE

MICROBII

Domnilor,

După lucrările importante ale lui *Pasteur*, veni teoria lui *Sir Joseph Lister*, și de atunci studiul corpurilor invisibile a luat o întindere așa de mare, în cât s'a făcut din acesta o știință întrégă: *Microbiologia*.

Studiul acesta a pasionat atât demult pe ómenii de știință, în cât astă-đi a devenit o *adevărată manie*. Pentru înlesnirea studiului nostru, vom adopta clasificăția admisă de cea mai mare parte din microbiologi și pe care o găsim în lucrarea lui *Award*.

Microbiii se împart, după forma lor, în trei mari clase, având fiecare mai multe varietăți.

Iată cum îi aranjază *Award*:

A) *Microbi*. (forma rotundă).

1. Sporii.
2. Diplococi (sporii reuniți).
3. Streptococi (sporii în lanț).
4. Staphilococi (sporii în formă de strugure).
5. Tetragenii (4 sporii reuniți).
6. Sarcine.

B) *Bastonaze* (forma lungă).

1. Scurți.
2. Bacilii (lungi).
3. Filamente (mai lungi).

C) *Spirobacterii* (formă spiroidă).

1. Virgulă.
2. Spirile.

Mulțumită microscopului, aceste diferite forme se pot lesne deosebi unele de altele, cu toate acestea, știința n'a putut ajunge până acum a recunoște toate varietățile de microbi.

Două sunt cauzele care aduc această piedică :

Cea d'întâia împrejurare este, că microbii schimbă forma după mediul în care trăesc, întocmai ca un om, care schimbând o climă, ia caracterele oamenilor din localitatea unde s'a stabilit. Ast-fel se ved microcoți transformându-se în bețișore, precum și acestea se pot transforma în spirobacterii.

Cea de a doua împrejurare se datorește stărei de micșorime a acestor ființe, care ocupă limita cea mai inferioară a lumii vizibile și cărora instrumentele noastre optice, nu le arată de cât contururile, pe când, pentru cele-lalte amănunte precum și structura lor, *mecanica*, nu a putut ajunge cu perfecția instrumentelor spre a ni le face cunoscute. Prin urmare, lipsurile ce le încercă bacteriologia astă-zi, nu trebuie să supere pe nimeni.

Microbii se mai împart în aceia care trăesc în aer numiți *aerobiți* și aceia care nu pot să trăiască în aer sau în contact cu oxigenul, numiți și *anaerobiți*. Ei se mai împart și în *Endosporii*, adică aceia care cresc prin dezvoltare de spori în celula-mumă și *arthrosporii*, adică aceia care cresc prin dublarea celulei-mume, care dispare, lăsind în locu-i două celule-vice și așa mai departe.

Este de notat că arthrosporeele mor la 60 grade, pe când pentru endospore trebuie 150 grade căldură pentru a'î distruge.

Corpii solizi, liquizi și gazele, pot servi de mediu de transport pentru microbi.

Aerul atmosferic este un mediu bun pentru propășirea și propagarea microbilor.

El este cu atât mai puțin încărcat de microbi, cu cât se ridică cine va mai sus în atmosferă.

Apa este și mai bogată în microbi, așa în cât din analizele fă-

cute se pot număra de la mai multe zecimi de mii până la sute de milioane de microbi pe litru.

În cât privește corpul solid, ajunge câte o dată că numărul microbilor nu se mai poate calcula. Cu cât o materie este mai solidă, cu atât este și mai favorabilă dezvoltării microbilor; apa mai mult ca gazele, și solidele mai mult ca apa; de aceea și mediurile solide înlesnesc mai mult contagiunea de cât lichidele și acestea mai mult de cât gazele.

Atât suprafața cutanată, cât și cea mucosă a animalelor fiind acoperite de o peliță foarte subțire (epiderm și epiteliu), este apărută de intrarea microbilor; pe dată însă ce va exista cea mică sgârțietură, fie din întâmplare, fie într'adins, se deschide o poartă, microbii dau năvală și încercă a pătrunde în organism, din care să se hrănescă și unde să se înmulțescă.

Lupta se începe mai întâiu în rana formată. Organismul, prin elementele sale, caută să opună o rezistență, de unde se vede că globulele albe năvălesc în mare număr, pentru a se opune microbilor, îi mănincă, însă și mare parte din ele pier în această luptă crâncenă, transformându-se în cadavre, din care rezultă globulele de puroi. *Metschnikoff* a numit globulele albe *phagocyte* sau mănăcătoare de microbi.

De unde rezultă că leucocitele sunt adevărata armată, care apără organismul în părțile lui cele mai depărtate, pe când globulele roșii se pot considera ca o *intendență* militară, bine organizată, ca să aducă hrana în locurile de luptă, prin transportarea oxigenului. Pe lângă globulele albe, celulele din locul unde se petrece lupta, se transformă și ele în celule embrionare, luptă și ele la rîndul lor, mănincând și omorând la microbi. În această luptă mor și ele ca și globulele albe.

Dacă lupta se localizează, starea generală nu suferă, însă, îndată ce microbii biruiesc, ei pătrund în circulația generală, un fior de frig se arată, căldura corpului se ridică și lucrul este de îngrijit. Nu se scie pozitiv prin ce mecanism, microbii omoră animalele. Unii presupuneau că le omoră prin grămădirea prea mare, prin acțiunea lor directă asupra globulelor roșii, luându-le oxigenul, prin astuparea vaselor ce ar produce o grămădire prea mare în unele locuri ale corpului, precum ar fi abcesele metastatice, distrugerea unor celule din unele organe care s'ar încerca a depărta din corp microbii precum sunt rinichii, ficatul; sau copleșirea unor organe importante ca inima, dând loc la miocardite. Tóte aceste teorii se pare că ar putea fi înlocuite

printr'alta, care se crede a fi mai adevărată. În starea actuală a științei se știe că microbii, prin dezvoltarea și distrugerea lor, dau naștere la nise alcaloizi toxici, și că prin urmare, organismul ar muri prin otrăvirea chimică, ce ar rezulta din viața microbială.

Aceste alcaloide au fost desemnate de *A. Gautier* sub numele de *ptomaine* și *leucomaine*.

Pentru a da o idee mai pozitivă acestei teorii, cred că un exemplu frapant nu ar strica.

Să știe că parazitul porumbului, *Sporizorium maialis*, produce *Pelagra* și, pentru a o preîntâmpina, s'a propus răscolirea porumbului în cuptore construite într'adins; s'a vădit însă că, cu totă răscolirea porumbului și fierberea mălăgei, pelagra nu înceta; atunci s'a făcut cercetări chimice și s'a dovedit că parazitul porumbului nu omoră prin el însuși ci prin otrava ce el formează.

Dar să luăm un alt exemplu: O ciupercă, nu omoră ea tot prin otrava ce produce în creșterea sa mórtea ei? Ceea ce se petrece în mare prin corpuri macroscopice, se petrece și în mic prin viețuitoarele microscopice care, de și infinitesimale de mici, omoră prin numărul cel mare, rezultatul proprietății lor ce au de a se reproduce cu o iuțelă vertiginosă.

Microbiu nu se dezvoltă la toți oamenii. Unii se obișnuiesc cu ei cum sunt medicii, infirmierii, etc. La alții, imunitatea se produce artificial, cum este vaccinul și inoculația antirabică, etc., sau accidental cum este syphilisul, vârsatul, scarlatina, febra thyphoidă, etc.

A XI-a LECȚIUNE

DESPRE ANTISEPSIE ÎN GENERAL

Domnilor,

Microbii, fiind cauza tuturilor accidentelor septice, ce se observă în chirurgie, acușement și gynecologie, operatorul e nevoit să caute toate mijloacele pentru a-i combate.

Trebuie dară a-i depărta de regiunile de operat, sau, a-i distruge chiar pe însuși plagă, spre a împiedica ast-fel pătrunderea lor în organism. Iar dacă au pătruns deja în organism prin circulația cea mare trebuie combătuți pe calea internă sau medicală. Cea d'întâiu este *antisepsia indirectă*, sau *asepsie*; a doua *directă* și a treia *internă, depărtată sau medicală*

Pentru distrugerea microbilor ne servim de trei ordine de agenți: *mecanici, fizici și chimici*.

1. Agenți mecanici.— Se știe că microbii, pentru a trăi și a se prăsi, se așează pe suprafața corpurilor, fie organice, fie anorganice, și rămân lipiți pînă ce se ivesc condițiuni favorabile la dezvoltare.

Pentru a-i distruge pe loc, sau a-i depărta, este destul a face o frecătură și prin urmare a face acea suprafață aseptică.

Același lucru se petrece și cu corpuri organice vii, precum ar fi

mânile; pentru care cel mai bun mijloc de a depărta microbii, este spălătura cu apă, cu săpun și frecatul cu o perie tare.

Microbii se lipesc foarte strâns de derm, se introduce în cutele epidermului și prin o simplă spălătură sau muiarea mânilor, fie chiar în soluție mercurială, nu este de loc suficient. Pentru ca acesta să fie îndestulătoare, ar trebui ca mâna să se țină cel puțin o oră în acea soluție, ca microbicidele să aibă timpul necesar a *pătrunde prin toate îndoiturile*, lucru ce este foarte greu de făcut.

Pulverisația cu substanțe microbicide și filtrele sunt antiseptice mecanice.

2. Agenți fizici.— Agenții fizici, de și puțin numeroși, sunt însă de mare importanță în antisepsie.

Frigul nu are putere a distruge microbii, ori cât de intens ar fi, pe când din contra, căldura este un agent fizic foarte puternic și mai cu seamă ridicată la o temperatură foarte înaltă.

La 50° o parte din microbi nu mai pot rezista, pe când pentru cei-l'alți și mai cu seamă pentru sporule, trebuie urcată temperatura până la 150°, și, pentru ca să fie și mai sigur, la această temperatură să se adauge și umiditatea. O jumătate oră de temperatură umedă la 110° și sub presiunea de cel puțin două atmosfere, este gradul la care ori-ce viață microbienă nu mai poate rezista.

Apa fiartă, ca să omore toți microbii, trebuie neapărat urcată la 150°. Pentru a produce efectele sale salutare; sau inventat în acest scop aparate speciale, precum sunt diferitele feluri și forme de cuptore (Etuves).

3. Agenți chimici.— Chimia ne dă contingentul cel mai puternic pentru distrugerea microbilor. *Miquel*, în tesa sa inaugurală, susținută înaintea facultății de medicină din Paris 1883, tratăză *despre organismele viețuitoare din atmosferă* și ne dă un tablou de un mare număr din aceste *substanțe chimice*, arătând cantitatea doselor la care un litru de bulion, poate fi împiedicat de a intra în putrefacție.

Miquel împarte aceste substanțe după puterea lor antiseptică.

1) Substanțe cu desăvârșire antiseptice

	grame
Apa oxygenată	0,05
Bichlorur de mercur.	0,07
Nitratul de argint.	0,08

2) *Substanțe foarte, foarte antiseptice*

	grame
Iodul	0,25
Chlorur. de aur	0,25
" " platin	0,30
Acid. cianhidric.	0,40
Bromul	0,60
Sulf. de cupru	0,90

3) *Substanțe foarte antiseptice*

	grame
Cyanura de potasiu	1,20
Bichromat. de potasiu	1,20
Gaz. amoniac	1,40
Chlorur. de aluminium	1,40
Chloroformul	1,50
Chlorur. de zinc	1,90
Acid. timic	2,00
Chlorur. de plumb	2,00
Azotat. de Cobalt.	2,10
Sulf. de nichel	2,50
Azotat. de Uran	2,80
Acid. phenic	3,20
Permanganat de Potasiu	3,50
Azotat. de Plumb	3,60
Alumenul	4,50
Taninul	4,80

4) *Substanțe mediocru antiseptice*

	grame
Bromhydr. de chinină	5,50
Acid. arsenios	6,00
Sulf. de Strychină	6,00
Acid. Boric	7,60
Arsenit. sodic	9,00
Salycilat. sodic	10,00
Sulfat. fieros	11,00
Sodă caustică	18,00

5) *Substanțe slab antiseptice*

	grame
Perchlorur. de Manganuz	24,00
Chlorur. de calciu	40,00
Borat. sodic	70,00
Chorhydr. morph.	75,00
Chlorur. de stronțiu	85,00
„ „ Baryu.	95,00
Alcoolul	95,00

6) *Substanțe foarte slab antiseptice*

	grame
Chlor. de ammonium.	115,00
Arseniat. de potasiu	125,00
Iodur. potasic.	150,00
Sarea de bucate	155,00
Glycerina	225,00
Sulf. de amoniac	250,00
Hyposulfid. sodic.	275,00

Iată acum, Domnilor, și lista antisepticilor de mai sus, la cari *Award* adaogă câte-va amănunte. Pe lângă acestea vom mai adaoga și pe acelea, pe cari știința le-a descoperit mai pe urmă.

Acidul acetic cât și oțetul ordinar și alte oțeturi, sunt antiseptice foarte slabe și prin urmare să nu compeze cine-va pe ele; în lipsă de altele se pot da în dosă de 20—40 p. 100.

Acidul Boric.—De și foarte slab antiseptic; totuși nefiind toxic, se dă în dosă maximală de 4/100, mai cu sémă la spălături în cavități, ca peritoneul, pleura, vesica, uterul, rectul, etc. În bólele ochilor, dă rezultate foarte bune, chiar în oftalmiile copiilor mici.

Acidul phenic. (Carbolic, Carbol, Phenol). — Acesta a fost cel d'întâiu antiseptic întrebuițat de **Sir Ioseph Lister**. Intrebuițarea lui a fost atât de răspândită în cât ajunsese la o exagerație, așa că nu era bun chirurg acela care nu opera într'o atmosferă imbibată la exces cu acid phenic.

Acidul phenic, se pôte da intern până la un gram pe ȳi.

La exterior se dă în soluții de 1/100 $2\frac{1}{2}/100$ și 5/10 soluție forte, iar de 10/100 soluție prea forte, caustică. Aceste din urmă so-

luţii se întrebuiţeză mai cu sémă în cauterisaţi, în casuri de plăgi infectate.

Acidul phenic este solubil în apă, mai cu sémă dacă se adaogă 10/100 alcool, şi, pentru a'î masca mirosul, se pune şi unu la sută thymol. In loc de alcool se pôte pune glicerină, care este şi mai ef-tină şi mai puţin iritantă.

Intrebuiţarea prelungită a acidului phenic produce intoxicaţie care se manifestă prin cefalalgie şi derangearea tubului digestiv şi mai cu sémă prin colorarea urinei în negru. Cel mai bun miđloc, pentru a combate acéstă intoxicaţie este de a se înceta întrebuiţarea acidului phenic, fie intern, fie extern. S'a recomandat cu tóte acestea diureticele, sudorificile, iar *Sonenburg*, a recomandat a se da intern sulfatul de sodă, în dosă de 5⁰/₀, care ar forma un phenyl-sulfat, lesne de eliminat. In casuri grave de colaps, se recomandă injecţiile de Ether.

Acidul Salycilic — Puţin solubil, se întrebuiţeză mai cu sémă intern, în dosă de 1—2⁰/₀.

Alcoolul.—Alcoolul a fost întrebuiţat fórte de mult ca antiseptic, sub formă de apă alcoolisată de 10—21⁰/₀, sub formă de alcool camphorat (Rospail), saũ sub formă de tincturi.

El nu se mai întrebuiţeză din causă că este scump şi se pot face şi abusuri, căci îl beaũ bolnavii; se dă însă în unele soluţii antiseptice; cum sunt soluţiile phenicate şi de bichlorur de mercur, pentru a înlesni solubilitatea acestor substanţe.

Alumenul (peatră acră) sulfat dublu de alumină şi de potasă.

Taninul, antiseptic fórte slab; se dă în loţiuni vaginale de 5⁰/₀, saũ se pune în praf pe rănile fără tendinţă spre cicatrizare.

Nitratul de argint (piatra iadului). Antiseptic puternic, însă anevoie de întrebuiţat în pansament, din cauza causticităţei sale şi pentru că coloréză rufele; cu tóte acestea, se fac pensulaţii, în casuri de răni atonice şi în trajecte fistuloase. Se întrebuiţeză şi sub formă de creioane, tot pentru acelaşi scop, unde se cere o eficacitate mai mare.

Boratul de sodă saũ Boraxul. — Fórte slab antiseptic; i se preferă acidul boric.

Camphorul. — A fost recomandat de *Raspail* ca un *penaceu universal*; antiseptic fórte slab.

Chloralul.—Recomandat de *Dujardin Beaumetz*, credându-l că ar împiedica putrefacţia materiilor organice. Din causă că este fórte

iritant, și de o putere antiseptică slabă, nu se întrebuițeză mult în chirurgie.

Chlorurul de calciū. — Intrebuițat mai cu sémă pentru a desinfecta vasele de nópte și privatele. A fost mult recomandat altă dată amestecat cu acid sulfuric saū oțet.

Chlorurul de zinc. — Se întrebuițeză mai mult în soluții concentrate de 5%, în plăgile infectate, de altmintrelea, în spitale, în soluții de 1%, se întrebuițeză ca și chlorurul de calciū.

Lannelongue îl dă în injecții interstițiale în casurî de artrite tuberculose; formând *metóda Sclerogenă*.

Creolina. — Produsul păcurei, se întrebuițeză mult în chirurgie, dară din cauza mirosului neplăcut și a dificultăței de a o mania, întrebuițarea ei se limitéză la câte-va casurî mai infecte unde, pe lângă acțiunea sa antiseptică, maschéză și odórea neplăcută a gangrenei, a urinei și a materiilor fecale. S'a recomandat mult și intern, mai cu sémă contra cholerei.

Cresilolul saū acidul cresylic, licuid incolor, cu miros de creosot, solubil în glicerină și alcool. De două orî mai slab ca phenolul. Nu se întrebuițeză în chirurgie.

Creosotul. — Odóre pėtrunđetőre, caustic iritant cu acțiune puternică. Se întrebuițeză mai cu sémă în cavitatea uterină, pentru a modifica mucósa saū după ređuirea ei, pentru a distruge microbii. El se póte da în natură saū în soluție forte de $\frac{1}{3}$, amestecat cu alcool. Se recomandă fórte mult intern, în injecții sub-cutanate saū în clisme, contra tuberculosei.

Iodoformul. — De culóre galbină-aurie și cu un miros puternic caracteristic. — Se întrebuițeză sub formă solidă, licuidă și în praf.

În forma solidă se dă în supositorii, saū se îmbibéză cu el pieșele de pansament: organtin, vată; sub formă licuidă se dă amestecat cu glicerină saū ether; sub formă de praf se pune pe plăgi direct saū se pulveriséză cu un aparat făcut într'adins.

Intrebuițarea lui este fórte răspândită, însă, din cauza mirosului neplăcut, sunt mulți care nu-l daū de cât, în casurî mai rarî. Pentru a face să dispară mirosul, se vor spėla mâinile cu benzină.

În dosă mare e toxic. El produce uscăciune în git, gust caracteristic de iodoform și coloréză urina în negru.

În casurî de intoxicație, se recomandă a înceta întrebuițarea și de a da diuretice și sadorifice.

Noi am remarcat că, mai cu seamă în cazuri de operațiunii asupra ôselor, ne-a dat rezultatele cele mai bune.

Iodoformul se recomandă în cazuri de tuberculosă.

Numerose sunt succedaneele Iodoformului, pe cari le datorim ma tôte investigațiunei școlei germane și pe cari îiu să le amintesc măcar în trecăt: *Tricylorphenol*; *Tribromphenol*; *Tribromphenol-bismut*; *preparațiunile de Sozodol* (sarea sodică, potasică, hydrarrygică, de zinc); *Sulfophenat de zinc*; *Sulfaminol*; *Aristol*; *Euphorin*; *Pioktanin*; *Dermatol*; *Compușit de bismut* (bismut phenicat, pyrogalalat, resorcinat și benzoic); *Chlorhydrat de phenocol*; *Salol*; *Europhen*; *Cinamat de gaiacol*; *Thioform*; *Lorentin*; *Airol*; *Iodoformina*; *Nosophen*, etc. ¹.

Iodolul. — Și acesta are aceiași întrebunțare ca și Iodoformul, mai puțin căci nu are odóre neplăcută și nu produce intoxicație în întrebunțarea externă. *Mi se pare că efectele sale sunt cu mult mai slabe ca ale iodoformului.* Nu l-am întrebunțat nici-o-dată.

Mercurul. — Mercurul se întrebunțeză sub forma de *Cyanur*, *biiodur* și *bichlorur*.

Sublimatul corosiv. Se întrebunțeză în soluții de la $\frac{1}{100}$ pînă la $\frac{1}{10000}$. Și, pentru că soluțiile sunt limpești, se coloréză pentru a nu se face confusiune.

Acéstă colorație se face cu carmin, cu indigo sau cu orî-ce altă culóre și chiar să se adauge și o altă substanță mirositoare ca tymol, acid phenic, etc. Alcoolul intră tot-d'a-una în acéstă soluție, pentru a inlesni solvarea.

Pentru ca soluțiunile să fie mai stabile, se recomandă a se pune acid tartric, sau sare de bucate.

Întrebunțarea pastilelor, de și comodă și economică, pôte fi periculósă, dacă din întemplantare ar intra în mâna copiilor, cari le-ar putea lua drept bombóne.

Pentru a evita acéstă, să se introducă în compoziția pastilelor substanțe cari mirósă, cum este phenolul, thymolul, etc.

Bichlorurul de mercur în dosă mare, luat o dată sau prelungit în dosă mică, produce otrăvire; pentru aceia, trebuie dat cu băgare de seamă și mai cu seamă când este vorba de suprafețe întinse denu-

1. Cel mai recent preparat designat de a avea preferința pentru a înlocui Iodoformul, e: **Sanoformul**, un ether methylic al acidului iodo-salicylic, care posedă, după *Arnheim*, proprietăți dessicante eminente.

date: în laparotomii, în spălături vesicale sau uterine, în rect, unde poate fi și iritant și absorbit, devine toxic.

Nici-o-dată spălăturile să nu se facă cu sublimat și săpun, căci săpunul împiedică acțiunea sublimatului, prin urmare, să se facă mai întâiu spălături cu săpun și apă și să se termine prin spălături cu soluții de bichlorur. Otrăvirea se combate ca în toate cazurile de otrăviri cu preparate mercuriale.

Naphtol. — Are o mare putere antiseptică, după cum a constatat *Bouchard*. Se dă intern și extern. Intern se dă în dosă de una la mie, pentru a desinfecța tubul digestiv.

Oxygenul. — Se întrebuițeză sub formă de apă oxigenată sau sub cea de Protoxyd de azot. Ar fi un bun antiseptic, dacă ar avea o durată lungă. Afară de acesta este și foarte costisitor și anevoe de întrebuițat.

Permanganatul de potasă. — În soluție este de o coloră roșie închisă. Se întrebuițeză extern în soluții de la 1500—11000. Este un antiseptic foarte bun, dar care se întrebuițeză foarte puțin, mai cu seamă din cauză că colorăză cărnurile și obiectele de pansament; petele nu se pot scote de cât cu acidul chlorhydric de 1/100 sau acidul oxalic.

Resorcina. — S'a întrebuițat foarte puțin ca antiseptic genital în soluție de 2—5/100.

Salolul sau salicylatul de phenyl, se dă mai cu seamă în praf asupra plăgilor sau în creioane în edometrite. Se dă intern de 1—3 grame, pentru desinfecțarea organelor uropœtice, în pielonephrite și cistite ca și în blenorhagii. Produce intoxicații ușore, care se anunță prin colorarea urinei în negru. El este însă foarte scump.

Sulfatul de cupru (piatră vânătă). — Se întrebuițeză ca antiseptic în soluții de 10/1000. Este toxic în dosă prelungită. În igienă se dă ca desinfecțant pentru strade și latrine.

Thymolul. — Este un antiseptic cu mult mai slab de cât phenolul. Se dă în soluții de 2—5 1000. Alcoolul intră în compoziție, pentru a înlesni solvarea.

Se întrebuițeză foarte puțin ca antiseptic; mai mult se adaogă în soluții spre a masca odorea iodoformului și pentru a atrage băgarea de seamă la soluțiile de sublimat, spre a evita greșeli.

Cu toate că fie-care din substanțele arătate mai sus, au o putere antiseptică, totuși *Bouchard* și *Lepine*, au găsit că mai bine este de a se smesteca mai multe la un loc, pentru ca antisepsia să fie și mai

sigură. Unele din aceste amestecături fiind însă foarte complicate, sunt cam neglijate de către chirurgi.

Iată amestecătura preconisată de *Lepine*:

Sublimat	0 gr. 001
Acid phenic	0 „ 010
Acid salicylic	0 „ 10
Acid benzoic	0 „ 05
Chlorur de calce	0 „ 05
Brom	0 „ 01
Chloroform	0 „ 20
Bromhydrat acid de chinină	0 „ 20
Apă	100

Naturaliștii Germani, întruniți la 1888, pentru același scop, au dat formula următoare:

Sublimat	0 gr. 05
Chlorur de sodiu	0 „ 25
Acid phenic	2 „
Chlorur de zinc	5 „
Sulfo-phenol de zinc	5 „
Acid basic	3 „
Acid salicylic	0 „ 60
Thymol	0 „ 10
Acid citric	0 „ 10
Apă	1000 „

Leon David, în theza de doctorat, arată avantajele ce dă *Microcidina* preparată de *Berlioz*; compusă din Naphtolat de sodiu și din mai mulți diferiți compuși phenolitici.

Experiențele cu această substanță au fost făcute în serviciul *profesorului Tarnier*.

Această substanță, nefiind toxică, se poate întrebuința cu bun succes în injecțiile uterine. Nu este nici caustică și femeile nu încercă nici o supărare.

Iată ce găsim în „*Le Progrès médical*“ din 31 Decembre 1892:

Se știe că asociația mai multor antiseptice în soluțiunii, produc un licuid care omoră microbii cu mai mare putere, de cât fie-care din ele, luate în parte.

Unii autori întrebunțază amestecăturile următoare :

- | | |
|----------------------------|-------|
| 1) Acid benzoic | 1 gr. |
| — Phenic | . 8 " |
| Chlorură de zinc | . 1 " |

Acestia topiți în apă, în proporție de 1^o/_o, omără staphilococi în 30 secunde; iar bacilul pyocianic; bacilul Dyphtheriei și al febrei thypoide, într'un minut.

- | | |
|--------------------------|---------|
| 2) Acid phenic | . 8 gr. |
| — benzoic | . 1 " |
| — oxalic | . 1 " |

In soluție de 1^o/_o.

- | | |
|--------------------------|---------|
| 3) Acid phenic | . 9 gr. |
| — salicylic | . 1 " |

In soluție de 1^o/_o produce același efect.

- | | |
|--------------------------|---------|
| 4) Acid phenic | . 8 gr. |
| — salicylic | . 1 " |
| Ol. de menth. | . 0 " |

Soluție în apă de 1—5^o/_o, omără microbii în 30 secunde; omără bacilul Carbonului în soluție de 2^o/_o; aseptisază expectorația tuberculoșilor în 5—10 minute în soluție de 1^o/_o; Gura și scuipatul se sterilisază cu aceeași soluție.

A XII-a LECTIUNE

ANTISEPSIA PERSONALULUI MEDICAL

Domnilor,

Imbrăcămintea medicului jăcă un mare rol în transmiterea microbilor, prin urmare, ori de câte ori medicul și-a umplut haina de o materie care intră în putrefacție; cum este sângele, serul, puroiul, lichidele organice, etc.; trebuie să desbrace acea haină, și, de se poate, să o sterilizeze în un cuptor anume construit.

În ori-ce cas, pe lângă aceia că medicul trebuie să caute a nu-și murdări hainele, ridicând mânecile, sau desbrăcând haina, trebuie să aibă haine într'adins; și de se va putea, acele haine: (bluse, șorturi) să nu fie de lână, ci de pânză de in, pentru a se putea desinfecța și sterilisa mai cu înlesnire. Este bine ca chirurgul sau mamograful, în fața bolnavului să nu ia haine de ale familiei, ca să asiste bolnavii săi să opereze.

Acesta poate fi vătămător pentru bolnavi și pentru prestigiul medicului.

În spital medicul trebuie să aibă un costum anumit, și când face pansamente sau operează, mânecile bluzelor să fie nu numai răsfărânte, dar chiar să fie scurte, până d'asupra cotului.

Nu numai medicii, dară ajutătoarele și infirmierii, trebuie să aibă

mânile góle până d'asupra cotului, pentru a nu-și murdări mânecele și cu chipul acesta a nu transmite infecțiunea la bolnavi.

Ceea ce se face astă-đi la noi este departe de a fi o adevărată antisepsie; căci, cu tótd dorința de a fi scrupuloși, ne lipsesc încă multe lucruri neapărat indispensabile. Personalul inferior e încă în mare parte incult și îndărătnic, organizația e defectuósă și obiectele cele mai indispensabile unei antisepsii, nu numai absolută, dară chiar relativă lipsesc. Cu tóte acestea, e o mare deosebire astă-đi de cea ce era altă dată.

Hainele necesare la operații și pansamente trebuie să fie cât se póte de simple și eftine, ca să se póta schimba des și spěla cu înlesnire. In casurî de examinare și spělare a organelor genitale la femeî, este bine a avea un șorț de pânză impermeabilă, spre a nu se umple de licuidele murdare ce se scurg.

Indată ce hainele se umplu de vre-o murdărie septică, să fie desinfectate la etuvă (cuptor) și dacă acesta lipsesc, și unele din ele nu se pot ferbe fără a se strica, să fie expuse la aer timp de 24 ore și călcate bine cu fier *cald*; in chipul acesta microbii se distrug. Acelea carî se pot spěla, se vor spěla după obiceiul locului și se vor călca cu ferul *cald*.

In spital e lesne de îndeplinit acéstă cerință a antisepsiei, însă in clientela privată, este cu mult mai greú; pentru acésta ar fi mult mai bine ca medicul său mamóșul, să aibă hainele sale speciale, duse cu densus, sau lăsate la familie, pentru a le desinfecta prin spělare, așa încât in fie-care dată, să aibă haine *curate*.

Nu este destul însă ca cine-va să îngrijescă ca numai hainele să-î fie curate, trebuie ca și tot corpul să fie curat; și pentru acésta se recomandă mai cu sémă ca regiunile genito-anale, atât bărbații cât și femeile, să le spele pe fie-care đi, cu apă și săpun. Părul să fie tăiat scurt și ținut curat, pomadele nu sunt tocmăi recomandabile, barba să fie mică, mai cu sémă mamóșilor le este interđis a purta barba și părul lung. Ar trebui să nu đicem nimic despre spělatul gurei și dinđilor, daca nu am fi avut ocazie a vedea adesea-orî, medici operatori, exalând din gură o odóre fórte infectă, prin urmare, este de recomandat ca și acéstă parte a corpului să se țină cât mai curat posibil.

Femeile, mai cu sémă in timpul menstruelor, trebuie să se spele in tóte đilele și să nu se îngrijescă de prejudițiul ce există, cum că acésta póte să le cauzeze vre-o bólă, sau că spělătura in timpul periodului este un atribut numai al femeilor prostituate.

Precauțiunile igienice ce am arătat mai sus, privesc pe toate persoanele ce îngrijesc pe bolnavi, de la medic până la infirmieri.

Bolnavele din același salon, ar trebui să urmeze aceleași reguli, când sunt murdare sau în timpul menstruelor. Mai toate să ia cel puțin o baie pe săptămână.

Când o persoană suferă de o supurațiune, precum otită, conjunctivită, coriza, sau abcese, nu trebuie să se pună în contact cu bolnavii afectați de boale chirurgicale, căci pot transmite acestora afecțiunea de care suferă acea persoană: sau, dacă este nevoită a da îngrijire unui bolnav de chirurgie, atunci să se pună în stare de asepsie și să se ferescă cu totul de a transmite boala sa la alții.

Părțile corpului, cari trebuie să se pună în stare de asepsie sunt mâinile. Mâinile sunt și cele mai importante, căci ele sunt destinate a veni mai des în contact cu plăgile; de aceea se și cere ca pentru aducerea mâinilor în stare de asepsie, să se ia măsurile cele mai riguroase, spre a nu fi un agent puternic în propagarea microbilor. Suprafața cutanată a mâinilor prezintă o mulțime de îndoituri în cari microbii se pot ascunde și prin urmare a'i transmite de la un bolnav la altul. Unghiile, prin murdăria ce se pune, atât pe ele cât și sub ele, înlesnesc foarte mult migrarea microbilor. De aceea se și recomandă ca să fie tăiate alături cu carnea, iar pe suprafața lor să se radă cu cuțitul. Toți autorii s'aun preocupat cu multă stăruință de curățirea mâinilor, căci *mâinile absolut curate, sunt baza unei bune antiseptii.*

Fürbringer s'a ocupat foarte mult cu antiseptia mâinilor și a făcut mai multe experimente, din care reiese că, pentru a avea mâinile curate, nu este suficient a le spăla numai cu apă și săpun, sau a le trece numai prin o soluție de sublimat, fie chiar una la mie. Fürbringer, a făcut experiență asupra mâinilor sale, ale amicilor și ajutoarelor, ținând seamă de întrebuintarea lor anterioară.

Iată în mod sumar experiențele lui Fürbringer:

1. Dr. A. cu unghiile mijlocii le curăță cu chibritul; și spală mâinile în apă phenicată de 3% pe urmă le șterge ușure. Totă operația ține cinci minute. Înainte de a se spăla, examinase bolnavii.

Dacă răzuitura după unghiile lui se aruncă într'un bulion, se găsește în cultură 3000 colonii.

2. Dr. B. Unghiile mai lungi, le curăță cu un cuțit, spală mâinile cu săpun, le frică cu o perie în soluție de sublimat de 10‰, le șterge.

Operația ține patru minute. Ocupațiune anterioară: în laboratorul de chimie. Resultat microscopic: 2000 colonii.

3. Dr. C. *Unghii scurte*, curățite după procedeul de mai sus. Resultat 2 colonii.

4. Dr. D. *Unghii lungi*, curățite cu cuțitul și spălate cu săpun în timp de două minute, puse într-o soluție de sublimat de 2⁰/₁₀₀ și nu le șterge. 'Nainte făcuse examenul urinei. Resultatul culturai: 23 colonii; mai toți germenii ținău de speța care rezultă din putrefacția urinei.

Fürbringer, a făcut asupra lui experiențe și a constatat: Având unghiile puțin lungi, le curăță cu unghia de la cea-l'altă mână, pe când le spală cu săpun; spălate în urmă cu apă phenicată de 3⁰/₁₀₀ și șterse ușure. Mai 'nainte se ocupase cu examinarea bolnavilor. Resultatul culturai: 500 colonii, dintre cari unii microbi *staphilococcus pyogenus aureus*.

Aceleași unghii, același procedeu, însă frecând unghiile cu peria în loc de a le curăți cu unghiile de la cea-l'altă mână, ia apa phenicată de 2¹/₁₀₀. Resultatul culturai: 30 colonii. Aceeași stare a mânilor însă, în loc de apă phenicată, spălătura s'a făcut cu apă cu sublimat de 1⁰/₁₀₀. Resultatul a fost: 9 germenii.

5. Dr. D. *Unghii mijlocii*, curățite cu cuțitul, spălate cu săpun și apă caldă în timp de cinci minute, din nou spălate cu sublimat (2⁰/₁₀₀) tot cinci minute; după acesta le trece din nou prin o soluție de sublimat de 1⁰/₁₀₀. Mai 'nainte asistase femeii la facere. Resultatul culturai: bulionul a rămas steril.

Se mai vorbește de unele experiențe, în care s'a vădit că, cu o soluție de 2¹/₂⁰/₁₀₀ de acid phenic, se distrugeau microbii, pe când cu o soluție de 5—10⁰/₁₀₀ nu s'au distrus microbii, în cas când spălătura nu a fost bine făcută după regulile stabilite.

Din experiențele lui *Fürbringer* se vede că numărul microbilor este cu atât mai mare, cu cât unghiile sunt mai lungi și că sublimatul este un microbicid mai sigur de cât soluțiile phenicate, cu condiție ca spălătura să se facă cu săpun și apă caldă și frecat cu o perie tare.

S'a mai făcut încă o experiență între o mână și alta; ast-fel, mâna *stângă* a experimentatorului, a fost spălată numai cu apă caldă; după acesta, două degete au fost spălate cu apă phenicată de 3⁰/₁₀₀ și cele trei altele cu o soluție de sublimat de 2¹/₁₀₀. Resultatul a fost că prin cultură au produs sute de colonii.

Mâna *dréptă*, stă un sfert de oră în apă caldă, două degete spă-

late cu apă phenicată de 2% iar cele-lalte trei cu soluție de sublimat 1‰. Resultatul a fost că bulionul a rămas steril.

Din toate acestea rezultă că trebuie ca apa de spălat să fie bine caldă și medicamentele antiseptice să fie puse în contact cu pielea și cu germenii.

Microbii nu sunt nici-o dată liberi așezați în indoiturile pielii sau sub unghii. Ei sunt amestecați cu praful și cu puțină grăsime, care formeză colorația neagră de sub unghii și care nu se poate curăți prin simple spălături, fiind-că grăsimea nu se disolvă așa de lesne, prin urmare; dacă un operator s'ar mulțumi prin simple spălături, introducând mâinile într'o lapaatomie, sângele și ale licuide, ar putea disolva grăsimea și pune ast-fel microbii în libertate, din care cauză ar resulta infecțiunea. Soluțiile de sublimat și phenicate, nu pot topi grăsimea, pe când etherul, chloroformul și alcoolul o topesc; și numai ast-fel microbii se pot curăți prin spălare.

Pentru aceea, *Fürbringer* a recomandat, ca între spălătura cu apă și săpun și soluțiile phenicate ori sublimat, să se spele cu ether sau chloroform, însă, vedând că acești două corpuri se volatilizează foarte repede așa în cât spălătura nu are timp să ia totă murdăria, acesta rămânând din nou uscată pe mâni și sub unghii și, fiind-că alcoolul este mai puțin volatil, s'a recomandat a se face spălătura cu acest corp în locul etherului și al chloroformului, recomandate de *Fürbringer*. Pe lângă acestea etherul și chloroformul sunt și mai scumpe.

Iată procedeul dat de *Fürbringer* pentru spălarea mânilor: Mai întâiu unghiile se vor rade cu cuțitul sau altă rezușă. Mânile trebuie frecate cu o perie tare și cu apă caldă și săpun în timp de un minut. Un minut spălate în alcool la 80°. După acesta frecate din nou cu peria într'o soluție phenicată de 3% sau de 2‰ sublimat, tot în timp de un minut. În totul spălătura să țină patru minute.

Alcoolul, pe lângă aceea că este un bun desinfectant, disolvă și acidul phenic și inlesnesce spălarea lui după mâni, al căruia miros este neplăcut pentru unii operatori.

De și sublimatul este superior acidului phenic, însă, pe când cel d'întâiu este volatil și expus a se descompune după un timp foarte scurt, cel din urmă rămâne stabil.

Din cercetările chimice s'a constatat că o soluție de bichlorur de mercur, după șese sau opt ore, pierde din valoarea ei prin descompoziția sublimatului în *trioxichlorur* de mercur, în proporție de 80%,

de unde se vede, că nu rămâne de cât 0,20 ‰ dintr'o soluție de 2 ‰, ceea ce este de-o potrivă cu aproape nimic.

Pentru a evita această alterație a bichlorurului, s'a recomandat ca solvarea să se facă extemporaneu, sau să se încorporeze în soluție alți corpi, săruri sau acizi, cari să impiedice descompunerea. Ast-fel, cu toate că apa trebuie să fie destilată, se mai adaugă și acidul tartric sau sare de bucate.

Pe lângă toate acestea, sublimatul este și toxic și prin urmare autorii cred că ar fi mai preferat a se întrebuinta o soluție de acid phenic, ca mai stabil și fără pericol, de cât soluții de sublimat.

Iată și procedeuul lui *Körte* (Berlin):

În sala de operație sunt așezate mai multe spălătoare. Fie-care conține: 1) Un lighean în care curge apă caldă sau apă rece; 2) Un lighean plin cu spirt; 3) Un lighean su soluție de sublimat. De asupra lighenelor se află așezat un vas de marmoră, în care se pune un flacon cu soluție de sublimat, alături este un nisipar care arată timpul cât ține operația de desinfecția mânilor; o pereche de forfecii curbe și cu virf, un instrument special, pentru curățitul unghiilor și o sticlă cu săpun negru licuid.

Aflându-ne în aceste condiții, iată cum trebuie să procedăm la desinfecția mânilor: 1) Curățirea unghiilor cu instrumentul lui *Körte*.

Acest instrument se poate cu înlesnire steriliza prin căldură; 2) Spălatul mânilor în timp de un minut cu apă filtrată rece sau caldă, dar fiartă odată; 3) Spălatul în alcool la 80°; 4) Frecarea cu peria a mânilor și a unghiilor într'o soluție de sublimat de 1—2/1000 sau în soluție phenicată de 3—5 ‰ în timp de un minut. Cu chipul acesta se poate obține starea cea mai aseptică a mânilor, mai cu seamă dacă ele nu au fost mănjite de puroi. Odată această operație terminată, nu trebuie să se mai atingă cu mâna nici părul, nici barba, nici nasul, nici dinții și nici hainele.

Un alt procedeu de desinfecția mânilor:

Pe spălător să fie 6 ligheane. 1) Un lighean cu apă filtrată și caldă, pentru a spăla mâinile cu săpun și a le freca cu peria. 2) Un lighean cu alcool. 3) Un lighean cu permanganat de potasă de 100 gr. la 2000 gr. 4) Un lighean cu acid oxalic în soluție de 50 gr. la 1500 grame. 5) Un lighean cu hypophosphit sau hyposulfit de sodă de 100 gr. la 1500 gr. 6) Un lighean cu apă caldă destilată sau filtrată. Acesta e procedeuul adoptat în serviciul nostru.

Spălătura începe cu ligheanul No. 1 și se termină cu ligheanul No. 6.

Alt procedeu :

Se spală mâinile și mai cu sémă unghiile, în apă și săpun, se frecă cu perie tare în timp de 5 minute. Se móie mâinile până la cote în tinctură de iod, dublu alcoolisată, și se frecă cu peria până ce se curăță complect colórea iodului din tóte încreșiturile mânilor; se spală din nou în timp de cinci minute într'o soluție phenicată de 2—3%. Cu chipul acesta mâinile se pot considera curate.

Procedeu lui Auvar: (Modificația procedeuului *Fürbringer*).

Unghiile vor fi tăiate scurte și pilite; marginile vor fi curățite cu vârful bont al unui instrument.

1. Introducerea mânei și a antebrațelor până la cot, într'un lighean plin cu o soluție alcoolică de tinctură de iod, în părți egale: mâinile și antebrațele se coloréză în galben închis. Acéstă baie are un scop indoit :

a) Arde stratul superficial al epidermului, așa în cât se pot ridica cu înlesnire cu el și microbii, cari se află lipiți de el.

b) Va servi de punct de siguranță că spălătura cu săpun care urmăzează a se face, este complectă, căci trebuie făcută până atunci, până ce dispăre ori ce urmă de culóre și prin urmare cu acéstă se ridică și tóte murdăriile după pielea mânilor și a antebrațelor. Fără acéstă precauțiune s'ar putea neglijea frecătura cu peria, lăsând unele părți neatinse, pe când colorația ne forțéză a urmări cu peria și pe cele mai mici sbârcituri, în care s'ar ascunde microbii sau germenii lor.

2. Spēlatul mânilor și al antebrațelor cu săpun ordinar și cu peria, până ce tótă colorația roșie dispăre de tot sau lasă numai umbre. Tóte părțile colorate, trebuiesc frecate până ce revin la colórea părților vecine. Acéstă spēlătură ține douē până la patru minute. Peria trebuie să fie îndestul de tare și după fie-care spēlătură să o spele și pe ea cu multă apă și pe urmă să o țină în apă phenicată de 5%.

3. Introducerea mânilor și ale antebrațelor în alcool la 80°, pentru a curăți ori-ce grăsime ar fi mai rămas prin încreșituri.

4. Din nou se vor spēla mânele și antebrațele cu apă cu săpun în timp de un minut.

5. Introducerea mânilor și ale antebrațelor într'o soluțiune de sublimat de 1—2000 în timp de un alt minut. Soluția să fie preparată prospētă.

După acest procedeu, dize *Auvard*, se curăță mâinile de orice microbi, afară de foarte rari excepțiuni, și avem cea mai mare siguranță de antisepsie.

Ast-fel, un operator sau un mamos, poate face în cea mai mare liniște operațiile cele mai mari, sau a asista pe femeile cari nasc, fără nici o frică că are să le infecteze.

Am dîs că aceste precauțiuni, trebuiesc luate atît de operator cît și de ajutóarele sale și de toți aceia cari, direct sau indirect, aũ să se atingă de o femeie care nasce sau de un bolnav operat.

Tóte aceste îngrijiri, sũnt indispensabile pentru noi, însă ele sũnt încă departe, foarte departe, de a fi aplicate întocmai și cu rigurositatea necesară. Dacă nouă aceste măsuri ni se par prea complicate — ce trebuie să fie ale Germanilor, pe cari autorii francezi le taxeză de *pedantism*.

A XIII-a LECȚIUNE

ANTISEPSIA BOLNAVILOR

Domnilor,

Se recomandă ca la fie-care bolnavă să fie un borcan cu vasilină, cu sublimat sau cu acid boric, și dacă este necesitate, a i se face și spălături, și să fie special pentru fie-care, un tub de cauciuc, un *compt-gutte*; iar în salele de femei să se afle un flacon cu soluție de sublimat, în care să fie vârful irigatorului, pentru injecțiile vaginale. Se recomandă ca toate femeile aflate în saloane, fără distincție de boală, să facă pe fie-care și asemenea spălături. Toate să aibă în permanență la intrarea vaginului, un tampon de tifon iodoformat, pe cât timp stau în pat.

Visitarea bolnavilor. — Visita bolnavilor de chirurgie trebuie făcută cel mai puțin de două ori pe zi, iar între visite, personalul inferior: interni, externi, supraveghetóre, infirmiere, trebuie să ia cunoștință continuă de toate schimbările produse și înic în starea bolnavilor, pe cari să le noteze în foile de observații, spre a se avea în vedere la visita medicului, pentru ca să știe ast-fel ce dispozițiuni să ia.

Despre pansamente. — Acest capitol este unul dintre cele mai importante, și, pentru-că împrejurările fac a nu dispune și noi de toate

elementele, spre a avea pansamentele în condițiunile cerute de regulile antiseptice, ne vom mulțumi a reproduce aci părerea lui *Terrier*.

Tóte exigențele cerute, ar părea copilării, ȕice *Terrier*, însă ele aũ o importanță capitală.

Totți bolnavii cu supurații întinse și cu infecții, trebuie examinați cei din urmă și, îndată ce mâinile aũ atins un asemenea bolnav, în aceeași ȕi nu trebuie *sub nici un cuvânt* să pună mâna pe nici un obiect care se pune pe o rană; ca instrumentele, obiectele de pansament, etc. *Nici-o-dată, dar absolut nici o dată*, ei să nu facă cel mai mic pansament. Câte o-dată s'ar putea permite supraveghetórelor a face unele pansamente, când ele sunt instruite și devotate serviciului. Aceia cari voesc a asista la vizită, trebuie să și lase hainele în o cameră separată; să se îmbrace în bluze de spital. Ei trebuie să se mulțumescă a se uita și nici o dată a atinge un obiect de ale bolnavilor. Tot ast-fel să se petrecă lucrurile pentru ori-ce operație și mai cu semă pentru laparatomii. În tóte spitalele din străinătate nu se permite niměnuí, afară de personalul serviciului, a se atinge de nici un obiect aparținěnd bolnavilor sau operațiilor.

Internii și externii pot în casuri excepționale a pansa numai rănilor absolut aseptice, înainte de ori-ce operație. Examenul vaginal și rectal nu trebuie să se exercite până ce nu se va face o spělătură antiseptică. Ori-cine a făcut un pansament, nu trebuie să mai pună mâna pe nimic alt. În serviciul profesorului *Terrier*, fie-care bolnav supurat este însemnat, spre a se pansa la finitul visitei.

Tot personalul unui serviciu chirurgical trebuie să pórte bluze de pânză cu mânecile scurte, spre a nu infecta pe bolnabí prin murdăria ce s'ar lua pe mâneci, dacă ar fi prea lungi.

Nu am îndestule cuvinte a'mí arěta nemulțumirea mea că nu s'a introdus încă în spitalele nóstre acéstă îmbunătățire, cu tóte că eu le am adus de la expoziția de Hygienă din Berlin, modele adoptate în tóte spitalele, și pe cari am cerut în mai multe rěnduri a fi introduse și în spitalele nóstre, fără a putea obține introducerea unei inovațiuni atât de folositoare unui serviciu de chirurgie.

Antisepsia înainte de operație. — Tóte operațiile ar trebui să se facă înainte de visita bolnavilor. Când sunt a se face mai multe operații în aceeași ȕi, să se înceapă prin cele mai antiseptice și să se termine cu cele mai septice.

Aseptizarea mânilor operatorului și a tot personalul, a fost arě-

tată mai sus, în tot cazul, este bine a se sci că, odată mâinile spălate, e'le nu trebuie să mai atingă alt-ceva de cât partea de operat, instrumentele și obiectele de pansament.

Asepsia în timpul operației. — Să presupunem că avem a face cu o laparatomie și bolnavul este neinfectat sau desinfectat. Bolnavul (bărbat sau femeie), să fie adormit într'o cameră specială pentru acésta. Se dă de obicei chloroformul curat chimicesce, și sub forma fracționată, care pare a fi cea mai resonabilă; cu chipul acesta să dă și chloroform puțin și să evită pericolele. Bolnavul ast-fel adormit se transportă pe patul de laparatomie în sala de operație, unde totul trebuie să fie gata (se presupune ca în acésta sală totul să fie tot-d'una gata, pentru orî-ce cas urgent).

Supraveghetórea, în dimineața operațiunei, trebuie să arangeze totul înainte de sosirea chirurgului. Ea are un rol foarte important și de aceea ar trebui ca să aibă calitățî speciale, căci fără acésta, tóte instrumentele și pansamentele vor fi infectate. Dacă supraveghetórea va face numai pe *cucóna*, infecțiunea nu va dispărea dintr'un serviciu de chirurgie. Ea trebuie să prepare din nainte tóte necesariile unei operații. Instrumentele și piesele de pansament sterilizate de cu séra și lăsate închise în cutiile lor. Tóte instrumentele, după sterilizare, trebuiesc scóse de un ajutor cu mânele *absolut curate*, și le va așeđa în cuvete, spălate mai din nainte cu apă destilată și sterilizată prin fierbere și cu soluție de sublimat. Peste ele se tórnă apă sterilizată sau soluție phenicată antiseptică. Toți bureții și compresele de izolare, trebuiesc sterilizate de către internul farmacist, după prescripțiile antisepsiei. Infirmierele și servitorii asepsitați, vor da numai ligheanele de spălat sau în care se pun piesele scóse de la operație, iar supraveghetórea este care trebuie să dea operatorului tóte obiectele necesare operației. Instrumentele nu se vor scóte din cuvetele cu soluții, de cât atunci când vor fi date în mâna chirurgului și foarte rar să se așeđe și pe comprese sterilizate, și acésta numai pe timp scurt.

Atât pentru laparatomie cât și pentru orî-care operație, regiunea de operat trebuie să fie înconjurată de comprese de pânză de in, *bine desinfectate* mai din nainte.

În sala de operație nu trebuie să intre cine-va de cât în haine curate (fără palton și pălărie) sau mai bine în bluzele spitalului, bine spălate și desinfectate. Toți câți intră nu trebuie să se atingă de nici unul din obiectele inerente operațiunei; *toți trebuie să tacă* în tot

timpul operațiunii. Numai ast-fel chloroformisația se face cu înlesnire, cu chipul acesta, operatorul și toate ajutoarele nu sunt distrase, căci trebuie fie-care să nu fie preocupat de cât de misiunea ce-i este încredințată, spre a fi gata de a preveni ori-ce accident s'ar putea ivi în cursul operației.

Nu trebuie să se uite că un ajutor *special* să scotă udul pacientului și altul să spele, pentru a doua oră pielea peretelui abdominal sau a regiunii de operat. Nimeni, *absolut nimeni*, nu trebuie să se ducă la autopsie, înainte de operațiune.

Toate aceste amănunte sunt indispensabile, căci numai împlinindu-le, poate cine-va să aibă operații asigurate de succes și fără suferință: căci, după cum dice *Terrier*, nu sunt antisepticele cari nu dau siguranța în chirurgie, ci *maniera de a le întrebuința*.

Să presupunem un bolnav infectat. — După ce se spală bolnavul într'o baie, cu mult săpun și frecat cu peria, pe urmă cu o soluție phenicată de 3 % sau cu Creolină, de 5 %, se pun pe partea de operat comprese aseptice precum și pe regiunile vecine se deosibese cu aceleași comprese aseptisate, pentru a feri plaga operatoare, să se infecteze.

Când este a se face ischemia, se va întrebuința o bandă elastică care va fi ținută în permanență într'o soluție boricată și trecută înainte de a fi aplicată, printr'o soluție de sublimat de 2 ‰. O dată aplicată, banda trebuie acoperită cu o compresă sterilizată. Partea infectată, peste care trebuie să treacă banda *Esmarch*, trebuie să se acopere bine cu o compresă sterilizată, pentru ca banda să nu se mănjęască de murdăriile din rană.

Antisepsia după operație. — a) Dacă rana nu este infectată, o dată operația terminată se va face pansamentul cu obiectele obișnuite și toate aseptisate. Numai plăgile aseptice se recomandă a se acoperi cu colodiū iodoformat sau salolat¹.

b) Dacă rana este infectată, se va spăla cu soluții antiseptice, se va atinge cu soluții de 5—10% acid phenic, sau chlorur de zinc și se vor acoperi cu tifon iodoformat, sololat, boricat, etc., peste ele va să și toate menținute prin bande, fie de flanelă, fie de tarlatan.

Precauțiuni generale. — S'a recomandat mult de către *Lister* și urmașii lui, pulverisațiile cu acidul phenic. Această precauțiune nu

1. După observațiile noastre colodiul are marele inconvenient că irităză tegumentele. N. A.

pare a fi absolut necesară, pentru că aerul, fiind foarte subțire, nici nu poate să înlesnescă prăsierea microbilor, nici nu poate să îi țină în suspensie. Cel mult, se poate face o pulverisație în sală, înainte de fiecare operație, pentru a face să cadă prin umezélă praful ce s'ar afla în suspensie și împreună cu el și microbii.

Corpii liquizi și solizi, fiind aceia cari înlesnesc mai mult și prăsierea și propagarea microbilor, contra lor antisepsia trebuie să ia cele mai rigurose măsuri. Pentru acesta se recomandă ca toate obiectele solide și soluțiile, să fie aduse în starea cea mai aseptică. Să se fêrbă, să se trecă prin vapori de 120 grade, sau în etuve până la 140 grade. Să nu se uite că, după cum dicea *Velpeau*, ori-ce plagă, este o ușă pe unde mórtea poate să între, și chirurgul, care nu ia toate măsurile dictate de sciință, spre a nu lăsa intrare liberă microbilor în plăgile neinfectate, și asumă o mare responsabilitate.

Aceea ce am ȃis până aci, în mare parte, este numai o dorință, cu speranța că va veni un timp, când să le vedem și noi introduse; căci ceea ce există astă-ȃi, *este departe de a îndeplini aceea ce cere o antisepsie riguroasă.*

Prepararea obiectelor trebuincioase la operație. — Aceste materialuri, afară de piesele de pansament, sunt, acelea necesare *cusăturilor și legăturilor*. Aceste substanțe sunt astă-ȃi cam acelea pentru toți chirurgii din toate statele. Modul de a le prepara este diferit la unii din operatori.

1. *Córdele din mațele de piscă*, după cum le recomandă englezii, și preparate astă-ȃi din tot felul de mațe, se întrebunțeză mai puțin ca la început. Pentru a avea aceste córde bine preparate, s'a recomandat a se păstra într'o soluție oleiósă phenicată 10—15 ȃile înainte de a le întrebunța, să se țină în soluție de sublimat de 1⁰/₁₀₀. *Reverdin* recomandă a le steriliza la căldură uscată până la 150° și pe urmă a le păstra în soluție de sublimat de 1⁰/₁₀₀ sau în alcool absolut. *Kümmel*, din Hamburg, recomandă a le încălȃi de două ori; o-dată la 80° și a doua óră la 130° și pe urmă a le păstra în alcool iodoformat. Alȃii, recomandă a le păstra în soluție de acid Chromic.

Córdele sunt de diferite grosimi, de la 00, 0, 1, 2, 3, 4.

Firele de mătase.— Aceste fire sünd rotunde și împletite, având și diferite grosimi, după numere ca și córdele adică de la 0, 1, 2, 3, 4, 5. Ele se prepară ca și córdele ferbându-se în soluții antiseptice.

Setolina, numită și *pêrul* de Florenza, făcută din glanda vermilor

de mătase, se prepară ca și așa, ferbându-se în soluție antiseptică de sublimat de 1 ‰.

Sérma de argint și de fer. — Aceste fire, de diferite grosimi, trebuiesc a fi încălzite în etuve și păstrate în tuburi de sticlă în lungimile necesare și bine astupate la căpătie cu tamponi de vată sublimată sau phenicată. Tóte aceste materiale se păstrează în flacone separate, unele pentru operațiile mari și altele pentru operațiile curente. Aceste flacone trebuiesc a fi trecute prin flacăra de alcool înainte de a procedea la operație, sau a fi spălate în soluție de sublimat.

Tuburile de drenagiū. — Atribuite lui *Chassegnac*; despre a căror întrebuițare însă deja *Laurenz Heisters*, în cartea sa despre *chirurgie*, de la 1763, tipărită la *Nürnberg*, la pagina 23, vorbește cu multă insistență de utilitatea ce se poate trage din introducerea lor în plăgile fistuloase.

Aceste tuburi astă-đi se recomandă a fi de cauciuc, de diferite grosimi și păstrate în borcane aranjate după numărul de grosimi, în soluții de sublimat de 1 ‰. Ele trebuiesc fierse în această soluție sau încălzite la etuvă ca și sondele uretrale, înainte de a fi întrebuițate. S'a recomandat tuburi de sticlă, de fildeș și de oșe decalcificate.

Drenagiul se mai poate face și cu fire de ață, de córdă și de Setolină, sau tifon iodoformat (*Miculiczi*).

Tampónele de Vată și Bureții. — Acestea sunt singurele miđloce de cari ne servim pentru a șterge plaga în timpul operației. Vata poate fi singură sau înfășurată în torlatan. Bureții s'a cam părăsit, din cauză că nici-o-dată sterilizarea lor nu este sigură.

Atât tampónele, cât și bureții, trebuie desinfectați și sterilizați. Ei vor fi păstrați în flacone numerotate și cu numele ădilelor săptămânei pe ele, așa în cât să nu le vie rëndul de cât cel puțin la opt ădile. Înainte de a fi întrebuițate trebuiesc din nou fierse.

Bureții se prepară de o manieră particulară și despre care vom avea ocazie a vorbi în altă parte.

Iată și substanțele antiseptice ce trebuie să fie gata tot-d'a-una într'un serviciū de chirurgie (Terrier) :

I. *Pomade* (alifii) :

1. Vasilină boricată .	{	Vasilină albă	98 gr.
		Acid boric	2 gr.
			100

2. Vasilină cu sublimat	{	Vasilină albă 999 gr.
		Subl. corosiv <u>1</u> gr.
		1000

3. Vasilină iodoformată	{	Vasilină albă 90 gr.
		Iodof. pulv. <u>10</u> gr.

II. Soluțiuni antiseptice :

1). Apă boricată	{	A. steril. și f. 980 gr.
		Acid boric <u>20</u> gr.

2). Apă phenicată

}	soluție forte:
	apă ster. și f. 900 gr.
	alc. saū glyc. 50 gr.
	acid phenic 50 gr.
}	soluție slabă:
	apă ster și f. 950 gr.
	alc. saū glyc. 25 gr.
	acid phenic <u>25</u> gr.

3). Apă cu sublimat

}	a. ster. și f. 950 gr.
	alcool la 90° <u>49</u> gr.
	sublimat cor. <u>1</u> gr.

4). Chlorur de zinc

}	a. ster. și f. 100 gr.
	Clorur de zinc <u>1</u> gr.

Este bine înțeles că apa cu care se prepară soluțiile antiseptice trebuie să fie *sterilizată și fiartă de mai multe ori.*

Terrier recomandă și colodiul următor:

Ether la 56°	225 gr.
Alcool la 90°	25 gr.
Fulmicoton	10 gr.
Salol.	15 gr.

pe care *Terrier* îl preferă colodiului iodoformat.

În serviciile spitalelor noastre, toate obiectele de pansament sunt furnisate de Eforia spitalelor, care mai înainte și le procura prin casa

Broehm, iar astăzi și le procură de a dreptul de la cea mai bună fabrică de la Schafhausen, fabrică despre care am vorbit cu altă ocazie și care a fost găsită de noi încă de la 1873. Aceste piese de pansament se compun din: Vată degresată (*Brüns*) și tifon. Acesta din urmă este simplu și se prepară în serviciu cu soluții phenicate sau de sublimat, iar cel iodoformat se ia de a dreptul, fiind greu de preparat în serviciu.

Mare parte din aceste obiecte se sterilizează în etuva ce posedăm; de puțin timp, unul din foștii noștri interni D. Dr. M. Codreanu ne-a adus de la Viena nisce cutii de carton. În acele cutii se introduc piesele de pansament și se sterilizează la etuvă, rămânând închisă până în timpul operației.

Iată și modul de a prepara bureții: — Se bat bine cu un măiu, pentru a zdrobi petricelele și pe urmă se spală mult cu apa trecută prin filtrul *Chamberland*, sterilisată prin ferbere de mai multe ori, după acesta se tratează cu acid chlorhidric 2%, pentru a dizolva resturile de substanțe calcare și pentru a-i face mai puțin aspri; se spală cu multă apă; se trec prin soluție de permanganat de potasă de 5% în timp de $\frac{1}{4}$ oră, spălați din nou cu multă apă filtrată și fiartă; îi trece printr'o soluție de acid sulfuros, fiind puși în o soluție de bisulfat de sodă de 2%, în care se pune câte puțin acid chlorhidric. Din acesta se degajază acid sulfuros și se formează chlorur de sodiu. Se spală iarăși cu multă apă filtrată și fiertă. După acesta se vor păstra în soluție phenicată de 5% ¹.

Când trebuie a fi întrebuințați, vor fi din nou sterilizați și spălați cu soluție de sublimat de 1/2000. Aceștia sunt preferabili bureților phenicați.

Bureții ast-fel preparați, se pot întrebuința în formele și mărimile trebuincioase. O-dată întrebuințați, trebuie din nou să fie spălați și sterilizați.

Bureții preparați, se păstrează în borcane ca și tampónele, însă nu în soluții de sublimat, căci se știe că această sare, în prezența corpiilor organici, se descompune și prin urmare, după un timp foarte scurt, nu mai rămân nici urme de mercur; din cauză că s'a combinat cu fibroina bureților și cu sărurile calcare cu care bureții sunt infiltrați.

1. Această manieră de a conserva bureții, îi negrește și prin urmare, mai bine ar fi păstrați seci în borcane închise ermetic. N. A.

A XIV-a LECȚIUNE

DESPRE ANTISEPSIE

Sala de operație

Domnilor,

A mai vorbi de camerele noastre de operațiune, este a neespune a dice lucruri cari sunt în contradicție cu cerințele științei de astă-zi, sala noastră departe de a îndeplini toate condițiile unei adevărate sale de operații, are cel puțin avantajul de a fi mai mare, a ne da o lumină, de și laterală, însă mai potrivită pentru operații. In ceea ce privește instalarea necesariilor, ne aflăm într'o absolută lipsă de aprópe tot ce știința cere. A descrie o sală de operație tipică, ar fi un lucru prea lung; dacă actuala administrație ne va întreba, 'i vom pune în vedere mai multe tipuri, din cari să se aleagă unul, care s'ar putea adopta la clădirea spitalului.

Intre salele bune de operații am văcut aceea a profesorului *Bergmann* dela Berlin, a lui *Terrier*, (spitalul *Bichat* la Paris) și mai bine construită, mai completă, aceea de la clinica din München.

Intr'un serviciu nu trebuie să existe o singură sală de operații. In spitalele cele mai noi, sunt sale speciale de operații pentru femei,

pentru bărbați, pentru laparatomii și pentru bóle infecțioase; ast-fel este arangeat *Urban-Spital* din Berlin.

Singurul spital în totă țara, care posedă o sală de operații în mai bune condiții, este spitalul militar, unde se scie că varietatea operațiilor este foarte mică în raport cu cele-l'alte spitale civile; aci însă s'au găsit ómenī carī au ascultat părerile medicilor.

Trec peste acest capitol, ne avend de loc cu ce ne recomanda și așteptând alte timpuri, când póte venind împrejurări mai favorabile, vor contribui de a se lua de model cel puțin planurile saalelor de operație din străinătate și să le adopteze, potrivit mijlócelor nóstre și construcțiilor actualelor spitale.

Să trecem acuma la *asepsia* și *antisepsia* fie-căreia regiunii în parte. In acest capitol vom urma în multe programul indicat de *Terrier*, *Award*, *Championiere* etc.

Regiunile se împart ast-fel:

- 1) *Antisepsia cutanată* (membre, cap, gât, thorace și-abdomen);
- 2) *Antisepsia oculară* (plope, conjunctive, globul ocular);
- 3) *Antisepsia nasală*;
- 4) *Antisepsia urechilor*;
- 5) *Antisepsia tubului digestiv*, (gura, intestine, rect.);
- 6) *Antisepsia vagino-uterină*, (vulva, vaginul, uterul);
- 7) *Antisepsia căilor urinare*, (urethra, vesica, rinichii).

Antisepsa pielii. — *Antisepsia cutanată* este foarte cu greu a se obține completă, din cauza adêncăturilor ce se află normal; precum sunt încreșiturile, glandele sebacee și foliculī përulei; sau accidentale, cum sunt crăpëturile pielii, ulcerațiile etc. In grosimea pielii se găsesce adesea un microb, *Staphilococcus aureus dermatitis*, foarte cu greu de depărtat.

In unele stări patologice, în care rezistența organismului este micșorată, microbii se prăsesc și se propagă cu mai multă înlesnire, și prin urmare în aceste casuri, trebuie să îndoim atențiunea; pentru a se asepsa tegumentele. Diabetul, siphilisul, alcoolismul, sunt stări în cari cultura micro-organismelor se face mai cu înlesnire. Gravitatea, înlesnesce asemenea desvoltarea microbilor și prin urmare, și în această poziție a femeii, trebuie să facem antisepsia, căci să scie astă-đi că sarcina nu mai este o contra-indicație pentru operații.

Antisepsia pre-operat6re. — Ac6sta variaz6 dup6 diferitele regiuni ale corpului (membre, thorace, abdomen, pleope, etc.) Rigurositatea mi6l6celor depand6 dup6 cum 6i regiunea a fost sau nu infectat6 mai din nainte.

S6 presupunem o *piele neinfectat6*, la o persoan6 cu totul curat6, la care avem a face laparatomia, totu66i trebuie a desinfec6a tegumentele abdominale. Pentru ac6sta trebuie a desinfec6a tegumentele abdomenului. Pentru ac6sta trebuie de mai nainte a trimete pe pacien66i a face b6i de sublimat opt 6ile de-a r6ndul, iar inec6iunii vaginale (dac6 este o femeie), s6 se fac6 in timp de 15—30 6ile inainte de opera6ie. P6rul din prejur trebuie a fi ras cu mai multe 6ile 6i p6r6ile continue sp6late 6i unse cu vasilin6 boricat6¹.

Regiunea de operat ar trebui sp6tat6 dup6 acela6 procedeu6 ca 6i cum s'ar sp6la m6inele, ba chiar cu mai mult6 rigurosit6te, pentru c6 p6r6ile acoperite sunt expuse mai mult a g6zdui microbi; pe de alt6 parte, p6te s6 se afle mai multe sbircituri, adinc6turi 6i chiar ulcerac6ii.

Se va in6epe prin a sp6la *bine* cu ap6 cald6 sterilizat6 6i filtrat6 6i cu s6pun, 6i se va freca mult timp cu o perie aspr6; va da cu solu6ie phenicat6, cu sublimat sau 6i mai bine cu solu6ie de permanganat, pe urm6 cu acid oxalic, dup6 ac6sta cu hyposulfit de zod6, iar cu ap6 6i pe urm6 cu sublimat sau ap6 phenicat6. Se mai p6te sp6la 6i cu Ether, Chloroform 6i mai bine cu Alcool. Asupra p6ntecelui, scobitura ombilicului reclam6 o in6grijire cu totul particular6, c6ci acolo se pot gr6m6di mai mult murd6riile 6i cu ele microbii 6i in6c6, t6t6 sp6l6tura s6 in6c6p6 prin ac6st6 parte 6i s6 sf6r6esc6 prin p6r6ile circumvecine; iar odat6 sp6lat6 t6t6 regiunea de operat, s6 numai fie atins6 cu alt obiect care a fost in contact cu regiunile ne sp6late. Ac6st6 regiune trebuie acoperit6 cu o compres6 sterilizat6 6i cu sublimat.

Pe regiunile, unde pelea este sub6ire, cum este ombilicul, serotul, g6tul 6i chiar abdomenul in unele casuri, este mai bine a se acoperi cu comprese de tarlatan boricat6, peste ele se va pune o p6nz6 de guttaperc6, 6i t6te 6inute printr'o band6, fie de flanel6, mai

1. Aceste precau6ii nu se pot executa intr'un mod absolut, c6ci, pe de o parte sederea bolnavilor prea mult in spitale are un mare inconvenient; pe de o parte produc6nd o prea mare aglomerare, pe de alta d6 loc la cheltueli multe, iar pe de alt6 parte, bolnavii fiind incul6i 6i nein6teleg6nd necesitatea unor asemenea in6grijiri operatorii, pierd in6crederea in medic 6i p6r6esc spitalul f6r6 a se mai opera. Afar6 de ac6sta, dac6 un bolnav st6 ne operat, este indemnat de alt6 bolnav de infermiere sau de alte persoane a nu se opera, sau chiar ei se sperie de ceea ce v6d c6 se petrec cu al6ii.

bine, fie de tarlatan. Acest pansament ast-fel făcut, trebuie ținut în timp de 2—3 zile înainte de operație, mai cu seamă când este vorba de o laparatomie, fie curativă, fie exploratrice; în casuri de cură radicală de hernii sau de hydrocele, și acesta prin urmare atunci, când este vorba de bolnavii ne infectați. Se va recomanda bolnavului a nu desface pansamentul său a se expune la veri o infecțiune.

Dacă este a se face o operație asupra figurei și a capului, pe lângă spălătura făcută după indicațiile arătate, se va rade tot părul (barbă, mustăți, etc.); căci împrejurul părului se strâng microbii amestecați cu epiteliul, grăsimea, sudoarea și praful ce se depune.

În cas când *pelea ar fi infectată*, se va face o desinfectare cu substanțe antiseptice: sublimat sau acid fenic și în timp de 5—8 zile se va face un pasament antiseptic, după cum s'a arătat mai sus, (se va evita a se pune sublimatul pe tegumentele fine și împrejurul gurei). Când este a începe operația, partea de operat se va desinfecța din nou, începând cu aceea care este ulcerată și infectată, iar regiunile vecine vor fi acoperite prin comprese cu sublimat, cu phenol sau cu iodoform, de și acesta din urmă este mai puțin puternic microbicid.

În tot timpul operației, chirurgul și ajutoarele, să nu infecteze prin degetele lor plaga operatorie; plăgile infectate să fie atinse cu soluții concentrate de 5—10% acid phenic, 2% sublimat, sau 1—10 la % chlorur de zinc. Asemenea se vor drena aceste plage.

Terrier, cu drept cuvânt, este contra spălăturilor cu multă apă în plăgile superficiale; în plăgile profunde și în cavitatea vaginală, se întrebuițează multă apă, însă trebuie luate toate îngrijirile ca infecțiunea să nu se dea de la un bolnav la altul; pentru acesta, se recomandă a se avea canule desinfectate, pentru fie-care bolnav. Spălătura să se facă cu irigatorul iar nu cu siringele; chiar pentru operațiile vesiceii, să nu se întrebuițeze de cât siringi bine sterilizate și desinfectate.

În casurile, când *pelea ar fi curată*, însă de desupt ar exista o infecție, un absces rece spre exemplu, se va căuta ca, cu materia din absces să nu se infecteze plaga și după deschidere, să se desinfecteze ca ori-ce absces cald.

Antisepsia ochilor, a nasului și a urechilor

Aceste trei aparate fiind în relațiunii de vecinătate, se pot pune într'unul și același capitol, mai cu seamă ochii cu nasul cari au legături

așa de intime, în cât am putea dice că, dacă desinfectăm pe unul, desinfectăm în același timp și pe cel-l'alt. Urechea cere o mai puțină îngrijire, fiind mai rar întrebuințată de chirurg, ca parte de operat.

1. *Antisepsia ochilor.* — Mucósa oculară, fiind foarte simțitoare, se vor întrebuința soluții mai slabe și mai cu sémă acelea de acid boric și de sublimat, mai adesea, soluțiile boriccate de cel mult 5% sunt suficiente.

Panas, recomandă soluția următoare:

Biodur de mercur	0 gr. 05
Alcool absolut	25 gr.
Apă feartă sterilisată	1000 gr.

Iar *Chibret* și *Sattler*, recomandă a se face spălăturile cu soluție de oxycianur de mercur de 1% iar de sublimat 1/5000. În casuri infecte, soluția *Van Swieten* este bună de întrebuințat, fără nici un accident. După operație, trebuie făcut pansamentul cu substanțele anti-septice și aseptice, precum sunt: Compresele de pânză sau de gaz asepsitate, sau sterilisate și tăiate în petece mici rotunde care să se aplice asupra orbitei; gaz iodoformat; vată iodoformată; vată sterilisată; iască iodoformată, spre a se introduce mai cu sémă în orbită, după scóterea globului, peste tot bande de tifon sau de flanelă, toate trecute prin etuva de sterilizare.

Instrumentele se vor steriliza ca toate cele-l'alte instrumente metalice, mai cu sémă la uscăciune. *Chibret* recomandă că, chiar cuțitele de cataractă, să fie trecute prin soluția de oxycianur de mercur de 1%, căci el dice, că această soluție nu le alterează.

A XV-a LECȚIUNE

DESPRE ANTISEPSIE

Antisepsia bolnavului

Domnilor,

În operațiile la ochi avem a desinfecța: sprâncenile, pleopele și conjunctivita; sprâncenile se vor spăla cu apă sterilisată și cu săpun; la cas de trebuință, se va rade părul și pe urmă a aplica peste tot un pansament antiseptic, în timp de 2—3 zile. Tot asemenea se vor spăla și pleopele.

Spălatul esact al conjunctivelor este mult mai greu de făcut pentru că sunt adâncăturile, care sunt anevoie de atins; pentru acesta se recomandă a se depărta pleopele, a se întorce în afară și a se spăla cu multă apă boricată, și de mai multe ori pe zi.

Pe când se desinfecțează conjunctivitele, trebuie a desinfecța și gura și nasul, căci fiind în apropiere, pot transmite microbii la ochi. Tot asemenea pelea obrazului, trebuie bine spălată și mai cu seamă când sunt ore-care hube.

În tot timpul operației, se vor lua toate măsurile de antisepsie ca și pentru alte operații. Unii ophthalmologiști recomandă a se spăla chiar camera anterioară, după extragerea cristalinei.

După operație se vor lua asemenea măsuri de antisepsie, ca și în celelalte operații în genere, fie infectat sau neinfestat ochiul. În cazul d'întâiu, obiectele de pansament și instrumentele fie-cărui bolnav să fie cu totul deosebite de cei-l-alți bolnavi.

Pansamentul după operațiile de cataractă, fiind special, rămâne profesorului de ophthalmologie a vă vorbi. În casurile de extirpația globului, operație care poate să țină și de chirurgia generală și de cea oculară, se recomandă a se umple cavitatea orbitară cu gaz iodoformat sau, după cum recomandă *Terrier*, cu iască iodoformată, căci pe lângă aceea că acest corp este antiseptic este și haemostatic.

Antisepsia nasului și a urechilor

Nasul, prin compoziția lui atât de complicată, este foarte anevoie de a fi adus în stare de aseptizare completă. Afară de acesta, mucosa, fiind foarte întinsă și sensibilă la oricare iritație, nu trebuie a se face us de soluții prea iritante, cum este acidul phenic și sublimatul. Apa boricată, este singurul desinfectant ce se poate întrebuința fără pericol. Numai în cazuri de infecțiuni întinse, cum ar fi ozena, atunci se pot face câte-va spălături și cu soluții de sublimat, de 1/2000—1/5000.

Tote obiectele și instrumentele întrebuințate să fie sterilizate după regulile generale. Aceste obiecte să fie pentru fie-care bolnav separat, afară de instrumentele comune tuturilor și cari se pot întrebuința și la alți bolnavi, cu condiție să fie bine desinfectate și sterilizate; ast-fel sunt rinoscopul; pencetele etc. În timpul operației, trebuie a urma ca în toate operațiile.

Pansamentul după operație, trebuie să însușescă toate condițiile recomandate pentru îngrijirile post-operatorii în general.

Urechia, de și complexă, poate mai mult de cât nasul, să fie desinfectată, fiind separată prin timpan; rămâne prin urmare a desinfecța numai canalul auditiv extern, lucru care nu încercă o mare dificultate. Soluțiile ce se pot întrebuința pot fi tot acele recomandate de antisepsie, cu condiție să nu fie prea concentrate, pentru a nu ataca membrana timpanului.

Pentru mai mare siguranță, soluția boricată, fiind suficientă, se va prefera celorlalte antiseptice, afară de cazuri de infecțiuni întinse. Praful de acid boric și de iodoform, nu este bine a fi întrebuințate,

pentru că amestecate cu puroiul și cu alte murdării, se întăresc și nu se pot curăți cu inlesnire.

În ceea-ce privesce pansamentul, este mai acelaș ca în toate operațiile, cu deosebire că în canalul auzului trebuie pus un fitil de gaz, fie boricat, fie iodoformat.

Cât pentru instrumente, ele trebuiesc îngrijite ca și acelea pentru operațiile de ochi.

Se scie că chirurgia trebuie să intervie în multe cazuri de afecțiuni ale căilor respiratorii, prin urmare, este indispensabil a desinfecția și aceste organe, cum este *laryngele, tracheia și bronchiile*. Chloroformul este un bun desinfectant al canalului respirației, căci desinfecția acestor organe, este anevoie de făcut cu meșlôcele de care dispunem astă-đi și prin urmare rămâne viitorului a completa acesta; până atunci, cred că nu ar strica a se face inhalații phenicate, boriccate, cu naphtol, cu eucalyptol, etc.

Antisepsia tubului digestiv

Tubul digestiv, prin complexitatea organelor din care se compune și a materiilor animale și vegetale, capabile a intra lesne în fermentație putridă, face ca numărul microbilor descoperiți până acum este așa de mare; afară de aceia pe care știința are să 'i descopere în viitor.

Acești microbi, unii sunt inofensivi, pe când alții sunt foarte periculoși.

Cele două extremități ale tubului digestiv, gura și rectul, sunt singurile părți accesibile meșlôcelor antiseptice de care dispunem, cu toate acestea, o antisepsie absolută este cu neputință a se face, chiar în aceste locuri.

Antisepsia tubului digestiv este de resortul chirurgului, cum este și de a medicului internist și a dentistului.

Se scie, că numai contra microbilor patogeni să îndrepteză totă activitatea antisepsiei, și până astă-đi, știința nu ne-a spus ultimul seș cuvint care anume sunt acei microbi, cari staú indiferent în cavitatea bucală și rectală, până ce o operație nu se face. Pentru aceea chirurgul să fie tot-d'auna gata, preparând tărîmul din vreme, prin spălăturile antiseptice. Acestea se impart în:

Antisepsia buco-pharyngienă, antisepsia intestinală internă sau medicală și antisepsia rectală.

Antiseptia buco-pharyngee

Microbii gurei

După cercetările lui *Rappian*, *Netter* și *Vignal*, sa descoperit până la 17 specii de microorganismе, iar *Müller*, în lucrarea sa asupra *Microbilor din gură*, a găsit vre-o 25 de specii. Din acestea numai vre-o 6 sunt patogeni, și prin urmare, contra acestora să ne luptăm. Se știe că gura este una din ușile de intrare a microbilor, cea mai mult dispusă a i lăsa să intre în organism.

Prăsierea microbilor în aceste organe, găsește un mediu foarte priun pentru a se înmulți. *Lister* a fost foarte preocupat de acesta și a anunțat de la începutul experiențelor sale că „Gura este în permanență plină de agenții septici“.

Din cavitatea bucală, microbii pleacă pentru a da naștere la gangrena obrazului, în cursul unei rușeole *noma*, *bubonele* în scarlatină, *Porotidita*, în febra thyphoidă; abscesele din cavitate sau afară din cavitatea bucală, caria dinților, ce este eadacă nu un rezultat al intrării microbilor în substanța dintelui? Tot acești microbi din gură, produc septicemia în casuri de cancer și alte ulcerajii cronice ale limbei. Doctorul *Gucit*, a observat că condamnații din Nuoa-Caledonie, caută meșlăce a se infecta prin saliva lor, pentru a atrage mila autorităților spre a i grația.

De câte ori nu observăm noi casuri de schimbări în starea generală a unor bolnavi, în urma unor mici operațiuni asupra gurei, mai cu semă în scóteri de dinți sau chiar colți de dinți. Tot microbilor din salivă se datorește gravitatea mușcăturilor, fie de om sau de alte animale. Ori de câte ori avem a opera asupra buzelor, a cavităței bucale, a gâtului pe din năuntru și pe din afară, operații asupra laryngelui, a pharyngelui, a foselor nasale, trebuie, ca înainte de a proceda la operație, să spălăm bine gura, după procedeul arătat mai sus. Trebuie a spăla buzele, obrazii, barba: a rade barba, favoritele, mustățile la fiecare două zile și a aplica peste aceste un pansament antiseptic, care să fie ținut 5—10 zile înainte de operație.

Pentru a spăla cavitatea buco-pharyngee, trebuie să spălăm dinții cu peria și cu săpun sau cu ape preparate într'adins; pentru dezinfectarea gurei, se vor scóte colții de dinți, se va curăți peatra de la rădăcina dinților, se vor face spălături prelungite cu irigatorul și cu soluții antiseptice, de preferință apă boricată, sau chlorat de potasă,

până în fundul pharyngelui și orificiurile posterioare ale nărilor. Spălătura gurei se recomandă a se face cu mai multe ȳile înainte de a încerca orî-ce operație.

În timpul operației, fiind-că nu se pôte face antisepsia complectă, se vor atinge părțile de operat cu soluție phenicată concentrată sau soluție de chlorur de zinc de 5/100. După operație, antisepsia este mai delicată dară mai ușure de executat. Este o mare greutate a hrăni pe bolnav, de aceea se și recomandă a da numai lapte sterilizat și a spăla gura cu soluții boriccate sau de chloral. În cas când bolnavii ar voi să mai mănce și alt-ceva, se va face hrănirea prin sondă, introdusă prin nas. Sonda să fie sterilisată și schimbată des.

Antisepsia intestinală

Antisepsia intestinală se împarte în: A. stomacului și A. intestinelor. Acastă antisepsie este cu greu defăcut exact. *Bouchard, Terrier* și *Bouilly*, au indicat miȳlôcele potrivite pentru desinfectarea canalului intestinal.

Microbiî intestinale

În intestine este locul care convîne microbilor a se aȳeza chiar în stare de sênătate, prin urmare, cu atât mai mult cuvânt în stare morbilă. Canalele biliare și panscreasul, fiind în comunicație *directă* cu intestinele, microbiî pătrund în aceste organe și produc inflamația vesiculei biliare și a pancreasului. Este mare temere în operațiile făcute în cavitatea abdominală, când se deschide o ansă intestinală, căci microbiî din acest canal, găsind o ușă deschisă, pătrund în plagă și dau nascere la supurație și prin urmare la complicațiuni. *Gessner*, în studiul ce a făcut asupra micro-organismilor intestinali, a constatat că se află în duodenum, la om, *Bacterium photocidium*, *Bacterium Coli commune*, *Staphylococcus pyogenes*, etc. etc., iar în intestinele subțiri o bacterie particulară, descrisă de *Clado* și cari, după *Achalme*, nu ar fi de cât tot *Bacterium Coli Commune*.

Manualul operator

Odată sciut că în intestine să află obicînit mulți și diferiți microbi, orî de câte orî avem a face o operație asupra acestui canal, trebuie să căutăm, pe cât posibil este, a-l desinfecta; pentru acêsta se va căuta ca,

pe lângă antisepsia comună tuturilor regiunilor, să se mai adăoge și îngrijirile speciale, pentru diferite casuri. În toate casurile trebuie a curăți materiile fecale, prin purgative repetate; chiar de la început, a da un purgativ drastic, de preferință salin, pentru a face să iasă deodată o mare cantitate de materii, pe urmă să mai dea și purgativi mai ușori. Acestea, cu mai multe zile înainte de a procede la operație. În cas când este o comunicație cu exteriorul, precum este în fistulele stercorale, se va lărgi orificiul, se vor face spălături întinse, pe lângă purgativele ce se vor da. Să scie, că ori de câte ori cursul materiilor intestinale este împedat prin un obstacol ore care, ele caută a eși către sus, și starea generală a pacientului suferă foarte mult. S'a observat altă dată, în operațiile abdominale, în laparatomii s. e. când se caută a constipa bolnavii, că starea pacientului se agrava după operație, temperatura se urca chiar cu mai multe grade, și îndată cese da un purgativ, temperatura scădea la normal. Această stare nu poate fi considerată de cât ca o intoxicație prin toxinele reținute în intestine. Pe lângă purgative repetate, se recomandă și regimul lactat, și, fiindcă și cu acestea microbii tot mai rămân, s'a recomandat a se da desinfectate interne, cum este Acidul phenic, Salolul, Naphtolul, de la 50 centigrame până la 2 grame, Salicylatul de Bismuth, și de Magnesie.

Dujardin Reaumetz a recomandat formulele următoare :

1. Salicylat de bismuth	}	câte 10 grame
Magnesie Englesă		
Bicarbonat de sodă		

pentru 30 Capsule

2. Salicylat de bismuth	}	câte 10 grame
Naphthol		
Praf de cărbune		

pentru 30 Capsule

3. Salicylat de bismuth	}	câte 10 grame
Salol		
Bicarbonat de sodă		

pentru 30 Capsule

În timpul operației nu trebuie a înceta de a continua antisepsia părților. Decă ar fi să operăm un anus contra natură, sau să facem

o resecție intestinală, trebuie a feri plaga operatore de contactul materiilor fecale.

Acest lucru, este cele de mai multe ori foarte greu de îndeplinit, cea-ce face că aceste operațiuni reușesc mai rare ori.

La mai multe operațiuni ce am făcut asupra intestinelor, mai cu seamă la extirpări de cancere intestinale, sau când a fost o perforație, din cauză de strangulație, și când materiile fecale, s'a revărsat în cavitatea peritoneului și a mănjit plaga operatore, în tot-d'auna am avut insuccese. Când avem a face asemenea operații, să facem ca intestinele să fie scoase afară și așezate pe comprese *aseptice*.

După operație, intestinele se vor spăla bine și se vor introduce în cavitatea peritoneală, bolnavul se va pune la regimul lactat, se vor administra clisme boriccate și numai în casuri, când se va constata o congestie stercorală, se vor da purgative ușuri, pentru a nu forța cursul materiilor în mare cantitate. Pansamentul va fi acelaș ca și în toate laparotomiile, iar decă s'a întâmplat, ca intestinul să fie lăsat afară, se va face un pansament sec iodoformat.

Antisepsia rectală

Acastă porțiune a intestinului, s'a creșut tot-d'auna că este peste puțină a fi complet aseptisată.

În tratatele de chirurgie, nu tocmai depărtate de noi, nici nu se vorbesce de aseptisarea rectului, și cu toate acestea, operațiuni foarte importante sau executat în toți timpii, însă rare ori s'a obținut reunitărea prin prima intenție. Operația fistulelor, a tumorilor, a hemorroidelor și căderile rectului, sunt aproape singurile operații ce se practică asupra porției inferioare a intestinului. De când antisepsia a luat o dezvoltare așa de mare, și chirurgia operatore a luat un avânt în operațiile cele mai serioase, ce se practică asupra rectului. Se pare, că după unii chirurși, este cu mult mai ușure a desinfecta rectul de cât gura. Mai multe lucrări de mare valoare au apărut în anii din urmă asupra operațiilor rectale, precedate și urmate de antisepsie. Intre acestea putem cita Thesa lui Francon din 1885; *Lango: Cercetări asupra vindecării rapide a fistulei anale*; Thesa lui Swel din 1890; Discuțiile urmate la societatea de chirurgie; Articole publicate în diferite *ziare medicale*; *Pratique medicale* 1888; Thesa lui Mazet și *Mica chirurgie* a lui Gangolphe.

Technica operat6re

Când dorim a avea un succes complet, în operațiile ce facem asupra rectului, trebuie să nu cruțăm nimic și să întrebuițăm toate mijlocele de care știința dispune astă-zi, ca să sc6tă după cum se șice, *lupul din târlă*, adică se gonim toți microbii, care de altmintrelea, se găesc și cresc cu o iuțeală vertigin6să.

Antisepsia rectală are trei timp; adică înainte de operație, în timpul operației și după operație.

1. *Înainte de operație.* — Trebuie ca 6ce sau cinci-spre-6ce zile, înainte de orice operație, a face continue spălături ale rectului și a da purgative repetate, pentru a curăți toate materiile fecale ce se opresc în cavitatea acestui intestin. Pentru a face acesta se întrebuițeză licuide puțin iritante și de acelea, cari absorbite, nu ar produce intoxicație. Cel mult se p6te întrebuița o soluție slabă de sublimat $1/5000$ — $1/3000$ și atunci trebuie priveghiate gingiile f6rte de aproape, c6ci se întâmplă intoxicații acute. Pentru acesta ne servim de un flacon cu sifon, ca să fie ușure de spălat, iar canula ce se va introduce în rect, va fi specială pentru bolnavul ce voim a opera. Ea se va introduce în rect până să treacă deasupra tumorii, și după întrebuițare, se va spăla și se va păstra în soluție de sublimat. Aceste spălături vor fi făcute, înainte de operație, de două, trei ori pe zi. După fie-care eșire afară la scaun a bolnavului, se va face o irigație antiseptică. Operația nu se va face de cât după ce va dispărea prin spălare orice scurgere de liquid și orice od6re neplăcută. Pentru a desinfecța regiunea anală este mult mai ușure, c6ci este afară și putem aplica antisepticele *direct* asupra locului. Spre a îndeplini o antisepsie riguroasă, vom rade părțile din prejur la fie-care 5—6 zile, se va da bolnavului băi locale sau chiar generale cu sublimat, la fie-care două zile.

Dacă există o ulcerație anală, se va face un pansament antiseptic, după regulile stabilite. Acest pansament se va schimba dupe fie-care baie și eșire la garderobă (scaun).

În timp de 10—12 zile, înainte de operație, trebuie a desinfecța atât partea inferioară a intestinului cât și a aparatului urinar, dacă există vre-o inflamație a vesicii sau a urethrei și a organelor anexate.

Desinfecțarea căilor urinare se face după indicațiile profesorului *Guyon*, despre care sper că vom avea ocașie a vorbi altă-dată.

Desinfecțarea porțiunii inferioare a intestinului, se va face prin

purgative repetate, prin regimul lactat, prin dări interne de Salol, Phenol și Naphthol, iar local, se vor face spălături cu lichidele anti-septice indicate mai sus. *Schwartz* recomandă a se da Magnesia-calcinată, căci acesta întărește materiile, le face albe și fără odore.

2. *In timpul operației.* — De și antiseptia înainte de operație este una din cele mai importante, totuși, în timpul operației, nu trebuie să scăpăm din vedere, ca materiile fecale să nu vină în contact cu plaga operată. Pentru a face acesta, după ce se va mai spăla încă odată partea de jos a rectului cu soluții antiseptice, se procedează la operație.

Să presupunem că avem a extirpa extremitatea inferioară a rectului, din cauza unor tumori maligne. Pe două căi se poate ataca rectul: sau pe cale intestinală, după procedeul lui *Dieffenbach*, sau pe calea posterioară, după procedeul lui *Kraske*, *Wölför*. Acesta din urmă cale este și mai sigură, căci se poate feri contactul materiilor fecale. Pentru a împiedica ca materiile fecale să curgă în timpul operației, se va astupa rectul mai sus de punctul de operație, cu gaz iodoformat și bine îndesat, așa în cât să se opună la orice trecere de liquid din intestine și nu se va scote dopul de cât după ce se va face cusătura capătăilor rectale.

În operațiile asupra rectului, dacă se *astupă bine* acest intestin mai sus de punctul de operație, materiile se grămădesc și cu ele gazele, și negăsind loc pe unde să curgă, se reîntorc în sus și produc mișcări antiperistaltice, de unde rezultă greșuri și vărsături și, dacă se va ține prea mult intestinul închis, starea generală a bolnavului se agravează, simptome de intoxicație stercorală se ivesc, temperatura se urcă, pulsul devine frecvent, bolnavul nu are poftă de mâncare. Pentru a evita acesta ar trebui ca tampónele să se schimbe des, lucru anevoie de făcut, pentru că se deranjează rana, se rup cusăturile se produc dureri bolnavului. *Cred că ar fi mult mai avantajos, a se introduce în rect, până deasupra de sfincterul superior, un tub de cauciuc gros și împrejurul lui tifon iodoformat care să rămână în permanență mai multe zile, iar prin tub să se lase liberă scurgerea materiilor și gazelor și să se facă spălături antiseptice.*

Acest metod de tratament a fost întrebuițat și de *Tripier* de la Lyon. *Noi l'am întrebuițat în câte-va cazuri.* Cu toate acestea are și el multe inconveniente; pe de o parte, se poate ca prin tifon să se strecoare gazele și materiile intestinale, iar pe de altă parte, tubul să nu

pătă fi tolerat de bolnavi, pentru că produce dureri. In orî-ce cas, trebuie a supraveghia de aprópe atát regimul lactat strict cât și anti-septicele pe sus și pe jos. Bolnavul se va constipa cu extractul de opiú, și când este vorba ca materiile intestinale și gazurile să fie liberate pe jos se vor lua precauțiuni a se da purgative ușuri și îndată să fie iar constipat prin extractul de opiú. Se va continua cu regimul lactat simplu iar nu amestecat cu bulion.

A întreține starea de antisepsie este un lucru așa dificil, în cât unii chirurghi au propus a se creia un anus contra natură, așa după cum sunt casurile citate de *Sheede* de la *Hambourg*, de *Sonenstein*, de *Poloson* și *Durante*, etc.

Comparația între antisepsia rectului și a gurei

Iată ce găsim asupra acestui punct in cartea d-lui *Marcel Baudouin*, despre *Aseptie* și *Antiseptie*: „Este o cestiune cam delicată pe care o tratăm la fine. Prin acésta voiam a arăta, cu tóte că va părea paradoxal diferența ce există între gură și rect, a posibilităței de a se face antisepsia și, când vom arăta că aseptisarea rectului este cu mult mai ușure de făcut de cât a gurei“.

„S'a observat că mai ușure se póte spála și ține curat un cur (ședut) normal de cât o gură sănătósă, în gură este mediul cel mai propriu pentru prăsirea și traiul microbilor, aci se găsesc decimii de spețe. Fora bucală este cea mai bogată, nu numai din aceea a tubului digestiv, dară din tot corpul.“

„Rectul, din contră nu are nimic cu acest cuib de brigandí, care numai în gură găsesc infundături, unde să se ascundă, să se prăsescă și să crească. In rect, chiar dacă ar fi o ulcerăție, este cu mult mai bine a se desinfecta de cât în gură. Numérul cel mare al microbilor ce trăesc și se prăsesc în gură, face ca rectul să fie mai ușure de aseptizat de cât gura.“

„Pe lângă acestea, dacă se întâmplă ca să extirpăm o parte a rectului, în urma unui cancer, se póte restabili un rect, prin care să iasă materiile fecale afară, pe când, dacă se operéză în gură, și mai cu sémă odată extirpată limba, nu se mai póte înlocui prin nimic, și ast-fel, rămâne un loc, unde microbii să trăiască și să se prăsescă.“

A XVI-a LECȚIUNE

DESPRE ANTISEPSIE

Antisepsia specială a femeilor

Domnilor,

Se știe că partea de jos a femeii, este locul unde mai multe organe sunt într'o vecinătate foarte restrînsă. Aceste organe, prin forma lor diverticulată, și prin lichidele ce le dau trecere sau le secretază, sunt expuse a da locuință la diferiți microbi, cari, găsind un mediu foarte bine dispus, se prăsesc și se conservă în foarte mare număr. Fiind în apropiere unele de altele, ele se infectează reciproc, de aceea, când avem a opera asupra unuia din ele, trebuie să desinfectăm și pe toate cele-l'alte. Dară nu numai atîta, ci chiar cînd avem a face o operație mai depărtată, cum este de exemplu într'o laparatomie, trebuie a desinfecta atît regiunea abdominală cît și organele genitale externe și extremitatea inferioară a tubului digestiv.

Pe lângă diferitele induoituri și adîncături ce forméză organele din aceste regiuni, se mai află o mare parte acoperită cu păr. Tot aci putem cita numeroasele glande sebacee, foarte dezvoltate; și, cum scim că la rîdăcina părului și în canalul glandelor sebacee se introduc mi-

crobii, se înmulțesc și trăesc, trebuiesc tot-d'a-una a rade părul iar spălătura să se facă foarte riguros, spre a curăți totă murdăria.

Se scie că între aceste organe deosebim vulva și canalul vagin-uterin. Cât pentru canalele trompelor, știința nu a putut până acuma fi în stare a le desinfecța; asemenea avem a desinfecța urethra, vesica urinară și rectul.

Vulva. — Se scie cât este de complicată în forma sa, prin urmare, trebuie a spăla tóte adîncăturile formate de înduoiturile cutanate ale celor două perechi de larii. Și aci trebuie părul spălat și ras cu băgare de sémă, pentru ca să nu se cretesse pelea spre a mai deschide și alte uși de intrare, afară de cele operatorii, ce suntem absolut nevoiți a face. Aci, atât tegumentele cât și mucósa, fiind foarte subțiri, să nu se întrebuinteze soluții concentrate de acid phenic și chlorur de zinc, de cât numai pe puncte foarte limitate, spre a nu produce cauterisații întinse. Soluțiile de sublimat $1/1000$ și de acid boric $5/100$, sunt suficiente, după ce mai întâiu se vor face spălături cu multă apă filtrată și sterilisată și cu săpun negru.

Vaginul. — Acest canal, care este foarte dilatabil, atât în lungime cât și în lărgime, formeză o mulțime de indoituri, între care se pot grămădi secrețiuni mucóse în cari și microbii se pot desvolta cu mare înlesnire. Afară de acesta, între gâtul mitrei și pereții vaginului, rămâne un spaciú circular, care este mult mai adânc la partea posterioară, prin urmare cu mare aptitudine pentru prăsirea microbilor. S'ar crede că curațirea acestui canal este un lucru ușure, pentru aceea se și recomandă a se face simple irigații cu un vârf de canulă.

Prin acest mijloc nu se spală de loc canalul vaginal. Pentru a face ca spălătura să fie eficace, trebuie a dilata vaginul și pentru a înlesni această dilatare, pe când curge licuidul antiseptic, se va ține cu mâna, căutând a astupa intrarea vaginului așa în cât licuidul să se adune în canal spre a depărta pereții, ca licuidul antiseptic să se pună în contact cu totă suprafața mucósei vaginale; după acesta, să se aplice un specul spre a deschide vaginul și prin el să curgă apă, iar cu un tampon de gaz, în vârful unei pencete, se va freca pe totă suprafața vaginului, pe când apa curge.

Pentru mai bună siguranță recomandăm spălătorul lui Durmez și speculul nostru cu care se póte spăla vaginul cu înlesnire, făcend să curgă multă soluție antiseptică.

D. Auvar recomandă un tub de cauciuc, condus de deget și

pe care l plimbă pe totă mucósa, ast-fel ca curentul liquidului anti-septic să vină în contact cu totă cavitatea; ca pe de o parte să spele iar pe de alta să omóre microbii.

Uterul. — La uter deosebim *colul* și *corpul*.

Colul. — El póte fi în stare fisiologică, adică fără umflături, fără ulceratii, sau póte fi locul de ruperi după facere și cu ulceratii întinse; în acest din urmă cas este mai anevoie de curățit, și prin urmare, desinfectarea trebuie făcută tot ca și în plăgile cari nu sunt curate. Spălarea canalului gütului uterin nu se póte face complet; cel mai bun mijloc este a introduce în el o sondă cu curent indoit, sau dilatatorul lui *Tarnier*.

Uterul. — Cavitatea uterului variază după cum femeea a avut sau nu copii. Dacă este o femeie care a avut mulți copii, cavitatea uterului, nu numai că este mai mare, dară și mucósa este adesea locul unei inflamații cronice, dând loc la secreție muco-purulentă. Pentru a face spălatura, se întrebuintează sonda cu curent indoit sau mai bine, dilatatorul lui *Tarnier*, și decă canalul gütului permite, se va introduce chiar un pământuf phenicat cu ajutorul unei pencete și cu care să se frece cavitatea.

Urethra. — Se spală printr'un curent de licuid antiseptic.

Vesica. — Pentru spălarea și desinfectarea vesiceii, se va introduce în cavitate o sondă de cauciuc bine sterilisată, prin care se va trece licuidul antiseptic, de preferință soluție boricată de 2—5/100.

Această spălatură trebuie făcută cu băgare de sémă, spre a nu dilata prea mult acest rezervoriu, căci se póte întâmpla ca pereții să fie inflamați și póte chiar ulcerati, și cu chipul acesta, să se provóce ruperea vesiceii. Asemenea casuri s'au întâmplat și sunt citate în sciință.

Rectul. — În cea ce privesce spălatura și desinfectarea rectului, am vorbit mai sus și prin urmare cred inutil a mai reveni.

Substanțele antisptice proprii în gynecologie

Soluțiile antiseptice întrebuintate în gynecologie sunt aceleași, cunoscute în chirurgie, și fie-care operator, întrebuintează pe acelea cu care este mai familiarisat; de preferat este însă soluția de sublimat de 1/1000—1/2000.

Trebuie să avem însă grijă, căci sunt unele femei foarte susceptibile și se pot intoxica, *chiar cu doze mici de mercur*.

În ceea ce privește irigatoarele, cel mai simplu este un flacon mare cu sifon. Materiile de pansament se compun din tampóne, laminaria, bureți preparați, creioane medicamentóse, etc.

Tampónele. — Aceste tampóne se fac din vată sau tifon; ele au diferite forme și mărimi, după locul unde voim a le aplica. Ele pot fi imbibate de iodoform, de sublimat, de acid boric, de acid phenic, salicylic, etc. Totuși trebuiesc sterilizate la etuvă.

Laminaria. — Există în bastonașe de diferite grosimi. Ele trebuie să aibă în tot lungul lor pe mijloc o țevă de metal, prin care să se scurgă secrețiunile uterine. Pentru a steriliza laminaria, se păstrează bastónele în ether-iodoformat.

Bureții preparați. — Acești bureți se află în comerț preparați gata; dară mai bine ar fi când s'ar prepara de către internul farmacist. Bureții trebuiesc păstrați în ether iodoformat. Aseptizarea acestor bureți este anevoie de făcut, de aceea și întrebunțarea lor s'a și cam părăsit din practica gynecologică; pentru că s'a întâmplat adesea cazuri de intoxicații, de unde endo-metrite, peri-metrite și salpyngite.

Sterilizarea bureților la uscăciune se poate face mai bine de cât laminaria; căci aceasta din urmă, pusă la o căldură de etuvă, se strică, spărgându-se și diformându-se, prin urmare, sterilizarea să se facă mai bine pe cale umedă.

Etherul iodoformat. — Se face după formula următoare:

Ether sulfuric	90 gr.
Iodoform	10 gr.

Creioanele antiseptice se formeză ast-fel:

Creion iodoformat:

Iodoform	10 gr.
Gumă atragantă	0,50 gr.
Glicerină	} cât trebuie.
Apă destilată	

Altă formulă:

Iodoform pulverizat	20 gr.
Gumă arabică	} câte 2 gr.
Glicerină	
Scrobélă	

Creion cu sublimat:

Sublimat corosiv	0.50 Centigr.
Praf de nalbă	10 gr.
Gomă atragantă	0.50 Centigr.
Glicerină	} cât trebuie.
Apă destilată	

Altă formulă:

Sublimat	0.50 Centigr.
Talc pulverizat	25 gr.
Gomă atragantă	1.50 gr.
Apă sterilisată	} cât trebuie
Glicerină	

Aceste cantități sunt pentru 10 supositorii. (*Baudouin*). In ceea ce privește instrumentele obicinuite în mica gynecologie avem: sonda uterină, rigidă sau flexibilă, sonda cu dublu curent și dilatatorul *Tarnier*; diferite forme și mărimi de specule, pencete și canule de irigație.

Tóte aceste instrumente trebuiesc ținute în soluție de acid phenic de 3—5/100. Afară de acestea, operatorul să mai aibă și alte instrumente în apropiere, ca la cas de trebuință neprevădută, să le aibă la îndemână.

Antisepsia căilor urinare

Organele urinare, atât acelea care fabrică urina (rinichi) cât și aceea în care se adună urina (vesica) și aceea care servește la evacuare (urethra), de câți-va ani sunt preocupățiunea principală a chirurgilor, din punctul de vedere antiseptic. *D. Terrier*, cel d'intîi, pe urmă elevii profesorului *Guyon*, au recomandat diferite procedee. Să știe că urina, când este sănătoasă, se poate injecta în țesuturi, fără să fie periculoasă. Ea servește și pentru cultură histologică. Indată ce este în stare pathologică, din cauză de boale de rinichi, de vesică sau chiar din altă inflamație supurativă învecinată, este un pericol eminent pentru economie, dacă o astfel de urină s'ar introduce în circulație. Medicina a trebuit să caute mijloace, de a schimba starea maladivă a urinei, pentru a o face inofensivă. Pentru acesta s'a recomandat medicamente interne, care să se elimineze pe calea renală, cum este de exemplu salolul, care se transformă în acid phenic și care desinfectează urina. Pe lângă aceasta, chirurgii au căutat prin spălături vesicale, să schimbe natura infecțioasă a urinei. Urethra este adesea locul unde se prădesc miliarde de microbi; de aceea trebuie spălată cu lichide antiseptice și, pentru că este foarte sensibilă, se vor face spălături cu apă boricată sau chiar cu soluție de sublimat de $1/5000$ — $1/10000$ iar sondele să fie bine sterilizate precum și toate instrumentele ce se vor introduce, fie numai în urethra, fie până în vesică sau chiar în uretere, după cum s'a propus cateterizarea acestor canale.

Altă dată, o simplă sondare a bolnavului, da loc la simptome foarte îngrijitoare, ba chiar se citează cazuri de morțe repede. Am avut cazuri de morțe subită în urma urethratomieii interne, atunci când metoda antiseptică nu era cunoscută. Astăzi facem asemenea operații, fără ca bolnavul să presinte cea mai mică schimbare, bine înțeles, dacă luăm toate precauțiile antiseptice. Pentru a evita orice accident

trebuie a lua tóte îngrijirile ca instrumentele să fie sterilisate la etuvă și urethra spălată cu soluțiile antiseptice arătate.

Sterilisarea sondelor este una din operațiile cele mai dificile. A le conserva în lichide antiseptice, ele se strică și nici nu se pot pune în absolută stare de asepsie, căci s'a vădut, că după o ședere de 30 zile în soluție de sublimat, s'a constatat într'ensele părți cari nu veniseră în contact cu licuidul. D. *Delagenière* a arătat, că chiar sondele de cauciuc se pot încălzi în etuvă până la 120 de grade cu condiție să fie închise în tuburi de sticlă sau se pot urca la o temperatură de 100 grade, în timp de mai multe zile, fără a se strica.

Procedeu lui *Delagenière* este prea complicat și adesea nesigur, póte chiar strica sondele, D. *Albaran*, asistent al profesorului *Guyon*, a arătat un alt procedeu, care pare a fi mai simplu, și care nu strică sondele. Acest procedeu consistă în a sterilisa sondele prin acidul sulfuros. Iată procedeu lui *Albaran*:

O cutie metalică în care este un grătar, de se póte să fie de sticlă, pe care se aședă sondele și bugiile, sub acest grătar se află o soluție de hyposulfid de sodă, iar prin un tub, care răspunde în afară, se tórnă acid chlorhydric, acesta, descompunând hyposulfitul, degajază acid sulfuros, care desinfectază sondele.

Ferberea bugiilor și a sondelor sau instilatórelor, nu póte fi sigură de cât dacă s'a făcut de mai multe oră succesiv și într'o soluție de sublimat; fără de acesta, prin ferbere, sondele se strică cu înlesnire.

Alopy, de la facultatea din Pesta, a indicat un alt procedeu mai expeditiv. El recomandă ca fie-care sondă-bugie, sau instilator, să fie învăluit în hârtie sugătoare și una sau mai multe din acestea introduse într'un tub de sticlă, astupat cu vată sterilisată, se pun la autoclav, și se dă peste ele vaporii de apă, la temperatura de 100°. După ce se vor scóte din autoclav, se pun aceste instrumente într'o cutie închisă.

Tufier, recomandă a se pune sondele în tuburi de sticlă, umplute cu vaselină licuidă, la o temperatură de 100°, iar după acesta, să se păstreze în tuburi închise și în soluție de sublimat de $1/1000$.

D. *Curtillet*, după recomandația profesorului *Poncet* (Lyon), recomandă a se face sterilisația prin aer cald, ridicându'i temperatura până la 140°, fără ca sondele de cauciuc să se strice. După ce a fost sterilisate, *Poncet* recomandă a le aședa în o cutie de aramă bine închisă și în praf de talc, care a fost mai di'nainte sterilisat la o temperatură de 140°.

O sondă-bugie sau instilator, odată întrebuințată, trebuie din nou sterilizat, după unul din procedeele arătate mai sus.

Instrumentele metalice, fie sonde, fie urethrotóme, trebuiesc sterilizate în tocmăi ca și cele-l'alte instrumente chirurgicale.

Pentru că este foarte cu greu a controla, dacă se execută în tocmăi măsurile recomandate bolnavilor ce sufer de căile urinare, D. Terrier, recomandă procedeul următor: La fie-care bolnav să fie un borcan în care se strânge urina de la o vizită la alta. Bolnavilor nu se va da de cât lapte și apă de Vichy.

Fie-care bolnav va înțepa cu un ac într'un carton, de câte ori a urinat (*noi recomandăm a însemna cu creta pe tăblia patului*), iar pe alt carton se va nota pe fie-care zi, analiza urinei. La fie-care pat se va mai afla un borcan cu vaselină boricată sau cu sublimat, o pălnie, un tub subțire de sticlă, la căpătâiul unui tub de cauciuc. Tóte aceste instrumente sunt speciale numai pentru un singur bolnav, prin urmare, nu trebuie a le trece la alți bolnavi din serviciu sau din clientela privată. Siringile nu trebuiesc utilizate, de cât în casuri escesivamente de rari și numai după ce vor fi bine sterilizate.

Antisepsia aplicată în serviciul nostru

După ce am arătat ce se face în alte spitale din occidentul Europei, să ne fie permis a arăta și mult puținul ce putem face și noi. Înainte de a arăta ce este astă-zi, vom face o ochire retrospectivă asupra trecutului nostru chirurgical.

Cunosc spitalele noastre de la 1857 și prin urmare de la această epocă, pot spune ce am vădut petrecându-se până în zilele noastre. Mai înteu de tóte, spitalele erau puse pe o tréptă egală cu pușcăriile, chiar mai jos de cât cazărmile, atât din punctul de vedere al construcțiilor cât și al mobilierului și al îngrijirilor medicale.

Tot-d'a-una s'a cređut, că, de vreme ce sunt bolnavi, și mai cu sémă cei cu răni, li se pot da și îngrijirile cele mai primitive, atât ca pansamente cât și ca nutriment.

Tot materialul de pansament se mărginea în scamă, cărpe și bande, tóte confecționate din rufăria veche a spitalului, mai tot-d'a-una rău spălată, ba chiar nespălată. Se întrebuința alifiile simple, adică grăsime de porc singură sau amestecată cu o zémă de plante, (Ung. Althaiie, Ceratul lui Galien, etc.), mai rar Ung. Calomelon, Ung. Cerase (cu carbonat de plumb). Ung. mercurial, nu se da de cât în fricții

contra syphilisului. Mai rar se întrebuința vinul aromatic și acesta numai pentru ulcerile venerice. Soluțiile cele mai întrebuințate erau, acele de nitrat de argint, de sulfat de zinc, sulfat de cupru sau sulfat de fer și acestea contra blenorragiei uretrale. Tote pansamentele se mărgineau a unge scama sau cărpele cu alifii și a le aplica direct pe răni.

În cea ce privește operațiile, ele se făceau foarte rare ori și numai în casuri de absolută necesitate urgentă. Acestea consistau în amputații în urma accidentelor, rare ori se făceau extirpații de tumori maligne sau alte tumori; extirparea mamelelor cancerose, a lipomelor, câte-va cyste dermice. În unele servicii se făcea trepanația în casuri de traumatisme; rare erau herniotomiile și mai rare operațiile asupra vesiceii urinare.

În cât privește operațiile asupra cavităților abdominale sau thoracice, nici vorbă nu era, atât era mare téma de complicații septice. Ast-tel stau lucrurile înainte de acum 20—30 ani. Complicațiile cele mai frecvente ale plăgilor erau: Erisypelul, Putreziunea de spital și infecția purulentă, toate afecțiunii cari astă-zi, grație antisepsiei, chiar în spitalele noastre, nu se mai văd de cât foarte rar; ȕic în spitalele noastre, căci suntem încă departe de a ne măsura cu unele spitale din țările civilizate. Apoi, dacă ȕicem acesta pentru spitalele noastre, ce putem ȕice pentru spitalele din provincie, unde se vede adesea că autoritățile, pentru un număr de 25 paturi, nu dau mai mult de 500 lei pentru a se cumpăra pansamente, pe când să scie, că adesea se pôte întâmpla ca pentru un singur bolnav să fie necesară o sumă îndestul de mare. La 1864, întorcându-mă în țară, am încercat a introduce ore cari pansamente mai puțin septice ca cele ce se făceau până atunci, adică întrebuințând pansamentele cu alcool și cu glicerina phenicată și am întâlnit mari greutatea din partea unora din șefii mei, cu toate că și chiar aceste pansamente nu se aplicaū de cât tot cu scama și compresele infectate de care puteam dispune.

A mai vorbi de trecut, cred că este a desgropa nisce suveniruri foarte triste, și prin urmare să ne preocupăm a ne ține în curent cu îmbunătățirile pe cari știința le face pe fie-care ȕi.

Intr'una din lecțiunile viitoare ne vom ocupa în special de îmbunătățirile ce am putut introduce în șerviciul nostru, mulțumită bunelor voințe ce am întâlnit din partea administrației spitalelor.

A XVII-a LECȚIUNE

DESPRE LIPOMELE DUREROȘE

Domnilor,

Tratatele de chirurgie, vorbesc de tumori grăsoase. Aceste grămădiri de grăsime în unele regiuni ale corpului, au fost bine studiate de **Littre** la 1709. Înainte de această epocă, tumorile grăsoase erau studiate sub o singură denumire împreună cu tumorile cistite, cu tanele, cu melicerile, etc. **Littre**, cel d'înteu le-a dat numele de *Lipoma*, de la cuvântul grecesc *λίπα*, care înseamnă grăsime. **Cruveilhier**, le-a dat numele de *Adipom* de la *Adeps* care înseamnă asemenea grăsime sau sevă.

Denumirea de *Lipoma*, este aceea care a fost adoptată de majoritatea chirurgilor. Toți au scris că lipomele sunt tumori grăsoase, de consistență môle, elastice, fluctuante, *ne dureroase, nici de sine nici prin presiune*. Astă-zi, știința posedă mai multe observații de lipome dureroase.

Cu altă ocazie, am spus că clinica are de scop a studia numai cazurile ce se prezintă în spital, după ordinea succesiunii lor ba încă, adesea acelaș caz, acelaș simptom sau o singură complicație, poate să ne silască să revenim de mai multe ori succesiv. Studiul lipomelor dureroase ar fi rămas, poate pentru noi, de domeniul patologiei, dacă nu am fi avut în spital un boinov, acela care este așezat în sala 5, patul No. 34.

Cu prilejul acestui cas, vom avea onóre astă-đi a vę întreține asupra subiectului ce vę enunčiaú.

Cea d'intięu observație, cunoscută în sciință, asupra lipomelor dureróse, este aceea publicată de **Perrotte**. Este vorba de o tumoră ce 'și avea sediul în al treilea spațiu intercostal și care, la mișcările de respirație și de tuse, producea mari suferințe bolnavei.

Eve, în „*Transact. of the Patholog. Societ. of London*“ (1887) vorbește de un cas în care un bolnav avea cinci tumori pe brațul și antebrațul drept și două în partea stângă, tóte fórté dureróse, în cât 'l împedeaú de a lucra, cu tóte că tumorile nu se aflaú în direcția vreunú nerv important. Presiunea asupra tumorilor era fórté durerósá.

Duplay și **Réclus**, citéză un cas de lipom dureros, observat în serviciul profesorului **Richet**, în 1872.

Morgagni, în a 50-a scrisóre (§ 23) vorbește de un bolnav cu un lipom, care, pe datá ce umbla prea iute, avea accese febrile și un fel de senzație de căldură fórté vie.

Doctorul **Boiffin**¹, medic la spitalul „*Hôtel-Dieu*“ și profesor agregat la șcóla de medicină de la *Nantes* în „*Progrès médical*“ No. 4, 1894, raportéză două casuri personale de lipome dureróse, aședate în regiunea epigastrică. Ele simulaú herniú ale liniei albe, însoțite de dureri vii chiar în tumoră, dând loc la simptome nervóse proprii acestui fel de herniú, cu tóte că ele nu erau de cât nisce tumori grásóse subcutanate.

Altă-datá, determinarea diagnosticului acestor tumori, era fórté greú de făcut ; căci nu se póte đice tot-d'a-una cu siguranță dacă este o tumoră grásósá sau o hernie, de cât numai când se face o incisie exploratrice, ori, ast-fel de operație, nu se făcea altá datá, de temere de a nu atinge peritoneul. Astá-đi, când antisepsia a luat o desvoltare așa de întinsá, nu mai este permis, a hesita în casuri dificile, pentru a face o tăeturá exploratrice, prin care să se constate, dacă avem a face cu o hernie epigastrică a liniei albe sau cu un adipom dureros.

În întieul cas, citat de *Boiffin*, e vorba de o fatá de la țará, în etate de 31 ani, în depliná stare de sănătate.

Ea spunea că, cu șése ani înainte, căduse într'o grópă ; a simțit o puternică sgduitură și o durere violentă înapoiul sternului, nu însă în regiunea epigastrică. Peste trei sęptemáni, s'a format în regiunea

1. Acest distins chirurg a murit anul trecut.

epigastrică o tumoră, care la început avea volumul unui ou de columbă.

De atunci a avut tot-d'a-una dureri de stomac, gréță și chiar vărsături și colici, cari reveneau, mai cu seamă după o lucrare oboșitoare; câte o dată, pacienta avea chiar dispnee. În regiunea epigastrică, la o deopotrivă depărtare de buric și lingurea, puțin spre dreapta liniei mediane, se afla o tumoră de mărimea unei jumătăți de portocală, môle, netedă, fără sunet la percusiune, nereductibilă prin presiune, având o fluctuație foarte bine simțită. Pelea care o acoperea, era normală și nelipită de densă. Voind a o ridica, ea părea foarte aderentă de planul aponevrotic de desubt, sub care degetul simțea un pedicul, ce împedea a o deslipi de partea pe care era așezată. Pe când se ținea tumora între degete, și pacienta tușea, s'a observat o impulsivitate în totă masa tumorii. Ori-câtă stăruință s'a pus din partea medicului, nu s'a putut găsi nici o apertură a apronevrosei, cu toate că de obicei în acest loc, se află spațiuuri îndestul de largi între mănunchiurile fibroze; pediculul se putea însă deplasa și spre dreapta și spre stânga și în sus și în jos.

În această tumoră erau dureri spontanee, cu un caracter lancinant, care nu se întindeau împrejur; palpația era dureroasă, apăsările, cât de puțin violente, erau foarte dureroase, acesta este și cauza care a făcut pe această pacientă să se plingă de suferințele ei. După spusele pacientei, volumul tumorii ar fi fost când mai mare când mai mic; seara mai cu seamă, după munca zilnică, tumora era cu mult mai mare de cât dimineața. Prin urmare, era greu de a determina diagnosticul în acest caz și numai așa s'a procedat la operațiune, ca și cum ar fi avut a face cu o hernie epigastrică nereductibilă. O dată făcută tăetura s'a găsit o tumoră grăsoasă, așezată sub stratul celulo-grăsos al peretelui abdominal, încapsulată și cu totul separată de grăsimea dimprejur.

În al doilea caz, este vorba de o femeie în etate de 59 ani, muncitoare de pământ și pescăresă, care simțise în regiunea epigastrică o tumoră de mărimea unui bob de mazăre, și care, cu cât creștea, cu atât devenea mai dureroasă; până ce bolnava nu mai suporta nici chiar cămașa, nici prostirea (ciarșaful), având chiar dureri spontanee foarte vii. Femeea avea dureri de stomac, turburări nervoase foarte violente, slăbea din ce în ce. Tumora era așezată pe linia mediană, cu câțiva centimetri d'asupra buricului, având un volum de un diametru de 5—6 centimetre și coprinsă în stratul grăsos de sub piele; foarte mobilă, cu

sensație de cocă și cu rădicături bine pronunțate, când se stringea tumora între degete. Cu totă diversitatea simptomelor, se putea spune cu siguranță, că în cazul acesta, tumora era un adipom. S'a făcut operația și s'a scos o tumoră grăsoasă.

Și într'un-cas, și în cel-l'alt, după operație, ambele bolnave nu mai presintau nici o durere; nici turburări nervoase. Aceste simptome negreșit că nu se puteu atribui unei stări nevropate, căci, ambele bolnave nu avu în antecedentele, nici ale lor nici ale părinților lor, semne cum că aceste dureri ar fi datorite unor stări nervoase.

Nici volumul, nici inflamația, nu puteu fi cauza durerilor, căci s'au vedut tumori cu mult mai voluminoase, fără să fie dureroase. În ceea-ce privește inflamația, asemenea nu se pote considera ca o cauză a durerii, pentru că în ambele casuri nu a existat cel mai mic indiciu de inflamație.

În cazul ce face obiectul acestei expunerii, tumora era așezată pe regiunea deltoidelului drept, prin urmare, diagnosticul devenea și mai dificil, căci, când tumora se află în regiunea epigastrică, este vorba a face diferența între o hernie și o tumoră grăsoasă; pe când în regiunea deltoidienă, putem a ne gândi la o mulțime de alte tumori, ca cystele, fibromele, periostitele, sarcomele, lipomele, inflamația cronică a mușchiului; toate acestea sunt tumori cari se pot arăta în această regiune; unele mai des ca altele, dând loc la o dificultate de diagnostic, care numai prin incisia exploratrice se pote înlătura cu siguranță. În cazul acesta, tumora a prezentat unele semne, cari cu înlesnire ne puteau induce în erore. Tumora așezată în partea cea mai puțin bogată în grăsime, dară mai bogată în carne musculară; așezată profund, simulând a avea un pedicul, având o fluctuație indestul de manifestă; *durerosă spontană și la presiune*, iar la puncția exploratrice, ne-a dat numai puțin licuid sanghinolent, toate elemente puternice, cari pledau mai mult în favorul unui sarcom și încă a unui sarcom de o natură foarte malignă, căci, atât după spusele bolnavului, cum că tumora luase o desvoltare foarte repede și durerile începuseră a deveni nesuferite, cât și nouă ni s'a părut că, de când nu mai vedusem pe bolnav, tumora crescuse repede și durerile la presiune deveniseră și mai insuportabile.

Ne putend a ne pronuncia pozitiv asupra naturei tumorei, deși mai mult credem că avem a face cu un sarcom de cât cu ori-care altă tumoră, am procedat la operație, în cursul căreia avem a schimba conduita noastră, după natura tumorei.

OBSERVAȚIA I.—*Adler*, neînsurat, 47 ani, neguțător, fără antecedente morbide personale și nici hereditare. Strâns în brațe de un prietin în Ianuarie 1892, începe a simți înțepături în brațul drept, cari se iradiau pînă în degete. Puțin după acésta, observă o ușoră mărire de volum a brațului în nivelul mușchiului deltoid drept, umflătură care s'a mărit treptat, fără a se însoți de dureri, sau greutate în mișcări, pînă când a ajuns la volumul unui ou de găină.

În timpul lunei Noembrie 1892, încep durerile cari, silese pe bolnav a ne consulta.

O înțepătură exploratrice, scóse o picătură de liquid sero-sanguinolent; operațiunea care i s'a propus nu a fost primită.

La 22 Ianuarie 1893 se presintă din nou, cerând operațiunea, din cauza durerilor cari 'l împiedicau de a dormi și a lucra.

Prin esaminarea bolnavului, constatăm: În nivelul deltoidului drept, o tumoră proeminând către exterior și care mărea cu 4 c. m. circumferența membrului.

Pielea neaderentă, mobilă d'asupra tumorii și păstra caracterele normale (colóre, vascularizare și temperatură).

Tumora avend aerul a face corp cu mușchiul, adera profund cu osul și presenta mișcări limitate în toate direcțiunile.

Prin pipăire, regiunea nefiind fixată, se constată o fluctuațiune manifestă, care dispare de îndată ce întindem pielea d'asupra tumorii, atunci simțim, o tumoră tare, lobulată, de consistență inegală, prezentând unele părți moi, altele tari.

Cea mai mică apăsare, în nivelul tumorii, este durerosă, durerea reînțepe spontană și face pe bolnav să ne roage să nu facem prea mari presiuni.

Turburările dureroase, consistau în furnicătură, înțepături și adevărate dureri, la început intermitente, apoi continue, cu iradiațiuni către vîrfurile degetelor.

Nu pôte să ședă culcat pe partea bolnavă, cea ce 'l silesc de a găsi un reazem spre a se ușura.

În aceste împrejurări, diagnosticul ne-a părut destul de greu de făcut.

Existența unei burse seróse normale în acésta regiune (maladia începând în urma unui traumatism și însoțindu-se de dureri) putea să ne facă a ne gândi la o *hygromă*; dar mersul, caracterele anatomice ale tumorii și lipsa de fenomene inflamatorii, erau în contra acestei idei.

Un *Kyst parasitar* părea mai neprobabil încă, cu atât mai mult, cu cât, o a doua înțepătură a dat un rezultat tot negativ.

Natura fibrósă (*fibrom*) a tumorii nu corespundea nici cu mersul, nici cu țaria ei, nici cu prezența durerilor spontanee și provocate.

Puternicele dureri, aderența tumorii de os, mersul repede, ne-au silit să eliminăm prezența unui *lipom*.

Diagnosticul care se potrivea mai bine cu caracterul tumorei era acela al unui *sarcom globo-celular*: vârsta, starea înfloritore a bolnavului, mersul repede, forma lobulată, prezența durerilor acute spontaneu, exagerate prin apăsare, ne-au părut elemente suficiente în favoarea sarcomului.

Operațiunea făcută la 23 Ianuarie 1893, ne-a arătat însă că avem a face cu un *lipom dureros* sub deltoid, implantat prin pediculul său pe periostul humerusului și care, disociând fibrele mușchiului, producea astfel o tumore sub piele.

Procedeu operator. Precauțiunile antiseptice fiind luate, bolnavul a fost adormit cu *Chloroform Schering*, ischemia fiind făcută după procedeu Esmarck.

Am făcut o incizie longitudinală de 10 c. m. pe partea cea mai proeminentă. — Prin buzele plăgei ese un peloton de grăsime, cari disociase fibrele musculare și se prelungea în adâncime.

Cu degetul am circumscris și enucleat tumora, constatând că adera de periost prin un pedicul. În timpul operațiunei, o singură venulă musculară a dat sânge. Sfirșind operațiunea, s'a spălat plaga cu soluție de sublimat 10/00; apoi a fost cusută în trei etage cu fire de cordă, spre a astupa cu totul golul rămas prin ridicarea tumorei. Peste cusături și peste buzele apropiate ale plăgei, s'a trecut repede un tampon înmuiat în soluție fenicată 10/0. După ștergere, s'a făcut pansament uscat cu iodoform și un bandiu circular compresiv.

Examenul tumorei. Grăsimea extirpată se presenta sub forma unei tumori de mărimea unei mandarine, mai mult mole de cât tare, fără capsula fibroasă, totuși bine despărțită de stratul grăsos sub-cutanat.

Cercetarea microscopică ne-a arătat că tumorea se compunea exclusiv din grăsime, Pacientul s'a vindecat repede și nu a mai fost revădit.

A XVIII-a LECȚIUNE

LITHOTRITIA PERINEALA

Domnilor,

Ați vădut că în salonul No. 6, patul No. 42 de la bărbați, se află culcat un copil în etate de 14 ani, anume N. G. Ștefan, originar din comuna Găvanu din Argeș, el ne spune că suferă de vr'o trei ani, noi credem că suferă de mai mult timp. Acest copil în urma unei ridicări de un corp greu, a simțit o durere vie la mijloc și la hypogastru; puțin după acésta, a urinat cu sânge, în timp de patru zile continuu.

De atunci și până la intrarea în spital, a avut dureri violente în perineu, iară după sfârșitul urinării, simțea dureri mari în vesică; urinarea era foarte frecventă și mai cu sémă în timpul nopței, ba încă, în cele din urmă, urinarea era așa de désă că avea incontinență. Către început însă, urina se întrerupea; durerile erau foarte violente în cât băiatul se apuca de penis și îl freca continuu, întindea prepuțul, din care causă se și vede astă-đi un volum disproporțional al vergei și o lungime peste măsură a prepuțului. Cu tóte suferințele, starea generală a pacientului astă-đi este îndestul de mulțumitoare așa în cât a putut suporta operația.

După cum vedeți, acest bolnav a fost operat, pentru a 'l scăpa

de o p \acute{e} tr \acute{a} a \acute{s} e \acute{d} at \acute{a} \acute{i} n vesica urinar \acute{a} . Proced \acute{e} ul operator ce am adoptat \acute{i} n cazul de fa \acute{c} \acute{a} a fost una din opera \acute{t} iile de p \acute{e} tr \acute{a} care nu se practic \acute{a} a \acute{s} a de des. Noi am f \acute{a} cut ac \acute{e} st \acute{a} opera \acute{t} ie de ma \acute{i} multe ori \acute{s} i ma \acute{i} cu s \acute{e} m \acute{a} , at \acute{u} nci o prefer \acute{a} m taliei sub \acute{s} i sus pubien \acute{a} , c \acute{a} nd presupunem c \acute{a} calculul este fragil, pentru a fi sdrobotit cu \acute{i} nlesnire, c \acute{a} nd este angajeat \acute{i} n urethr \acute{a} \acute{s} i c \acute{a} nd bolnavul este emaciat a \acute{s} a \acute{i} n c \acute{a} t grosimea perineului ne permite a ajunge \acute{s} i cu degetul p \acute{a} n \acute{a} \acute{i} n vesic \acute{a} , pentru a o examina cu \acute{i} nlesnire.

\acute{I} n cazul de fa \acute{c} \acute{a} , am constatat din 'nainte c \acute{a} p \acute{e} tra era fragil \acute{a} \acute{s} i c \acute{a} o put \acute{e} m sparge cu \acute{i} nlesnire, ceea ce s'a \acute{s} i adev \acute{e} rit \acute{i} n timpul opera \acute{t} iunei. Volumul petrei era \acute{i} ndestul de mare, cu aproxima \acute{t} ie ca patru centimetre \acute{i} n diametru. \acute{I} n timpul al douilea, am avut mare greutate a introduce gorjeretul *Thomson*, din ca \acute{u} s \acute{a} c \acute{a} calculul era deja angajat \acute{i} n g \acute{a} tul vesice \acute{i} , ceea ce \acute{s} i f \acute{a} cuse c \acute{a} bolnavul avea \acute{i} nconcontinen \acute{t} \acute{a} \acute{s} i a fost \acute{s} i una din indica \acute{t} iiile butoniere \acute{i} perineale. Dup \acute{e} ce s'a l \acute{a} rgit urethra cu gorjeretul, am introdus indicatorul \acute{s} i pe l \acute{a} ng \acute{a} el, o pencet \acute{a} de *Pean*, cu care am spart p \acute{e} tra \acute{s} i am scos'o \acute{i} n buc \acute{a} \acute{t} i mari, parte cu penceta, parte cu degetul, iar \acute{a} f \acute{a} rimiturile mic \acute{i} cu un curent puternic de ap \acute{a} boricat \acute{a} . Dup \acute{e} ce am cur \acute{a} \acute{t} at b \acute{e} șica bine, \acute{s} i a ma \acute{i} \acute{i} ncetat \acute{s} i scurgerea s \acute{a} ngelui, am introdus p \acute{a} n \acute{a} \acute{i} n rezervori \acute{u} o fa \acute{s} \acute{a} de tifon iodoformat, iar partea de sus a plage \acute{i} pele \acute{i} , a fost cusut \acute{a} prin trei puncte de sutur \acute{a} cu cat-gut, ma \acute{i} mult pentru a opri hemorrhagia care, de \acute{s} i nu era de temut, dar \acute{a} era sup \acute{e} r \acute{a} t \acute{o} re. Tot pansamentul s'a \acute{f} inut \acute{i} n loc printr'un bandagi \acute{u} \acute{i} n T.

Bolnavul \acute{i} n destul de bine, ba \acute{i} nc \acute{a} , chiar de a doua \acute{d} i, plaga a fost a \acute{s} a de strimptorat \acute{a} \acute{i} n c \acute{a} t mare parte de urin \acute{a} a trecut prin urethra penien \acute{a} .

Cu 15 \acute{d} ile \acute{i} nainte, practicase \acute{m} aceea \acute{s} i opera \acute{t} ie \acute{i} n ora \acute{s} la un pacient, \acute{i} n etate de peste 75 an \acute{i} ; opera \acute{t} ie f \acute{a} cut \acute{a} pentru a treia or \acute{a} asupra aceluia \acute{s} i pacient. La 1885, pentru prima or \acute{a} am scos un calcul mixt, de 2 cent. diametru; la 1890 a doua or \acute{a} am scos trei calcule uratice ca 1 $\frac{1}{2}$ —2 cent. diametru \acute{s} i acum, pentru a treia or \acute{a} , f \acute{a} c \acute{e} nd opera \acute{t} ia, nu am putut s \acute{a} constat prezen \acute{t} a petrei; am g \acute{a} sit \acute{i} ns \acute{a} la intrarea urethrei \acute{i} n vesic \acute{a} , trei papilome mic \acute{i} , pediculate, pe cari le-am extirpat cu unghia \acute{s} i nu cu greutate. Tot la acest bolnav am g \acute{a} sit c \acute{a} lobul cel st \acute{a} ng al prostate \acute{i} era m \acute{a} rit de volum, \acute{i} ns \acute{a} nu exagerat prea mare.

Opera \acute{t} ia nu a prezentat alt \acute{a} dificultate, afar \acute{a} num \acute{a} i, c \acute{a} exa-

menul cu degetul și cu sonda, a fost foarte prelungit, și făcut de mai multe persoane pentru a ne încredința dacă nu există nici un corp în vesică. După operație bolnavul a fost câte-va zile mai bine, însă suferințele au început din nou cu o intensitate și o frecvență cu mult mai mare ca înainte de operație.

Iată un cas, în care am făcut operația pentru a treia oră la același individ și la care nu am găsit piatră în vesică înainte de operație cu sonda, dară nici la prima dată nu se găsisse, însă, fiind că avea aceleași simptome caracteristice ca în întâia și a doua oră, am crezut a face butoniera.

Resultatul ce ne-a dat butoniera în acest cas nu pare a fi mulțumitor și poate vom fi nevoiți a mai reveni.

Nu scim însă la ce să atribuim acest insucces, căci după examenul prelungit, minuțios și executat atât de mine cât și de alți doi confracți, nu am putut găsi nici alte tumori, nici calcule, afară de o mărire de volum a lobului prostatic stâng, care însă nu era așa de mare în cât să justifice suferințele ulterioare; mai mult, bănuiesc că examenul ne-a înșelat și tot poate să mai fi rămas în vesică sau papelome sau un calcul, pe care noi nu le-am putut găsi; pentru aceea, domnilor, nu avem destule cuvinte a vă recomanda a prelungi mai bine examenul, mai mult pentru a vă încredința pe deplin de starea vesiceii de cât a regreta mai târziu că v'ați pricipitat a termiea operația ¹.

După ce vă vorbiți de bolnavul ce am operat în serviciul nostru și acela ce am operat în oraș, să vedem în ce constă această operație, cum a fost ea recomandată a se face, de cine a fost preconisată întâiu și care este procedeul adoptat de noi?

Acastă operație constă în a face o deschidătură urethrei în perineu, a lărgi partea până la bēșică, a zdrobi piatră, decă este prea mare, a o curăți și a îngriji ca urina să curgă cu inlesnire. Acastă operație trebuie făcută într'o singură ședință, ori-care ar fi volumul și consistența calculului.

Acēsta e o combinație de talie și lithotritie sau *talie lithotriptică*, după cum o numește **Le Fort**.

Dolbeau a recomandat'o ca un procedeu al lui, de unde și operația este cunoscută de mulți ca *operația lui Dolbeau*, pe când *Le Fort*,

1. Bolnavul a sucombat mai târziu și la necropsie am găsit două calcule de volumul unei alune, închise în o îndoitură a vesiceii. **N. A.**

în ultima ediție a tratatului de medicină operatoare a lui **Malgaigne**, ne spune că în analele medicale a găsit că încă de la 1820 **Earle**, în **Englita**, a practicat-o pentru prima oră. Acastă operație se mai cunoște și sub-numele de **butoniera** lui **Thomason**, și acesta, pôte numai pentru că acest chirurg a adus câte-va îmbunătățiri procedeului operator și instrumentelor de cari ne servim.

Sunt câte-va motive anatomice notabile, cari aũ îndemnat pe chirurgi a prefera acastă operație taliei, fie sub, fie sus-pubienă sau lipthotritiei simple.

Dispoziția anatomică a organelor coprinse în perineu și a funcțiunilor fiziologice, aũ făcut și pe **Dolbeau** ca să o preconisese ca o operație mai puțin periculoasă ca talia perineului sau sus-pubienă.

Ast-fel, cu tôte că deschidătura trebuie să fie indestul de largă, totuși nu se taie nici vene, nici arterii importante și prin urmare nu avem a ne teme de hemorrhagie.

Gutul vesiceei se pôte lãrgi indestul de mult, așa în cât să permită trecerea de instrumente și scõtorea de calcule indestul de voluminoase, tãrã să fie întru nimic vãtãmãtor în urmã pentru bolnav.

Pentru noi, una din indicațiunile de căpetenie, și am putea-omuni singura, în starea actuală a sciinței, nu ar fi de cât prezența calcululii în urethrã sau cel mai puțin înțepenirea lui în gutul vesiceei, proeminãnd în porția vesicală a urethrei.

Pentru a evita rãnirea unor vase, deși de puținã importanță, se recomandã a se deschide urethra în 'napoi de bulb, lucru care, de și nu presintã mare greutate, nu pôte fi tot-d'auna cu puțință și care nu ar presenta nici o gravitate, dacã s'ar face chiar în porția bulbului. Ca să putem face acastă deschidăturã, așa cum recomandã autorii, trebuie să începem tãetura cu cinci milimetre de la marginea analã și s'o prelungim în sus pe perineu, urmãnd linia medianã, în lungime de trei sau patru centimetre.

Al douilea timp al operației, se face introducând pe cateterul canalat un dilatator, care, dupã ce pãtrunde în beșicã, să i se depãrteze ramurile lui și să'l scõtã afarã mai gros. (Veđi dilatatorele: **Dolbeau**, **Guyon**, **Robert-Colin**, **Trélat**, **Mathieu**, etc.) Vom vedea în procedeu nostru, dacã mai este trebuință a ne servi de aceste dilatatore sau a ne mulțumi numai de dilatatorele **Hegard** sau chiar numai de degetul nostru, condus pe gorjeret.

Manualul operater consistã în cinci timpï:

1. Deschiderea urethrei; 2. Introducerea gorjeretului; 3. Introducerea dilatatorilor; 4. Spargerea petrei; 5. Curățirea vesicii.

Mai 'nainte de a procedea la operație, trebuie a prepara bolnavul, său mai bine a face toaleta, după cum o numim in limbagiul antiseptic; a'î da bolnavului o baie săpunată și cu sublimat; a desinfecta regiunea perineală și a rade pèrul. Bolnavul se va așeđa pe masă, ca pentru talia perineală.

Sonda *noastră*, reprezentată prin fig. No. 1, se introduce în vesică și să face spëlatura cu apă boricată $5\frac{1}{10}$; după acêsta, se dă bolnavului să respire chloroform, conform cu regulele prescrise de tehnica chloroformisărei. După unii, mânila se lègă la glezna piciòrelor, noi însă am găsit inutil acêsta, căci și mânila și piciòrela se pot ține de ajutore.

Pe când bolnavul este complet chloroformizat, să începe tăetura cu cincî milimetre de la marginea anală și să prelungesce în sus pe linia mediană. După unii, acêstă tăetură trebuie să aibă o lungime de douè centimetre, noi însă credem că este prea mică și putem merge chiar până la cincî centimetre, fără nici un inconvenient. Să taie pelea și țesătura celulósă, până ce se simte bine sghèbul sondeî, în care se fixéză urethra cu unghia indicatorului stâng (aci este necesar ca chirurgul să aibă unghia lungă, contra preceptelor antiseptice); pe unghie să dirige vârful bisturiului, până ce se opresce în sghèb și se face o tăetură lungă ca de un centimetru (unii đic de 5—6 milimetre). Toți autorii recomandă, ca o dată ce urethra este deschisă, să se introducă pe sghèbul catheterului un dilatator orî-care ar fi. Aci mi s'a pă-



Fig. 1.

Sonda Severeanu

rut a adopta modificarea făcută de **Thomsson**, adică a introduce, cu ajutorul catheterului, un gorjeret cu vârful, până în vesică și numai după ce am introdus acest instrument, pe concavitatea lui să introducem și dilatatorul *Hegard*, pe rând până la No. 20, iar după acêsta se scòte gorjeretul și se introduce degetul indicator, fie de la mâna stângă, fie cel de la drèpta, după îndemânarea chirurgului și, după ce se găsește pètra, să se introducă pe lângă deget; fie pen-

ceta de pansament. fie o pencetă lungă de *Pean*, cu care să se apuce calculul și să se scotă de a dreptul, decât nu este prea voluminos sau a' l sparge, decât este mare și fragil, sau se introduce, fără a fi condusă de deget o *tenetă*. Decă pétra este prea tare, se întrebunțéză cleștele lui *Dolbeau*, ca cele mai practice și mai ușure de introdus.

Lithoclastul lui *Maisonneuve*, de și foarte puternic, nu se mai întrebunțéză, pentru că este anevoie de introdus și greu de manipulat și de a prinde pétra cu el. O singură dată am simțit trebuința a usa de cleștele lui *Dolbeau*, într'un cas în care calculul era foarte voluminos și compus de urate; prin urmare, foarte tare, din care cauză și cleștele s'a stricat, cea ce m'a făcut să comandez la casa *Mariaud* în Paris, a'mi fabrica un clește asemenea, însă cu mult mai puternic, pentru când s'ar mai întempla casuri ca acela în care ni s'a stricat cleștele.

După ce se sparge pétra, se introduce o sondă grósă în vesică, fie móle, fie metalică și prin ea se trece un curent puternic de apă boricată 50/c, ca să se gonescă toate spărturile; iar acelea care nu ese singure, să se scotă cu penceta, culingura sau chiar cu degetul, iar cele mai mari se sparg din nou. De mai multe ori se va introduce degetul și se va examina peretele vesiceii în totă întinderea lui, spre a nu mai rămâne nici un corp strein. După curățirea complectă a vesiceii unii recomandă a se așeza în vesică o sondă metalică, fixată prin un tampon, iar *Guyon* recomandă o sondă, sau mai bine un aparat, care, are către căpăteliul vesical o beșică elastică, ce se póte umfla cu aer și care să astupe urethra și să fixeze sonda în vesică, întocmai ca în talia perineală.

Aceste sonde au avantajul de a împedica scurgerea urinei prin plagă (dacă este posibil), și comprimând, opresc curgerea de sânge, însă, aceste sonde au un mare inconvenient, căci iriteză vesica și produc incomodare și mari dureri bolnavului; pentru aceia noi am renunțat de mult la aceste sonde și ne mulțumim a face un pansament extern, sau cel mai mult, a introduce tifon uns cu vaselină idoformată; acesta, pe de o parte servește de dren pentru a curge urina, iar pe de altă parte ca un mijloc hemostatic.

Resultatele ce am obținut prin această incizie, au fost cu mult superioare aceloră ce ne a dat talia hypogastrică și mai cu sémă talia perineală, de aceia și noi, ori de câte ori avem a face cu un bolnav emaciat, la care bănuim o pétră mică și fragilă, așezată în gâtul vesiceii sau călută în urethra, preferăm a face butoniera în loc de talie.

A XIX-a LECȚIUNE

DESPRE DIAGNOSTIC ÎN CASURI DE PEATRA ÎN VESICA URINARA

Domnilor,

După cercetările lui *Martin*, de la *Iena*, calcule se pot găsi la copii mici, chiar și atunci când sunt încă în uter. Acest chirurg a găsit rinichi copiilor, îndopați cu seruri calcare în tuburile lui *Malpighi*. Nici o etate nu este prin urmare scutită de formarea calculelor.

Bărbații sunt mai des expuși la formarea de piatră urinară ca femeile.

Locuitorii din unele regiuni, sunt mai predispuși ca alții, din alte regiuni și acei din locurile petroase, mai mult ca cei din câmpii; apa de băut este una din cauzele cele mai frecvente de a produce calcule. *La noi, locuitorii din spre munte, ne dau un contingent mai mare de cât cei despre Dunăre.*

Bulgaria, țară prin eselență muntoasă, cu apă de băut foarte caldă, ne a procurat ocazia a opera cel mai mare număr de calculoși. Se mai notează că starea de miserie, înlesnesce formarea de piatră la copii, pe când bătrânii, cari trăesc mai bine, sunt mai mult expuși.

Viața sedentară, oprirea desă a urinei, din cauza stricturilor sau a hipertrofiiei prostatei, este asemenea o cauză care provocă formarea petrilor. Corpii streini, veniți de afară, înlesnesc formarea petrilor. Avem naintea noastră trei exemplare; unul reprezentat prin două calcule

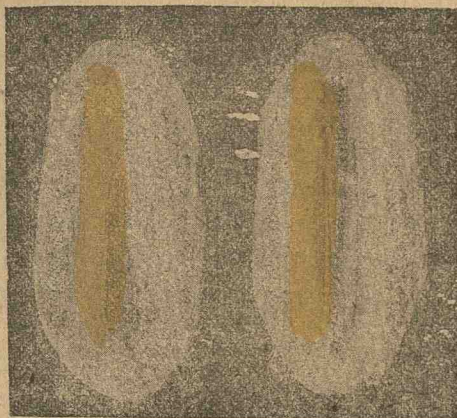


Fig. 1. Calcul format pe o bucată de trestie

când a tras'o, una din bucăți a ramas în năuntru; peste șese luni a fost operat prin talia perineală de la care am seos aceste două pietre, după cum ne arată Figurile 1 și 2, al căror punct de plecare a fost bucățile de trestie.



Fig. 2. Calcul format pe o bucată de trestie.

s'au petrecut lucrurile: Bolnavul original dintr'un sat de lângă Târgoviște, suferă de două ani; cam optus la inteligență, nu ne pôte da nici un indiciu pozitiv asupra cauzei bolii sale, prin urmare, este cu greu a ne putea explica mecanismul cum s'au putut introduce până în vesică nisce semințe de dovlec. Iată ce presupune el: „Sunt, țice bolnavul, două ani, de când mă aflam cu un tovarăș a îngriji un cazan la fabricarea de țuică, acolo, noi avem obi-

formate înprejurul unor țevi de trestie ce 'și-a introdus'o bolnavul, cu scop de a'și scôte urina. Este vorba de un agricultor din comuna *Ghi-ghiu*; el suferea de mult, pentru că nu putea să urineze, din cauza unei hipertrofii a prostatei, și pentru acesta 'și a fabricat o sondă din crâmpene de trestie, pe care a reușit a o introduce până în vesică și

Bolnavul s'a vindecat și nu am mai avut nici o știință despre el.

Al doilea exemplar, compus asemenea din două calcule de mărimea oălor de porumbel, al căror punct de cristalizare a fost câte o semință de dovlec fig. 3. Iată cum

ceiul de a arunca în foc dovleci, ca să potolim focul, când era prea mare, pentru a nu strica rachiul, cu această ocazie mâncam și noi semințele cöpte. Imi aduc aminte că într'o seră, tovarășul meu mi-a dat mult rachiu să beau, m'am îmbătat și numai știu ce s'a făcut cu mine“.

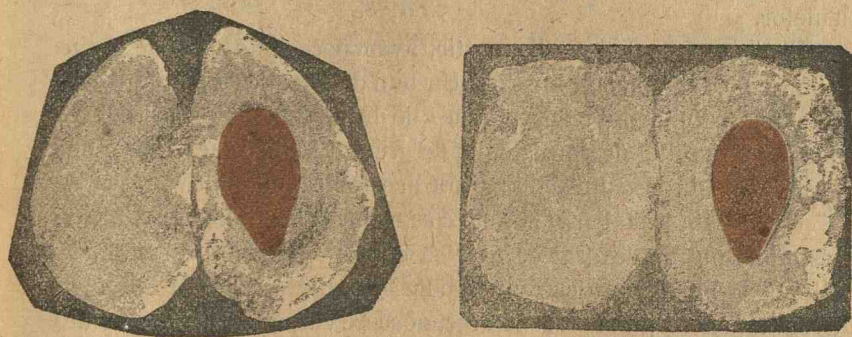


Fig. 3. Calcul format pe sėmințã de dovleac.

S'ar fi încercat el a ridiculiza pe companionul sėu ? posibil este, însă cu greu de înțeles, cum a putut el împinge semințele până în vesică. Dacă ar fi fost vorba de o femeie, lucrul este mai lesne de explicat; cu tóte acestea, ne putând da o explicație mai sigură, suntem siliți a admite și pe acesta.

Al treilea exemplu. — Este vorba de o copilă mică, anevoie de examinat, care suferea din partea udului și care ne-a fost adusă de unul din elevii noștri. *D. Doctor Cădeanu.* Am chloroformisat această



Fig. 4. Calcul format pe un ac de cap.

copilă și cu sonda am constatat în visică un corp strein, fix și lungă-reț. Am dilatat urethra, am făcut chiar două tăeturi laterale, am intrat cu degetul și m'am încredințat că avem a face cu un ac de cap, fig. 4, dintre cele lungi și așezat în poziție diagonală în sensul antero-lateral, proptindu-se de partea dreaptă a pubisului și către partea posterioară și stângă a fundului vesiceii. Am avut mare greutate a'l scóte prin urethra. Copila s'a vindecat foarte repede.

Iată trei casuri pe care am avut ocașie a le opera, la care înce-

putul calculilor aũ fost corp̃i streiñi, introduși cu diferite scopuri. Literatura medicală posedă multe casuri, în cari corp̃i de diferite naturi și forme, veniți de afară, aũ fost punctul de plecare al calculelor. Adesea, cheagurile de sânge și mucositățile vesicale, constituie simburii calculelor.

Pentru a face un bun diagnostic, avem necesitate de două ordine de cunoștințe; *raționale* și *sensitive*. Un bun diagnostic de pãtră, trebuie să ne pună în cunoștința de volumul, de numărul, de forma externă a calcului, de gradul de consistență, de greutatea lui; dacã este mobil în vesicã sau nu, precum și de natura acestor calcule, etc.

Cea ce am arãtat mai sus, dẽcã se raportă la etiologia calculelor, nu este mai puțin adevãrat cã acestea sunt și elemente, de și într'un grad mai secundar, dară care nu trebuie neglijate, când presupunem cã avem a face cu un calculos. În recunoscerea unui calcul, avem multe semne, mai mult sau mai puțin probabile, însă sunt puține sau prea puține sigure.

Intocmai ca într'o graviditate, cum simptomele de probabilitate nu pot asigura prezența unui fetus, până ce nu se aud bătãile cordului fetal, tot ast-fel și într'un cas în care bănuim un calcul, nu putem spune cu siguranță cã avem în fața nãstră un calculos, până ce nu simțim calculul. Tot asemenea, când existã numai simptome de probabilitate nu trebuie să afirmãm cã nu este pãtră, dacã noi nu o gãsим cu sonda.

Un pãtimaș cu calcul în vesicã, simte de obicei în cavitatea basinului dureri, cari, câte o datã, sunt fãrte violente. Aceste dureri se întind până la extremitatea penisului, la fosa naviculară sau la orificiul urethrei, dând loc la mãnãcãrime permanentă și supãrãtore. Unii bolnavi, și mai cu sãmã copii, frẽcã și întind mereu prepușul, ca să se ușureze de dureri; la ei se observã și o lungime a tegumentelor; ba chiar penisul întreg să măreșce prin întinderi repetate.

Când bolnavii fac sãrituri sau calcã în sec, cum se dize, când umblã cãlãri, când merg într'o trãsurã fãrã arcuri; simt, unii mai mult, alții mai puține dureri. Urina lor este în genere turbure și chiar amestecată cu sânge. Ei pișe fãrte des, cursul urinei se întrerupe; pentru a reincepe din nou, sau de sine, sau fãcẽnd bolnavul o mișcare ore-care, dupẽ cum schimbã și pãtra de loc. Am vãduț un cãlugãr care avea un calcul considerabil, care 'și pornea urinul, culcându-se pe spate și trãntind ședutul de mai multe ori de pãmint. Alți bolnavi pișe mai bine în piciore, alții stând pe genuchii sau în patru piciore, sau culcați

pe lături sau pe pânze. Acesta negreșit că depandă după cum se dislocază pétra. Nu este mai puțin adevărat, că sunt bolnavi calculoși, cari nu au nici o împedicare în urinare. Afară de acestea, bolnavii cu calcule simt o greutate în ședut. S'au citat casuri în care, chiar bolnavii pot să 'și simtă pétra cu degetul.

După mai multă vreme de suferințe, vin semne serioase din partea vesiceii.

Acest rezervoriu se inflamază, devine dureros, urinul se turbură, se constată prezența globulelor de puroiu, urinul ia un miros amoniacal, puturos; bolnavii slăbesc mereu, au febră continuă, n'au apetit, adesea nu dorm mai mult timp, incomodați fiind de dureri și de frecvențele trebuințe de a urina.

După cum am șis, toate aceste simptome ne servesc la facerea diagnosei, dară nici unul din ele, luat separat, nu are o valoare absolută; chiar mai multe reunite, nu sunt suficiente, pentru a ne decide să practicăm operația de pétră, până ce nu vom constata prin catheterul metalic prezența petrei, căci, toate cele-l'alte simptome, sunt numai semne de probabilitate.

Pentru a practica catheterismul cu eficacitate, trebuie a așeza pe bolnav în decubitul dorsal, capul pe o perină mică, ședutul mai ridicat, chiar pe o perină, còpsele înduoite pe lighean, gamba pe còpse, călcâiul unuia din picioare în excavația plantară a celui alt, genuchii puțin depărtați. Pacientul culcat pe marginea stângă a patului, iar operatorul așezat în stânga bolnavului, afară de cazul când este ambi-dextru. Sonda întrebuițată pòte fi aceea a lui *Mayor* sau *Amussat*, adică în formă de S alfabetic, sau sonda ordinară de trusă, recomandată de *J. L. Petit*; sonda articulată a lui *Leroy d' Etiolle*, sau sonda lui *Mércier*, cu curbura foarte mică, pentru a putea examina partea vesiceii imediat de desubtul orificiului posterior al urethrei. O dată ce sonda este introdusă, trebuie să o plimbăm pe totă suprafața internă a vesiceii. Dacă nu se dá de calcul, atunci, pe lângă că se dau sondei diferite poziții, trebuie în acelaș timp și bolnavul să schimbe poziția; să se ridice basinel bolnavului, pentru a se ridica și fundul vesiceii; se va introduce unu sau două degete în rect la bărbat sau în vagin la femeie, pentru a ridica în sus partea posterioară și inferioară a vesiceii. În acest timp se dá drumul să curgă urina, pentru ca pétra să fie adusă de pereții vesiceii către sondă. Atunci chirurgul simte că lovesce cu instrumentul un corp tare, care pòte rămânea fix sau să fugă din naintea sondei și se

póte chiar aúdi un sunet caracteristic, care este, cu atáta mái sonor, cu cât calculul este mái tare, *uratic* saú *oxalatic*. Acest sunet se póte aúdi la o distanță mái mare, dacá ne servim de un aparat de márire a sgomotelor, cum sunt acele sonde construite cu *microfon*, precum este și sonda cu rezonanță a lui *Guyon*. Unii chirurghi aú aplicat chiar stetoscopul; iar *Amussat*, pentru a face sgomotul mái bine aúdit, a propus a injecta aer în vesică. Acest procedeu este defectuos; noi credem că tactul este mái presus chiar și de cât aúdul și prin urmare, de vreme ce simțim prezența calculului, aúdul póte fi considerat ca un lux, însă ca un miđloc mái convingător. Unde nu simțim, cred că este inutil a asculta, dară acésta nu strică. Sunt unele casuri, când întâlnim cu sonda o rezistență, care câte odată și mái cu sémă la cei fără experiență, să fie luatá drept un calcul; cum se întemplá în stricături, în tumoréle prostatei saú ale mucósei vesicale, colónele vesiceí saú chiar unele orí tumorile peri-vesicale; un uter márit de volum, în anti flexie saú în anti versie; tumoréle óselor, ale rectului până și chiar grámădirea de materii fecale în rect, aú putut induce în eróre pe chirurghi.

Prin urmare, cu cât catheterismul este un bun miđloc pentru a ne încredința de existența unui calcul, tot el ne póte induce în eróre, când nu avem în vedere tóte elementele necesare. Sunt și alte casuri în cari, cu tóte că calculul existá, să putem simți prezența unei tumorí, însă să nu avem adevérata senzație de pétră *solidă*.

Mái multe exemple cred că ar fi îndestul a ne face să înțelegem, că sunt casuri în care un singur examen nu este suficient, ci trebuie să îndouim atențiunea, să repetám cercetările și chiar sub anesthesia chloformică, dacá bolnavul nu póte suporta cateterul saú prea este fricos. Iată un cas:

D. V. P., om în etate înaintată (65 ani), suferea de mult timp de dificultate de urinare, urinul turbure și dese dorințe de a urina.

Se cautá cu diferiți medici; se considerá bóla ca o cystită simplá; se fac spélături, instilații de nitrat de argint; ia mult timp apele alcaline; se face catheterismul de mái multe orí, cu scop de a descoperi cauza și mái cu sémă în vederea unui corp stréin; nu se găsesce nimic care să indice prezența unui calcul; se cónsultá specialistul, profesorul *Guyon*, și examenul este tot negativ; pentru *Guyon* este *positiv* că nu era calcul. Tóte tratamentele nu aú adus nici o ameliorație. Bolnavul consimte a face examenul vesiceí sub chlorofom. Dupé

puține tentative am simțit, pentru prima oră, pe peretele posterior al vesiceî, aprópe de fundul de sus, o inegalitate tare, tãria însă era mascată prin un strat mólce, ce se interpunea între sonda nóstră și corpul tare.

Volumul tumoreî s'a apreciat a fi între 5—6 centimetre diametru, suprafața pãrea a fi netedă. Am conchis, prin urmare, la prezența unei tumore care, cu multă probabilitate, era formată de un calcul acoperit cu îndoiturile mucósei vesicale. (Calcul anchatoné). Bolnavul, cu tóte acestea fricos, și încurajat și de némurile lui, a dorit a fi operat de profesorul *Guyon* și ne-a cerut a-l recomanda; am scris lucrurile așa cum le-am constatat și *D. Guyon*, făcând acelaș examen a constatat acelaș lucru și 'l-a operat prin spargerea pietrei și scóterea fãrãmiturilor.

Catheterismul, cu tóte că este mijlocul cel mãi sigur pentru a constata existența unui corp stréin în vesică, póte câte odată, să nu dea nici un rezultat pozitiv. Iată mãi multe exemple în care aũ existat chiar mãi multe calculule în aceeași vesică, saũ a fost un calcul fórte voluminos, fãră ca sonda să le întâlnească.

Exemplu: D. Tirm... Magister în chirurgie, suferă mult timp din partea udului; se caută aici cu cei mãi cunoscuți medici aĩ timpului de atunci (în mine nu avea încredere), nimeni nu găsește calculul, se duce la Wiena, consultă pe profesorele *Ditel*, o somitate în maladiile cãilor urinare. Acest profesor nu găsește calculul, și la insistențele bolnavului, răspunde prin insulte, ȓicându-i că póte în *creer* să aibă calcul, iar în vesică nu, atãta era el de sigur de examenul ce făcuse.

Bolnavul se întórce în țară, desperat de suferințe și, convertit numai de amicul meũ, professorele *Z. Petrescu*, se decide a fi vȓduț și de mine. La prima introducere a unei sonde de metal, am întâlnit calculul, cãre era îndestul de tare și pãrea a avea cincî centimetre în diametru. Dacă a'l examina nu avea încredere în mine, cu atât mãi mult a'l opera și prin urmare a plecat din noũ la Wiena, unde a fost operat de *Iwancicũ*, un alt specialist renumit.

Alt exemplu: Un magistrat cu vază *D. A. F.* suferea de mãi mulți ani din partea udului, se căuta cu diferiți și bunî medici, a fost chiar la Wiena, Paris, Contrexeville; era amenințat a peri înainte de a fi dat cineva de calcul. Numãi la disperare a recurs și la noi, 'l am examinat de mãi multe ori, nu am găsit calculul, cu tóte acestea

presupunere era. Am propus a face o butonieră perineală. Pacientul fiind *forte* emaciat iar sub-chloroform, în prima mișcare ce am făcut catheterului canelat ca să îl pun în poziție verticală, am dat de calcul, am tăiat urethra, am dilatat, am intrat cu degetul și am găsit un calcul uratic de mărimea unei nuci mici, cam turtit în sensul unuia din diametrele sale.

Un alt exemplu: Marele nostru om de stat, *M. Kogălniceanu*, suferea de peste 20 ani de urinare, fusese operat de zece ori, de diferiți specialiști, urina caracteristică, chiar mici calcule făcea pe urethra. Am făcut mult timp catheterismul, cu toate formele de sonde, în toate pozițiile, în stare de plenitudine și golicione a vesiceii, având și totă buna voință a unui bolnav inteligent. Peste 100 ori am intrat cu sonda și cu toate acestea nu am avut nici o senzație de existența petrei. Mergând în tren, după un voiajiu de peste 24 ore, suferindul Kogălniceanu, mi spune că a simțit schimbarea din loc a calculului și mi dicea el „acuma ai să găsești peatra mea, căci s'a pus aproape de canal.“ Ajungând la Paris, eel d'întăiu examen ce i l'a făcut profesorul *Guyon*, cu o sondă de *gomă*, întâiu calculul l a întâlnit. La facerea operației, *lithotritia*, operatorul a găsit că repozatul Kogălniceanu avea *trei petri*, de un diametru între 4 și 6 centimetre și cu toate acestea, eu, cu totă atențiunea și stăruința ce pusesem, nu găsisem nici una.

Un alt exemplu, cu total recent, este acela al bolnavului aflat în serviciu, acel israelit, așezat pe patul 32 din Camera No. 4 și care nu a avut curagiul a se opera, până ce nu a întrebat pe *Rabinul din Buhuși*. Om voinic, forte, mai mult gras; care suferă de mult timp de dureri și dificultate de urinare, cu dorințe frecvente de a urina. El a fost în serviciu în luna August trecut și, după examenul vesical făcut de *D. Dr. Goilar*, a constatat prezența calculului. La propunerea de operație, bolnavul a părăsit spitalul. Acuma revine din nou, grație încuragerei dată de Rabin și la examenele repetate ale noastre, am constatat că prostata făcea o tumoră pronunțată pe linia mediană iar calculul nu s'a putut găsi.

Cu toate că nu am găsit calcule; având însă certitudinea dată de *D. Goilar*, am procedat a face talia hypogastrică, chiar cu riscul de a nu găsi calcule, dară cu speranța de a ușura pe bolnav; am făcut talia transversală și îndată ce am intrat cu degetul, pe lângă proeminența, destul de mare ce o forma prostata, am întâlnit o mulțime

de calcule, mici, rotunde, care erau mobile în cavitate. Am scos 21 petri mici, de la mărimea unei alune mișlocii până la aceia unui bob de mazăre.

Iată exemple în care, nici chiar catherismul cel mai atențios și repetat, nu ne-a descoperit prezența calculelor. În știință există multe cazuri de talie, făcute cu credință că se presupunea un calcul și cu toate acestea, în vesică nu s'a găsit calculul. Pentru aceea, și operatorii cei vechi și *nalbantii* orientului, tot-d'a-una se preparau mai din 'nainte de câte o piatră în buzunar, fie un calcul anterior, fie o piatră luată din gârlă, pe care, după operație, o arătau bolnavului ca să 'l încredințeze despre rezultatul satisfăcător al operației, făcută cu dibăcie. Nu mi s'a întâmplat însă nici o dată, să fac operația cu credință de a găsi piatra și la urmă să avem decepțiunea omului convins. Am făcut însă talia perineală, butoniera lui *Tomsom*, sau talia hypogastrică, cu îndoit scop; a extrage corpul strein, dacă ar exista, sau a produce o ușurare a suferințelor bolnavului.

De și autorii recomandă cu tot dinadinsul a se preciza volumul calculului, arătând că de la acesta atâră și procedeul operator; totuși, noi, de mult timp am încetat a mai pune vre-o bază pe acest mijloc, pentru a alege procedeul operator. Pentru noi, ni se pare astă-zi, că pentru cea mai mare parte a operatorilor, a căuta să se precizeze diametrele calculului, este a obosi mai mult vesica și a tortura pe bolnav, fără a trage din acesta vre-un mare folos, de vreme ce mai toți chirurșii astă-zi, sunt de părere că talia abdominală este cea mai sigură și mai inofensivă.

Mărimea petrilor este foarte variabilă, începând de la aceia a unui bob de mazăre până chiar la volumul a două pumni. Greutatea lor cea mai comună este între 4—125 grame, cu toate acestea, sunt exemple în știință, de calcule cu o greutate foarte mare: ast-fel *Fr. Côme* a scos o piatră de 210 grame. *Jean Collet* 270. Un alt calcul a avut 1050 gr. *Earle* nu a putut termina operația, căci calculul era așa de mare în cât cântărea 1320 grame. *Deschamps*, vorbește de o piatră de 1550 gr. având o circumferență de o lungime de picior. *Morand*, poseda un calcul de 3010 gr. Intre calculele ce am operat, am găsit calcule până la 300 gr. Câte-va exemplare din calculele ce am scos le avem în muzeul nostru și din cari vă puteți încredința de forma, volumul, numărul, gradul de consistență și greutatea lor.

În general, se găsește un singur calcul, două, trei, cum este în

fig. 5. Asemenea exemple sunt adesea frecvente, mai mult de atâta sunt cazuri foarte rari. Cel mai mare număr de calcule, ce am găsit până astăzi a fost în cazul de față, 21.

Știința posedă exemple de calcule foarte numeroase, între care vom pomeni pe cele mai rari: *Portal* vorbește de cele 55 calcule găsite în

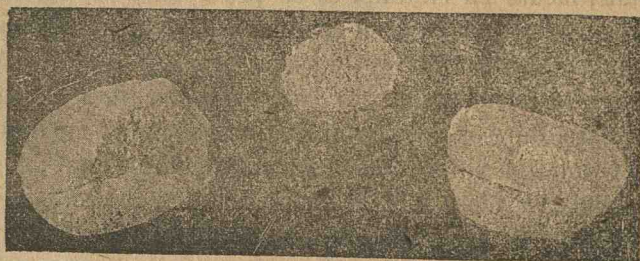


Fig. 5. Calcule multiple.

vesica naturalistului Buffon, 183 scose de Roux; *Dupuytren* a găsit 200 la un adult, *Ribes* 300, *Murat* 678. Prin sondă se poate constata că sunt mai multe calcule, dar nici o dată nu se poate determina cu siguranță numărul lor. Compoziția chimică a calculelor este foarte variată. Un calcul, de la centru până la periferie, poate schimba compoziția lui, așa: un sâmbure uratic se poate acoperi cu o cămașă fosfatică, și vice-versa.

Materiile din care se compun calculele sunt diferite. Chimistul *Gmelin* a găsit până la trei-deci și unu de elemente, în compoziția calculelor (*Dolbeau: Traité de la Pierre*, Paris 1864).

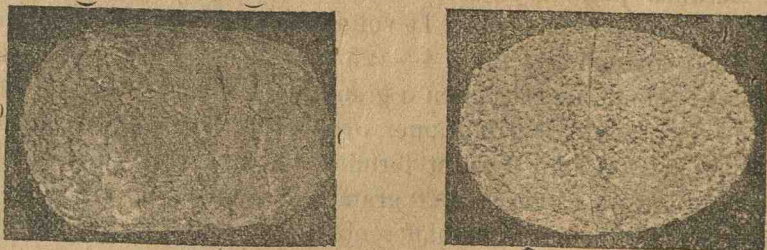


Fig. 6. Calcule auratic

Petrile compuse de acid uric, sunt în genere rotunde sau ovoide cum se vede în figurile 6 și 7, și gălbuie, suprafața cam cu umflături, însă netede. Cele de urat de amoniac, bat în cenușiu; cele de oxa-

lat de calce sunt roșii spre negricios, stratele lor sunt ondulate, pe suprafață au ridicături, dintre care unele foarte ascuțite, acestea constituie adevărata formă de *mure*. Calculul pe care-l avem reprezentat



Fig. 7. Calcul uratic.

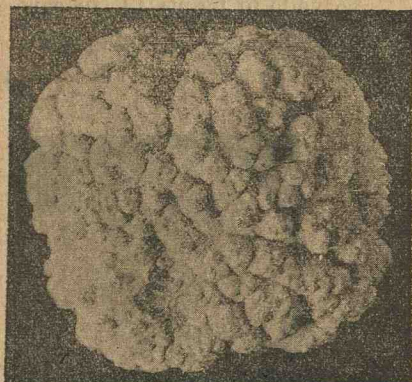


Fig. 8. Calcul oxalitic (muriform)

prin figura 8, este un exemplar dintre cele mai caracteristice de calcul oxalatic.

Acest calcul l'am scos de la un bulgar, adult, în anul 1868 prin talie perineală. Petrile fosfatice sunt netede la suprafață, straturile lor se țin slab între ele, sunt regulate și concentrice. Oxidul cistic formeză calcule de o masă confuză cristalizată. Celle de Phos-

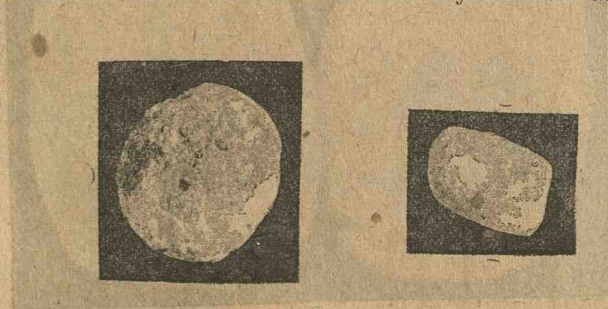


Fig. 9. Calcul phosphato-magnesian.

phato-amoniaco-magnesiene, amestecate cu fosfat de calce, sunt albe cristaline, puțin transparente fig. 9, iar acelea, în care este predominanța cristalelor de mucină, au formă rotundă și cristalele sunt

cuburi neregulate și lipite unele lângă altele, având o culoare albă, după cum se vede în fig. 10.

Altă dată structura unui calcul poate fi mixtă; simburile să fie format de o sare și stratele superficiale sau coaja de altă sare, după cum se vede în figura 11, în care simburile este format de săruri uractice iar straturile superficiale, compuse din săruri fosfatice.

Consistența: Consistența calculului vesical este foarte diferită; cele phosphato-ammoniaco-magnesiene, sunt foarte friabile; cele oxalato-calcare sau siliciose, sunt cele mai tari, ele au un sunet foarte pronunțat și sec, pe când cele puțin consistente dau un sunet obscur.



Forma. Calcululele pot lua toate formele, însă în majoritate, sunt de formă ovoidă, câte odată rotunde, sferice, turtite, cu suprafața articulară, când sunt mai multe, sau cu mamelone, după cum se angajează sau nu în urethra sau în uretere după cum se vede în figura 7.

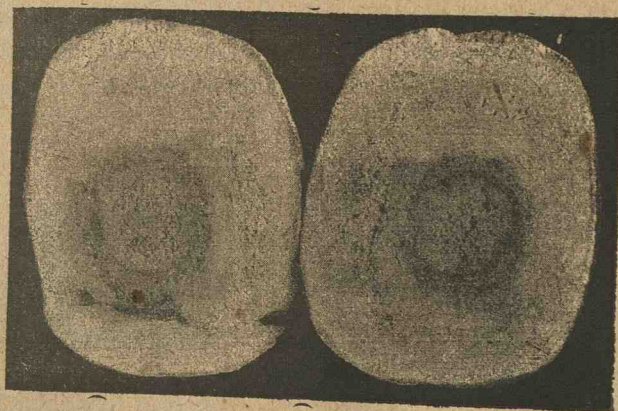


Fig. 11. Calcul mixt.

Mobilitatea. Ele sunt mobile și se pot găsi cu sonda, când într-o parte când într'alta a vesicii.

Fixitatea. Acesta poate fi produsă prin volumul cel mare al cal-

culului, care umple vesica, prin desvoltarea calculului, într'un fel de diverticul a mucoasei, care ese afară printre mănunchiurile membranei

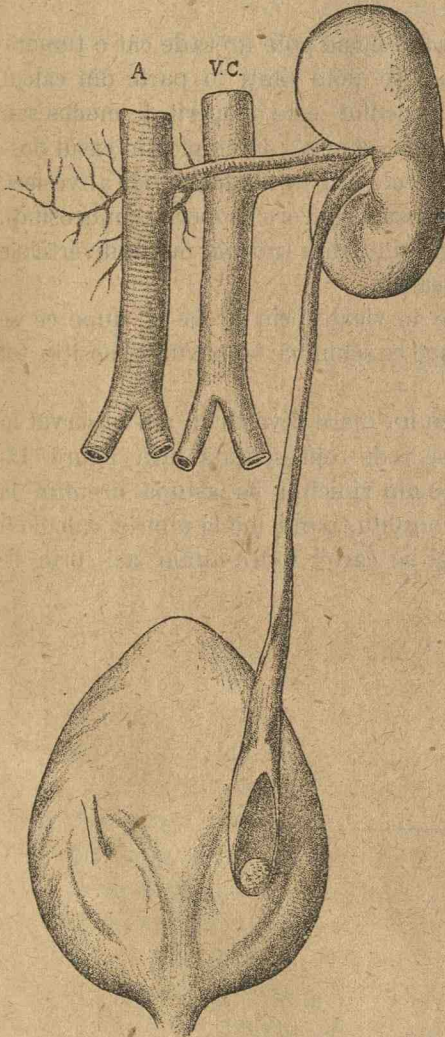


Fig. 11. Rinichiu unic, iar calculul a astupat partea de jos a uretrului. Văduti pe la partea posterioară.

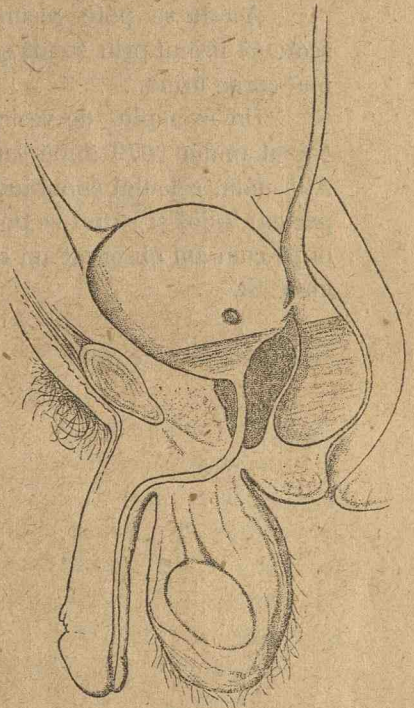


Fig. 13. Reprezintă diverticulul vesicii.

musculare (vesica cu colone) și se numesc (calculs anchatonés). In unele împrejurări, diagnosa poate fi nesigură cum a fost și în ob-

servația (D. V. P.) său în alte cazuri, *fórtē rarī*, fie că calculul s'a coborît din uretere și, în loc să cadă în vesică, a pătruns între tunicile vesiceī, sau că incistarea se produce în urma închiderei calculului între indoiturile mucosei.

În cazul d'intîi, catheterismul nu ne pôte arêta de cât o tumoră a peretelui, iar în cazul din urmă, se pôte simți o parte din calcul fără a 'l putea disloca, iar dacă calculul este acoperit de mucus său de sânge, nu se pôte simți cu sonda, cum s'a întîmplat în cazul nostru la un copil, unde unul din calcule era în fundul de jos al vesiceī, iar al doilea fixat pe peretele antero-superior era acoperit cu mucoșităși.

Vesica pôte câte odată să presinte unu său mai multe diverticule care să simuleze preșența unui calcul.

Acêsta se pôte recunósce în vieași prin aceia că după ce se scóte *tot* urinul prin sondă și după ce schimbă bolnavul de poziție, tot mai curge urină.

Un exemplu de vesică, cu un mare diverticul, am observat în cursul anului 1879 după cum se vede reprezentată prin figura 12. Altă dată, calculul coborându-se din rinichiū se astupă ureterul la partea de jos și să nu se pótă constata, dând loc la anurie calculósă după cum am observat un cas și pe care'l represintăm aci prin figura 13.

A XX-a LECȚIUNE

DESPRE CATHETERISM

Domnilor,

Pentru a putea face cu înlesnire examenul canalului urethral, avem nevoie de a cunoșce bine anatomia lui.

Anatomia urethrei. — Autori dintre cei mai renumiți, s'aū ocupat a determina dimensiunile, structura și direcțiunea acestui canal; astfel, la om ei aū dat următoarele date științifice. Este de remarcat numai, cum acești autori nu aū putut cădea de acord, cel puțin cu o mică diferență. Nu ne putem explica, prin ce împrejurări a putut rezulta o diferență așa de mare, între cercetările unora și celor-l'alți. Mai la început se evalua lungimea mijlocie a urethrei între 0^m,28 și 0^m,30; Autori ca *Watyely*, *Ducamp*, *Amussat*, *Segalas* și *Lallemand*, aū recunoscut urethrei o lungime mijlocie între 0^m,21 și 0^m,24; *Lisfranc* îi dă 0^m,25—0^m,28; *J. Cloquet* 0^m,25—0^m,31; *Meckel*, 0^m,22; *Cruveilhier* între 0^m,22—0^m,25; *Velpeau* și *Malgaigne* 0^m,14—0^m,17; iar *Sedillot* și *Legouest*, aū arătat o lungime medie de 0^m,14 centimetre.

Tot aceiași neînțelegere observăm și în privința fie-cării porțiuni a urethrei, luată în parte.

Iată măsurile ce ne dau *Sedillot* și *Legouest* : Porțiunea prostatică variază între 0^m,017 și 0^m,028; porțiunea membranosă între 0^m,017 și 0^m,026; porțiunea spongiosă între 0^m,105 și 0^m,145.

Diametrul acestui canal asemenea ne dă o mare diferență. Meatul urinar, 0^m,007—0^m,008; foseta naviculară 0^m,009—0^m,011; partea spongiosă 0^m,013—0^m,015: — partea membranosă 0^m,011—0^m,012; lângă bulb canalul este mai larg, 0^m,011—0^m,012; iar partea prostatică are o lărgime între 0^m,010—0^m,015.

În dreptul regiunii prostatei, se află ridicătura cunoscută sub numele de *verum montanum*, pe vârful căruia se află orificiul prostatei (*utricula*) iar în laturi, sunt cele două deschidături ale canalelor ejaculatorii și acelea ale glandelor lui *Cooper*. Partea membranosă este înconjurată de un strat muscular, care vine de la muschiul lui *Vilson*, numit și pubio-prostatic. Partea bulbului este înconjurată de mușchii bulbo-cavernoși și așezată în sgheabul dintre cei doi corpi cavernoși ai vergei.

Mucosa se află în această regiune încrețită longitudinal, între încrețituri se află nise adâncături, numite *lacunele lui Morgagni*.

În cea ce privește direcțiunea, porțile prostatică și membranosă, sunt dirijate oblic de jos în sus și din nainte în napoi; partea bulbului este aproape în linie orizontală, în cea ce privește partea cavernosă, ea merge în sus și din napoi înainte și, îndată ce trece de pubis, cade în jos, când vergea este în stare de moliciune. Se crede că trăgând de penis, pentru a-l pune în poziție perpendiculară cu corpul, se poate îndrepta și partea urethrei care se află dincolo de pubis. Unii autori, între care *Sidillot* și *Legouest*, nu cred că este posibil acesta, din cauză că gâtul vesicii se găsește pe o linie cu mult mai sus. Atunci, când vesica este plină cu urină, gâtul este ținut în sus de ligamentul vesico-pubien și, trăgând asupra porției din afară a urethrei, nu coboră în destul porțiunea ante-pubienă a acestui canal.

Catheterismul la bărbat. — Această operație are de scop introducerea unei sonde, o bujie sau un catheter până în vesică.

Catheterismul se împarte în *C. explorator*, *C. conducător*, *C. evacuator*, *C. disfundător* și *C. dilatant* sau lărgitor, după scopul ce ne propunem. Catheterismul este una din operațiile cele mai delicate ale chirurgiei, căci cere nise cunoscute anatomice foarte exacte și abilitate de mână, care nu se câștigă de cât după o experiență îndestul de lungă și mult repetată. Sondele întrebuițate, pentru a catheterisa sunt curbe sau drepte, solide sau flexibile.

Sondele metalice sunt fabricate din metal alb (Mailcheor), de aur, de argint, de aluminiu, sau chiar de platin și de celuloid, etc. Cele mai obișnuite sonde sunt cele de argint. Sondele elastice se întrebunțază în locul celor metalice, având în interior un fir metalic, (*madrin*). Curbura sondelor variază după felul scopului ce ne propunem a obține. *J. L. Petit* recomandă o sondă în formă de S, imitând curburele vergei, când este moleșită. Sondele cu curba mică, ca aceea a lui *Mercier*, se întrebunțază pentru a explora partea de jos a vesiceii, care este imediat dindărătul gâtului. Sonda lui *Mayor*, cu curbura mare, este foarte bună pentru a explora totă cavitatea vesiceii. *Gély* de la *Nantes* în „*Catheterisme Curviligne*“ Paris 1881, a studiat toate indicațiile pentru a da diferite curburî sondelor. El a arătat că partea terminată, vârful sondei, să aibă o a treia parte dintr'un cerc care ar avea un diametru de 12 centimetri, pentru ca să pôtă străbate partea de sub-pubis a urethrei și a porțiunei prostatice, chiar atunci când această parte a canalului ar fi deviată prin o hypertrophie vecină.

Potrivit dimensiunilor canalului, *Gély* a creșut că patru tipuri ar fi îndestule pentru toate casurile: forma este tot-d'auna a unei treimi de cerc, al căreia diametru ar varia între 0^m,10 și 0^m,12.

În sêpăturile de la *Pompeea*, s'a găsit o sondă cu o curbură de a treia parte a unui cerc, care ar avea 0^m,16 centimetre de diametru. Un desen după această sondă se găsește consemnat în tratatul lui *Las-sus*. Sondele după indicațiile lui *Gély*, de și au o curbură mai mică, totuși nu se pot întrebunța în toate casurile și de aceea, suntem nevoiți a avea recurs la sonde flexibile sau la sonda lui *Mayor*, a căreia curbură se pôte schimba după voință.

Diametrul obișnuit al sondelor, variază între 0^m,002 și 0^m,008, afară de acesta, filiera obișnuită are sonde și mai subțiri și mai grose ca acestea.

Altă dată chirurgii s'au servit de sonde solide și drepte, pentru a face catheterismul.

Bujiile se fabrică din ceară, gomă elastică, corde de mațe, de celuloid, etc.; ele sunt drepte sau curbe, de diferite grosimi ca și cele metalice, conice sau cu vârful umflat în olivă sau rotunde și capabile a lua ori-ce formă li s'ar da.

Catheterismul cu sonde curbe. — Pentru a face operația cu aceste sonde, bolnavul pôte fi în picioare, pe scaun, sau culcat. Acestă din urmă poziție este cea mai comodă; pătimașul să fie aședat aprópe de

marginea stângă a patului, còpsele puțin indoite pe basin, genuchiî depărtați (nu prea mult), iar unul din călcâie să fie așezat în escavația talpei celui-l'alt picior; sub cap o perină mică; ședutul puțin mai sus; bolnavul nu trebuie să facă eforturi prea mari, nici contracturi, nici mișcări. Operatorul se așeză în partea stângă, apucă penisul cu mâna stângă și îl ridică pe abdomen, dă prepuțul înapoi și întredeschide orificiul urethrei cu policile și indicatorul stâng; după ce sonda sterilizată este unsă cu vaselină boricată și sterilizată, chirurgul o apucă de pavilion, între police de o parte, indicator și mediu de la mâna dreaptă de altă parte, îi introduce vârful în orificiul urethral și o împinge până să angajeze sub pubis. O dată ajunsă la această adâncime operatorul ridică gradat pavilionul instrumentului, depărtând-o de abdomen, după acesta, îl inclină prin o mișcare de arc între còpsele bolnavului, imprimând în acelaș timp sondei o ușoră impulsione, până ce intră în bășică, urmând tot-d'a-una pe peretele superior al urethrei. La ómeni grași, al căror pântece este prea mare, se împedică întâiul timp al operațiunei; pentru a evita acesta, se trage penisul în direcțiunea indoitureri vintrei, sonda se îndreptază către gura urethrei tot în aceeași direcție și o împinge până ce vârful ajunge sub pubis în excavația bulbului. După acesta, pavilionul se îndreptază pe linia mediană a corpului și se termină operația ca și mai sus. Chirurgul *nu trebuie nici odată* să pună prea mult amor propriu, ca să împingă sonda cu putere, pentru a învinge obstacolul. O dată ce sonda intră în vesică, ea dă semne că obstacolul este învins și urina începe a curge.

Un operator trebuie să se exerciteze mult, a înțelege bine și a executa cei doi timpî ai operației. In genere, nu se întelnesce o mare greutate a împinge sonda până sub pubis, iar de aci încolo, până în vesică, este partea cea mai importantă a operațiunei: adesea se întemplă să culce sonda prea repede, sau nu o culcă prea mult.

Acastă mișcare trebuie făcută cu incetul, lăsând ca sonda să pătrundă singură, iar nu împinsă cu sila. Se va lăsa cum se dice, ca urethra să absorbă sonda.

Vârful sondei trebuie să urmeze exact peretele superior, căci pe peretele inferior, sonda se popresce în lacunele lui *Morgagne* și n'indoiturile mucoseli.

Se întemplă că vârful sondei să se poprască în infundătura bulbului, pe marginea antero-inferiőră a prostatei sau pe marginea inferiőră a gâtului vesiceii. Dacă se împinge cu putere, se póte rupe ca-

nalul și sonda să pătrundă în stratul cărnos dintre rect și vezică; câte odată, instrumentul poate fi împins foarte departe.

Într'un cas de strictură, sonda poate fi împinsă cu atâta putere, în cât să resbescă în rect. *Sedillot* relatează un cas analog. Cele de mai multe ori, ruperile se întâmplă în porțiunea membranosă, de aceea se recomandă a împinge sonda cu ușurință, și tot-d'a-una vârful ei să alunece pe peretele superior.

Pentru mai multă siguranță, în casurile dificile, este bine a conduce vârful sondei pe buricul degetului indicator, introdus în rect.

Se întâmplă câte o dată, că sonda să fie poprită în mersul ei de contracțiile spasmodice ale urethrei, și în acest cas, trebuie a avea răbdare să treacă spasmul; să se ungă sonda cu pomade beladonate; cu morfină; cu chlorhydāt de cocaină, sau a se face injecții mai întâiu cu cocaină, în soluție de 1 la 50, iar sonda să fie puțin încălzită. Câte o dată, când canalul nu este stricturat, unii operatori au de obicei a introduce sonda repede, pentru ca să surprindă contracția spasmodică.

Chirurgii cei vechi, pentru a face pe pacienți să se mire de marea lor abilitate, întrebunțau un fel de mișcare de rotație, în introducerea sondei. Ei începeau prin a introduce sonda cu concavitatea în jos și pe dată ce vârful ajungea sub pubis, o învirteau repede, împrejurul axei sale, așa ca să vie cu concavitatea în sus, și pavilionul îndreptat pe pânțele în sus, împingând tot de o dată asupra instrumentului. Acest procedeu îl numeau „*le tour de maître*“, (abilitate chirurgicală).

Catheterismul cu sonde drepte. După sondele găsite în sepăturile de la Pompeea și din scrierile lui *Albucasis*, *Lieutaud*, etc., se dovedește că sondele drepte au fost întrebunțate din timpuri foarte vechi; cu toate acestea, în urmă, acest fel de catheterism era cu totul părăsit și numai *Amussat*, l'a reintrodus în practică. Iată cum recomandă acest autor a ne servi de sondele drepte:

Pacientul va fi pe picioare și cu mușchii abdominali relaxați, iar operatorul se aședă în fața lui; apucă verga între police, indicator și mediu de la stânga, și o pune într'o poziție perpendiculară corpului, introduce direct sonda, pe care o ține cu degetul police și indicator de la dreapta, pe când cu stânga ține și întinde verga asupra sondei. În data ce ajunge la prostată, retrage sonda de câte-va milimetre, aplicând în același timp pavilionul în jos; cu chipul acesta, vârful sondei se ridică, și cea mai ușure împingere de jos în sus, este de ajuns, pen-

tru a face ca sonda să intre în vesică. În cas când pacientul ar fi culcat, chirurgul se așează în partea dreaptă a bolnavului, ține cu mâna stângă, verga în direcție verticală și conduce sonda până în infundătura bulbului; o trage puțin afară și îndreptăză vârful către peretele superior, coboră pavilionul între gamba bolnavului, pentru ca vârful sondei să ia direcțiunea axei portiei membranose și o împinge astfel până la gâtul vesiceii, unde o face să trecă peste marginea inferioară, coborându-i pavilionul, pentru a intra în rezervorul urinei.

Catheterismul, făcut asupra organelor sănătoșe, variază după e-tate și după starea de impresionabilitate a bolnavului, precum și după felul instrumentelor întrebunțate. Cu sondele curbe și gróșe, se pētrunde mai bine de cât cu sondele drepte și subțiri său cu cele moi.

Catheterele drepte aű dispărut din practica chirurgicală, de când său modificat lithotritorele din drepte în curbe. Acest soiű de instrumente, este, și greű de întrebunțat și nici nu póte indica locul unde se află pētra.

Mișcarea numită „*le tour de maitre*“, nu reușese să pētrundă în vesică de cât din întēmplare. Catheterismul ordinar este cel mai bun și trebuie preferat tot-d'a-una.

Unii operatori, aű obiceiul de a lăsa sonda în urethră, după operațiunii mari, atât asupra vesiceii cât și asupra urethrei. Acest procedē are un mare inconvenient și prea puține avantaje, de aceea, noi încă de mult, am renunțat a mai lăsa sonda în urethră, afară de casuri de hemorrhagie, după operațiunile urethrale și atunci chiar, o tragem mai afară din vesică.

A XXI-a LECȚIUNE

DESPRE PHLEGMON ȘI ABSCES PERINEPHRITIC

Domnilor,

Duminica trecută, am operat un bolnav, ce ne-a fost recomandat de către colegul nostru, D. Profesor Stoicescu. Este vorba de un adult care suferea de 20 zile, de nise dureri violente în regiunea renală stângă. Aceste dureri au fost precedate de un acces violent de frig, cu temperatura ridicată, mai cu seamă spre seară; apetitul derangiat. Starea generală s'a agravat repede, în cât a fost nevoit a se culca. Când a fost vădit pentru prima oară, D. Stoicescu a presupus o inflamație în jurul rinichiului stâng și a recomandat tratamentul în consecință: ventuse locale, fricțiuni, purgative și repaus. Căutarea în familie fiind dificilă, bolnavul a fost acceptat în serviciul D-lui Stoicescu și am fost consultat, pentru a ne da părerea asupra afecțiunii de care suferea pacientul.

Starea generală a pacientului nu prezenta mare gravitate, dară arăta mari suferințe; el avea dureri foarte vii în regiunea rinichiului stâng, dureri cari se măreau prin mișcările corpului și prin presiunile locale; membrul inferior stâng, producea dureri în mișcările de exten-

sie; bolnavul, fără apetit, puțină sete, adesea insomnie, constipat, nu avea scaune de cât prin purgative; urinare liberă, fără dureri, urină multă, (2000 gr.) și foarte puțin roșcată. Bolnavul în viața lui a fost *tot d'anna sănătos* sau cel puțin nu și reamintese să fi suferit de ceva din partea locală, sau să fi fost vre-o dată lovit în regiunea rinichiului. El atribue începutul bolii unor oboseli, și prin frig, fiind revisor de bilete la căile ferate, a fost adesea expus a răci venind cu trenul.

Examenul regiunii locale, ne-a arătat o mărime de volum, al spațiului dintre coste, creasta iliacă și colona vertebrală. Presiunile exercitate pe această regiune erau foarte dureroase și prin palpație, se recunoscă tumefacția mai bine și chiar se simțea o tumără, ale căreia periferii nu se puteau bine circumscrie; prin presiuni sacadate, se simțea o fluctuație foarte manifestă dară și *foarte profundă*. O puncție făcută de D. Stoicescu, nu a dat nici un rezultat satisfăcător. Puncția făcută de noi în prezența D-sale, ne-a dat o picătură de puroi. Acul siringei fiind foarte lung (8 cent), a pătruns în totă lungimea lui și a ajuns într'o cavitate, unde, prin mișcările de basculă, ne a încredințat că eram într'o cavitate destul de mare. Causa care a făcut că nu am avut de cât o singură picătură de puroi, a fost, de o parte consistența acestui lichid, iar pe de alta defectuositatea siringei. Prin prezența acelei mici cantități de puroi, ne am putut încredința că aveam aface cu o colecțiune, care, după toate probabilitățile, conținea o mare câtașime de puroi.

Bolnavul a acceptat operația, și Duminică, la ora zece dimineața, acei care din D-voastră ați fost de față, v'ați putut încredința de dificultățile ce am încercat a deschide abscesul, care era la o mare profunzime. Operația am făcut'o așa după cum este indicată în tratatele de chirurgie, adică pe o linie care ar pleca de la falșele coste și s'ar întinde până la cresta iliacă, cu opt centimetre mai în afară de apofizele spinose, am făcut o incisie; tăetura noastră a fost lungă de opt centimetre și a interesat muschiul, patratul lombar, transversul și marele oblic și încă, până a nu deschide punga purulentă, am mai făcut o puncție exploratrice, iar pe lângă ac am intrat cu o sondă, pe sghelul căreia a apărut câte-va picături de puroi și tot pe această canelură, în jos și în sus, cu bisturiul, am tăiat în lungime ca patru centimetre, pe unde s'a scurs o mare cantitate de puroi, aproximativ 7—800 grame, bine legat, adevărat puroi phlegmonos; am intrat cu un deget, apoi cu două, am lărgit tăetura și am căutat a mi da sēma

de întinderea acelei cavități, și numai cu mare greutate am ajuns până la peretele despre cavitatea abdominală și în sus până la falsele coste; iar în jos, nu am putut atinge fundul, ceea-ce ne-a dovedit că puroiul începuse a se cobori în spre adâncătura iliacă. Am curățit totă cavitatea cu lingura lui *Volkmann*. După acesta, am spălat cavitatea cu o soluție boricată și sare și am tamponat totă acea cavitate cu tifon iodoformat, iar peste tot am făcut un pansament și bandagiū protector. Hemorrhagia nu a fost prea mare, așa în cât, câte-va puncte de sutură, aū fost suficiente a opri scurgerea de sânge, la care nu puțin aū contribuit, tifonul iodoformat și compresiunea cu bandajul. A doua-zi, bolnavul era mult mai bine, temperatura de la 40' scăduse de o dată la 37⁵, starea lui generală era cu totul mulțumitoare. Am scos tot tifonul, supurație nu a mai fost, plaga curată; s'a spălat cu soluție boricată, îndoită cu soluție de sublimat 10/00, s'a introdus un dren gros și s'a făcut pansamentul ordinar.

Am, cređut Domnilor, că nu trebuie să lăsăm acest cas să trecă, fără a vē atrage băgarea de sémă asupra lui, și cu această ocașie, a vē întreține despre phlegmónele și abscesele ce se pot forma în țesătura ce înconjoră rinichiul.

Vorbindu-vē de această afecțiune, care de alt-mintrelea nu este tocmai frecventă, vē voiū enuncia și casurile ce am avut ocașie a vedea și ale trata.

Dupē cum scim din anatomia descriptivă, rinichiul este inconjurat de o cămașă de țesetură celulo-grososă, care, câte odată este foarte grosă. Acastă țesetură este adesea mult expusă a se inflama și a supura, de unde și denumirea de *perinephrită* după *Rayer*, de *phlegmon*, de *absces perinephretic* sau *perirenal*, după *Trousseau*.

Profesorul *Rayer*, este cel d'întăiū care a descris această inflamație; după dēnsul aū venit *Demarquai*, *Trousseau*, etc., iar în „*Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales*“, *Lancereaux*, face o descriere dintre cele mai amēnunțite.

Mai multe sunt cauzele cari concură la formarea inflamației perirenale. Tóte loviturile, aplicate cu óre-care violență pe regiunea rinichiului; etatea adultă este mai favorabilă de cât alte etăți; în ceea ce privesce sexul, nu póte fi nici o deosebire, cu tóte că acest fel de inflamații se arată mai des la bărbat, acesta provine din cauză că bărbații sunt mai mult expuși cauzelor accidentale și frigului.

Pyelo-nephrita calculosă, póte da loc la o inflamație de proxi-

mitate, precum și loviturile și rănirile regiunii renale. În aceste cazuri, inflamația se poate forma îndată după lovitură sau rănire, sau să vină după mai multe zile, săptămâni, luni sau chiar ani. Un frig violent, o oboseală prea mare, o săritură cu contracție musculară, pot redescepta cauza primitivă. La bolnavul nostru nu se poate ști cu siguranță, dacă frigul a redesceptat o cauză veche, pacientul nu și aduce aminte să se fi lovit violent, dar mișcări violente, sărituri și contracții musculare, ne spune că a fost nevoit a face de mai multe ori, în greul lui serviciu. Este multă probabilitate că, cauza predisponentă exista la el și a venit și cea ocazională și ast-fel a putut da loc la inflamarea și supurarea țesuturilor.

Asemenea s'au vădut inflamații de acestea, rezultând dintr'un mers lung, într'o căruță fără arcuri, coborâre pe scară sau pe un deal, mers forțat, etc.

Causele traumatiche produc hemorhagii cari, mai curând sau mai târziu, trec în supurație, sângele iritând țeseturile ca ori-ce corp strein.

Răcirea regiunii lombare, pare adesea singura cauză a inflamației perirenale, precum se pare că este și în cazul de față.

O constituție bolnăvicioasă, o diatesă ori-care, o inflamație din vecinătate, pot produce această inflamație; febra typhoidă, febra puerperală, etc., au dat naștere la abscese perirenale.

Calcululele renale, uretherale, fistulele renale, kystele hydatice ale rinichiului, cancerul acestui organ, tuberculisarea rinichiului, supurațiile ficatului, ale vesiculei biliare, perforația acesteia prin calculi biliare, perforația intestinelor, sunt adesea cauze determinante de phlegmone și abscese perirenale.

O tumefacție se formeză la început în țesutura dinprejurul rinichiului, care, câte odată se perde resorbindu-se, dară de cele mai multe ori, supurează, formând abscese mai mult sau mai puțin intense, având o cămașă grosă, rezistentă, care se opune la trecerea puroiului în țesăturile vecine, sau rupându-se, lasă ca puroiul să invadeze și mai departe, ba chiar să treacă prin mușchi și să facă eșire sub piele.

Țesătura celulo-grăsosă, fiind mai multă la partea din năpoi a rinichiului, acolo se întimplă mai des a se forma și inflamația. Punga poate să rămână rotundă sau puroiul se poate duce între țesături și organe, întinzându-se până sub cōste și până în adâncătura iliacă, formând diverticule. Dacă inflamația este francă, ca în cazul nostru

puroiul este gros, flegmonos, adevărat puroi de bună natură, iar dacă cauza este o inflamație a rinichiului, puroiul este amestecat cu urină și chiar cu petricele. Dacă este format în urma unei hemoragii, puroiul are o coloră ca drojdiile de vin și conține rămășițe de cheaguri și bucăți de fibrină.

Chiar când nu există comunicare cu intestinele, puroiul câte odată, are un miros de gazuri intestinale. În cazul nostru, nu a existat acest miros. Miros de urină nu există de cât dacă este o comunicație a focarului cu bazinele sau cu ureterele.

Dacă găsim rinichiul inflamăat sau supurat, atunci se știe că acesta este cauza phlegmonului. Peritoneul rămâne neatins, căci este împins către cavitatea abdominală prin mărirea pungei și formeză, îngroșându-se, un perete foarte gros, iar dacă se găsește perforat, trebuie să se bănuiește o pyelo-nephrită.

După un timp mai depărtat, de la începutul bolii, se vede că mușchii, patratul lombar și transversul, precum și iliacul și psoasul sunt distruși.

Nici odată nu s'a vădut, ca în cazuri de supurații întinse, vasele și nervii să fie distruși de puroi.

Câte odată, puroiul se poate întinde în sus, se varsă în pleură sau în bronhii; sau în jos, să se deșerte într'un intestin; sau în fosa iliacă, și să se coboare pe sub arcada crurală, în lungul mușchiului psoasul-iliac.

În cazurile, când phlegmonul este rezultatul unei afecțiuni calculose renale sau al tuberculosei, poate rămâne necunoscut mult timp, fiind mascat de simptomele acestor afecțiuni; nu este tot ast-fel și cu phlegmonul a frigori primitive, care poate fi recunoscut de la început cum a fost și în cazul de față.

Simptomele se impart : în simptome generale și locale. Cele generale, fiind comune tuturilor afecțiunilor inflamatorii, nu ne pot fi de mare folos. Căldura însă poate să se arate încă mai de timpuriu, fără ca simptomele locale ale phlegmonului perirenal sau alte afecțiuni, să se arate. Ea se arată ridicată seara și poate înșela pentru o febră tiphoïdă. Accesele se pot repeta de mai multe ori pe zi și nu întârzie de a se arăta și semne locale.

Cel d'intăi și important simptom local, este durerea, care se poate arăta chiar de la început. Acestă durere ocupă totă regiunea sacro-lombară, de la falsele coste și până la cresta iliacă, și se poate

întinde până la splină sau la ficat, după laturea în care se arată bóla. Durerea se mărește prin apăsare, prin mișcările corpului și mai cu seamă la mișcările de întindere și de îndoire ale membrului inferior, tusa mărește durerea, asemenea opintelele, scremetile, etc., și ast-fel silesc pe bolnav a sta în nemișcare și cu membrul în flexie. După un timp de cinci-spre-zece sau două-zeci zile, durerea, căreia la început nu i se poate determina locul, având un caracter depărtat, devine lancinantă, înțepătoare și arțetore. Pe lângă durere, începând de la colóna vertebrală, totă regiunea este edemațiată și edemul se poate întinde în totă regiunea lombară corespondentă; mai rar în fosa iliacă și în regiunea fesieră. În stare normală, spațiul dintre cõste și crésta iliacă este escavat, iar în cas de phlegmon, devine bombat, și mai pronunțat, când bolnavul șade. Prin palpație se apucă între mâni o tumoră care nu se poate limita, și care în timpul respirațiilor se mișcă și se poate deosebi de volumul ficatului.

Edemul, ce se arată în totă regiunea lombară, este un caracter al supurațiunei. Dacă se întéplă ca țesétura celulară subcutanată să fie inflamată, tegumentele se coloréză în roșu și iaú un caracter erisipelatos.

Când examinăm regiunea prin palpație, în timpul când membrul inferior este flexat, putem apuca între degete tumora și, dacă facem apésări sacadate, simțim resistența tumoréi și o fluctuație profundă, așa cum a fost și în cazul de față.

Câte o dată, supurația disociază fibrele musculare și iese afară sub pele, formând un absces superficial, constituind o pungă în formă de desací, sau, după cum le numește *Velveau*, în formă de *buton*, (nasture de guler de cămașă). Secrețiunea urinei nu încercă nici o dificultate, afară de casurile când afecțiunea a început prin pyelonephrită calculósă sau fistule. În cazul nostru, am observat că secreția era mai exagerată. 2000 grame pe zi: fórte rare ori resultă disurie. Febra este în genere intermitentă și urmată de transpirație. Ca turburări digestive, observăm: inapetență și constipație la început, iar mai târziu, când există infecțiune, vine fórte repede o diaree septică, slăbirea și adynamia, care ne arată că resorbția puroiului s'a făcut.

Tóte simptomele se pot ivi unul după altul, într'un mod fórte repede, iar febra este tot-d'a-una în legătură cu simptomele locale. Din contră, când inflamația este consecutivă unei afecțiunii renale, mersul este mai cu încetul și-i trebuie mult timp, până să se formeze

colecția. Tot asemenea în casurile când inflamația este francă, supurarea se isprăvesce repede, pe când în cazul unei diatезe, sau a unei afecțiuni renale, punga purulentă poate să supureze luni și ani întregi.

Förte rar se termină phlegmonul perinephretic prin rezoluție. Terminația cea mai obișnuită, este prin supurație. Arare ori s'a vădut ca puroiul să spargă singur în regiunea lombară, mai des iese prin *triangulul lui J. L. Petit*, între sacru și cręsta iliacă, sau se întinde în adâncătura iliacă, trece pe sub arcada crurală, în triunghiul crural, sau pe d'asupra arcadei lui *Fallape*, sau să coböră în basinul cel mic, și se scurge prin urethrä sau prin vesică, ori prin vagin, etc., și supurarea se prelungesce până ce omöră pe bolnav. Rare au fost casurile în care punga s'a deșertat în peritoneu, mai des să poate scurge în intestinul colon, de unde pot rezulta infiltrații stercorale și fistule stercorale neterminabile.

Sunt casuri citate de deschideri de abscese perireneale în bronhii sau în pleură, dând loc la semne de hydro-pneumo-thorax. Casul nostru, pentru că a fost o inflamație francă, probabil a frigori și, pentru că am intervenit de timpuriu, avem speranța ca supurația să se termine curând și bolnavul să se vindece bine și în scurt timp.

Una din cestiunile de căpetenie ale phlegmonelor și absceselor perirenale, este și cunoșcerea exactă și cu siguranță a bôlei, lucru care nu este tot-d'auna așa ușure, cum s'ar putea crede. Câte odată nu există de cât trei simptome: *durerea, căldura și tumefacția*, care ne pot conduce a presupune existența unei inflamații a țesăturii celulo-grăsosă din prejurul rinichiului.

În lumbago, durerea este în ambele laturi și nu se ridică temperatura.

În cât pentru febra typhoidă și febrele eruptive, nu se poate confunda durerea de cât cu totul la început, iar căldura are oscilații cu totul regulate și se ridică cu mare repeđiciune și la un grad förte sus în aceste febre.

Tumefacția progresivă și din năuntru în afară, nu s'ar putea lua drept un abces prin congestie, de cât în casurile când ar exista lęsiune pathologică a colönei vertebrale, cu tóte că în cazul acesta, mersul tumefacției este förte încetinel. În cât privesce a precisa diagnosa după cauza bôlei, cu tóte că e dificilă în unele casuri, totuși se pot găsi semne particulare în casurile de pyelo-nephrită calculosă, iar în casurile de tuberculosa rinichilor se poate descoperi bacilul lui *Koch* în urină și în

spută. Tot asemenea, în casuri de hydatizi se găsesc rămășițe din acest parazit. Dacă ar fi acum să citez unele din casurile ce am avut ocazie a vedea, vom înțelege că, chiar în casurile cele mai france, poate cineva să se înșele, în precisarea diagnosei.

Unul dintre colegii noștri, ne-a dat ocazia a observa un absces perinephretic, care la început a fost luat drept lumbago și tocmai mai târziu s'a constatat prezența puroiului.

Unul dintre medicii noștri practici, cei mai cu vază, ne trimite un bolnav, ce-l avea în serviciu de aproape două luni, rugându-ne a extirpa o tumoră din regiunea rinichiului stâng. Un examen de mai multe săptămâni, făcut cu cea mai mare atenție, cum știe colegul nostru a face; mai multe puncții făcute la diferite epoci, nu au putut descoperi prezența puroiului. Bolnavul se aduce în spitalul nostru dintr'unul din spitalele escentrice, șeful de clinică face asemenea mai multe puncții explorative și cu toate acestea, nici o picătură de puroiu nu se scote, cu toate că nu se poate pune la îndoială, nici abilitatea colegului dintâiu, nici a confratelui și asistentului nostru de clinică.

Am văzut pacientul, era un om ca de 40—45 ani, îndestul de voinic, dară foarte slăbit de bolă, symptomele generale foarte accentuate. febra se repeta prin accese cu ridicări vesperale; inapetență; constipația alterna cu diaree rebelă. Local tumefacție mare, edemul se întindea în sus pe thorace și în jos pe fesse; tegumentele intinse și puțin colorate, durerile foarte mari, bolnavul păstra atitudinea încovrigată, toate mișcările îi produceau dureri îngrozitoare, presiunile foarte dureroase iar cu mâinele se putea apuca tumora, care era foarte mare și nelimitată; prin presiuni sacadate se simțea una din fluctuațiile cele mai *manifeste* însă profundă. Intâia puncție ce am făcut mi-a dat o siringă de puroi flegmonos. O dată descoperit prezența puroiului nu ne rămânea de cât a deschide larg, ceea ce am făcut în aceeași zi, prin o incizie clasică. Puroiul scos a fost ca *două kilograme*.

Bolnavului i-a trebuit aproape 40 zile până să se vindece complet. Dacă phlegmonul nu recunoște de cauză o predispoziție constituțională, o pyelo-nephrită calculosă, etc., afecțiunea să termină totdeauna prin vindecarea definitivă, în cazul contrariu, rămân supurații, cari nu se mai termină; se formează fistule urinare, și bolnavii să perd prin progresiunea leziunilor. Din câți bolnavi am văzut, toți s'au tămăduit; chiar o femeie, la care, cauza a fost o inflamație a rinichiului stâng, după ce supurația a persistat peste trei luni, rana s'a cicatrizat

complet. Bolnavul care se află astăzi în serviciul nostru, acel oltén cocoșat, ce are un absces în dreptul rinichiului drept, consecutiv unei leziuni a colonei vertebrale, are de sigur un prognostic grav, pe când bolnavul ce am operat și care se află în serviciul d-lui profesor Stoicescu, fiind afecțiunea cu totul idiopatică, avem deplina credință că se va vindeca, afară de complicațiile, ce s'ar putea ivi în cursul tratamentului, fie local, fie într'o regiune mai depărtată și chiar independent de bóla pentru care l-am operat.

Pe dată ce un bolnav, presintă unele din simptomele cari ar indica începutul unui phlegmon perirenal, se vor întrebuița mișlocele emoliente și resolute, cu tóte că sunt de o eficacitate fórte problematică: cataplasme, băi generale calde, ventuse tăiate, lipitori, după cum bolnavul este mai robust sau nu, vesicătorile au dat mai bune rezultate și, fiind-că bóla la început se remarcă prin o constipație, se vor da purgative, de preferință saline. Dacă tumora se desinează și cu densa febra în accese se repetă, arătând că supurația s'a făcut, se va căuta să intervină chirurgul și, pentru a fi și mai sigur, se va face o puncție explorativă, iar pe dată ce va scóte o picătură de puroi, deschiderea este indicată. Am đis mai sus, că se întâmplă adesea ca una și chiar mai multe puncții repetate la diferite intervale, nu au dat un rezultat pozitiv, cu tóte acestea, medicul, având tóte symptomele caracteristice unei supurații în jurul rinichiului, nu trebuie să se bazeze pe rezultatul negativ al puncțiilor. Acéstă lipsă de puroi a putut să înșele pe mai mulți medici de valóre însemnată, din care causă unul ne-a și trimis bolnavul a'í estirpa tumora rinichiului, cu tóte că am scos peste 2000 grame puroi.

În cazul care face obiectul acestei lecțiuni, mai multe puncții făcute de un profesor abil ca D. Stoicescu, au rămas fără rezultat, cu tóte acestea, amicul nostru, de și nu avea puroiul în palmă, era sigur că avea în fața sa un cas de phlegmon supurat perinephretic.

Puncția și incisia ce am făcut în urmă, a adevărit pe deplin opinia clinicianului.

Incisia trebuiese făcută pe direcția unei linii care ar merge de la falsele cóste la creasta iliacă, cu 8 centimetre în afară de apofizele spinóse ale vertebrelor, ea va fi lungă de 6 — 8 centimetre și se vor tăia țesuturile strat cu strat și chiar este prudent, după ce s'a tăiat pătratul lombar și transversul, să se introducă din nou acul siringei sau o sondă canelată, pentru a ne încredința că mergem către

sacul purulent, și, dacă puroiul, se strecoră pe sghiabul sondeî, se va tăia cu bisturiu în jos și în sus și se va introduce degetul pentru a lărgi plaga și a examina cavitatea; spre a vedea dacă nu sunt ceva corpuri streine sau dacă rinichiul nu este bolnav. După acesta se spală bine totă cavitatea cu o soluție phenicată de 5% sau chiar 3% soluție de clorur de zinc; noi, vedând că în cavitate există puroiul concretat pe pereții, am rădăuit cu o lingură bontă în timp pe când curentul antiseptic spăla și făcea să iasă afară tot ce era aderent pe pereții pungii, după acesta avem obiceiul a introduce tifon iodoformat și a menține tot pansamentul cu un bandaj circular. Unii operatori introduc de la început un tub gros de cauciuc. Noi am introdus la al doilea pansament drenul.

Câte odată, când punga ar fi prea mare și vindecarea ar întârziă preferăm a face o contra deschidere. În casurile ce am tratat până acuma, nu am avut ocazie a practica o asemenea contra apertură și supurația s'a terminat într'un timp relativ scurt.

Pe lângă tratamentul chirurgical, trebuie a mai da și un regim bun și medicamente interne împuternicitoare.

A XXII-a LECȚIUNE

DESPRE KYSTELE HYDATICE ALE FICATULUI

Domnilor,

Nu este mult timp, de când aceste kiste erau numai de domeniul medicinei interne, sau mai drept vorbind, al empirismului.

Se numește kyst hydatic al ficatului, o tumoră parasitară, care vine de obicei de la animale și în particular de la câni.

Tumora kystică poate fi unică sau cu mai multe vezicule. Acestă din urmă varietate este mai rară. Din studiile lui *Finsen*, se arată că insula Islanda, este cea mai bătuită de aceste kyste. El arată că în această insulă, și mai cu seamă, mai în interior, mai mult ca la marginile ei, se poate considera că 1/45 dintre locuitori au kyste hydatice ale ficatului. De alt-mintrelea, se poate explica foarte bine această frecvență, căci, după o statistică oficială a acestei insule, este constatat că, pentru 70,000 locuitori, există peste 20,000 câni; prin urmare, coabitarea, împreună cu câinii poate fi considerată ca aproape singura cauză a acestor kyste în insula Islanda.

În America, în Egypt, în Indiă, se citează mai puține cazuri; în Franca asemenea sunt rare kystele ficatului, pe când cele mai fre-

cuate sunt în Englitera și Germania. *La noi, nu putem avea o statistică exactă, dară am putea dice că, casurile de hydatiză, nu sunt așa dese.* În serviciul nostru, cele mai multe casuri ne-au venit din Bulgaria. În genere săracii sunt mai expuși de cât cei bogați și lucrul se explică foarte bine, prin felul traiului celor întâi în intimitate cu animalele.

Acești hydatizi se arată mai cu sémă la etatea adultă; nu este însă mai puțin adevărat, că copii mici snt mai expuși, și pacienta noastră, în etate de 10 ani, este o dovadă că și copii nu sunt scutiți. Sunt trei ani de când am tratat în serviciul nostru un băiat, tot de aceeași etate și tot din Bulgaria, de un kyst enorm al ficatului. De obicei mai mult femeile sunt expuse a avea acest soi de kyste și acesta se poate explica foarte bine, prin viața lor sedentară, mai mult expusă în contact cu câni *Finsen* arată că, proporția între bărbați și femei, ar fi de 56 bărbați la 120 femei. Dragostea cea mare ce au femeile pentru câni, de a i ține în brațe și de a i săruta, este cauza care le și expune mai mult.

Modul de formațiune al acestor kyste și a caracterelor lor anatomice. Iată cum se formază aceste hydatide: Câni fiind predispuși a avea tænia echinococcus, ouele acestui parazit, fiind răspândite asupra legumelor, (cèpă, salată, ridichi, usturoi, etc.) pe care omul mâncându-le, înghite și acele oue sau că el sărută câni. Aceste oue sunt învelite de o membrană rezistentă, care se topește în sucul gastric cu mare înlesnire, și embrionul lor, care este închis în ou, rămâne liber și al căror volum fiind mic, permite protocolexelor tæniei echinococcus, să trecă în circulația venei porte și să se oprască în parenchimul ficatului, unde rămân și se dezvoltă. Acolo se înconjură de o gheoacă și ast-fel *kystul este format.*

Prin iritația de vecinătate, ce kystul produce asupra ficatului, se formază pe deasupra lui o altă membrană conjunctivă, fibroidă, care aderă foarte slab la pereții kystului. Acesta se numește *membrana adventivă.*

Pereții proprii ai kystului sunt formați de două învelișuri: una pe din afară, numită membrana *secretantă*, și alta internă, numită membrana *germinativă* sau *fertilă.*

Tunica proprie a kystului are caracterele ei particulare, este albă ca albumina de ou răscopt și formată din mai multe straturi aranjate întocmai ca foile unei cărți. Aceste straturi nu au nici o formă (amorfă), fără vase, și în structura lor nu există nici un element figurat, de acelea care se găsesc într'o țesătură organizată. Fața internă este granulată și de acolo pléacă vesiculele tinere, un fel de punji

hydatice transparente, cari, la început se țin de perete prin basa largă, apoi se pediculisază și în cele din urmă se desfac cu totul, rămânând libere în cavitatea kystului. Vesiculele cele tinere pot fi fără cap, *Acepholocyste*, sau cu cap, adevărate echinococe, având ventuse și cârlige.

Punga kystului conține un lichid limpede ca apa cea mai curată, pe care o putem compara cu apa cristalină de stincă. În acest lichid înotă pungile hydatice și fărămiturile lor: cârlige, etc. Când kystul este viu, lichidul nu conține albumină, iar dacă animalul mure și ferbem lichidul, el se închiagă.

Nu tot-d'a-una lichidul prezintă aceste caractere; se întâmplă adesea să fie turbure, incheșat, gelatinos, chiar transformat într'o materie cretacee. Altă dată se poate găsi sânge în pungă, grăsime, cașină sau chiar puroi, iar pereții să se infiltre de materie calcară, sau chiar ei se pot osifica.

Kystele hydatice ale ficatului sunt de obicei mici; volumul lor diferă, de la mărimea unei portocale până la aceia de un cap de adult sau chiar și mai mare, în cât să ocupe mai tot abdomenul și chiar parte din thorace.

Ele au o formă regulat sferică la început, însă mai târziu se pot diforma din cauza organelor și a cavităților ce ocupă prin volumul lor. Ele se desvoltă, sau pe fața superioară a ficatului, sau, mai obișnuit, pe cea inferioară. Organele vecine sunt apăsate și kystul contractează aderențe cu ele, ba chiar le perforază și conținutul lor se varsă în acele organe.

Kystele centrale ale ficatului, rămân mult timp necunoscute, și numai la necropsie ele se descoper. Altă dată, după ce rămân mult timp necunoscute, se pot arăta numai prin unele simptome depărtate, cum ar fi de exemplu durerile în umărul drept, mai cu seamă când kystul este desvoltat pe fața superioară a ficatului. *Dieulafoy* a arătat, că pacienții cu kyste hydatice, au scârbă de lucrurile grase.

Adesea se arată erupții repetate de urticarie sau pleurite uscate, mai cu seamă când tumora se află în partea de sus a ficatului, așa precum se observă și în tumorile acestui organ, sau ale splinei și ale rinichilor. *La nici unul din bolnavii noștri nu am întâlnit aceste simptome.*

Afară de acestea, există simptome rău definite din partea organelor digestive: dispepsie, când inapetență, când poftă prea mare de a mânca. Bolnavii simt un fel de întindere, de greutate în hypochon-

drul drept și în regiunea stomachului. Casuri rari de hœmorrhagii, ca epistaxis, menoragii și chiar gangrene, au fost observate de *Trousseau* și *Davaine*. În general, bolnavii nu cer ajutor de cât numai atunci când îi geneză umflătura. Atunci se constată o *ridicătură* mai mult sau mai puțin voluminosă în hypochondrul drept, care se *mișcă* în timpul respirației.

Tumora se arată, când rotund regulată în adâncătura epigastrică, când neregulată în hypochondrul drept, schimbând locurile dintre coște, netedă, uniformă, rezistentă, în genere nedurerosă. Adesea există mai mult un fel de *umflare* a totă partea ficatului, de cât o *tumoră* bine circumserisă. În cazul nostru, tumora ocupa tot hypochondrul drept până către cel stâng și în jos până de desubtul ombilicului; neregulată, formând mai multe ridicături ca și cum ar fi o pungă *alveolară*; fără durere, môle, elastică, fluctuantă, care urma mișcările de ridicare și coborire ale respirației. În cazul de față, percusiunea dă o matitate care se întinde pentru a se confunda cu matitatea ficatului și a splinei. Câte odată, există senzația caracteristică de hydatide (*frémissement hydatique*), care se produce la presiune, din cauza lovirei vesiculelor unele de altele. La bolnava noastră nu am simțit această senzație.

Ascita și icterul nu se observă de cât în casuri de complicații, precum sunt comprimarea venei porțe și a canaliculelor biliare.

Câte o dată se observă o dezvoltare a circulației în venele cutanate, lucru ce nu a existat în cazul de față.

După un timp mai mult sau mai puțin lung, tumora crește, simptome noi se arată și o tendință spre ruperea pungei în afară nu întârzie.

Când kystul este format pe fața superioară a ficatului, are tendință a se deschide spre pleură, în cavitatea thoracică, în bronhii. Iar în materiile expetorate, se găsesc fărâmituri de hydatiți. Se poate ca deschidătura bronhică să se cicatrizeze, dară cele de mai multe ori rezultă hœmorrhagii bronhice și gangrena pulmonului.

În jos, spre abdomen, punga se poate deschide în intestine, în stomach; în cazul d'întăiu, vindecarea este mai sigură ca în al doilea, într'unul și în altul din aceste casuri, se constată atât în materiile versate cât și în materiile intestinale, părți caracteristice de hydatiți. Numai când punga se deschide în peritoneu, este grav. mai cu seamă, când există stricarea licuidului. *Dieulafoy* a observat într'un cas, de

ruperea tumorei în peritoneu, o erupțiune de *urticarie*. Unul din accidentele salutare, este ruperea unor canalicule biliare și revărsarea bilei în cavitatea kystului. Bila omorând animalul, vindecă bóla, transformând conținutul kysului într'o materie inertă. S'a vădută însă și casurî, în carî micile animale (puî), pētrund în canaliculele deschise și dau loc la colicî hepatice și, din cauza compresiunei asupra acestor canalicule, să împedice cursul bilei și să dea loc la icter chronic, cu tóte consecințele lui. S'aú mai vădută, cu tóte că fórtē rar, casurî de deschidere de kyst în pericard, în vena cavă și în afară din cavitatea abdominală.

O mare parte de hydatiđi se vindecă spontaneu, încă de la început, de unde resultă cicatricile fibróse ce se observă la autopsie în ficat. Alđi rēman stađionarî, fără să geneze întru nimic. Cea mai frecuentă complicație a hydatiđilor ficatului este supurația, transformându-se punga într'un adevărat absces al organului, care se caracterizează prin simptomele speciale și care ne atrag atențiunea către regiunea ficatului.

Acéstă supurație se întinde câte odată la venele vecine, de unde resultă flebită și septicemie.

La început este fórtē dificil, dacă nu imposibil, a face un diagnostic sigur de kyst al ficatului.

Dacă pacientul ni se presintă cu o tumoră în regiunea hypochondrului, trebuie mai întâiu a ne încredința, dacă acéstă tumoră nu póte ține de splină. Starea rinichilor asemenea, luată în considerațiune; examenul urinei, ne arată dacă tumora ține sau nu de rinichiú; împreună cu aceste examene, dacă examinăm și prin vagin și prin rect, ne convingem că organele genitale interne sunt sănătoșe. Dacă am procede prin methodul de escludere, putem ajunge a ne încredința că tumora ține de ficat, mai cu sémă dacă ea ocupă hypochondrul drept, matitatea se confundă cu a ficatului; tumora se ridică și se scobórá cu respirația, precum și palpația abdominală, luate tóte împreună ne dau semne care pledéză mai mult pentru o tumoră proprie a ficatului.

Dacă însă ne încredințăm că în adevăr tumora ține de ficat, trebuie să vedem ce fel de tumoră este, căci, noi scim că acest organ, este locul a mai multe felurî de tumorî.

Dacă vom avea a face cu un om, care vine dintr'o localitate ma-

recagiösă, al căruia sânge ne dă spirurile caracteristice și cu leucociți, vom esclude ficatul și vom ști că avem a face, mai dese ori, cu o afecțiune paludică a splinei.

Dacă găsim un ficat mare, cu suprafața netedă, și însoțit de icter, vom ști că avem a face cu o ciroasă.

Când însă bola merge repede, când vine o cachexie precum și prezența unor nodosități pe marginea ficatului, icter, ascită, etc., atunci ne vom gândi numai de cât la un cancer al glandei hepatice.

De vreme ce am eliminat, într'un cas, toate tumorile de mai sus, avem dreptul a ne gândi la existența unui kyst hydatidic, mai cu seamă, dacă și tumora s'a dezvoltat cu încetul și fără a da loc la mari schimbări în starea generală a pacientului, și mai cu seamă, dacă și palpația ne denotă prezența lichidului în tumoră. Aceste caractere le prezintă cazul de față. Dacă și din cele arătate mai sus, tot nu suntem siguri că avem a face cu o pungă hydatidică, atunci avem recurs la o puncție exploratrice, ceea ce am făcut și noi pentru a ne încredința pe deplin, și din tumoră am scos o seringă plină de lichid transparent (dovadă că animalul trăia).

Unii chirurghi au frică prea mare de puncție, ca să nu infecteze peritoneul și pentru aceea, au recurs de-a dreptul la o laparatomie exploratrice, ca cea mai puțin periculoasă. Trebuie să fie cine-va prea sceptic, ca să prefere laparatomia unei puncții care, de altminterlea, făcută în condiții aseptice (și aci se poate face asepsia cu înlesnire), puncția este cea mai inofensivă.

Se întâmplă ca tumora, în loc să proemine către abdomen, să se desvolte în sus și să simuleze un exudat pleuretic, atunci diagnosticul este mai dificil, și acesta a dat adesea loc la greșeli regretabile.

Mai multe cazuri ce am tratat, între cari unele mi-au fost trimise de eminentul meu amic și coleg, profesorul *G. Stoiceseu*, mi-au probat până la evidență dificultatea diagnosei și, *grație numai puncțiilor exploratrice, am putut stabili diagnosa cu siguranță și am făcut tratamentul în consecință.* Diferența între diformitatea produsă de hydatid este cu mult mai pronunțată de cât aceea produsă de exudatul pleural.

Chiar în casurile, unde lucrul nu ar fi așa de limpede, din cauza complicațiilor către cavitatea toracică, numai o puncție exploratrice ne poate scăpa din încurcătură, afară de casurile de supurații ale kystului, când în lichidul extras nu se vor găsi fărimituri de hydatidi.

Ori cât ar părea nepericuloase aceste kyste, totuși este îndestul

de mare temerea de pericol, și mai cu seamă, dacă punga s'ar deschide în pleură, în peritoneu sau în unul din intestine, în vene, în canalele biliare, etc., prin urmare, în asemenea cazuri, este absolută necesitate a interveni.

Din toate cazurile ce am tratat, numai o femeie a sucombat și această din cauză că tumora era foarte dezvoltată, supurată, pacienta foarte slăbită, așa în cât nu a putut rezista supurației intense ce a urmat după operație.

Numai tratamentul chirurgical, este singurul care convine în cazurile de kyste hydatice. Trebuie făcută deschidătură timpurie, pentru a împiedica ca kystul să se deschidă într'un organ delicat. Se va face mai întâiu o puncție cu un ac mic, sau cu acul lui *Dieulafoy*. Această puncție se poate repeta cât de des, pentru a nu lăsa liquidul să se reproducă în mare cantitate și cu chipul acesta animalul nu se mai poate reproduce, el mure, iar kystul dispare cu încetul. *Boinet* a recomandat a se face puncția cu un trocar gros, *Verneul* recomandă a drena cavitatea. Prin acest tub se poate face spălătura antiseptică a pungei și se scurge liquidul. Aceste puncții nu sunt îndestulătoare căci, conținutul solid al pungei, nu se poate scurge prin canula trocarului. *Recamier* avea obiceiul de a deschide punga prin aplicări succesive de pastă caustică.

De și în timpii de față, este o mare tendință a deschide larg cavitatea abdominală și a extirpa tumora kystică în totalitate, când nu suntem pe deplin siguri de o antisepsie riguroasă și temându-ne și de o mare hemorragie, preferăm încă unul din metodele uechi, adică a face operația *n doi timpii*. În întâiul timp, facem tăetura țeseturilor până la peritoneu și aplicăm pasta de Wiena și pe urmă deschidem cu bisturiul. Așa am făcut în multe cazuri anterioare și tot ast-fel am urmat și în cazul de față. Într'un cas, am făcut laparatomia, am tras punga în afară, am extirpat mare parte din ea însă, nu am putut'o ridica în totalitate și, după ce am cusut marginile pungei cu ale plăgei abdominale, am curățat tot interiorul pungei cu o lingură de masă și am spălat cu soluție de 1/2000 de biclorur de Mercur.

S'a recomandat injecțiile caustice, etc.; cu toate acestea, tot sunt cazuri grave, în care chiar tratamentul acesta nu reușește, din cauză că mai adesea bolnavii nu reclamă intervenirea noastră de cât foarte târziu, atunci când tumora a luat o mare dezvoltare și s'a ivit complicațiuni.

A XXIII-a LECȚIUNE

DESPRE DEGERATURI (CONGLEAȚII)

Domnilor,

Se dă numele de *degerătură*, leziunilor produse de acțiunea frigului asupra țesăturilor animale.

Degerăturile au fost cunoscute din timpii cei mai vechi, însă, **Gerdy**, cel d'intîi, a dat o descripție mai bună. Chirurgii militari francezi, între cari, **Larrey**, în urma campaniei lui Napoleon I contra Rusiei și **Legouest**, după resbelul din 1854, din Crimeea, au dat descripțiile cele mai amănunțite. Studiul cel mai complet asupra degerăturilor se găsește și în tesa lui **Tédenat** de la 1880, precum și în Dicționarul **Dechambre** : articolul *Froidures*, de **Laveran**.

Dupe cum frigul lucrăză asupra unei părți sau a întregului corp, degerăturile se împart în *locale* și *generale*. **Fabrice de Hilden** și **Boyer**, împărțeau arsurile în trei grade, iar autorii ulteriori, au admis și pentru degerături, tot trei grade, așa în cât, gradul intîi și al doilea al degerăturilor corespunde cu intîiul și al doilea grad al combustțiilor, iar al treilea grad, cu al treilea, al patrulea, al cincilea și al șaselea al arsurilor, după clasificăția admisă de **Dupuytren**.

Degerăturile generale lucrează asupra întregii economii.

Extremitățile membrelor, ca cele mai depărtate, la care nutrițiunea fiind mai puțin activă, sunt mai expuse a degera. Intre acestea, picioarele sunt mai des degerate de cât mâinile. Acesta se mai poate explica și prin aceea că picioarele sunt mai des expuse umidității, care, de îndată ce temperatura scade, îngheață apa, așa în cât picioarele se află mai mult timp în gheață. Pe lângă acesta, picioarele nici nu se pot acoperi ca mâinile, cari se țin în mănuși, în sin, sau în buzunare. Obicinuinta însă, cred că face mult; mâinile, nasul și urechile, de și extremități depărtate de centrul circulației, fiind în tot-d'a-una descoperite, se obicinuesc mai mult cu frigul, pentru aceea, sunt poate și mai rare ori degerate. In prima linie, în frecuență, cele d'întâiu sunt picioarele cari degeră; pe urmă vin mâinile, urechile și nasul.

Degetul cel mare de la picior și cel mic de la mână, sunt mai des degerate de cât cele-l'alte degete.

Oamenii slăbiți de boale anterioare, anemicii, bătrânii, copiii, călătorii oboșiți, aceia, cari într'o călătorie sunt mai expuși a sta nemișcați, acei cari nu se hrănesc bine și bețivii, sunt mai expuși ca cei-l'alți.

In privința latitudinii geografice, este iar de observat, că locuitorii din țările mai calde, suportă mai bine frigul ca cei din țările reci. Această observație a fost făcută de Baron Larrey, în resbelul lui Napoleon I.

Acesta am remarcat-o și în resbelul de la 1877—78, când Rușii, veniți de la Nord, partea mai frigidă a Europei, suporta cu mult mai greu frigul ca soldații noștri și turcii, cari abia aveau câte o hăinuță sau manta, prin care se strevedeau, pe când rușii, toți, pe lângă mantale, capișone, cisme mari și largi, aveau și cojoc lungi. Afară de acesta, am avut ocazie a cunoște familia, cari, în camere, la temperatura de 16—18° Celsius, stau cu cojocul, plângându-se de frig. Statistica rușilor a dat un număr mai mare de degerați, cu toate că erau învingătorii și aveau mai multe mijloace a se feri de frig ca învinșii.

Récéla umedă, este mai periculoasă ca frigul uscat. Schimbările repezi de temperatură, produc mai des degerătura. Acei cari trec de la un frig prea intens, la o căldură prea mare, sunt expuși a avea mâinile și picioarele degerate, de aceea se și recomandă, ca ori de câte ori vine cine-va din frig, cu mâinile și picioarele înghețate, să nu se prăjescă de odată la foc, căci se espune a le avea degerate. Tot ase-

menea, și dintr'o căldură prea mare, să nu iasă cine-va de odată într'un frig excesiv.

S'a observat că degerăturile sunt mai tenace și mai frecvente la copiii scrofuloși. Acesta este cauza care a făcut pe unii medici să creadă că congelețiile de întâiul grad, se vindecă cu grăsime de ficat de pește.

Tratamentul degerăturilor se împarte în T. preventiv și T. curativ. Cel d'întâiu consistă în aceia, ca cine-va să se ferescă a se espune frigului și mai cu seamă frigului umed; să aibă haine căldurose, mănuși de lână, ciorapi de lână și cisme mari grose și largi; pe frigul uscat, mai bine ar fi să porțe opinci, căci, din observațiile făcute, mai mulți degerați sunt între cei cu cisme de cât între cei cu opinci. Urechile să le țină acoperite, nasul să'l fricționeze din când în când, să evite a se prăji înaintea focului, când este cu mâinele și picioarele înghețate; să obicinuiască fricțiile cu apă rece și masagiū, pentru a activa circulațiunea.

Tratamentul curativ consistă în a face să dispară congestia, prin spălături escitante și aromatice: Vinul cald, vinul aromatic, spiritul camforat, etc.

O pastă de migdale cu făină de muștar, se pare că a dat órecari bune rezultate; îndată ce degerătura este mai profundă, se va împedica ca aerul să fie în contact cu suprafețele denudate, și pentru acesta, s'a recomandat ungerile cu pomade: vaselină fenicată sau boricată, emplastru mercurial, colodiū simplu sau, mai bine colodiū elastic. Dacă degerătura amenință existența unui membru, se vor face mai întâiu fricțiuni reci asupra membrului și de a nu ridica temperatura de cât cu încetul. În cas când tot organismul se pare a fi amenințat, se vor face fricțiuni cu zăpadă peste tot corpul și într'o locuință rece, în timp de mai multe ore. Se povestesc casuri, unde persoanele cari au stat până la 8 zile sub zăpadă, au fost readuse la viață, numai prin fricțiuni reci și respirații artificiale. Nicolaysen, povestesc un cas, la care temperatura rectală era deja la -25° Centigrade, și cu tóte acestea, bolnavul a fost readus la viață.

A XXIV-a LEȚIUNE

DESPRE ARSURI (COMBUSTII)

Domnilor,

Substanțele caustice, fie actuale sau fizice, fie potențiale sau chimice, puse în contact cu țesăturile animale, au o acțiune distrugătoare, cu caractere particulare. Această acțiune produce nise leziuni, cărora autorii le-au dat numele de *arsuri* sau *combustiuni*.

Arsurile sunt descrise de mult, dar **Fabrice de Hilden**, la 1607 a dat o descriere mai metodică asupra acestor leziuni, după care au urmat autorii ca **Lang (Christ)** la 1658 (Leipzig), **G. Frank** 1681 (Heidelberg), **Slevogt** 1698 (Iena), **Stahl** 1706, **Heister** (1763), **Callisen**, **Boyer**, **Dupuytren**, **Curling**, **Erichsen** și **Wilks**, etc.

Heister și după el **Callisen**, au admis trei grade de arsuri, **Boyer** patru și **Dupuytren** șese.

Clasificația admisă de **Dupuytren** pare a fi cea mai potrivită cu straturile anatomice, ce caloricul poate distruge, potrivit cu gradul de intensitate.

Toți autorii, de la **Dupuytren** încôce, au admis clasificarea renumitului chirurg francez. Vom adopta și noi această clasificare.

1. Inflamația superficială a peleii, fără bătăci să numai roșeță, *rubefacția*; 2. Inflamația peleii cu formare de fliclene să *vesicația*; 3. Distrugerea unei părți din grosimea corpului papilar al dermului; 4. Distrugerea a totă grosimea dermului să *escarificația*; 5. Distrugerea tuturilor cărnurilor până la os; 6. Distrugerea completă a unui membru să *carbonizarea*.

Causele cari dau nascere la combustii să arsurii, sunt diferite. Ele pot depinde de corpul cari imprumută căldură de la alții, cari o să singuri, să cari lucră prin *puterea chimică*, la descompunerea țesuturilor. Intre cei d'intăii, vom pune pe toți acei corpuri inflamabili și comburanti. Ei sunt de trei feluri: gazoși, licuidi și solidi. Al doilea sunt: soroșele și electricitatea și al treilea, corpuri chimici, precum acidi, sărurile, cari, aplicate asupra țesuturilor, să proprietatea de a le distruge, la unele luându-le apa, la altele coagulând albumina, fibrina și la altele (osele), descompunând sărurile calcare.

Tote gazele, cari au proprietatea de a se inflama, produc arsuri, cari sunt cu atât mai grave, cu cât sunt mai intinse. Lesiunile ce ele produc, sunt cu atâtă mai profunde, cu cât flacăra a stat mai mult timp în contact cu corpul, la care mai contribue și hainele aprinse și grăsimia corpului. S'a creșut altă dată, că corpul omului potoe a se aprinde în contact cu focul să cu razele *ardende* ale soroșului, dacă va fi carnea lui imbibată cu spirt. Acest lucru, de și susținut de medici insemnați, totuși s'a dovedit că nu era adevărat și că tot-d'a-una era, să o arsură prin foc accidental să produsă prin mijlouce criminale.

Acei cari sunt expuși a arde prin gaz sunt: artificierii, chimiștii, farmacistii, funcționarii de la luminatul cu gaz aeriform, vedangiorii, cari intră cu lumina în hasnale, cei ce lucră în mine; într'un cuvânt toți acei cari sunt expuși exploziilor.

Cu cât un corp licuid este mai consistent și mai lipicios, cu atât arsură este mai profundă, presupunând că vor fi la acelaș grad de temperatură. Apa, cu cât conține mai multe săruri, cu atât este mai distrugătoare. Apa destilată la 100 grade, produce o arsură superficială (*rubefacția*).

Dacă însă apa, să ori-ce alt licuid, se va imbibă în haine, prelungind contactul căldurei cu corpul, produce o arsură, care va fi cu atita mai adâncă, cu cât și corpul a fost și mai consistent și la o tem-

peratură mai ridicată. Licuidele cari produc mai adesea combustiuni, sunt: apa, laptele, *terciul* la copii și clistirele cu scrobélă.

Un copil al unui prieten (E. P. P.), a sucombat îndată după un clistir ferbinte cu scrobélă, făcut de mósă.

În arsurile gâtlejului, mórtea vine repede, prin edemul glotei, sau mai târziu, se produc strâmtorări ale esofagului, prin cicatrice.

La copii, aceste combustiuni pot fi produse din greșelă sau într'un scop criminal.

Apa, transformându-se în vapori, produce combustiuni superficiale, dară foarte întinse și adesea, în explozii, vaporii, fiind inspirații, produc arsuri întinse ale mucosei respiratóre. Un asemenea cas s'a petrecut în spitalul cel vechiu (Colțea), când un servitor de la bae, aflându-se pe scară, de-asupra cazanului, acesta fiind tocit de sárurile din apă, a făcut explozie, vaporii au eșit și au învăluit pe servitor, care a fost ast-fel ars și pe piele și pe căile respiratorii și care a sucombat peste puțin timp.

Corpii solizi, încălziți până la roșu, produc arsuri de diferite grade, însă, limitate pe punctul unde s'a aplicat. Phosphorul, sodium, reșinele, etc. produc o arsură profundă, pentru că și gradul lor de incadescență este foarte ridicat.

În cât privesce arsurile produse prin unele sáruri, cum este pasta de Viena, potasa caustică, nitratul de argint, chlorurul de zinc și de antimoniú, nici nu mai vorbim de ele, fiind produse numai cu scop medical.

Gradul de întindere și adâncime al arsurilor, depinde și de gradul de temperatură și de timpul, cât agentul conducător a stat aplicat pe pele și pe întinderea în suprafață. Dacă un metal este redus la starea licuidă, el poate să producă o arsură foarte profundă și chiar carbonizarea unui membru, de și a stat în contact cu el numai câte-va secunde. Folin citeză cazul unui lucrător, care a căzut cu piciorul în fontă topită și la moment acel picior a fost complect carbornizat.

Contactul prelungit al corpilor înfierbântați cu corpul animalului, precum se întâmplă la epileptici, la apoplectici și la bețivi, produce combustie întinsă și chiar carbonizarea unuia din membre sau chiar a corpului întreg, fără ca pacientul să simtă.

Simptome.—*Intâiul grad.*—Arsura cea mai superficială, este re-

sultatul acțiunii unei flăcări sau a unui corp solid, licuid sau vaporii, a căror temperatură nu ajunsese la 100° și care este ținut în contact puțin timp cu tegumentele. Arsurile de gradul întâiu sunt caracterisate prin roșeță, durere și tumefacție (umflătură). Roșețea este vie și dispare sub presiunea degetului și iar reapare, îndată ce încetază presiunea; ea este cu marginile neregulate, perdându-se în tegumentele vecine; durerea este foarte vie la început și trece cu încetul, în timp de câte-va ore; tumefacția ține puțin timp. După acesta epidermul se descuamează.

Acest grad de combustie se observă la insolații, la omenii aceia cari se prăjesc la foc, precum țărani și țigani, cari și prăjesc picioarele góle naintea focului, de unde rezultă o stare de colorație marmorată, cunoscută la dênșii sub numele de *prigorélă*; asemenea se vede această stare de eritem și la *sufiori* de sticle (în fabrici), la ferării. La lucrătorii din câmp, această stare se numesce *insolație* și, dacă produce simptome cerebrale, ia numele de prăjélă, *Coup de Soleil*.

Al doilea grad. — În general acest grad se produce în urma contactului apei ferbinte cu pelea. El se arată sub formă de bșicici, în tocmăi ca cele produse de plastorile de vesicătore, cari bșicici, după ce seridică, lasă papilele descoperite, dând loc la o durere foarte vie; suprafața denudată se acoperă de muguri cărnosi și supurează, lăsând câte o dată semne de cicatrice, în tocmăi ca de vărsat. Pentru a evita aceste semne, se recomandă a se lăsa epidermul pe loc, după scurgerea serosității.

Al treilea grad. — Produs prin contactul prelungit al unui licuid fierbântat sau al unui corp solid metalic, încălđit până la roșu, sau chiar a unei flame. Acest grad de arsură este caracterisat prin distrugerea epidermului, al corpului lui Malpighii și chiar al papilelor dermului, prin urmare, a tot stratul superficial al dermului. Bșicile conțin un licuid negricios și turbure, câte o dată se formază escare negre sau galbui, găvănate, insensibile; aceste producții pot fi isolate sau tóte împreună pe aceeași regiune. Durerea este foarte vie și are un caracter „ca și cum ar curge“, după cum o definesce A. Parré, cunoscută de greci sub denumirea de *Empyreuma*. Durerea încetază a doua sau a treia zi, spre a reveni peste șese sau șapte zile, după ce cade escara. După căderea escarei, rămâne o suprafață ulcerată, care supurează și care lasă după dênsa o cicatrice deprimată și de colóre alburie, în tocmăi ca după vesicătore.

Al patrulea grad. — În acest grad, totă grosimea peleii este distrusă, ba chiar țesutul celular de sub piele este coprins, iar local se găsește o escară întinsă, negricioasă, uscată și care sună la percuție; împrejur se vede un cerc alb, înconjurat și el de un cerc roșu, care perde din culore, cu cât se depărtază către țesuturile vecine. Toți nervii, fiind cu desăvîrșire distruși, durerile sunt foarte mici. După căderea gangrenei se produce o inflamație. Cicatricea se formează foarte încet, este neregulată și lasă după dînsa bride foarte aparente după cum se vede în figurile aci anexate.

Al cincilea grad. — Gradul al cincilea de arsură, este însemnat prin distrugerea peleii, a țesăturii celulare, a stratului grăsos și a mușchilor până la os; vasele și nervii sunt coprinși de distrugere. Dacă arsura este aproape de articulații sau de cavitățile splashnice, acestea se deschid; escarele formate sunt și mai întinse, grose și mai tari ca la gradul al patrulea; percusiunea produce o sonoritate mai mare.

Al șeselea grad. — Acest grad este caracterizat prin distrugerea completă a unui membru. Tote țesăturile sunt reduse în cărbune, cu miros de carne friptă; periostul distrus, osul se necrosază. După căderea lui, bontul se cicatrisează și, în raport cu întinderea de piele de care dispune, se poate regula acest bont.

Afară de caracterele locale, inerente celor șese grade, sunt și simptome generale de o mare însemnatate, pe cari trebuie să le cunoșcem; acestea sunt de trei feluri și variază după grad și în adâncime. Acestea sunt; *congestia* și *durerea*, cari se arată cele d'întîi și cari dispar după un timp de două-trei zile, a doua, este *reacția inflamatorie* și al treilea e *supurația*.

Dacă arsura este întinsă în suprafață, durerea e așa de mare în cât este de nesuferit: pacientul cade într'un fel de stupore, este liniscit, nu vorbește, nu se mișcă și nu întârzie a sucomba. Acastă formă a combustiei, o atribuia Dupuytren unei intoxicații, iar după englezii, se poate numi „Shock“. Fața devine palidă și albăstruie, o nădușelă rece, lipicioasă, acopere corpul; temperatura scade chiar cu mai multe grade; pulsul mic, filiform, neregulat; respirația foarte încetă și cu mișcări neregulate; bolnavul nu mai urineză și ajunge în starea extremă a vieții.

Altă dată se observă o stare de agitație, un delir furios și mișcări convulsive. Dacă bolnavul nu sucombă în primul period, se observă

simptome de reacțiune inflamatoare; ast-fel, vedem ivindu-se o febră mare (39°—40°). Bolnavul are grătă, nu are apetit, este constipat la început, iar mai la urmă, urmăză o diaree, care anevoe se poate opri și adesea scaunele sunt sanghinolente și chiar sub formă ca la dysenterie. Pulmonii și pleura se prind la rândul lor, de unde semne de bronchită, broncho-pneumonie și pleuresie. Rinichii se prind asemenea, însemnându-se prin prezența albuminei în urină. Unul din organele ce se prinde și mai des, este creierul și meningele, care inflamându-se, dau loc la simptome de encefalită și compresiuni produse prin exudatele sub meninge și în ventricule. Bolnavii, cari scapă și de aceste complicații, au a suporta consecințele unei supurații îndelungate. Al treilea period său al supurației, este caracterizat prin supurația ce se formează după căderea esareii; această supurație este foarte abundentă, din care cauză bolnavul slăbește; se produce un fel de slăbiciune organică; în viscere se constată deposite *amyloide*; se produce o cachexie; bolnavul se perde prin consumpție. Afară de acesta, și plaga dă supurație, ca toate celelalte plăgi și este expusă complicațiilor, ca gangrenă, erisipel, infecție purulentă, septicemie, hœmorrhagii secundare și chiar tetanos, prin urmare, destule accidente care să producă mörtea. Pe lângă toate acestea, trebuie să scim că, câte odată, survine mörtea fără să putem precisa adevărata cauză, și în cazul acesta, autorii admit zguduitura nervoasă numită „Shock.“ Deschiderea unei incheeturi, pneumonia, pleuresia, meningita, exudatele în ventricule, nefrita, peritonita; provocate prin căderea escarelor sau prin perforația intestinului și mai cu sémă a duodenului, cauzată de ulcerațiile mucoasei, edemul glotei, etc., sunt atâtea complicații grave cari pot explica mörtea în combustiile întinse.

Lesiuni anatomice. — Afară de lesiunile locale ce se găsesc în diferitele grade ale arsurilor, s'au observat și lesiuni anatomo-pathologice mai depărtate. Ast-fel, **Curling**, cel d'întăiu, a atras atențiunea asupra unor ulcere ce se găsesc câte o dată în duodenul combustionațiilor, în apropiere de pilor.

Aceste ulcere, cari au o întindere de la o monedă de 50 bani, până la un leu, se asemănă foarte mult cu ulcerele stomacului. Se crede că aceste ulcere sunt produse printr'un fel de infarctus, cu digestia mucoasei, produsă de sucul gastric. Cele mai frecvente lesiuni se găsesc asupra organelor respiratorii; pulmonii și pleură; asupra rinichilor și în encefal. În aceste organe se găsesc infarcte, produse de grămădirea

globulelor roșii, cari sunt stricate și imputinate în sânge, de unde rezultă o *hypoglobulie*; cel puțin așa explică Panfik mórtea prin inflamația organelor viscerale, în arsurile întinse.

Prognosticul depinde de întinderea mai mult în suprafață a arsuri, de cât după gradul de adâncime, precum și după importanța organelor atinse. O arsură forte superficială în gât, produce mai repede mórtea prin edema glotei, de cât o arsură de al doilea sau al treilea grad asupra peleii, fie ori cât de întinsă. O arsură de gradul al doilea, este cu mult mai gravă ca alta de gradul al treilea și al patrulea, dacă ea ocupă o suprafață prea întinsă. În determinarea prognosticului, trebuie a ține mult socotela de complicațiile ce se arată în urma arsurilor. Cu cât o arsura este mai întinsă în suprafață cu atât prognosticul este mai grav.

Diagnosticul. — O arsură nu se poate confunda, nici cu erysipelul, nici cu erythemul și nici cu orice alt exantem. Numai în cazuri de simulație, ar putea exista ore-care îndoială, de aceea, medicul legist, pe care privește acesta, trebuie a fi cu băgare de seamă, spre a nu fi înșelat. Combustiile de gradul întâiu, produse de arșița sórelui, se pot confunda cu erythemul de pelagră.

Tratamentul, depinde după gradul arsuri, ast-fel, în gradul întâiu s'au recomandat băile permanente, la o temperatură mai scădută ca a corpului. În gradul al doilea, se vor sparge beșicile și, după ce se va scurge serositatea, se vor acoperi suprafațele cu epidermul deslipit; cu chipul acesta papilele nervoase nu vin în contact cu aerul și prin urmare și durerea este mai puțin vie; dacă din întâmplare, epidermul este ridicat cu hainele, se va acoperi suprafața de în dată cu vată sterilizată și iodoformată, și, dacă supurația ar trece prin acest strat, se va aplica un alt strat de vată, și se va ține ast-fel acoperit până la cicatrizare, fiind pansamentul în loc prin un bandajiu circular. Dacă arsura este mai profundă, și s'a format escară, vom căuta a înlesni cicatrizarea prin poziția membrului și prin aplicații de pansamente, fie cu vată sterilizată, fie cu colodiu simplu sau rășinat. Vasilina fenicată este cea mai recomandată, mai cu seamă că și acidul fenic este și un potolitor al durerilor. Compresse imbibate în soluție de 10,000 de sublimat, sau de apă fenicată, acoperite cu pânză de gutta-perca; prin acesta se formează un pansament umed; părțile mortificate se vor elimina sub pansament, iar supurația se va imputina, pe când complicațiile, cari de obicei se arată la arsurile deschise, se pot evita prin aceste pansamente.

Unele din consecințele cele mai frecvente și mai neplăcute, ce seivesc după arsuri, sunt cicatricile diforme, cum se vede în figurile alăturate 1 și 2 și cari cicatrice, din nenorocire, nu se pot evita de cât cu mare anevoință. Aceste cicatrice sunt mai neplăcute împrejurul orificiu-



Fig. 1. Cicatrice după arsură

rilor precum cum sunt ochii, nasul, gura, urechile, vulva, anusul, etc. Imprejurul articulațiilor, se produc cicatrice în formă de bride, care împiedică mișcările. Pentru a evita formarea acestor bride, se vor da diferite poziții membrului, ast-fel, dacă este o combustie pe partea externă sau în

sensul extensiunii, membrul se va ține în flecsiune forțată, iar dacă combustia va fi în sensul flecsiunii, se va ține membrul în extensie forțată, spre a se forma cicatricea cât de lungă, pentru a înlesni mișcările. Pe de altă parte, se va împedica cicatrizarea și prin cauterizații



Fig. 2 Cicatrice după arsură.

și cura generală simptomatică, ast-fel, în periodul întâi, se va combate excitația prin preparate narcotice: opiu, morfină, codeină, chloral, sulfonal, etc.; starea de slăbiciune va fi combătută prin injecții cu ether, cafeină, teină; se va da asemenea și o alimentație substanțioasă și la nevoie, chiar o alimentație forțată.

succesive, în puncturile în care se va forma cicatrice și care ar împedica mișcările.

Arsurile mânilor și ale picioarelor, produc lipirea degetelor între ele și, pentru a evita aceasta, se va căuta a se ține degetele depărtate prin felul pansamentelor.

Cicatricile diforme se vor repara prin operații autoplastice, după indicațiile ce va exigea fie-care regiune.

În cas când un membru întreg este distrus, se va prefera amputația.

Pe lângă tratamentul local, se va da

numai în stingeră dintr-un articol, în cazuri rare și numai când este
 și o luxație a cotului.
 Fractura este înalta în interiorul articular, fiind pe mai puțin
 mentă în stadiu special. Aceste fracturi, ca toate cele similitate, prezintă
 în ele contururile cu luxațiile distale cubit și radiu, cu luxațiile
 distorționale, cu contururile articulare, cu ale articularului
 cu luxațiile incomplete, etc.

Pe la finele secolului al XVIII-lea, Dupuytren, cel dinaintea
 descrierii mai puțin acestor fracturi și de-a clasifica-le ca cele
 pentru ale articularei radio-cubitale. Desău, în a descrie în
 înas Dupuytren este acela care a dat o clasificare mai metodică
 1814. Colles, din Dublin, a descris mai pe larg fracturile radiului.
 Aceasta înțeles că înas nu s-a putut recunoaște în Franța și
 înas în Anglia, în locurile în care nu erau cunoscuți de
 înțeles în Anglia, până în 1820. După ce s-a făcut cunoscut înțeles
 în Colles și a dat numele înțelesului înțelesului de fractura
 radiului Colles, după cum s-a înțeles înțelesului înțelesului
 englez.

A XXV-a LECȚIUNE

FRACTURILE RADIULUI

Domnilor,

Fracturile radiului se împart în fracturile corpului și ale extremităților.

Fracturile corpului, se produc în majoritatea cazurilor, după același mecanism ca și fracturile cubitului. Causele directe (loviturile cu baston) sunt cele mai obișnuite. Când se fracturază corpul radiului prin cauza indirectă, este tot-d'a-una însoțit și de fractura corpului cubitului în același timp. **Malgaigne** și **O. Brien**, arată că au văzut fie-care câte un caz de fractură izolată a radiului prin contracția musculară.

Fracturile radiului sunt cele mai frecvente, așa în cât, după statistica admisă, aceste fracturi ar numera un procent de 15/100 din numărul total al fracturilor oșelor în genere.

Dintre fracturile radiului, cele mai frecvente sunt ale extremității inferioare, care numără un procent de 59/100 din toate fracturile oșelor corpului, iar de 9/10 din fracturile radiului.

Fracturile extremității superioare sunt foarte rare; ele consistă

numai în smulgerea puliei articulare, în casuri rari și numai când este și o luxație a cotului.

Fractura extremității inferioare a radiului, fiind cea mai frecventă, merită un studiu special. Aceste fracturi, cu toate că sunt foarte frecvente, au fost confundate cu luxațiile dintre cubit și radiu, cu luxațiile radiocarpene, cu contuziile articulației carpului, cu ale antebrațului, cu luxațiile incomplete, etc.

Pe la finele secolului al XVIII, Pouteau, cel d'întâiu, a dat o descripție mai bună acestor fracturi și le-a deosebit de cele-l'alte leziuni ale articulației radio-carpene. Desău!t le-a descris asemenea, însă Dupuytren, este acela care a dat o clasificație mai metodică. La 1814 Colles, din Dublin, a descris mai pe larg fracturile radiului.

Acastă lucrare a rămas mult timp necunoscută. În Franția și chiar în Anglita, au fost foarte puținii acei cari aveau cunoștința de lucrarea lui Colles, pînă ce, la 1847, Smith a făcut cunoscută lucrarea lui Colles și a și dat numele fracturilor inferioare ale radiului de fracturile lui Colles, după cum sunt astă-đi cunoscute în toate țările engleze.

Dupuytren, Goyrand, (d'Aix), Diday, Voillmier, Smith, Malgaigne, Nelaton și Lecomte, au studiat mai bine leziunile anatomo-patologice și au făcut mai multe experiențe pe cadavre, asupra acestei cestiuni, care astă-đi cred că este îndestul de bine cunoscută.

Cause. — Principala cauză a acestor fracturi sunt căderile pe mână și dintre acestea, cea mai obicinuită, am putea đice unica, este căderea pe palma mînei.

Se citéză cazuri de cădere pe dosul mînei, sau prin extensie forțată a mînei pe antebraț; acestea sunt casuri foarte rari și adesea nesigure, pentru că nu tot-d'a-una bolnavul póte indica cu siguranță în ce poziție a fost mîna când a căđut.

Etatea contribuie mult la producerea acestor fracturi. Copiș, cu toate că mai expuși căderilor, mai nici odată nu și fractureză radiul la căpătaiul de jos.

Acesta póte ține la mai multe împrejurări, adică: sau la greutatea mai mică ce are să suporte membrul în cădere, sau că axa membrului este mai scurtă, sau că osificația la copii, fiind incompletă, elasticitatea contribuie a nu se fringe osul.

Fie una, fie alta din aceste cauze, sau ceea ce este mai probabil

tote împreună, fac ca ast-fel de fractură la copii, să nu se observe, cu toate că ei sunt mult mai expuși cauzelor traumatice.

Mecanismul. — Pouteau a spus, că radiul se fracturază la capul de jos prin contracția muschilor pronatori și supinatori și mai cu seamă, prin aceia a pătratului pronator, care contractându-se, caută să facă să dispară curbura formată de radiu, micșorând ast-fel spațiul dintre cele două oșe.

Acastă teorie este greu de susținut în ziua de astăzi, când studiile anatomice și experiențele pe cadavre, au dovedit că nu ast-fel se poate explica mecanismul fracturilor extremității de jos a radiului.

Fie-care teorie în parte este insuficientă pentru a putea explica cum se produce fractura radiului la capătul de jos, din cauză că este foarte cu greu a se admite cum că osul se fracturază într'un chip absolut, numai prin cutare sau cutare mecanism.

Două alte teorii și dispută onóra de a explica adevăratul mecanism al producției acestui fel de fractură.

Felul cum se articulază oșele între ele, forma suprafațelor articulare și a liniei inter-articulare; mulțimea oșelor și a facetelor articulare; forma și puterea ligamentelor articulare; varietatea muschilor, a inserțiilor lor și a tendónelor lor; felul cădereii și al transmisiunii forței, face ca mecanismul producției fracturei porțiunii de jos a radiului, să fie greu de explicat într'un mod absolut și mai bine ar fi, ca până la alte explicații, să se admită teoria complicației mecanismului.

Iată cum explică autorii cele două teorii :

În prima din aceste două teorii, fractura s'ar produce prin transmiterea șocului asupra extremității inferioare a radiului. Acesta ar rezulta din studiul anatomiei normale a articulației pumnului. Faceta articulară a radiului se reazimă în adevăr asupra facetelor articulare conrespunzătoare ale scafoidului și semilunarului, care formază punctul cel mai ridicat al condilului carpian.

Faceta piramidalului, este din contră puțin oblică, teșită, ea este despărțită de extremitatea inferioară a cubitului prin grosimea ligamentului triunghiular, care formază între cele două oșe un fel de tampon. În căderea asupra palmei, rezistența corpului pe care se reazimă, se transmite direct carpului.

Cubitul, din cauza dispoziției particulare a articulației sale inferioare, se pune foarte puțin în contact cu fața piramidalului, pe a căruia suprafață înclinată, are tendința mai mult a aluneca de cât a se propti;

cu chipul acesta, ligamentul triunghiular, care este elastic, se întinde, și în tot cazul, nu ar putea produce de cât smulgerea apofisei stiloide a cubitului, rupând'o la baza ei. Pe când radiul, din contră, aflându-se în contact direct cu convexitatea condilului scafoido semilunar, primesce singur totă greutatea corpului. Și, or cât de puțin violentă ar fi căderea, această extremitate ososă, compusă de un țesut spongios, se strivesce și se rupe în punctul cel mai slab și cel mai subțire, adică acolo unde se împreună țesutul rarefiat cu cel compact. Această teorie a fost confirmată de către Nélaton, prin experiențele făcute pe cadavre.

Iată cum experimenta Nélaton. Seferăstruesce olecranul, se propătesce palma mâinei exact pe o masă solidă, iar asupra extremității superioare a antebrațului, se lovesce cu un corp greu; cu chipul acesta, Nélaton a produs tot-d'auna fractura extremității inferioare a radiului și în același fel și cu aceleași caractere. Goyrand a crezut că fragmentele alunecă unul asupra altuia, pe când Voillemier a constatat că fragmentul superior, fiind compact, pătrunde în cel inferior, care este spongios. În timpul acțiunii căderii, totă presiunea se produce asupra porțiunii posterioare a marginii articulare a radiului, la căpătâiul din afară al acestei margini și face ast-fel ca penetrația să se producă la partea anterioară a fragmentului. În aceste condiții, fragmentul inferior are o mare tendință a bascula înapoi, partea lui superioară caută a se depărta de axa osului, pe când fragmentul superior, solid, care rămâne în axă, se înfige în țesutul spongios al fragmentului inferior.

Această teorie a fost admisă de chirurși în timp de mai multe decimii de ani. Unii chirurși ca Bouchet, Bonnet, Voillemier chiar au observat că în unele cazuri, fractura nu se poate atribui de cât unei extensii forțate. Malgaigne dice că, câte odată, în o cădere pe palma mâinei, fractura nu poate fi de cât rezultatul unei extensii forțate a ligamentului anterior al pumnului, de unde rezultă o adevărată smulgere a căpătâiului inferior al radiului. Lecompt, dice că nici nu poate fi alt-fel fractura făcută de cât prin smulgere.

El explică acesta în chipul următor: Nici o dată, în căderea pe palma mâinei, greutatea carpului nu se reazămă pe cel întâiu rând al ôselor carpului eminentele; thenară și hypothenară și chiar al doilea rând al carpului, primesc totă puterea loviturii.

Prin urmare, este peste puțină ca în aceste două condiții, violența să fie transmisă la faceta radială.

Pe când extensiunea, mâinei asupra antebrațului încercă a se

exagera, ligamentul radio-carpian anterior, silit, se întinde din ce în ce mai mult, și nici nu se poate rupe, nici să se lungască ci smulge extremitatea inferioară a radiului, producând ast-fel o fractură în nivelul inserțiunii lui. Nélaton a tăiat ligamentul anterior și, cu toate acestea, fractura nu s'a putut produce, prin urmare, această teorie se adevărește. Acesta se produce pe cadavre, iar pe viu, se crede că este o combinație a celor două mecanisme. Dacă s'ar admite numai teoria lui Malgaigne și Lecompt, nu s'ar putea explica cum s'ar face penetrația, dacă fractura s'ar produce prin smulgere. Afară de acesta, încă dorea pe dosul mâinei, tot se fracturază extremitatea de jos a radiului, fără să se mai atribue acesta smulgerii. Prin urmare, în orî-ce cas, trebuie a invoca transmiterea forței, care, dacă este suficientă a produce fractura, prin căderea pe dosul mâinei, pentru ce nu ar produce-o în căderea pe palmă.

Pe de altă parte, dacă am admite numai simpla transmisiune a puterii, nu s'ar putea explica regularitatea acestor fracturi, cari sunt mai tot-d'a-una aceleași, căci desordinele consecutive strivirii extremității radiale, ar trebui să varieze în reson direct cu violența lovirei.

Se vede mai mult că ar exista o asociație a acelor două mecanisme, și am putea conchide, că fractura extremității inferioare a radiului, incepe prin smulgere și se termină prin penetrare.

Varietăți și deslocări. — De și Pouteau descriesese fracturile extremității inferioare ale radiului, nu a dat însă nici o explicație asupra diferitelor varietăți. Goyrand a spus că aceste fracturi erau în genere numai în direcțiune obligă, de sus în jos și din'apoi în nainte; de unde și scurtarea se atribue alunecării fragmentelor unul peste altul. Voilemier, în urma studiilor făcute, a demonstrat, că direcțiunea acestor fracturi este mai tot-d'a-una transversală, rar oblică în jos și nainte, și foarte rar în jos și napoi.

Sediul fracturei este aproape de articulații de unul până la două centimetre cel mult și corespunde, prin urmare, cu punctul unde se prinde ligamentul radio-carpian anterior. Fragmentul superior, ca mai compact, pătrunde în fragmentul inferior și, după poziția în care s'a aflat membrul în timpul căderii, se pot observa diferite varietăți în atitudinea membrului, din cauza penetrării fragmentelor.

În casurile cele mai obicinuite, fragmentul inferior este împins către fața dorsală, formând ast-fel cu axa osului, un unghiū optus, deschis către fața posterioară. Fragmentul superior, mai compact, se

înfige în cel inferior în formă diagonală, mergând către marginea anterioară a facetei articulare radiale, care, din cauza mișcării de basculă a fragmentului inferior, se află cam în direcția prelungirii facetei posterioare a diafizei radiului. Altă dată, fragmentul inferior, alunecă spre, napoiu, așa în cât, căpătâiul de jos al fragmentului superior, se află în nainte, iar marginea anterioară a fragmentului inferior, intră în canalul medular al fragmentului superior. După observațiile lui **Nélaton**, fragmentele nu intră unul în altul de cât la fața posterioară, pe când la fața anterioară, suprafațele fragmentelor, rămân numai în contact unul cu altul.

În alte cazuri mai rare, fragmentul interior se întorce foarte mult 'nainte, și numai ast-fel se înfige în el fragmentul superior.

Altă dată, fractura este făcută prin divulsiune. Fragmentul superior pătrunde ca o pană în cel inferior și'l sparge în mai multe țândări. Acesta se întâmplă atunci când puterea loviturii a fost transmisă radiului în direcția axei lui.

Din cauză că fragmentul inferior se ridică în sus, și nivelul articulației radio-carpene ia ore-care modifi cațiunii, linia inter-articulară, care în stare normală este oblică în jos și în afară, și radiul se scoborâ ast-fel măi jos de cât cubitul iar linia inter-articulară devine aprópe orizontală. Apofisa stiloidă a radiului se ridică, și, după cum ligamentul extern al articulației radio-carpene, în genere rămâne sdравăн, mâna este trasă de el și ast-fel se strămbéză în afară și articulația radio-cubitală inferioară este puțin măi căscată.

Adesea fragmentul inferior, în timpul ridicării lui, întindend ligamentul triangular, 'l rupe în parte și, decă acesta resistă, cea ce se întâmplă măi în tot-d'a-una, se póte smulge apofisa stiloidă a cubitului la basa ei.

După **Tréllat**, diformitatea este cu atât măi mică, cu cât omul este măi bétrân, căci în acest cas, fractura se face cât se póte măi aprópe de extremitatea osului iar fragmentele pătrund unul în altul, fără a face mare diformitate, pe când, la ómenii măi tineri, fractura, făcendu-se la punctul unde se unesce epifisa cu diafaza, resultă prin urmare, o diformitate măi mare și măi constantă.

După **Schmidt**, diformația la femeii este tot-d'a-una măi puțin pronunțată, din cauză că țesuturile moii sunt măi abundente.

Complicații. — În general, fracturile căpătâiului de jos al radiului se termină prin formare de calus, cu óre-care diformitate, măi cu

sémă la bărbați. La început, bolnavul are mari suferințe și nu se poate servi de membrul lui. Se întâmplă câte odată, fie din cauza tumefacției, fie din cauză că se întrebuințează de multe ori fomențații reci, umede și iritante, cum este ghiața, apa de Goulard, spirtul camforat mai cu sémă, că se ivesce o iritație a dermului, cu mâncărime și adesea de erupții de eczemă, cu o secreție foarte abundentă, însoțită de arsură și de o mâncărime așa de supărătoare, în cât bolnavii preferă mai mult a avea dureri mari de cât mâncărime. Alte complicații nu am avut ocazie a observa. Consolidarea se face bine și diformitatea poate fi apreciabilă, dar nu este întru nimic vătămătoare.

Simptome. — De vreme ce fractura extremității de jos a radiului este complectă și se presintă cu caracterul ei propriu de diformitate, poate fi diagnosticată de departe; căci, diformitatea ce însoțesece această fractură, este *tipică* și proprie numai ei. Mâna ia forma unei *furculițe*, ceea-ce a făcut pe Velpeau să-i dea și numele de fractură în formă de *dos de furculiță*. Mâna se află pe un plan mai îndărăt de cât planul antebrațului, însă, amândouă planurile sunt paralele. Facetele, dorsală și palmară ale mânei, nu mai sunt prelungiri ale facetelor corespondente ale antebrațului, ci sunt despărțite prin un plan înclinat, concav pe fața dorsală și convex pe fața palmară. Acest plan înclinat este format de scheletul căpătâiului de jos al radiului fracturat și întors înapoi.

Mâna este puțin strâmbată spre partea externă. În unele cazuri, mâna este cu totul mutată mai în afară, iar altă dată numai strâmbă, formând un unghi.

Câte odată, se simte la 1-2 centimetre mai sus de articulație, un unghi, format de cele două fraemente. Din cauză că mâna se împinge către marginea radială, căpătâiul inferior al cubitului face o scosătură, care este cu atât mai pronunțată, cu cât mâna este mai împinsă către marginea radială. Această diformitate internă este câte odată foarte neplăcută, iar dacă apofisa stiloidă este ruptă, se simte d'asupra ei o adâncătură.

În stare normală, când mâna este întinsă, prelungirea axei antebrațului trece între degetul mediu și inelar, pe când în fractura căpătâiului de jos al radiului, mâna fiind deviată către marginea radială, axa trece prin meșlocul degetului inelar sau chiar între acesta și auricular, dacă deviația este prea pronunțată.

De obicei, așa se diformizează mâna în această fractură; se întâmplă

insă câte odată, că dislocarea fragmentelor să fie mai mică sau fractura să fie mai aproape de articulație, și în cazul acesta nu mai avem acea formă tipică bine pronunțată a fracturii. Această se observă mai cu seamă la femei, la copii și la bătrâni, pentru că la aceștia, extremitatea de jos a radiului, fragetă sau puțin solidă, permite ca fragmentul de sus să o pătrundă sau să o disloceze foarte puțin, chiar în cazurile când violența căderii ar fi foarte mică, lucru ce se observă la femei care cad asupra lor înși-le și la copii, care sunt mai aproape de sol și mai ușori; pe când la bărbații între 20 și 40 ani, diformitatea este mai mare, pentru că în genere și violența cu care cad este mai puternică. În general, vârful apofizei stiloidice a radiului este cu un centimetru mai jos ca aceea a cubitului, pe când în fractură, fragmentul radial inferior, ridicându-se, face ca amândouă apofizele să fie în același nivel.

Tillaux a atras atențiunea chirurgilor asupra indoiturilor transversale, de la fața palmară a brățării mâinei, care în fracturi sunt mai pronunțate.

Mobilitate anormală și crepitație nu există de cât în cazuri *forte rare*, din cauză că fragmentele, intrând unul în altul, nu se pot mișca, și apoi, un chirurg prudent și nici nu trebuie să prea le caute, căci prin această, dislocă și mai mult fragmentele.

Când aceste caractere lipsesc, singurul simptom pe care ne basăm, spre a diagnostica o fractură, este durerea fixă și vie, care se află într'un punct cu 10—18 milimetri de-asupra liniei interarticulare.

Diagnosa. — În genere nu presintă nici o dificultate, când fractura este urmată de diformitatea clasică. Dacă însă acesta lipsesc, fractura nu se poate confunda de cât cu o contuzie a articulației; în cazul acesta, mișcările articulației radio-carpiană sunt foarte dureroase, iar durerea este respândită în toată întinderea articulației, pe când în fractură, de și este mai violentă, se află numai într'un punct fix.

Tot asemenea, această fractură nu se poate confunda cu o luxație a pumnului, din cauza tumorii în formă conică, formată de suprafața articulară a oșelor carpului; întregimea oșelor antebrațului; rămânerea în nivelul obișnuit al acelor două apofize stiloidice și repunerea oșelor la locul lor, face ca luxația să nu se confunde cu fractura. Dacă ar exista o diformitate veche, se poate desluși lucrul din întrebările bolnavului.

Prognoza. — Nu presintă nici o gravitate; fractura se vindecă între 18—20 zile la tineri și între 25—30 zile la bătrâni. Fragmentele trebuiesc puse la loc, cu toate că este lucru foarte cu greu, căci bol-

năvii nu prea se supun, din cauza durerilor; de altmintrelea, dacă diformitatea nu este prea pronunțată, se lasă fractura să se vindece și cu acea mică diformitate.

Din câte cazuri am văzut, de fracturi la capătul de jos al radiului, numai o singură dată diformitatea a fost așa de mare, în cât am fost nevoit a reduce fragmentele sub chloroform; toate celelalte cazuri s'au vindecat, din care a rezultat puțină diformitate vizibilă, dară nu desagregabilă. În dreptul tecilor flexorilor rămâne adesea o umflătură, care dispare cu încetul. Altă dată, fragmentul superior produce o iritație permanentă asupra nervului median, de unde rezultă o nevrită cu consecințe trofice de paralizie și atrofia mușchilor.

După această fractură, poate să rămână câte o dată înțepenirea articulației, care să persiste pentru tot-d'a-una, iar la bătrâni, această înțepenire se poate însoți și de retracțiuni fibröse și tendinoase, mai cu seamă la cei predispuși rheumatismului. În timpul tratamentului se poate umfla membrul și a deveni locul unui ezem fluent, foarte supărător.

Tratamentul. — Înainte de toate, trebuie bine redusă fractura, ca să nu rămână mare diformitate. Pentru a o reduce, trebuie a apăsa asupra fragmentului inferior din'napoi în nainte și de afară în năuntru. Extensia și contra-extensia se pot face chiar de către chirurg. Pe când operatorul trage cu o mână asupra pumnului, sucind mâna către partea cubitală, cu policele de la cea-l'altă mână, apasă asupra fragmentului inferior, pe care-l împinge în nainte, pe când cu celelalte degete menține fragmentul superior, apăsând pe fața lui palmară. În genere, fragmentele se reduc cu înlesnire, însă, din cauza durerilor, cei mai mulți bolnavi refuză, preferind a rămâne cu diformitate.

Dacă nu reușește ast-fel, un ajutor trage de membru în sus, iar chirurgul apucă mâna bolnavă cu amândouă mâinile sale, iar cu cele două police apasă cu putere asupra fragmentului inferior.

Odată fragmentele reduse, trebuie a le menține în loc; pentru acesta s'au imaginat o mulțime de aparate, unele mai complicate de cât altele. Dupuytren recomanda o singură atelă palmară și o compresă graduată. Nélaton două atele, unul dorsal și altul palmar, cu comprese graduate, aplicate în sens invers asupra celor două fragmente, toate fixate prin o bandă circulară. Gosselin o atelă palmară, care să nu se coboare mai jos de articulația carpului și o compresă gradată pe capul

de jos al fragmentului superior; toate fixate în timp de 12—15 zile cu bandelele de diachilon.

Când mâna este prea mult trasă către partea radială, Dupuytren recomanda a se pune un otel pe marginea cubitată și a se fixa cu bandelele. Pentru toate aceste aparate trebuie o supraveghere foarte de aproape, căci, dacă nu sunt prea strinse, se slăbesc și nu au nici un folos, iar dacă sunt prea strinse, produc umflarea mâinei și chiar gangrena.

Dacă este a aplica un aparat inamovibil, de sigur cel mai potrivit este cel de gips. După ce se face reducerea fragmentelor, se aplică o bandă uscată, pe urmă un strat de vată, peste acesta o bandă gipsată. Banda se va întinde de la răsădina degetelor până la cot. Mâna se va pune între pronație și supinație. În cazuri foarte rari de diformități neplăcute, sau din cauza compresiunii nervului median, chirurgii au fost nevoiți a avea recurs la osteo-clasie sau chiar la resecție.

Inconvenientul cel mai frecvent este înțepenirea mișcărilor articulare și rețracția fibro-tendinosă, contra cărora avem a lupta. Cel mai sigur mijloc contra acestor complicații este massagiul, mai cu seamă dacă se face metodic și la început. Massagiul trebuie făcut de o persoană specială, pentru a nu da loc la mari suferințe și chiar la inflamație.

Unii chirurgi, mai cu seamă în cazurile în care nu există diformitate, recomandă massagiul singur, fără nici un aparat contentiv.

Am avut ocazie a trata multe cazuri de fracturi ale căpătâului de jos al radiului; am întrebuințat toate metodele de tratament recomandate și nici o dată nu am avut a observa consecuențe neplăcute. Este adevărat că mai toate s'au vindecat cu o diformitate mai mult sau mai puțin pronunțată; lucru ce se întâmplă în toate cazurile, nic o dată însă, această diformitate nu a fost așa de mare în cât să fie apăsătoare și să aducă nemulțumire bolnavilor.

Mai toate cazurile ce am observat, au fost la persoane între 29—79 ani. Un singur caz a fost la un copil de 10 ani. Cele mai frecvente au fost la femei. O singură dată am fost nevoit a recurge la chloroformisare, pentru a reduce fragmentele, într'un caz în care diformitatea era prea mare.

Contra eczemei am aplicat prafuri exicante de scrobélă și oxyd de zinc amestecate cu acid salicylic, pentru a potoli mâncărimea, iar contra fluenței am prescris cu bun succes, sulfatul de atropină, însă.

mai mult preferăm agaricul alb și agaricina, precum și extractul licuid de *Hydrastis canadensis*; aceste din urmă preparate le dăm în doze potrivite și numai spre a evita intoxicațiile cu atropină. Tratamentul cel mai potrivit ce am găsit, ar fi fomențațiile reci și uscate la început, reducerea fragmentelor, dacă este necesar, aplicare de aparate inamovibile, sau afnovo-inamovibile; adesea, singur massagiul, fără nici un aparat contentiv. Cu un ast-fel de tratament, nici-o-dată nu am avut a întâmpina nici diformitate neplăcută; nici înțepenirea articulației; nici rețracția fibro-tendioasă, și nici chiar compresia medianului.

A XXVI-a LECȚIUNE

DESPRE PICIORUL STRAMB

Domnilor,

La Salonul No. 1 de femei, la patul No. 9, se află o pacientă care suferă de un picior *equin*. Afețiunea acésta a venit în urma unei inflamații flegmonóse a țesăturilor de la pulpa gambei stângi, care s'a terminat printr'o supurație fóрте întinsă și rău tratată.

Voiú să profit de acésta ocazie, pentru a vă vorbi de tóte variațiile de deviații ale piciorului și la fine, ne vom ocupa în special și de casul de față, dând și observația complectă a acestei paciente.

Vom căuta asemenea, a ne folosi de acele câte-va exemplare de deviații, ce avem în museul nostru, tóte luate după bolnavii ce au fost în acest serviciu; unii cari au acceptat operația, alții cari au fost admiși numai pentru a le lua forma piciorului în gips, spre a putea avea la dispoziția noastră aceste figuri, așa în cât, toți aceia cari vor voi, vor găsi într'o di pe ce să studieze aceste deviații ale piciorului, fie ele congenitale, fie accidentale.

Dupé cum vedeți, din alăturatele exemplare în cêră și gips, vă puteți convinge, că acésta afețiune trebuie să formeze un capitol important în pathologia chirurgicală.

Cred că este neapêrat trebuincios ca și noi, la clinică, să vă atragem atențiunea asupra lor.

Se ȳice de un om că are piciorele strâmbe, atunci când-ele nu ȳi pastreza nici forma normală, nici nu pot executa un mers regulat. Acesta pote proveni din o stare anormală, congenitală, *anomalie*, sau din o strâmbătură, *diformitate* accidentală.

Francezii numesc acesta „*pieds bots*,” iar noi am tradus-o sub denumirea de *piciore strâmbe*, unii le ȳic *piciore bote!*?

Aceste diformitaȳi pot fi din nascere, *congenitale* sau din intem-
plare, *accidentale*. Ele sunt rezultatul deviaȳiunilor articulaȳiilor, fie ale piciorului cu gamba, fie ale multiplelor articulaȳii ale piciorului. Diformitaȳile pot fi permanente ȳi intrerupte sau clonice ȳi tonice. ȳi intr'un cas ȳi in cel-l'alt, ele impiedică mersul normal.

Diformitaȳile piciorelor aũ fost cunoscute din timpii cei mai vechi. **Hippocrate** le-aũ descris ȳi aũ aretat chiar meȳilocele cum ar trebui să le tămăduim. In tratatul lui **Celse**, supranumit **Hippocratul** latinilor, nu se găsesce nimic despre diformitaȳile piciorclor. **A. M. Severin**, de ȳi cu mult mai tarȳiũ, le-a descris mai incomplet de cum erau descrise in operele lui Hippocrate, la capitolul „*Articulaȳii*”.

Găsim asemenea semnalate aceste diformitaȳi ȳi in tratatele lui **Dionis** ȳi **A. Parré**; in să, tocmai in secolul XVIII, există lucrarile cele mai importante. **Venel** de la Berna, pe la 1790, trata aceste diformitaȳi intr'un mod secret. Englezul **Jackson** ȳi francezul **Thiphanie**, aũ descris aceste diformitaȳi in să, acela care ne-a lăsat o descriere mai completă despre piciorele strâmbe, a fost **Scarpa**. Dupe acesta a venit **Delpesch** ȳi alȳii.

Varietaȳi. — Diformitaȳile piciorului se impart in diformitaȳi ale articulaȳiilor, dintre cari recunoscem patru varietaȳi: *Equin*, *Talus*, *Varus*, *Valgus* ȳi diformitaȳi ale talpei, cari sunt doue varietaȳi: *picior lat* (talpă lată) ȳi *picior escavat*.

La cele patru d'anteiu varietaȳi, **Vidal** (de Cassis), mai face o subvarietate, adică aceea, când bolnavul merge pe dosul degetelor, *picior strâmb inferior* sau *plantar*.

Cele patru d'anteiu varietaȳi pot fi ȳi combinate câte doue, de unde *picior equin Varus* sau *Equin Valgus* ȳi *picior talus Varus* sau *picior talus Valgus*. Cele patru d'anteiu varietaȳi mai pot fi congenitale; provenite mai cu sémă dintr'o dispoziȳie viciosa a suprafeȳelor articulare ale unora din osele piciorului, precum ȳi din cauza retracȳiunii aponevrosei plantare. Cea mai frecuentă varietate de picior strâmb este *Varus simplu* sau *Varus equin*.

Când diformitatea este accidentală, acesta provine dintr'o afecțiune, care dă loc la retracții parțiale și permanente, fie ale tendonilor, fie ale apenevroselor sau ale amindorura de o dată și nici într'un cas a tuturilor de o dată și în același timp. Câte o dată, paralizia unora din mușchi poate da loc la deviații ale picioarelor, ast-fel, este paralizia celor două peronieri laterali care dă loc la întorcerea piciorului înăuntru, *piciorul varus*, sau paralizia gambierului anterior, care produce întorcerea piciorului în afară, *piciorul valgus*. Altă dată, o conformație viciată a piciorului, ne dă forma de *picior lat*, sau aceea de *picior escavat*. Această din urmă varietate este cea mai rară. Cu altă ocazie, am făcut prelegere asupra unui singur cas, ce am observat în serviciul nostru, de picior escavat congenital și a căruia figură 2, o dăm mai jos.

Scoutetten a făcut o nouă clasificare, luând de basă falangele sau călcâiul și a dat: *picior falangien* și *picior calcanien*.

Bonnet (din Lyon), împarte deviațiile piciorului în: *picior strâmb popliteu intern* și *picior strâmb popliteu extern*, după cum sunt retracți mușchii animați de unul sau de cel-l'alt din nervii popliteeni. Fiecare din acestea are sub-varietățile sale. Cea mai completă descriere, despre picioarele strâmbe, o găsim în theza de agregat a profesorului Lannelongue, a lui Thorens și a lui Schwartz.

Iată și clasificarea adoptată de noi:

1. *Picior strâmb congenital*: a) *picior varus equin*, b) *picior lat*, c) *picior escavat*.

2. *Picior strâmb accidental*: a) *picior talus*, b) *picior equinus*, c) *picior varus*, d) *picior valgus*, e) *picior escavat* sau:

Picior lat	{	congenital
	{	accidental
» escavat	{	congenital
	{	accidental
» talus	{	talus simplu
	{	» varus
	{	» valgus
» equin	{	equin simplu
	{	» varus
	{	» talus
	{	» plantar (Vidal).
» varus	{	varus simplu
	{	» equin
	{	» talus
» valgus	{	valgus simplu
	{	» equin
	{	» talus

Cause. — Causale diformităților picioarelor sunt de două ordine: congenitale și accidentale.

În diformitățile congenitale se acuză o rea conformație a piciorului, precum sunt în tălpile late și cele prea mult escavate.

În cât privește picioarele întorse înăuntru, *varus* sau *equin varus*, se presupune că ar proveni din cauză că fătul, fiind prea mare și licuid amniotic prea puțin și, fiind-că băeții în genere sunt mai corpolenți ca fetele și neavând destul loc în uter, n'au unde crește, de unde și diformitățile sunt mai frecvente la băeți ca la fete; sau că existența unui uter prea puternic, care nu se lasă să se întindă cu înlesnire, se strânge cu putere asupra conținutului și cu chipul acesta picioarele, cari normal stau în flexie și întorse înăuntru, rămân ast-fel nedesvoltate până la fînitul vieții întra-uterine.

Între casurile ce am observat, tot-d'a-una mamele erau foarte vigurose în cât una, d-na X. Y., a avut doi copii pe rând, o fată și un băiat, cu ambele picioare în stare de *varus*.

Nici-o-dată nu am văzut un singur picior strâmb, cu toate că se citează casuri, dar acestea sunt mult mai rari ca cele duble.

Între casurile spotanee se citează contracturile nervoase (*Histeria*, *Epilepsia*, *Rheumatismul*, *Rheumatim diformant*, *retractiile muschilor*), de unde poate resulta o nepotrivire între puterile muschilor extensori și cei flexorii ai gambei și ai piciorului; dispozițiile vicioase ale articulațiilor, pozițiile vicioase ale fătului în uter; compresiunile violente ale uterului asupra membrilor fătului, cari sunt încă în stare de moli-ciune; convulsiiunile cari se transmit fătului, convulsiiunile copiilor în prima copilărie, inflamațiile cronice ale muschilor gambei, afecțiuni ale creierului sau ale măduvei, cari dau loc la înervațiuni defectuoase ale nervilor tibiali, o retractiune a aponevrosei plantare; retractiile muschilor, fără cauză cunoscută. Se mai observă asemenea diformități și la copiii cu viciuri organice sau ale căror facultăți intelectuale sunt prea puțin dezvoltate ¹.

S'au citat casuri unde diformitățile picioarelor s'au transmis și de la părinți la copii.

Anatomia patologică

În genere, există o mare asemănare între strâmbăturile accidentale și cele congenitale. Și într'unul și în cel-l'alt cas, membrul

1. *Scouletten*. Mémoire sur la cure radicale des pieds bots. 1838.

este mai atrofiat și mai cu sémă pulpele sunt care sufer mai mult. Altă-dată, cóspsa și chiar gamba, pot păstra grosimea lor normală și genuchele póte fi dat înăuntru sau în afară; chiar tibia se póte încovoia și maleola internă să se atrofieze cu totul.

Mai tot-d'a-una există o scurtare a muschilor, din care cauză tendonii se par a fi mai lungi. Ligamentele din partea în către care este întors piciorul, sunt mai scurte, iar cele din partea opusă se lungesc. În partea pe care se reazimă piciorul, pelea se întărește, formându-se un fel de călcăiu suplimentar, țesutul celular este mai îndesat, dară molău. Adesea, în aceste locuri, se forméză nisce pungi mucóse. În varietatea *equin*, diformitatea póte merge așa departe în cât individul să mérgă pe fața dorsală a piciorului (picior *equin plantar* de Vidal) și în acest cas, punga mucósă se forméză pe fața dorsală a degetelor sau chiar a unora din ósele metatarsului (cuneiforme, cuboid, scafoid).

Din cauza neactivității musculare, tóte țesuturile moi se transformă în grăsime, sau numai în țesătură fibrósă. Vasele nu se alteréză, dară urméză incovoiturile óselor.

Mersul este cu atâta mai greú, cu cât sunt amândoué piciórele stricate; așa în cât, bolnavii primesc bucurós a fi operați.

Prognosticul

Aceste diformități nu numai că rămân staționare, dar se agraveză cu timpul. Se citeză însă casuri de vindecare spontanee, noi însă nu am vădut nici unul din aceste strâmbături îndreptându-se, nici prin poziția dată în sens contrariu, nici chiar prin aplicare de aparate orthopedice; cu atâta mai puține, pot fi casurile vindecate spontaneu; abea prin operație am putut îndrepta unele picióre strâmbe, fie congenitale, fie accidentale. Doctorul Martin din Geneva și Wolff de la Berlin, pretind că simple aparate, fie orthopedice, fie gipsate, au putut îndrepta multe picióre strâmbe din nascere. Prin urmare, înainte de a procedea la operația sângerósă, este bine să se încerce tóte cele-l'alte meșlúce, precum sunt ghetetele mecanice, gimnastica, poziția membrului, massagiul, aparatele orthopedice sau gipsate.

Operația consistă în tăerea aponevrozelor, a tendonilor și în unele casuri, chiar osteotomia cuneiformă și astragalectomia.

Unul din elevii mei, d. Dr. Possa, în thesa sa inaugurală, dă o descripție a mai multor observațiuni de casuri operate de noi.

Exemplarele ce avem înaintea noastră, provin de la unele din casurile ce am avut ocazie a trata, iar altele nu au fost operate, precum sunt și multe altele cari le-am operat cu rezultat satisfăcător, dară de la cari din diferite împrejurări, nu am putut avea la toate tiparele atât înainte cât și după operație.

I. Despre piciorul strâmb inapoiu

a) *Picior equin.* — Călcașul este ridicat drept în sus. Vêrful piciorului privesce în jos și piciorul se proptesc numai pe extremitatea lui anterioră: axa piciorului tinde a forma una cu axa gambei. Talpa concavă și scobită; privesce înapoiu, piciorul este mai scurt și mai lătăreș. Degetele încovoiate în sus, întorse pe metatarsien. Tendonul lui Achille, este tare, întins și împiedică cu totul îndreptarea piciorului (fig. 1).

În cel mai mare număr de casuri, retracțiunea muschilor pulpei produce o fornă pe vârful piciorului.

În unele casuri, iaș parte la această diformitate și contacțiunile îndouitorilor degetelor, iar ôsele piciorului se încovoie către talpă. Mișcările piciorului se execută în articulațiunile tibo-tarsienă. În varietatea plantară, toate raporturile se schimbă și se formeză o luxație în articulația tibo-tarsienă. Pentru vindecarea acestei varietăți de picior, se face tăetura tendonului lui Achille, când celelalte metode nu reușesc.

Acastă varietate am operat-o de mai multe ori, dintre cari în unele casuri, foarte înaintate în diformitate, am avut rezultatele cele mai satisfăcătoare.

Un tiner student, în etate de 17—18 ani, fiul lui D. R. ajunsese a fi oropsit, din cauza unui picior equin. Am luat parte la o consultație în care eram cinci medici; unii dintre noi au opinat că nu este nici o șansă, operând acest bolnav, am susținut că prin operație se poate obține un rezultat satisfăcător; părinții au acceptat, am operat



Fig. 1. Picior equin.

prin tăerea tendonului lui Achille; am așezat piciorul într'o cismă orthopedică și rezultatul a fost foarte mulțumitor.

O copilă, în etate de 12 ani, fiica d-lui I. P., în urma unui flegmon al pulpei, a rămas cu un picior equin, dintre cele mai pronunțate, am secționat tendonul lui Achille și rezultatul a fost atât de satisfăcător în cât domnișoara a căpătat toate mișcărilor piciorului așa că valsa, și astăzi, este în condițiile cele mai mulțumitoare pentru dânsa cât și pentru familie.



Fig. 2.
Picior escavat

b) *Picior equin plantar* (Vidal). Aci deosebim două sub-varietăți: I. Picior plantar *escavat* (Valau); și II. Picior plantar *lat*. În varietatea d'ântéiū, deosebim: picior plantar *escavat congenital* și picior plantar *escavat accidental*.



Fig. 3.
Picior lat

Bolnavul a cărui figură (2) o dăm aci a fost în serviciul nostru, el este un tip de picior escavat congenital.

Acastă varietate este produsă printr'o dispoziție vicioasă asupra facetelor articulare, iar varietatea accidentală, provine dintr'o stare pathologică a nervilor, cum se observă la istericii, epilepticii, etc., sau provine din cauza retracției scurtului indoitor al degetelor sau a aponevrozei plantare, sau și a unuia și alteia de o-

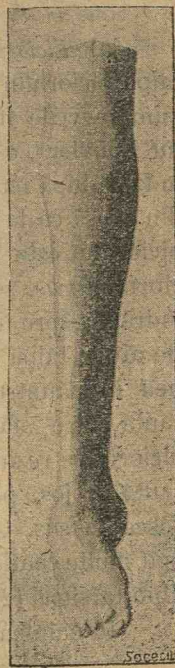


Fig. 4.
Picior equin varus

dată. Sau dintr'o dispoziție vicioasă asupra facetelor articulare ale oșelor piciorului, după cum este cazul nostru (fig. 2).

Câte o dată această formă de picior este așa de pronunțată, în cât piciorul se întorce ca un melc și pătimașul merge cu totul pe partea dorsală a piciorului.

În acest cas, călcâiul se rezimă pe tibie, iar fața superioară a astragalului, este eșită din scripetele tibial și se dirigează drept înainte. Pe fața internă a piciorului se formeză o córdă tare, care se întinde de la călcâiu până la degetul cel mare; ligamentele dorsale sunt alungite, iar cele inferioare scurtate (Vidal).

A doua varietate este aceea, când totă fața inferioară a piciorului se află pe același plan (Fig. 3).

Acastă diformitate pôte fi asemenea congenitală și accidentală. Varietatea congenitală este foarte supărătoare la mers; ômenii cu talpa lată se obosesc repede, ceea ce face că ei sunt improprii de serviciuri grele cum este serviciul militar, care cere un mers lung și forțat.

2. Despre picior strâmb lateral.

a) *Picior strâmbat în năuntru-Varus*¹. — În această varietate talpa piciorului este în năuntru și vârful caută către cel-l'alt picior, cum se vede în fig. 4 și 5. După observațiile lui Bouvier², este foarte cu greu a recunoșce îndată după nascere această formă a piciorului, din cauză că la toți copiii, când se nasc, vârful piciorului este în aducție. La început, în piciorul *Varus*, se vede că călcâiul și vârful se îndreptă spre în năuntru, apropiindu-se unul de altul; talpa se încovioie și privesce asemenea în năuntru, fața dorsală se încovioie și caută către afară, marginile sunt incurbate, piciorul se rezimă pe marginea externă, care caută în jos, pe când marginea internă privesce în sus. Capul astragalului este eșită cu mai multe centimetre înainte, peste articulația tibio-tarsienă (25—27 milimetre).

În naintea maleolei externe se vede capul



Fig. 5. Picior varus

1. Vidal de Cassis. *Pathologie chirurgicale*.

2. Bouvier *Mémoire sur la section du tendon d'Achille dans le traitement des pieds bots* dans les Mémoires de l'Académie Royale de Médecines. Paris, 1893 T. VII, p. 411.

anterior al calcaneului, eșind, cu 3—4 centimetri peste această maleolă. Metatarsienul al cincilea, formeză și el altă scosătură pe marginea externă a piciorului. Maleola externă este foarte proeminentă, pe când cea internă și tuberculul scofoidului, sunt aproape dispărute (ascunse).

Cu cât diformitatea crește, cu atât și aspectul se accentuează așa în cât piciorul se poate răsuci asupra axei lui longitudinale, așa în cât, marginea externă devine cu totul inferioară și fața plantară privesce către piciorul opus, sau chiar se învârtesc împrejurul aceleiași axe, așa că pacientul ajunge să se sprijine pe fața dorsală a piciorului. Tote mișcărilor se petrec în articulațiile din mijloc ale tarsului (fig. 6).

b. *Picior strâmbat în afară, Valgus.* — În această varietate, piciorul este întors în afară, prin urmare, în sens invers de Varus, cum se vede în fig. 7. Vârful piciorului, călcâiul și talpa caută spre afară, iar partea dorsală privesce către năuntru; în această varietate, marginea externă privesce în sus și cea internă servește pentru ca bolnavul să umble pe ea. Maleola externă dispăre pe când cea internă se pare mai lungă și servește ca punct de rezim pentru bolnav. Tumora scafoidienă, precum și capul astragalului și extremitatea anterioară a calcaneului și a celui de al cincilea metatarsien, sunt asemenea pierdute. Această varietate poate exista în același timp cu o formă lungă înaintea sau cu picior pe vârful Equin.

3. Despre piciorul strâmb anterior Talus.

Această varietate nu este dintre cele mai rare. Ea poate fi congenitală sau accidentală. Scoutetten numește această varietate *picior strâmb calcanean*, când pacientul merge pe călcâi, cum se vede în fig. 8. După acest autor, această varietate de strâmbătură ar fi produsă printr'o retracție puternică a gambierilor anteriori, întin-



Fig. 6 Picior varus



Fig. 7. Picior valgus

dătorului comun al degetelor. Tendonii acestor mușchi forméză sub pe o ridicătură fôrte pronunțată, ce se asemănă cu nisce sfori fôrte întinse și cari resistă la tracțiunile cele mai puternice.



Fig. 8. Picior talus.

Marginea internă a piciorului se ridică măimult de cât cea externă. Răsucirea se petrece în articulația cuboidului cu calcaneul și a astragalului cu scafoidul. Afară de acestea, cuneiformii iaă și cî parte la aceste schimbări; tôte facetele articulare ale ôseilor tarsului se depărtéză unele de altele la partea lor inferiôră; tuberositatea internă a scafoidului caută spre în sus; tôte ôsele piciorului, afară de calcaneu,

nu măi ating pămêntul, iar fața dorsală a piciorului forméză cu gamba un unghiū, care este cu atâta măi ascuțit, cu cât retractăia tendonilor este măi mare.

Câte o-dată vârful piciorului caută pușin în afară, ceea ce se întâmplă atunci când extensorul comun al degetelor se retrage cu putere.

După Bonnet, se deosibesc cincî grade de picior pe călcăiū:

Întéiul grad.—Lățirea tălpei așa în cât al patrulea și al cincilea metatarsien sunt ridicați.

Al douilea grad.— Piciorul este cu talpa lată și călcăiul în afară, măi cu sêmă, dacă diformitatea este favorisată și de retractăia peronierilor laterali, greutatea corpului se rezemă tótă pe marginea internă a piciorului, iar călcăiul se turtesce pe partea din năuntru. De aci resultă o ridicare a marginei externe a piciorului.

Al treilea grad.— Ca și al douilea grad, cu deosebire că se măi adaogă și indoirea vârfului piciorului asupra porției lui posteriore.

Al patrulea grad. — Este al treilea grad, mai mult întorcerea porției anterioare a piciorului asupra celei posterioare.

Al cincilea grad. — Este al patrulea grad, plus că tot piciorul este culcat asupra gambei¹.

Tratamentul. — În ceea ce privește tratamentul, el se împarte în paliativ și curativ. El diferă și după accese, prin urmare, trebuie mai întâi să se combată cauza, iar de nu se pot obține bune rezultate, se va distruge efectul.

Tratamentul paliativ consistă în întrebuițarea meștilocelor mecanice; în educația piciorului; în aplicare de aparate orthopedice; massagiū, etc.

Tratamentul curativ consistă în executarea unor operațiuni speciale, ale căror procedee sunt diferite pentru fie-care varietate de strâmbătură în parte.

Operația consistă în tăierea aponevrozelor, a tendónelor; osteotomia (astragalotomia, astragalectomia, tarsotomia, cuboidotomia calcaneotomia, cusătura nervilor sectionați, etc).

În cazul când avem aface cu varietatea *equin*, se recomandă a se face secția tendonului Achille; dacă acesta singur este cauza și, dacă se complică și de un *Varus*, atunci se pot tăia și aponevrosele plantare, se face astragalectomia sau cuboidotomia cuneiformă.

În cazul de *talus*, se recomandă secția tendonilor muschilor retractați.

În *Varus* simplu, astragalectomia, tarsotomia cuneiformă în afară și chiar însoțită de aponevrotomia plantară.

În *Valgus* se vor tăia peronierii laterali și extensorul comun al degetelor, dacă aceștia sunt cauza.

Când există o încovoare a piciorului în jos, se poate face tarsotomia cuneiformă superioară și aponevrotomia plantară, iar în piciorul lat sau lăbos, se va face calcaneotomia după procedeul lui Glech.

1. Aug. Vidal de Cassis. *Traité de Pathologie externe*. V.ème édition. 1861 T. V. p. 788.

A XXVII-a LECȚIUNE

ANESTHESIA

Domnilor,

I. Istoricul. — Perioada chirurgiei de la 1847 până la 1880, este una din cele mai importante, prin descoperirile ce s'au făcut în acest interval. Descoperirea Anesthesiei a produs o mare schimbare. În timp de 30 ani, toți câți formaseră școala lui *Bichat* au dispărut, ca și toți urmașii lui *Dupuytren*. De odată cu disparițiunea acestor două școli, a încetat și gloria chirurgiei franceze. O altă școală 'i-a luat locul, școală care nu mai avu ca lăgân Franca. Dincolo de Oceanul Atlantic a trebuit să încolțescă un nou simbur, prin care chirurgia să 'și ia un avânt puternic.

Câți-va din pleiada chirurgilor urmași lui *Bichat* și *Dupuytren*, au apucat începutul noiei școle; unii dintr'ensii au văduț născându-se acea binefăcătoare descoperire. De la *Rocca* până la *Laugier*, toți saū bucurat de folosele anesthesiei chloroformice.

Din cele mai vechi timpuri, chirurșii s'au preocupat de miđlocul prin care să pôtă mieșora durerea în operațiuni. Începutul secolului XIX, pe lângă atâtea prețioșe invențiuni, s'a înseinnat și prin descoperirea anesthesiei chirurgicale. Miđlôcele de cari se serveau cei vechi, erau foarte nesigure, de și unele din ele fuseseră ridicate la apogeul

laudelor. Dacă vom consulta operele antichităţii, vom vedea că Assyrienii au întrebuinţat compresiunea, pe care medicul englez **James Moore**, în 1784 a voit s'o ridice la o adevărată methodă, aplicând-o la trunchiurile nervilor groşi.

La alte popóre orientale se întrebuinţa opiul şi diferite băuturi, preparate din plante narcotice, luate mai cu sémă din familia solanelor viróse (toxice). Tóte aceste substanţe erau însă nesigure în acţiunea lor, ba chiar periculóse. De aceea, tótă preocuparea medicilor era să găsească un corp mai subţire, mai gazos, care să se introducă în organism pe calea respiraţiunei, să lucreze repede şi să se elimine fără întârziere.

Pe când medicii tratau pe bolnavi cu medicamente, fie solide, fie licuide, alţi bărbaţi de sciinţă, căutau gazuri medicamentóse, cari, prin introducerea lor în organism, să tãmaduiascã bólele. Pe la finitul secolului trecut, doi chimişti englezi, **Henric Cavendish** şi **Iosef Priestley**, descoperi un corp inponderabil, căruia îi deterã numele de *fluid elastic*. Marele **Lavoisier**, prin teoria lui asupra respiraţiunii, primi cu entusiasm lucrãrile lui Cavendish şi Priestley, dându-le o importanţă considerabilã.

În Anglittera mai cu sémă, s'a pus un mare preş pe acéstã descoperire, care fu în adevër premergétórea descoperirei Anesthesiei în chirurgie. Cu ideea de a se înlocui medicamentele prin inspirarea de gaze, cărorã li se atribuia o putere therapeuticã, un medic chimist, a nume **Roddoes**, în 1795, fundã la Clifton, în apropiere de Bristol, un „institut pneumatic“, în care îşi propunea să trateze pe bolnavi cu aer comprimat. În capul aceluşi institut fupus **Humphry Davy**, abea în etate de 20 ani, şi care, mai târziu, avea să devinã unul din cei mai genialí reprezentanţi ai Chimiei.

Davy, trebuind să studieze acţiunea gazelor asupra organismului, şi îndreptã cercetãrile mai cu sémã asupra protoxydului de azot, pe care îl numea *oxyd nitros*. El observã, cã respirând acel gaz, se produce o veselie sgomotósã, un fel de delir nervos. Cu aceastã ocasiune, Davy preşise cã într'o di, acel gaz avea să aducã mari servicii chirurgiei, în facerea operaţiunilor. Experienţele lui Davy produsera mare sgomot şi se repetarã de alţi chimişti în Anglia, în Francia, în şi Germania şi în Suedia. Acele experienţe deterã rezultate imperfecte nesigure, aşa cã mai peste tot au fost pãrãsitate. Chimia darã, dupë cum

dice **Rochard**, se afla în punctul de a descoperi Anesthesia, dar trecu pe lângă dânsa.

Cu toate insuccesele ce avu, ideea de a găsi un gaz care, introdus în respirațiune, să producă efecte mai repezi și mai eficace, fu urmărită cu multă stăruință din partea omenilor de știință.

Etherul care era încă de mult descoperit, fu introdus în limbajulchimic de **Frobenius**, la 1730. Este anevoe de precizat în mod pozitiv la ce epocă el a înlocuit protoxidul de azot. Se scie însă că în Anglittera se lățișe obiceiul ca elevii, din laboratoarele de chimie, să inspire ether, spre a-și da vise plăcute. Acest obicei se răspândi și într'o parte a societății profane, de unde apoi, proprietățile lui soporifice, îndemnară pe medici a-l administra în unele cazuri nervoase.

Toxicologia a tras folose din ether și medicii, în boatele pieptului, se pare că l-au întrebuințat cu bun succes. De aci până la descoperirea anesthesiei chirurgicale, nu era de cât un pas; însă, fiind-că efectele etherului erau puțin cunoscute, meșlôcele de locomoțiune și imprimare, puțin răspândite, nici chirurgia nu a tras mare folos din aceste încercări; din contra, ea de mult renunțase la speranța de a găsi un agent, care să ia durerea în timpul operațiunei. Academia de medicină din Paris, trecuse problema printre cele ce trebuiau puse la dosar, ca nerealisabilă, iar **Velpeau**, la 1829, în tratatu'i de „medicină operatoare“ se exprimă ast-fel: „a evita durerea în operațiuni, este o *chimeră*, care nu mai trebuie urmărită în ziua de astă-zi“. E de mirare să veși că unor geniuri ca **Dupuytren**, **Desault**, **Velpeau**, le-a scăpat cea mai priinciosă ocaziune de a se folosi de efectele etherului.

Abia a trecut șapte-spre-dece ani, ca tot acelaș mare **Velpeau** a recomandat întrebuințarea etherului în operațiuni, după ce nisee simplii dentiști, îl utilizaseră și întrebuințaseră, atât în America cât și în Europa.

Mai nainte de a sosi la periôda dăscoperirei adevăratei anesthesii, să privim istoricul acestei metode, din timpurile cele mai vechi până la 1846.

Istoria ne arată că în epocile cele mai depărtate, se întrebuința compresiunea trunchiurilor nervoși, sau, după cum spune **Benedictus**, se luase obiceiul de a se lega venele gâtului la copiii cărora urma să li se tae prepuțul, căci, prin legarea venelor, se credea că copii perdeau

simțirea și mișcarea !. Asemenea se admitea că compresiunea *tuturor* vaselor gâtului, făcea să dispară simțirea și mișcarea.

Fleming, într'o epocă mai apropiată de noi, a observat că compresiunea directă asupra carotidelor, făcea să dispară mișcările și simțirea, producând un somn liniștit și profund. Indată ce înceta compresiunea, bolnavii își reveneau în fire, fără nici o suferință și fără să-și amintescă ceva din cele întâmplate. Esperiențele lui Fleming n'au dat mai nici un rezultat în mâinile altor experimenter, prin urmare, confirmarea părerii lui ar avea trebuință de alte cercetări.

La Greci și la Romani, a existat o perioadă de anesthesie. Ast-fel, Dioscoride și Pliniu — cel bătrân, — vorbesc despre un fel de piatră din Memphis, care, zdrobită și amestecată cu oțet, apoi pusă pe regiunile de operat, le făcea insensibile.

Despre piatra din Memphis, iată ce găsim în : „*Dizionario avero Trattatto univerzalle delle Droghe semplici, de Nicolo Lanery*”:

«*Memphites*. — Este o piatră de alabastru, de culóre neagră sau și albă, se formeză în Arabia și din care se fac peceti și alte mici instrumente. Se crede că ea pôte vindeca melancholia și epilepsia, decă se atărnă la gât 3. Dioscoride arată că pe timpul sevă, se găsea în Egipt, pe la Memphis, o petrică zemurosă, de diferite culori, pe care o numeau «*Memphites*», după locul unde se forma. Acestei petre i se atribuia puterea de a adormi părțile corpului asupra cărora trebuia să se aplice ferul roșu sau unde era nevoie să se taie, așa că bolnavul nu simțea nici o durere. Pentru acest scop, piatra se reducea în praf și, amestecată cu o licóre ore-care, se punea pe partea de operat. Despre compozițiunea acelei pietre, Mattioli dice că, pe timpul lui, nu se scia nimic în această privință, dar că era probabil că acea piatră avea, în compozițiunea ei *opiū*, care se cultiva în multă cantitate în acea țară și avea mare putere de adormire».

După Antonius, Pinet și Litré, piatra din Memphis, nu era de cât un fel de marmoră, care, prin amestecarea ei cu un acid, ar fi dat naștere la degajare de acid carbonic.

Tot în aceeași epocă, mandragora (mătrăguna) se bucură de un mare renume cum că producea efecte miraculoase, în special stupefacțiunea bolnavilor, cari aveau să fie operați (Dioscoride).

Peste câți-va secoli, la începutul școlii din Bolonia, se credea

1. Franco, 1627.

2. A III-a edițiune din 1751 la pag. 220.

3. Maestro Johan Canappe. Lyon, 1538.

că preparațiunile somnifere, cari se moșteneau de la maestri, de către discipuli, aveau proprietatea de a produce stupefacțiunea. Ast-fel, **Theodoric**, chirurg însemnat pe acei timp, moștenise de la profesorul său, **Hugo din Luca**, o rețetă foarte complicată, pentru substanțele de preparat, în scop d'a amorți pe bolnavii cari trebuiau operați sau cauterisați prin arsuri. Această rețetă conținea opiu, solanul niger, hyosciamul, mandragoră, cicută și lăptuci, probabil *Lactuca virosa*. În zema acestor plante înmuiașu bureții, și puneau de se uscau la soare, iar când avéu trebuință, udașu bureții în apă caldă și și dau bolnavilor să și mirósă, până când adormeau. După ce și operașu, le dădeu să respire bureți înmuiași în oțet, spre a-și descepta, sau le turnașu pe nas sau în urechi, zemă de rută sau de senă.

Dechambre, arată că mandragora și alte bolbotine, după mai mulți secolî în urmă, se bucura de proprietatea de a produce anesthesia chirurgicală. Iată ce spune **Bodin** în tractatu-și intitulat *Démonomanie*¹:

«Se pôte adormi cu mandragoră ca și cu alte bături narcotice, așa în cât o persónă pareca mórtă, ceea ce se și întâmplă adesea; pe când alte persóne dorm trei-patru zile fără a se descepta, precum se face în Turcia persónelor cari urméză să fie castrate».

La 1781 **Sassord**, chirurg la spitalul „Charité“ din Paris, recomanda asemenea întrebuințarea unui narcotic înainte de operațiune. **Courty**, naréză că **Conrad**, de la Neufchâtel, a asistat la o desarticuțiune coxofemorală, făcută de **Herman Damme** de la Berna, cu ajutorul narcosei prin opiu, fără ca bolnava să fi simșit durere.

În „*Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*“, pe 1847, găsim că **Danriol** a obșinut anesthesia cu aceeași metodă, la cinci bolnavi pe cari și-a operat. **Jean Baptiste Pesta**, în cartea sa, la capitolul despre *Magia naturală*, vorbește de un preparat medicinal, care producea anesthesia.

«Această substanță, dice densul, avea forma de esență și trebuia închisă ermetic în vase de plumb, așa că părțile-și volatile să nu dispară, căci alt-fel, medicamentul și-ar fi pierdút efectul. Când voiașu a și întrebuința, luașu capacul și puneșu vasul la nasul bolnavului, pe care voiașu să-l adormă. Și bolnavul adormea așa de profund, c'ar și pútu chiar să-l îngrópe fără să simtă ceva, căci nu se putea descepta de cât cu mare anevoință și violență.

După deceptare, bolnavul nu avea durere de cap și nu 'și amintea nimic din cele ce se petrecuseră. Se presupune că acel lichid pôte că era alcoolul, etherul său chiar chloroformul».

Într'o cârtică, atribuită lui **Albert cel Mare**, se găsește formula unui lichid numit „*Aqua Ardens*“, care s'ar produce prin ferbarea vinului roșu, var nestins, sare de bucate și tartru de smochine verzi. Produsul distilațiunii acelui lichid se păstra într'o sticlă bine închisă (1555). Cu acest meșloc se producea un spirt foarte concentrat, prin care se putea obține adormirea celui ce l'ar fi mirosit.

În „*Comptes rendus de l'Académie des sciences*“, găsim relatat de **Stanislas Julien** că, pe când **Dioscoride** și **Pliniu**, propagaū efectele miraculoșe ale mandragorei, **Chinezii** se serveau de zēma unei plante din familia urticaceelor, pentru ca să facă să trecă durerea.

În decursul secolului trecut, anesthesia nu se utiliza de cât atunci, când întâmplarea făcea ca o stare pathologică să se amestece în therapeutică. Ast-fel, s'au tras foloșe din modificațiunile sensibilității, produse prin ore-cari influențe fizice și biologice, ca refrigerarea țesăturilor, emoțiunile vii² sau intelectuale, somnul de beție, somnanbulismul sau hypnotismul. Tote aceste stări pathologice puteau fi utilizate în operațiuni, fără însă ca ele să înainteze în ceva anesthesia chirurgicală. Metoda lui **Mooroe**, despre care am vorbit, a fost recomandată de **B. Bell**. La 1837, o preconisă chiar **Liégard de Caen** însă, în loc de simpla compresiune asupra trunchiurilor nervoșe, el preferi compresiunea circulară asupra membrului de operat.

Din cele pân'aci expuse, rezultă că profilaxia durerei, a preocupat pe chirurgi în timp de mai multe secole. Cu tote acestea, adevărata anesthesie nu datēză de cât de la introducerea eterului în medicină.

Ca tote descoperirile cele mari, anesthesia n'a fost opera unui singur om.

De la descoperirea lui **Bedoes**, etherul a fost în mai multe rinduri utilizat pentru anesthesie. **Thornton**, spune despre o bolnavă, pe care o adormise cu ether mai nainte d'a o opera.

La 1818, un țiar englez, vorbesce despre efectele stupefiante ale etherului. Un gentleman a dormit trei-șeci de ore, după ce inspire ether. O servitoare a unui chimist, a murit respirând acelaș gaz.

2. Ca în cazul lui **A. Paré** cu regina.

Christis, relatează asemenea despre un tiner care dormia numai după ce respira vapori de eter.

Cruveilhier, înregistrează iarăși un cas de anesthesie prin ether. Cu toate aceste precedente, medicii nu încercă a-l adopta pentru producerea anesthesiei chirurgicale. Tocmai la 1842, un medic din Atena, doctorul **W. G. Lang**, îl întrebuiță în mai multe operațiuni și totuși, etherizarea nu dobândi locul ce i se cuvenea în știință, până ce nu făcu ocolul lumii, venind din America spre Europa.

Peste două ani, adică în 1844, **Horace Wels**, dentist la Harford (Conecticut), se întorse la experiențele lui Davy, încercă din nou protoxydul de azot asupra sa însuși, spre a și scote un dinte și, încurajat de efectele constatate, îl întrebuiță cu bun succes la mai mulți suferinși. Se duse apoi la Boston, regăsi pe vechiu-i asociat **Norton**, și amândouă, sub auspiciile chirurgului **Charles Werren**, decisă să facă o experiență publică, în fața elevilor, cari se întruneau sêra spre „a respira ether“. Wels încercă protoxydul de azot asupra unui bolnav cu durere de dinți. În momentul scotereii dintelui, pacientul începu să țipe; atunci elevii isbueniră în risete, strigăte și fluierături. Bietul dentist se întorse la Harford, se bolnăvi de mahnire, ba își părăsi chiar meseria. Când însă etherizarea trecu în Europa, Wels veni și densusul, pretindând prioritate asupra acelei metode; dar nici în Londra, nici în Paris, nu putu proba prin nimic, că el cel d'întăiu, o introdusese în chirurgie. Atunci se întorse în Statele-Unite din America, așa de întristat în cât se sinucise, tăindu-și vinele într'o bae și respirând ether sulfuric, ca să scape de durerile ce-i producea agonia.

II. Etherizarea. — De și etherul se afla descoperit de peste trei secolii, de și efectele-i hipnotice erau în mare parte cunoscute, totuși, întrebuițarea lui, ca anesthetic chirurgical, nu a fost bine stabilită de cât la 1847. După ce făcuse ocolul lumii întregi; după ce eglezii îl întrebuițau ca să se imbecite, producându-și vise plăcute; după ce **Lang** îl utilizase cu bun succes în mai multe operațiuni, trebui să se ivescă o reputațiune americană ca să entuziazmeze pe europeni.

Introducerea etherului ca anesthetic a fost cu atâta mai ferventă, cu cât începuse a pierde din renume, ba încă, era cu totul deconsiderat în Statele-Unite, din cauză că mai mulți tineri muriră din beția cu ether.

Charles Jackson, om de mare merit științific, experimentă chiar

asupra și inspirarea cu ether, ca și asupra bolnavilor de operat. El se încredință de efectele miraculoase ale „fluidului elastic” atât de mult în cât, la 1 Septembrie 1846, recomandă lui **William Morton**, dentist, să-l întrebuițeze în extragerea dinților, în locul magnetismului, pe care **Morton** spunea că ar dori să-l practice. Cu toate că **Morton** fusese față la rușinea ce pățise **Wels**, când voise să anihileze durerea cu protoxidul de azot, el încercă etherul și cu rezultatul cel mai miraculos, căci bolnavul nu mai simți cea mai mică durere.

La 11 Octombrie 1846, **Warren** esecută cea d'întia operațiune serioasă sub somnul etheric, extirpând o tumore voluminoasă a gâtului. A doua zi, **Havward** făcu a doua operațiune și la 7 Noembrie, **Bigelew** practică amputațiunea cōpsei. Dară, totă onórea revine lui **Jackson**, căci el, cel d'întiū, făcu cunoscut lui **Morton** hipnotica etherului.

La 17 Decembre 1846, **Boot** primesce o scrisore din partea lui **Morton**, prin care i se aduce la cunoștință marea descoperire ce se făcuse în America.

Boot întreprinse o operațiune sub anesthesia etherică și la 19 Decembre, **Liston** execută amputațiunea cōpsei și smulgerea unei unghii, fără ca bolnavii să simtă vre-o durere. În scurt timp, toți chirurgii din Londra erau stăpâni pe meșlocul d'a atenua durerile în timpul operațiilor.

La 22 Decembre 1846, prin urmare numai peste cinci zile de la sosirea scirilor din America, **Jobert de Lemballe**, medic la spitalul Saint-Louis, din Paris, cu asistența unui medic american, pōte venit într'adins, făcu prima încercare, însă nereușită. A doua încercare, după două zile, avu un succes deplin.

La 12 Ianuarie 1847, **Malgaigne** adresa Academiei de medicină, prima comunicare despre anesthesie în Franția. La 1 Februarie, **Velpeau**, care cel d'întiū avusese cunoștința despre puterea adormitoare a etherului, dar se încăpăținase să n'o admită, venit înaintea Academiei, își mărturisi greșela și arată serviciile importante pe care etherul le pōte aduce chirurgiei. Cei mai bătrâni chirurgi, ca **J. Cloquet**, **Roux**, **Laugier**, se întrecură în entusiasm. Singuri profesorii **Magendie** și **Lallemand**, de și autorități chirurgicale și fiziologice, făcură însă o notă discordantă în acel concert de opinii favorabile.

Acastă descoperire se respândi în totă Europa cu cea mai mare înțelă. Medicii și fabricanții de instrumente, se grăbiră să inventeze aparate speciale. **Charrière** descrie șese-deci de modele. **Velpeau** arată

că etherul anihilază durerile în operațiuni și slăbesce contracțiunile musculare în reducerea luxațiilor.

Simpson de la Edinburg, căruia pe nedrept i se atribuie paternitatea introducerii etherului în chirurgie, îl întrebunțase în adevăr pentru prima oră, dar numai în cazuri de naștere.

La 30 Ianuarie, **Furnier-Deschamp** recurse la ether în aplicarea unui forceps și la 23 Februarie, **Paul Dubuis**, confirmă înaintea Academiei lucrarea lui **Simpson**.

Alături de chirurghi, fiziologii începură cercetări spre a studia acțiunea etherului asupra creierului și cerebelului, asupra măduvei oblongate și a bulbului. Experimentele lui **Longet** au fost decisive. Chirurghii din parte-le se ocupară să găsească calea cea mai nemerită pentru introducerea etherului. Au încercat prin canalul digestiv, dar n'au isbutit; fiind-că pe de o parte, trebuia dose mari, de alta excita sângele, activa circulațiunea și secunda scurgerea licuidului vital; în injecțiuni intravenose, l'au găsit incomod și periculos; numai injecțiunile subcutanate au dat rezultate mai bune, dar nu durabile, dozele fiind prea mici; introducerea pe calea rectală, păru incomodă și nesigură, cu toate că **Pirogoff**, îl aplica ast-fel sub formă de vapor, și printr'un aparat special al lui.

N'au fost uitați nici diferiții compuși ai etherului. **Flourens** experimentă etherul chlorhidric asupra animalelor; **Figuier** de la Montpellier, etherul acetic; **Buisson** le verifică pe amândouă asupra bolnavilor, iar **Chambert** asupra animalelor.

Din toate acestea se constată că cel mai eficient, mai ușor de păstrat și mai eficace din totă grupa etherelor, este etherul sulfuric.

Ast-fel se puse baza unei procedări prețioase pentru chirurgie: a face pe bolnav să nu simtă durerea și apoi a'î practica operațiunile cele mai grave. Acastă paralisare temporară a simțirei, acastă letargie limitată și trecătoare, acest somn provocat în mod artificial, prin substanțe nevătămătoare, s'a numit *anesthésie*, de la cuvintele grece: *αἰσθησις* (simțire) și *ἀν* (fără).

III. Chloroformul. — În anul 1831, **Soubeiran**, distilând o amestecătură de alcool și chlorur de calciu, dobândi un corp volatil, căruia chimiștii **Justus de Liebig** și **Dumas** îi determinară compozițiunea chimică și îi deteără numele de *chloroform*.

La început, nimeni nu putea să prevadă efectele acestei sub-

stanțe, care părea de așa mică importanță, încât **Berzelius**, nici nu credu necesar să vorbescă de densa într'al lui *tractat de chimie*. Din parte-le, nici medicii n'o cunoscău. Singur **Natalis Guillot** o administra intern, ca antispasmodic în proporțiune de 1 la 100 grame de apă.

Flourens, vedënd că are ore-care asemănare cu etherul, încercă câte-va experiențe asupra animalelor și vedu că efectele produse de chloroform întrec pe ale etherului.

Cu toate aceste rezultate obținute de **Flourens**, cei-l'alți medicii rămăseră indiferenți. Mai târziu însă fu dat profesorului **Simpson** din Edimburg să obțină onórea de a fi introdus chloroformul ca anesthetic. La 10 Noembrie 1847, el citi un memoriu la „Societatea medico-chirurgicală” din Edimburg, asupra mai multor casuri de anesthesie prin chloroform. Noutatea se răspândi prin presă în totă Europa și ast-fel mai toți chirurgii părăsiră etherul, înlocuindu-l cu chloroformul. Entusiasmul se potoli însă repede, căci ore-care nemulțumiri se produsă și în contra chloroformului, cum se întâmplă și etherului. **Flourens**, în urma experiențelor ce făcu din nou, conchise că „dacă etherul este un agent miraculos și teribil, apoi chloroformul este și mai miraculos și mai teribil”. Cel d'întăiu cas mortal se produsă la Boulogne în luna Maiu 1848. Lumea începu să strige și ministerul ceru explicațiuni Academiei de medicină. **Malgaigne** fu însărcinat să facă o relațiune despre cele întâmplate. În timpul cercetării, alte cinci casuri de mórte se iviră pe rind și totuși **Malgaigne** apărá chloroformul pe cât putu, iar Academia îi aprobă conclusiunile că, „de și clasificat printre otrăvuri, chloroformul póte fi dat cu ore-cari precauțiuni”.

Fiind-că însă casurile de mórte se înmulțiră, cestiunea veni și înaintea tribunalelor. O reacțiune se ridică în contra noiei substanțe; **Sedillot** la Strashug, **Bouisson** la Montpellier, **Pétrequin** și **Diday** la Lyon, se declarară în contra chloroformului, reintorcëndu-se iarăși la ether. Alții recomandară să se administreze unul ori cel-l'alt agent după sex, vârstă, după constituțiune și după felul operațiunei. Alții preferiră amestecul chloroformului cu etherul în părți egale sau diferite, precum admisesă „Societatea Medicală” din London, preconisând o amestecătură de trei părți ether, două chloroform și una alcool. În armata austriacă această amestecătură a fost adoptată și impusă în mod obligatoriu, cu care profesorele **Billroth** s'a servit mult timp în urmă. La Viena, primele încercări cu etherul s'a făcut în spitalul „Al-

gemeines Krankenhaus“ pe la 1846¹. În țară la noi, anume la București, pe la 1849 s'a întrebuințat etherul pentru narcosă și în mod general. Liquidul se afla într'o bășică de vacă cu robinet: un tub ce eșea dintr'ênsa, se punea la gura și sub nasul bolnavului. Apăsându-se deșisa cu mâna, etherul eșea încet și se evaporă prin temperatura aerului ambiant.

Vallet de Orléans, în urma unui nou cas de mörte prin chloroform, adresă o dare de sêmă „Societăței de chirurgie“, care reîncepu desbaterile despre chloroform. În ședința de la 8 Iulie 1852, **Robert** fu numit raportor. Discuțiunile au fost prelungite și era cât p'aci ca chloroformul să dispară de pe arena chirurgicală.

În 1857, Academia de medicină din Paris, reluă pentru a doua oară desbaterea efectelor desastrose ale chloroformului și, în urma unor lungi discuțiuni, după propunerea lui **Devergie**, emise părerea următoare: *în starea actuală a științei, se poate cine-va servi sau nu de aparate, iar mijlocul anesthesiei poate fi lăsat la voiața medicului sau a chirurgului.*

Opiniile emise în Academie, cu acea ocașie, produsera reă impresiune în opinia publică.

Ca în timpii de reacțiune, etherul fu din nou preferat în America de **Lee** și în Engliteră de **Lizars**. **Pétrequin** și **Diday** se arătară mari vrăjmași ai chloroformului, de aceea, concertând pe toți colegii lor din Lyon, frica de chloroform duréză acolo și astă-dî, când chimia industrială își a perfecționat atât de mult modul de preparare și distilare.

Ast-fel, vedem chirurgii de valóre ca **Olier**, servindu-se încă de ether, pentru adormirea operațiilor.

În Italia chiar, **Salasciano**, după stăruințele lui **A. Bonnet**, a revenit la ether. **Bariér** din Lyon, pune din nou cestiunea înaintea „Societăței de Medicină“ din acel oraș, membri prezenți la ședința din 28 Martie 1859, după raportul lui **Pétrequin**, adversarul chloroformului, opiniară ca etherul să fie preferat chloroformului.

„Societatea de chirurgie“ din Paris fu și ea tentată printr'o scrisóre a lui **Hervez de Chégoin**, pentru condamnarea chloroformului, dară, din fericire, unanimitatea membrilor, respinseră propunerea lui **Hervez** și, pentru a doua oară, chloroformul rămase triumfător.

1. Epocă când bêtîrînul Dr. **Patzelt** urma clinica de acolo, ca elev operator.

IV. **Alte anesthetice.** — În urma experiențelor fiziologice și lucrărilor din laboratoriile chimice, se văduse că nu numai protoxydul de azot, etherul și chloroformul aveau proprietatea de a produce efecte ipnotice. De aceea s'au făcut încercări cu oxidul de carbon, cu acidul carbonic, cu licórea olandesă, cu creosotul, cu esențele de muștar, de lavendula și de migdale amare, cu nitratul de etyl, cu benzină, alcoolul de naphtă, aldehydul, acetone, etc.; s'a constatat că toate aceste substanțe, sau că nu posed o acțiune sigură, ori că sunt foarte greu de aplicat și că cele mai multe din ele sunt otrăvitoare.

Ast-fel, numai etherul și chloroformul au rămas în credit și în exclusivă întrebuințare până la 1857, când s'au început serioase încercări pentru a lui înlocuire.

1. În anul 1844, **Balard** descoperi *Amilenul*. Acest corp atrase atențiunea chirurgilor, fiind-că era foarte volatil și avea un miros puternic. În Londra, **Snow** se îndelețnici a experimenta pe rând diferitele anesthetice, dorind să obțină date neîndoișoare pentru introducerea amilenului în locul etherului și al chloroformului. După dânsul, **Smith**, **De Græfe**, **Giraldes**, **Tourdes** (din Strassburg) continuară pe aceiași cale. Doctorul Robert, resumând toate cercetările de până atunci, către „Academia de medicină“, fără să combată chloroformul, arată că se poate întrebuința și Amilenul. Academia, tot-d'a-una prudentă, se arată puțin entusiastă. Nu mult după aceea, **Snow** avu un cas de mörte cu amylen. Între acestea **Giraldes**, vine din nou înaintea Academiei de medicină cu o serie de peste șese-șeci casuri de anestezie prin amilen, toate favorabile, ceea-ce determină continuarea cercetărilor.

Pe când **Jobert** îl experimenta asupra animalelor, pentru convingerea Academiei, un al doilea cas de mörte se întâmplă lui **Snow**, și fu destul atât, ca să indispană opiniunea medicală în contra amilenului. **Velpeau**, cu autoritatea de care se bucura, proscrisse noul preparat și proscierea lui fu o sentință definitivă.

2. În anul 1862, **Efraim Cutter** din America, descoperi *Kerosolenul*, pe care **Bigelow** îl întrebuință la 1863. Atât fu totul, căci alți tehurgii nu și mai deteră ostenéla de a'l încerca.

3. *Chlorometilul* sau *Bichlorurul de metil*, a fost preconisat în Englitera la 1867. Fiind-că în compozițiunea lui sémănă cu chloroformul și este foarte volatil, aceste însușiri, destul de priinciöse, determinară pe **Richardson** a'l încerca chiar asupră'și. Constatându'i efectele anesthetice ca bune, îl recomandă chirurgilor **Spencer Wels** și **Peter Masshai**.

care îl întrebuițară cu succes în cas de născeri durerose și în ovariotomie. Italienii îl adoptară îndată cu entuziasm.

La Strasbourg, **Sarazin** îl aplică într'o operațiune de urethrotomie, dară mai multe casuri mortale, ivite în Englițera, îl discreditară pentru tot-d'a-una.

4. **Liebreich** creșu de cuviință să recomande *chloralul* și *Etylidenul de chloral*. Cu cel d'ântiū **Demarguay** întreprinse experimente pe animale și constată la oameni, că această sare, de și produce somn, nu amorțesc simțibilitatea, că prin urmare nu pôte fi întrebuițată ca substanță anesthesică.

5. În 1870, **Langenbeck** încercă *Etylidenul chlorid*, care i se păru preferabil chloroformului, fiind-că producea un somn ușor fără vērșături, și bolnavii se deșteptau mai cu înlesnire, dară un cas mortal, întâmplat prin anesthesiarea cu acel corp, făcu pe **Langenbeck** să renunțe la dînsul.

Să trecem acum la studiul comparativ al efectelor constatate, după aplicarea diferitelor anesthesice.

În 1892, la congresul chirurgical din Berlin, profesorul **Gurlt** a presintat statistica următoare. Din 109,239 anesthesieri, au fost 39 casuri mortale prin substanțe anesthesice, ceea-ce represintă un cas cam la 2806 morți. Din acestea au dat :

1) Etherul	1 la 8431 anesthesii
2) Chloroformul și etherul	1 la 2991 „
3) Chloroformul singur	1 la 2614 „
4) Pentalul	1 la 219 „
5) Bromurul de etyl cu ether și alcool	nici un cas „

După **Coles**, proporțiunea ar fi cea următoare :

Cu chloroform 1 mort la 2873 anesthesii

Cu ether . . . 1 „ „ 23200 „

Le Fort afirmă că, în opt spitale engleze, mortalitatea prin anesthesia cu chloroform a fost în porțiunile :

Primii 16 ani au dat 1 mort la 17000 casuri.

Secundii 4 „ „ „ 6 morți „ 7500 „

În resbelul de succesiune, s'a constatat un cas la 11,448 morți.

Lui **Billroth** i s'a întâmplat un singur cas, după 12,500 chloroformisări.

Nussbaum, chirurg din München, n'a avut absolut nici un cas de morțe în 15,000 chloroformisări; asemenea și **König** în 7000

Pe timpul resbelului din Crimeea (1855-56), **Baudens** a constatat 1 cas la 10,000 chloroformisării și **Kerr**, în infirmeria regală din Edinburg, 1 cas la 36,500. În ceea-ce ne privește, la mai mult de 10,000 chloroformisării nu am avut nici un cas de morțe în anesthesia generală.

V. Anestesia mixtă. — Pe când chirurgii își urmau încercările cu diferite substanțe hypnotifere, fiziologii își continuau cercetările și experimentarea diferitelor substanțe asupra ființelor vii, fie oameni, fie animale. Ast-fel, **Claude-Bernard**, constată că chloroformul, influențând cerebrul își transmite acțiunea asupra măduvei spinării, de unde rezultă, pe lângă amorțirea simțibilității, și pierderea mișcării.

Asemenea s'a mai demonstrat că, sub influența chloroformului, mai toate animalele mureau prin paralyisia cordului, pe când injectarea în torentul circulatoriu a sărurilor de opiu, producea surescitațiunea, prin urmare, un esces de mișcare. De aceea, **Claude Bernard** propuse combinarea morphinei cu chloroformul și recomandă chirurgilor să aplice injecțiuni cu morphină, câte-va minute înainte de administrarea chloroformului, care atunci să și dă în mai puțină cantitate. Pe când **Claude Bernard** își urma experiențele asupra animalelor, chirurgul **Nussbaum** din Munch, experimenta aceleași substanțe în operațiuni asupra oamenilor.

Ast-fel, inovarea anesthesiei mixte se respândi cu mare iuțelă și cât-va timp fu considerată ca singura scăpare de ori-ce accidente chloroformice, mai cu sémă în operațiunile de lungă durată.

În practica noastră personală, am avut ocaziune să întrebuițăm anestesia mixtă, atât în spitale cât și în căutarea privată, tot-d'a-una cu precauțiune, din care cauză rezultatele au fost continuu favorabile. Nu s'a întâmplat tot ast-fel pretutindeni: de aceea chirurgii streini au renunțat la densa, spre a întrebuița anesthesiarea simplă, c'o singură substanță.

Protoxydul de azot, pur sau în combinațiune cu alți corpi, a fost recomandat de unii, mai cu sémă de frații **Prétére**, pentru operațiuni dentistice, dară mai multe casuri mortale i-au adus părăsirea și ast-fel tot chloroformul a redobândit încrederea, atât a chirurgilor cât și a bolnavilor: astă-și, el e singur preferat pentru potolirea durerilor în operațiuni prelungite.

VI. Ipnatismul. — După atâtea efecte quasi-miracolose, pe care

anesthesia le produsea asupra opiniei publice, trebuia să se ivescă încă un fenomen, menit să facă cea mai puternică impresiune.

Magnetismul animal sau metoda lui **Mésmér** (Mesmerismul) se utilizase de mult pentru reducerea ființelor vii la starea de nesimțibilitate. În Decembrie 1859, ziarele și revistele anunțară, nu fără orecare sgomot, o nouă metodă de anestezie, *hypnotismul* (ast-fel numită de la ὕπνος, somn).

Fiziologii, psichiatrii, medicii de toate specialitățile, începură serii nesfârșite de experimente, cari de cari mai ciudate, mai surprinzătoare. Chiar profanii prin spiritul de imitațiune, înăscut în om — se amestecară în practica noii metode, mai adesea ca să abuzeze de cât să usese de dânsa.

Ipotismul fu preconizat în Anglita, iar în Franca susținut cu putere de profesorii **Velpeau** și **Broca**.

Mai multe operațiuni executate în prezența lor, îi convinseră atât de mult despre eficacitatea ipnotismului în cât îl susținură chiar înainte „Academiei de medicină“ ca și la „Societatea de chirurgie“.

Cu toate acestea, s'a observat că efectele ipnotismului erau foarte nesigure; căci, pe când ipnotizarea reușese asupra copiilor și femeilor, mai rar izbutea asupra bărbaților.

Afară de acestea fenomenele psihologice au fost adesea foarte compromițătoare, din care cauză și procedarea a fost părăsită și, de la 1860, nu se mai vorbește despre dânsa, ca metodă anestezică chirurgicală.

VII. Anestezia locală. — Preocupațiunea constantă a medicilor din toți timpii, a fost să găsească un mijloc eficace, prin care să se amortescă durerea în punctul de operat. Acel mijloc s'a găsit într'o substanță care, de și foarte limitată în acțiunea ei, totuși, în unele împrejurări, aduce orecari folose prin atenuarea sensibilității.

În epocile cele mai depărtate de noi, chirurgii au încercat diferite substanțe, când simple, când compuse: fie zemuri de plante fie minerale, cum era piatra de la Memphis, atât de mult recomandată de **Dioscoride** și de **Pliniu** cel bătrân, pe care o aplicați pe partea de operat, după ce mai întâi o reduceau în praf și o amestecau cu oțet. Piatra care se presupune că ar fi fost marmoră, care, când era amestecată cu oțet, degagia acid carbonic, considerat ca având orecare putere anestezică.

Compresiunea trunchiurilor nervoase, refrigerațiunea și alte mij-

lôce, au fost pe rînd întrebuințate cu mai mult ori mai puțin succes. Adevărata anesthezie locală a devenit însă o metodă sigură numai de la descoperirea Etherului. Indată ce s'a stabilit mai întîiu că Etherul apoi Chloroformul au o acțiune îndestulătoare, **Simpson** voi să vadă dacă, prin aplicarea lor, nu s'ar putea obține o insensibilitate limitată numai la partea pe care chirurgul voia să opereze. El făcu asupra animalelor mai multe experiențe cu diferite substanțe soporifere, recomandate pînă la densusul. Dintre toate s'a dovedit că chloroformul are o acțiune superioară tuturor celor-l'alte substanțe.

Prin aplicarea lui asupra țesăturilor, fie în stare licuidă, fie sub formă de vapori, **Simpson** dobîndi amorțirea țesăturilor, însă fără perderea completă a sensibilității, pentru ca să pôtă opera fără durere.

Acest mamos mai constată că chloroformul, aplicat în stare licuidă, are un indoit defect, pentru că congestionează foarte mult țesăturile și produce și o senzațiune de arsură, adesea de nesuferit.

Pe cînd **Simpson** se ocupa cu cercetări și experimente asupra chloroformului, **J. Roux** făcea încercări cu Etherul. Acest chirurg, speriat de tetanosul care se ivea în urma amputațiunilor, creșdend că prin ether îl pôte preveni, luă obiceiul de a pulveriza plaga sîngerindă, îndată după amputare. **Roux** întreprinse aceste încercări bazîndu-se pe experiențele lui **Flourens** și **Longet**, cari arătaseră că pulverizarea asupra unui nerv descoperit, îl făcea nesimțibil, atît în punctul acela cît și în totă partea lui periferică. Totuși, rezultatele obținute de **J. Roux** nu au fost de loc mulțămitoare.

Mai tîrziu, **Aran** întrebuință anesthezia locală în durerile spontanee și, pentru acesta s'a servit de Etherul chlorhydric în câte-va picături, aplicate pe punctul dureros, acoperit cu o pânză înmuiată în ceară topită.

La 1853, **Hardy** din Dublin, avu un succes strălucit cu întrebuințarea vaporilor de chloroform, pentru suprimarea durerii în afecțiunile interne. El aplică vaporii de chloroform cu ajutorul unui aparat suflător, format din cauciuc. În Franția, **Nelatov** aplică același metod la 1854, pentru deschiderea de abcese; procedarea însă nu reuși lui **Velpéau**, **Michau**, **Giraldes**, **Gosselin**, **Guersant**, **Jobert**, **Richard**; pe cînd **Dubois** și **Monneré** au fost mai norocoși. **Guérard** făcu cunoscut „Societății de chirurgie” că vaporii de chloroform dau mai bune rezultate de cît cei de ether.

Profesorul **Richet**, după ce încercă fără efect, în 1849, licoarea

olandesă, și chloroformul, conform recomandării lui **Guérard**, cu etherul au rezultate neîndoioase în slăbirea durerilor panarițiilor, în deschiderea abceselor și chiar în cazuri de phlegmone.

În urma unei comunicări, pe care **Richet** o făcu „Societății de chirurgie“ în 1854, majoritatea membrilor prezenți, admiseră, că etherul lucra prin refrigerațiune, așa dară, ori că s'ar fi întrebuițat etherul ori s'ar fi preferit o amestecătură refrigerentă de ghiață și sare sau săruri de chlorhydrat de amoniac, rezultatul ar fi fost același. Etherul dară nu se considera că lucră prin propria-i acțiune hypnotică, cum ar lucra în cas de injețiuni sau de respirațiune.

Amestecătura refrigerantă a fost recomandată de **James Arnott** (din Brighton) și adoptată de toți chirurșii pentru operațiunile mici, cum este unghia încarnată, etc.

Acidul carbonic a fost și el încercat ca anesthetic local și, (cum am arătat mai sus), se pare că puterea miraculoasă a pietrei de la Memphis, nu consta de cât în evaporarea de acid carbonic. În 1772, **Percival** l'a întrebuițat în ulcerile durerose; dară, cu toate încercările făcute la 1794, de către **Ingen Housz**, **Beddoes**, **John Ervat** și mai târziu, pe la 1834, de **Monjon**, acidul carbonic nu putu fi considerat ca un bun anesthetic local, pentru că este anevoie de întrebuițat și foarte slab în eficacitatea lui. **Simpson** însă l'a recomandat ca bun să se facă cu el dușuri asupra matricelor durerose și cancerose, în nevralgii, dysurii și iritațiuni vaginale. **Folin** afirmă că în cancerele uterine a obținut efecte foarte bune prin acidul carbonic. În urma unor discuțiuni prelungite la „Societatea de chirurgia din Paris“, s'a constatat că, de și acidul carbonic ar putea aduce oare-care ușurare în cancerele uterului, când este vorba să fie aplicat pe piele sau să se facă operațiuni mari, totuși nu este de nici un folos, atât de slabă îi este puterea anesthetică.

Francis (din Philadelphia), în anul 1858, creșu că s'ar putea utiliza electricitatea, spre potolirea durerii în scoterea dinților. Acesta, se face punându-se un reofor în mâna bolnavului, iar altul fixându-se la cleștele de operat; se țice că în așa condițiuni, bolnavii nu simt dureri. Noua methodă de anesthesie, fu adoptată de chirurșii americani; în Europa, mai întâiu la Paris, de către frașii **Préterre**, cari o recomandă chiar „Academiei de medicină“. Chirurșii francezi nu dobândiră bune rezultate; de aceea, peste pușin timp, metoda și perdu totă valoarea ce i atribuisse frașii **Préterre** și dentiștii americani.

Aceiași sortă are și anesthesia galvanică în Anglittera.

Luër, fabricant de instrumente de chirurgie la Paris, construit un mic aparat de pulverisațiune, de care **Giraldes** se servi pentru a reduce în vapori diferiți corpî volatili și a 'i utiliza pentru amorțirea durerilor.

Richardson se folosi de recomandajia lui **Giraldes** și, modificând pulverisatorul lui **Luër**, făcu, ca atât etherul, cât și chloroformul să se potă utiliza cu bun succes în anesthesiile superficiale. Aparatul lui **Richardson** este același de care ne servim și astăzi, pentru pulverizarea licuidelor anesthetice. Noi am întrebuintat adesea această metodă pentru mici operațiuni. De cât-va timp însă, ne servim cu bun succes de un amestec compus din două părți ether, o parte chloroform și 5 la sută acid carbonic cristalisat. Cu acest amestec se produce o scădere de temperatură chiar până la — 15 grade și anesthesia durază destul timp.

Acidul carbonic este un bun anesthetic și acțiunea lui ține chiar mai multe zile. El se întrebuintează sub forma de pulverisațiuni în soluții de 3—5 la sută în bólele pielii, însoțite de mâncărime și usturime (Eczema scrotului, pruritul vulvar, herpes, etc.). Asemenea, în injecțiuni subcutanate de 1 la sută, în casuri de nevralgii și dureri reumatice, a dat cele mai bune rezultate. Pe lângă acestea, toate esențele volatile pulverisate pe piele, pot produce o anesthesie, însă slabă și de scurtă durată. Ast-fel este Mentholul, Thymolul și altele.

Sulfurul de carbon, turnat cu picătura și evaporat prin adierea cu un evantaliu, produce o scădere de temperatură foarte mare. După **Fournié**, o amestecătură de părți egale de chloroform și acid acetic cristalisat, ar produce chiar anesthesia țeseturilor profunde.

Bigelev recomandă *chigolémul*, care ar resulta din distilația petroleului. Această esență a fost întrebuintată numai de chirurgul din Boston. Anesthesia produsă prin procederile de până aci nu e alt-ceva de cât rezultatul refrigerațiunei, deci egală cu cea produsă prin amestecături refrigerente cu gheață, preferabile celor d'întăiū, ca fiind la îndemână, mai eftine și mai inofensive.

Doctorul **Weinsendenger**, a preconisat producerea anesthesie locale printr'un tub de fier, în care se află acid carbonic solidificat. În chipul acesta s'ar putea întrebuinta orî-ce gaz capabil de a se transforma în licuid saū în corp solid, prin urmare chiar aerul atmosferic ar putea fi utilizat.

Aci e locul să vorbim și despre un anesthetic, introdus numai de câțiva ani în practica chirurgicală: sărurile de cocaină și în special chlorhydratul de cocaină.

Acastă sare, care provine din planta *Erytoxylon-Cocca*, care a fost introdusă în medicină de către Koller din Viena la 1834. Ea se întrebuințează atât ca topic pe piele, pe mucoase, pe rană cât și în injecțiuni sub-cutanate, în dosă de 5—10 centigrame în soluție de 1%.

În operațiunile mici, ca deschiderile de abcese, punctțiile, incisiile explorative, etc. chlorhydratul de cocaină, în timp de 10 minute, produce o așa amortelă că poți tăia fără ca bolnavul să simtă cea mai mică durere. Noi am întrebuințat adesea, nu numai la bolnavi, ci chiar asupra noastră personal, soluțiunii de cocaină, amestecată cu acid carbonic, în proporțiune de 1 la sută, fiind-că acțiunea cocainei nu durează de cât cam 10—20 de minute.

Unii chirurși pretind că se pot face chiar operațiuni mari cu ajutorul cocainei; precum chelotomi radicale (Reclus) și în litrotipsii (Moesig-Morloff).

Acțiunea anesthetică a cocainei, nu se produce ca la celelalte ipnotice prin refrigerațiune; ea lucrează asupra sistemului nervos în genere, din care causă s'aŭ ivit și mai multe casuri mortale, prin intoxicațiune.

Un chirurg rus, asigurând pe părinții că se poate opera o fată fără pericol și fără durere, dacă va primi injecții de cocaină, a fost nevoit a se sinucide de mâhnire și de rușine, fiind-că fata a murit prin intoxicație cu chlorhydratul de cocaină. Să se scie dară că cocaina este o sare foarte otrăvitoare, prin urmare ea trebuie utilizată cu mare precauțiune, și nici o-dată doza nu trebuie să trecă peste 10 centigrame la adulți, iar la ómenii cu bólă de inimă și la copii, să nu se administreze. Pentru mai multă siguranță, să se consulte, instrucțiunile și scrierile speciale despre întrebuințarea preparatelor de cocaină.

Schnitzler, profesor de laringologie la facultatea din Viena, a recomandat a se întrebuința, în loc de cocaină, cafeina, theina și alte derivate; iar Pressér Jamés, salicilatul și benzoatul de sodă sau de cafeină.

VIII. Anestesia locală prin infiltrație. — Doctorul Schleich, în urma experimentelor făcute asupra sa însuși și ajutórelor sale, a vădut că o soluțiune de cocaină de 0,02 la sută, este îndestulătoare să

producă insensibilitatea; că nesimțirea se mai poate obține și printr'o soluțiune de 0,2 la sută de chlorur de sodiu, fără ca injecțiunea să producă durere, cum produce apa destilată. **Schleich** amestecă soluția de cocaină cu soluția de chlorur de sodiu și întrebuintează trei formule deosebite: cea d'ântăiū soluțiune conținend 0,10 de cocaină pentru una sută din soluția de chlorur de sodiu de 0,2 la sută, din care se poate injecta până la cinci-deci seringi, fără a se ajunge la doza maximală de 5 centigrame de cocaină; a doua și a treia soluție, din care se poate injecta 250—500 seringi, coprinde un gram de cocaină pentru 5—10,000 părți din o soluție de chlorur de sodiu 0,2 la 100.

Acastă metodă, după **Schleich**, nu prezintă nici un pericol; dar, in unele operațiuni, ca amputarea mamelelor, laparotomiile explorative, kelotomi, tracheotomi, operațiunea radicală a hidrocelului și a hemorroidelor, poate să înlocuiască chloroformul. Ast-fel, printr'un mare număr de injecțiuni, se insensibiliză o vastă întindere și chiar întregul membru pe care voim a'l imputa.

Periostul, țice **Schleich**, trebuie cu totul infiltrat de cocaină. În asemenea operațiuni prima injecțiune este durerosă, cele-lalte însă se fac pe un tărâm cu totul insensibil.

IX. Folósele și neajunsurile Anesthesiei. — Binefacerile anesthesiei în chirurgie sunt astă-đi atât de cunoscute, în cât enumerarea lor ne pare cu totul inutilă. Numai vechii chirurđi, cari au avut fericirea să asiste la atâtea descoperiri, ar fi în stare să facă apologia anesthesiei, fie ea locală, fie generală, căci numai dênșii au apucat timpurile când bolnavii, spre a fi operați, erau legați cu frânghia sau nu admiteau operațiunea de cât în ultimele momente, biruiți de dureri și de frica morței.

Nu mai citez narațiunea scenelor sfâșietóre, scrâjnirilor din dinți, svêrcolirilor fără sémân din acele epoce; ne putem face idee despre cele ce se petreceau atunci în timpul operațiunilor, despre tortura pacienților ca și a chirurgilor. Astă-đi đin contra; bolnavii, cunoscend de mai înainte bine-facerile anesthesiei, se supun operațiunilor celor mai grele fără împotrivire și la timp oportun, mulți le cer singuri, iar alții, cari le sciū de mai nainte, așteptă cu nerăbdare momentul începerii. Nu numai cei din anticitate, dară chiar chirurgilor din evul mediū până într'al XVIII-lea secol, dacă cine-va le-ar fi spus că o dată va veni timpul când suferindul să stea liniștit și să nu simtă durere

în timpul celor mai grave operațiuni, de bună sémă că ar fi luat asemenea aserțiunii drept visuri chimerice, cum Platon și alți filosofi, considerau ca imposibilitate pentru omenire neexistența sclaviei!

Ce să mai dicem despre satisfacerea operatorului, de a fi lăsat să lucreze în pace, de a nu mai fi martur neputincios la acea stare de erectism în care pune pe bolnavul neanesthesiat, ori-ce operațiune durerósă! ar fi a repeta cele ce am dis mai sus.

Câtă plăcere e să veđi pe bolnav deșteptându-se vesel și vorbind ca un sănétos, fără cea mai mică noțiune despre cele petrecute în tot timpul adormirii. Mulți nici nu cred că au fost operați și cer cu stăruință să se încépă mai răpede ceea ce e de mult terminat.

Rare ori se întâmplă ca chloroformarea să presinte óre-cari ne-mulțumiri. Unii bolnavi, mai rezistenți, nu adorm îndată, așa că perioada de excitațiune se prelungese; la alții anesthesia nu se pôte obține îndestul de complectă, ceea ce aduce neplăcere, milă și înduioșare în executarea operațiunei, de unde se pôte deduce cam ce trebuie să fi fost pe timpul când nu exista anesthesia. Cât despre mortalitatea cauzată prin operațiuni, nici că mai pôte fi comparațiune între ce era ea altă dată și cât s'a redus în timpii noștri. Chiar casurile de mórte prin ether și chloroform se răresc din ți în ți, depinđend de puritatea agentului anesthesiei și de precauțiunile ce se iau. Altă dată, chloroformul și chiar etherul, erau fórte impure, din cauza că chimia nu dispunea de atâtea međilóce perfecționate. Astă-đi însă, când preocuparea chimiștilor e tot așa de încordată, ca și concurența industrială, când se depune tótă ostenéla în a se perfecționa modul de fabricațiune a tuturor substanțelor medicamentóse, când chloroformul a rémas mai pretutindenți ca singurul anesthetic eficace, astăđi suntem garantați în contra accidentelor.

Modul de a se administra chloroformul s'a perfecționat așa de mult, în cât s'au format chiar specialiști în această singură indeletnicire, cum vedem în marile centruri, unde se execută operațiuni numeroșe și dificile. Dacă în unele casuri s'ar întâmpla mórte prin chloroform, să scim că acesta a provenit mai ales din cauza că acel chloroform a fost de o calitate inferióră, din preparațiunea lui, din vechime și alterare sau din modul cum a fost păstrat, căci acest corp chimic, ori cât de pur ar fi, se strică sub influența aerului și a luminei, din care cauză se recomandă ca chiar atunci, când se dá cu picătura, să fie turnat fórte de aprópe, spre a nu rămâne mult timp în contact cu aerul.

Credem că este de prisos astă-đi să măi recurgem la statistică, spre a confirma reputațiunea chloroformului : acest puternic agent hypnotic a dobândit atâta credit, în cât anevoie va fi detronat, afară numai dacă ar încăpea pe mâini de ómenî nepricepuți saú în cas când într'o đí chimia ne-ar procura un alt preparat, care să ne presinte avantajii superioare chloroformului. La ce ne-ar servi astă-đi datele statistice, când este netăgăduit faptul că altă dată mortalitatea era cu mult măi mare, fie înainte de descoperirea anestheticilor actuali, fie în urmă, când mijlócele de care dispuneaú chirurđii, erau fórte puține și chimia, departe de progresele ce a realizat și realizézá continuú!

Să trecem dară la administrarea substanțelor somnifere.

Când avem să ne servim de orî ce anesthetic, ca de orî-ce medicament, trebuie să luăm tóte precauțiunile recomandate de sciință și de experiență în asemenea ocaziuni, dacă voim să evităm casurile de mórte prin anesthesie.

Cei ce aú criticat chloroformul, în timpîi trecuți, póte că aú avut dreptate. Astă-đi, când eficacitatea și siguranța 'i-au fost constatate, nici că măi póte fi vorba să i se opună etherul, care, pe lângă că a produs multe casuri letale, măi este și nesigur în acțiunea lui, de órece produce cu anevoință anesthesia, iar câte o-dată nu reușese de loc, apoi în loc de insensibilitate, dá nascere unei beții sgomotóse și pline de indiscrețiuni.

Intru cât ne privesce personal, în lunga nóstră carieră chirurgicală, am întrebuițat pe rând și etherul și chloroformul, fie simple, fie amestecate, de la chloroformul cel măi impur, cum se găsea altă dată în comerciú, până la cel măi purificat cum ni-l putem procura astă-đi. Cu etherul măi anevoe am reușit în adormirea bolnavilor. Amestecătura de chloroform, de ether și de alcool am întrebuițat-o măi mult timp, însă am constatat că tot măi de preferat este chloroformul singur, cu condițiunea de a-l avea bine preparat și de a lua tóte precauțiunile necesare. În peste 30 ani de practică, am avut ocaziunea să anestheziez destuí bolnavi, cari, fără exagerație, s'ar putea evalua la 15 mîi. Totuși nu pot cita nici un cas de mórte, pe care să-l pun în sarcina agentului hypnotic.

Chloroformisarea presintă câte-va nuanțe, cari în cele de măi multe casuri nu se scie la ce pot fi atribuite. S'a presupus că impuritatea chloroformului ar fi singura vină, alți aú acusat starea maladivă.

a suferindului, cauză care nu am putut-o stabili cu certitudine. Adesea mi s'a întâmplat accidente cu un chloroform de proveniență respectabilă, pe când, din contră, când am fost silit a întrebuița un preparat mediocre, nu am avut cel mai mic accident. Tot așa putem zice și despre starea morbidă a bolnavilor. Se crede în genere că un bețiv ar fi mai dificil de chloroformisat și vice-versa (de ore-ce unul e deprins, iar altul nu cu iuțela acidului carbonic); se susține iarăși că o femeie se adorme mai ușor de cât bărbatul, că la copii accidentele ar fi mai frecvente și pericolul mai mare de cât la adulți; că persoanele cu afecțiuni de cord suferă mai greu chloroformul așa că dilatarea cordului său insuficiența valvulelor se pot considera ca o contra-indicațiune.

Ei bine, noé ni s'a întâmplat să vedem bețivi înaintați în vițiu, adormind mai grabnic și mai fără accidente de cât o femeie sau de cât un bărbat care nu bėuse nici o-dată sau bėuse foarte puțin. Am avut ocasiunea să chloroformisăm copii mici de câte-va zile și chiar de mai multe ori pe rând, fără nici un accident. Că am fost mai norocoși de cât alți confrăți și atâția chirurgi străini nu este admisibil. Dacă vom aminti numai două exemple, tot ar fi de ajuns să formeze convingerea că chloroformisarea la copii nu este mai periculoasă de cât la adulți. O copilă de 9 luni, care avea buză de iepure, a fost adormită de la operațiune de *un-spre-dece* ori, în timp de *cinci-spre-dece* zile pentru a-i putea schimba pansamentul și nu numai că n'a avut nici un accident, dară s'a vindecat pe deplin și a rămas foarte sănătoasă. Un copil, pentru o autoplastie a urethrei în perineă, a fost chloroformisat de *două-deci de* ori, în tot timpul tratamentului, căci era foarte puțin docil, scotea sonda și, ca să o introduc din nou, trebuia să recurg la chloroform. O copilă cu eventrația intestinelor congenitală și în etate de patru zile a fost ținută două ore sub chloroform fără să se ivească vr'un accident. Așa dară, în ce privește frăgețimea etăței, să nu ne conducem după exagerările celor fără experiență sau după laudele celor interesați. În ce privește afecțiunile cordului, mărturisim că am fost nevoiți a administra chloroformul în casurile cele mai grave. Un băiat de 17 ani, cu o hypertrophiă considerabilă a cordului, cu insuficiența valvulelor aortice, a fost chloroformisat de două ori, pentru ca să-i practicăm talia hypogastrică, și cu toate acestea nu am avut absolut nici un accident, nici în timpul operațiunilor, nici în urmă. La bătrâni am avut asemenea ocațiuni să administrăm chloroformul la vârste foarte înaintate, până la 90 de ani, fără să am a deplânge

vr'un accident. Sexul iarăși nu mi-a arătat vr'o mare deosebire între cel ȃis slab și poreclit tare, când a fost vorbă de acțiunea și efectele chloroformului.

Relativ la timpul cât trebuie prelungit somnul provocat prin chloroformisare, asemenea nu s'a stabilit nimic sigur. Din statisticele cunoscute până acum se vede că adesea s'a ăvit casurī mortale numai după câte-va inspirațiuni de chloroform, pe când altă dată acțiunea s'a prelungit timp de mai multe ore, fără nici un accident. Ni s'a întâmplat să ținem pe un bolnav adormit *trei ore*, fără să i se pericliteze viața.

Nu e însă mai puțin adevărat că chloroformul trebuie considerat ca otravă și că urmază a fi manipulat cu mare grijă și cu multă atențiune. El nu trebuie administrat d'odată în mare cantitate, iar când este nevoie să se prelungescă somnul, atunci să se dea câte puțin și numai când se vede că acțiunea celui de până aci a început a înceta. De aceia persoanei însărcinate cu darea chloroformului i se cere să aibă cunoștințe speciale. Nu numai că trebuie să fie un medic format, dar în orașele mari sunt chiar doctori cunoscuți sub numele de „chloroformisatori“.

Afară de acestea trebuie a avea în vedere că toate felurile de anesthesie, lucrând asupra crebrului, dau loc la afecțiuni nervoase foarte grave.

X. Influența anesteziei asupra chirurgiei. — Perioada de la 1846 și până la 1880 se poate numi „epoca de aur a chirurgiei“.

În interval de 34 ani, chirurgia a realizat progrese mai mari și mai numeroase, de cum nu realizase în decursul a mii de ani înainte.

Începutul secolului al XIX se distinse prin însemnata invențiune a lui Jenner; epoca dintre 1846-1880, dă la iveală două descoperiri mari: anestesia și antisepsia. Pe de o parte durerea, pe de alta obrintirea ranei prin septicemiă, erau gróznicele pericole, cari speriaseră ómenii de știință. De aceia, în trecut, chirurgii se puteau număra pe degete, pe când astăzi, fie-care medic, nu numai că se crede, dară în unele cazurī, poate fi un chirurg. Atât de mult ni s'a înlesnit meseria, în cât astăzi practicăm operațiuni de acelea a căror simplă enunțare s'ar fi taxat odinioară ca semn de nebunie.

Anesthesia, după cum ȃicea Velpeau, îndeplinesce două mari

dorințe: face să dispară durerile și împuținează contracțiunile musculare, spre a se putea reduce cu înlesnire luxațiile și herniele.

De și foarte modești, față cu marele profesor, noi vom cuteza să îi complectăm ideia, dicând că anestesia nu numai anihilază durerile și împuținează contracțiunile musculare ale pacientului supus operațiunii, dară că ea gonesce marea durere morală a familiei celui operat, frica indescrribibilă de odinioară a celor ce vedeau instrumentele, compătimirea operatorilor și afecțiunile ce se puteau naște, în asemenea împrejurări rudelor, amicilor și chiar suferinșilor. Acastă singură bine-facere a redat sănătății și prin urmare societății omenesci, mii de brațe pentru propășirea materială, mii de talente pentru avântarea literilor, științelor și artelor. De aceea cu drept cuvânt se afirmă că, dintre toate ramurile medicinei, chirurgia a realizat progresele cele mai înverdate; aceia de cea mai bine meritată recunoștință se datoresce bărbaților, cari fără preget au muncit pentru binele umanității.

Amorțirea durerii este cel mai prețios efect al anesteziei, de aceea este și cel mai apreciat. Nesimțirea este un rezultat complet și absolut: ea se poate prelungi atât cât cere trebuința, pentru terminarea unei operațiuni, fie ea din cele mai dureroase și deficiente. Și, fiindcă agentul de care ne servim în asemenea cazuri urmăzează să aibă o mare putere anestezică, datorii suntem să punem multă băgare de seamă.

Unii chirurși susțin că, în cas când operațiunea ar fi de scurtă durată sau puțin dureroasă, să nu se anesthezizeze suferinșul; alții, din contra, admit întrebuințarea anesteziei cât se va putea de intensă, numai să se ia toate precauțiunile pentru preîntâmpinarea accidentelor.

Noi ne unim cu a doua părere, pentru motivele următoare:

a) Mai întâiu, cine poate garanta durata operațiunii, cine poate ști de mai nainte ca pornind de la un diagnostic, pus după examinarea făcută la suprafață, nu se găsește în adâncul organismului aderențe, alterări și lucruri neprevăzute? Și nu e oare mai greu ca anestesia să începă atunci, când bolnavul a fost năpădit de dureri și familia de lacrimi și operatorul de grijă, în loc să se fi făcut de la început?

b) Al doilea, cine decide că operațiunea este sau nu dureroasă? De câte ori cele mai inofensive interveniri chirurgicale par că vor fi scutite de orice durere, pe când de fapt, operatul țipă ca cum ar fi fost spintecat! De câte ori, din contra, înainte de operațiune, durerea

e acută, ori când după intervenirea chirurgicală, ea se micșorează sau dispare.

c) O sguduire nervoasă, chiar într'o mică operațiune, este cu mult mai periculoasă, de cât o chloroformisare.

Pentru aceste considerațiuni se va recomanda ca tot-d'a-una adormirea să fie cât se póte de complectă, ca bolnavul să nu manifeste cea mai mică durere.

În ce privesce indicațiunile și contra-indicațiunile, ele au fost arătate mai sus și prin urmare, credem inutil să le mai repetăm aci. În resumat, somnul chloroformic trebuie să fie profund, ca chirurgul să fie liber în acțiunea de a opera; căci țipetele bolnavului îl incurcă, îl uluiesc, îl fac să nu lucreze cum ar trebui și cum ar dori; îi turbură spiritul și chiar siguranța mâinii.

Al doilea efect al anestesiei, este relaxarea contracțiunilor musculare, care a schimbat cu totul terapeutica aplicată până aci în afecțiunile articulațiunilor. Altă dată se întrebuițau mai mult nisce paliative, de cât adevărate meșlôce de potolirea durerilor și relaxarea contracțiunilor musculare, în reducerea luxațiunilor și hernielor. Ast-fel nu este departe de noi timpul când, în cas de luxație, se lua sânge până când bolnavul cădea în leșin (sincopă) sau i se da emetic până la slăbirea forțelor, opiul în dosă mare și vinul de Champagne cu laudanum, până la beția complectă. Bêtrânii își mai amintesc, póte, surprinderile neaseptate ale lui Dupuytren, introduse la noi cu atâta sgomot de răposatul Drasch. Tóte aceste procederi, cari nu aveau nici o putere să înlătore durerea pe timpul operațiunii, au fost părăsite de chirurgii *felceri* și înlocuite prin fixarea bolnavilor cu ajutorul brațelor sau cu legături, până ce se descoperi anesthesia, ca să scape pe toți de atâtea încurcături.

Reducerea luxațiilor se face astăzi fără niei o greutate, mai cu sémă în cele prospete. Rare ori se mai vèd prin salele de operațiune belciuge fixate în ziduri, sau acel regiment nesfârșit de ajutóre, care se inhămau la ciarșafuri și prosópe, spre a trage pe bolnavi, făcând estensiunea și contra-estensiunea. Chiar scripetele, pe care le mai avem în serviciul spitalului, împreună cu belciugele, privesc luxațiunile învechite, și chiar dênsele se întrebuițază tot sub acțiunea chloroformului, care împuținază dificultățile.

Același lucru se póte spune și despre casurile de ankylose și înțepenirea articulațiilor.

În herniele încarcerate, slăbirea contracțiilor musculare, prin chloroform, este de mare ajutor: numai când nu reușim a le reduce sub chloroform, recurgem la operațiune.

Descoperirea anestesiei a adus o adevărată revoluțiune în chirurgie. Altă dată se recomanda chirurgului să opereze repede așa ca bolnavul să nu aibă timp să simtă durerea. Atunci, după cum se exprimă Richard, chirurgii semănau a *prestidigitator*și. Operatorii erau nevoiți să fie și ceva „scamatori“, ca să surprindă pe „onorabilul public“, iar suferințele să fie cât mai scurte. Asemenea proceduri au ajuns ridicole astăzi, căci operatorii, scăpați de supliciiul durerii, sunt liberi în acțiunile lor și au tot timpul să lucreze încet dar bine, și să se gândească la rezultatele ulterioare ale operațiunii, iar nu la înjurăturile și sbuciumările pacientului, la plânsetele familiei, la reflecțiunile celor chemați ca să lege ori să țină înhățat pe bolnav...

XI. Progresele chirurgiei. — A fost un timp, când chirurgia se practica la noi ca meșteșug degradat și de speculă. Medicii se deosebeau cu totul de chirurși: cei din urmă se considerați chiar ei pe o treptă inferioară, puși sub ordinele „doctorilor“, fiind-că și serviciile erau mixte. Se ține încă minte epoca când, chiar în spitalul „Colțea“ primar era medicul și secundar *geraful*, adică chirurgul. Cel din urmă executa operațiunile (pe cele mici, se înțelege) sub ordinele și indicările primarului. De când chirurgia a luat avânt s'a dat și chirurgilor considerațiune; ba încă, mulțămită marilor descoperiri, chirurgii astăzi au luat mult înaintea interniștilor. Mai mult încă: chirurgia, devenind adevărata știință, a luat medicinii mai toate meșlulocile de care se servesc adepții ei pentru diagnosticarea afecțiunilor respective.

Cu altă ocaziune am vorbit despre foloșele ce chirurgia a tras din analiza chimică, din examinarea microscopică, din ausculațiune și percusiune în determinarea multor afecțiuni chirurgicale. În timpii din urmă, medicina a găsit noui meșluloc și noui proceduri, pe cari însă chirurgia n'a întârziat să și-le apropieze. Fie-care specialist se silește ca, în locul probabilității să introducă siguranța opiniunilor isolate, să le substituie rezultatul experienței, întemeiat pe fapte bine observate, pe studii și pe cifre. De aci marea mulțime de proceduri și de instrumente ad-hoc inventate și fabricate, cari dau chirurgiei în

timpii modernă, nu numai o deosebită splendore, ci chiar preponderanță asupra celor-l'alte ramuri medicale. Ast-fel **Huguiet**, a descoperit hysterometrul, **Leroy** lithometrul. Examinarea și cauterizarea fistulelor ca și a trajectelor făcute de proiectile prin styletul **Nellaton**, prin aparatul lui **Trouvé**, prin balanța lui **Hugue**, sunt probe neîndoișoare despre silințele bărbaților de știință în favoarea chirurgiei. **Recamier** a introdus într'insa trocartul pe care **Dieulafoy** l'a perfecționat și în cele din urmă a fost modificat de **Potain**, sub numele de „Aspirator pneumatic“, pentru extragerea conținutului licuid al tumorilor, spre a fi examinat cu ochi, cu microscopul său analysat chimicește.

Pentru determinarea tumorilor solide s'a inventat „*Krelectomul*“ lui **Bouisson** (de la Montpellier), **Küs** (de la Strasbourg), **Middeldorpf** (de la Viena) și **Ducheme** (din Boulogne) au inventat „*l'emporte pièce explorateur*“, cu care ne servim a scote, din adâncimea țesăturilor, puțină carne de examinat cu microscopul.

Ce să mai dicem de marele ajutor care ni'l dă *electricitatea* în determinarea multor afecțiuni chirurgicale, mai cu sémă în urma descoperirilor recente ale lui **Röntgen**!

Dar chirurgia mai posedă astă-și și alte meșl'óce de diagnosticare considerate cu drept cuvânt ca nisce cuceriri din cele mai binefăcătoare.

Despre dênsele vom vorbi în special și, fiind-că căldura corpului are mare legătură cu mișcările pulsului, vom contopi cele două meșl'óce de explorațiune într'o singură descriere generală, apoi vom arăta pentru fie-care dintr'ênsele, partea ce i se cuvine la practica chirurgiei

XII. Thermometria și sphygmographia chirurgicală. — Căldura pielii și frecuența pulsului sunt expresiuni symptomatice, cari din timpii cei mai depărtați au fost recunoscute ca nedespărțite.

Chinesii, Arabii, Elenii și Romani au știut să tragă folose din schimbarea temperaturii și din bătăile pulsului. Hypocrate descrie căldura pielii ca semn al bólelor acute, ca o symptomă patognomică a febrei. Asemenea toți câți au urmat pe Galien puneau mare temeiu pe variațiunea pulsului. Cu miș de ani înainte de era creștină, Chinesii aveau câte un puls pentru fie-care organ. Ast-fel distingeau ei; pulsul creierului, al stomacului, al ficatului, etc. Până la descoperirea circulațiunei sângelui de către **Harvey**, toți considerau pulsul numai în mod empiric; de o dată însă cu această descoperire, s'a dat și explicațiunea științifică a mișcărilor cordului.

Orî câtă importanță s'a atribuit acestor două meșlôce, a fost un timp când ele își perduseră valórea, așa că nu mai erau la modă.

Mai târziu, s'a revenit, dară tot în chip empiric pentru că știința nu poseda pe atunci instrumentele de precisiune, de care dispunem astă-zi.

Pipăitul cu mâna nu póte determina esact gradul temperaturêi sau diferitele schimbări ale pulsului. Mâna nu póte arêta de cât că temperatura corpului bolnav este mai ridicată orî mai scoborită, fără să ne spună cu cât diferă de temperatura normală. Așa dară intervenirea unor instrumente de precisiune, speciale și nebănuite, póte da acestor două elemente de diagnosticare o adevărată însemnătate științifică, ceea ce s'a făcut în timpii noștri și din care știința chirurgicală a câștigat mai mult de cât sperău descoperitorii acestei metode.

A XXVIII-a LECȚIUNE

DIAGNOSTICUL IN CHIRURGIE

Domnilor,

XIII. **Thermometrul chirurgical.** Thermometrul, descoperit de atâția secolî, aprópe pînă în anii din urmă, rămăsese neîntrebuințat în medicină. De și se afla la dispozițiunea orî-cuî, de și a lui întrebuițare nu reclamă nescaî studii speciale, saũ vre-o abilitate deosebită; de și studentul cel mai novice ca și cel mai inițiat, îi póte cunósce indicațiunile, totu-și, nimănuî nu 'i-a trecut prin minte să aplice termometrul în medicină.

Tocmaî pe la 1638, a servit pentru prima óră să determine temperatura omului. **Boerhaaye** și **Van Swieten**, aũ tras folóse însemnate, iar **Dehaen** l'a întrebuițat cu succes în clinică. De la acéstă epocă, medicii germani și englezî, l'aũ întrebuițat din când în când, dară numaî ca încercare sciințifică, nici de cum în mod practic obligator.

Dupě experiențete lui **Lavoisier**, fie-care căuta să vadă ce influență póte avea asupra căldurii animale: vârsta, sexul, temperamentul și clima. **Bouillod** arată în tratatul seũ de clinică, că făcuse cu termometrul mai multe mîi de observații la patul bolnavilor. **Donné**,

Piorry, și mai cu sémă celebrul **Andral**, în tractatul de patologie generală ne arată chiar cum se produc schimbările de temperatură.

Pe lângă acestea, **Chossat**, în 1838 și **H. Roger** în 1844, tratară despre utilitatea termometrului în medicină¹.

De la această epocă, cercetările se înmulțiră, însă numai cu caracter științific, până ce, în 1850 și 1851, **Bœrensprung** și **Traube** îl introduseră în practica medicală, iar **Wunderlich**, inițiat de **Traube**, se ocupă cu mare serioșitate, ba chiar scrise o dare de sémă despre rezultatele obținute.

De la această epocă — nu e nici o jumătate de secol de atunci iar termometrul, și-a luat locul de onoare, ce i-se și cuvine, între meștrilor de explorare.

Tot meritul se cuvine, în mare parte lui **Wunderlich**, căci el a avut ideea de a vulgariza și de a scrie mai mult despre această metodă.

Din Germania (Lipsca), termometrul trecu în Rusia, în Olanda, în Franța, în Italia și în Anglita, apoi dincolo de ocean.

În Franța, **Claude Bernard**, îl întrebuință în cercetările-i fiziologice **Jacoud**, în urma unei călătorii în Germania, aduse noua metodă în Franța, iar **Labadie-Lagrave**, traduse în limba franceză importanta lucrare a profesorului de la Lipsca.

Ast-fel, se respândi printre medici importanța termometrului. Mai multe lucrări prețioșe se succedară, între cari putem cita pe ale lui **Wunderlich**, **Galliot**, **Bemarguay**, **Billrotu**, **Cherembach**, etc.

În Franța, pe când noi urmam studiile la Paris, între 1862—64, termometrul nu se întrebuința în practica medicală, de și fusese bine studiat și chiar adoptat în Anglita, în Germania și în Austria. De aceea, mai toți medicii noștri, elevi ai școlilor franceze, nu deteră atențiune marelui utilității și rolului ce avea să jöce termometrul în diagnosticarea și mersul diferitelor bóle. Chiar unul dintre cei mai erudiți și mai inteligenți dintre profesori, cari au ilustrat facultatea noastră din București, răposatul **Marcovici**, nu admitea utilitatea acestui instrument atât de important, căci, repeta densusul, „pe cât timp am la îndemână pulsul și auscultarea, nu simt nevoie de termometru!“ Numai un elev al facultății din Strasburg, d. dr. **Cherembach**, a răspândit în țără utilisarea termometrului prin thesa sa inaugurală, scriind și mai multe articole în *Gazeta spitalelor* și în *Gazeta medico-chirurgicală*.

1. Wunderlich : *De la température dans les maladies*.

Cu timpul, deceptarea se produse în Franția.

Demarquay și Duméril; studiind schimbarea temperaturii pacienților în diferite bôle și circumstanțe, chiar în anestesia cu ether și chloroform, stabiliră că temperatura normală a corpului uman variază între 37 grade și 37.5 (constată în axilă); că ea variază foarte puțin sub influența căldurii ambiante, prin starea de repaus sau de mișcare a individului; că, temperamentul și idiosyncrasia unei persoane exercită puțină înriurire asupra temperaturii corpului.

Asemenea constatări nu erau fără importanță pentru știință: ele interesau în cel mai înalt grad diagnosticarea și tratamentul. Ceva mai mult: ele au fost punctul de plecare a nouă și felurite observațiuni. Ast-fel se constată că, în stare morbidă, variațiunea de temperatură se face cu 12 și 13 grade diferență, adică între 32 și 44.75 grade: extreme cari se observă foarte rar și pun în pericol pe suferind, ba mai adesea, sunt incompatibile cu viața. Orî cât de mică ar fi modificarea de temperatură în plus sau în minus, ea arată o stare bolnăvicioasă; când se apropie de una din cele două extreme și există mare temere de morțe. Gradul de căldură urmază regulat mersul bôlei, iar după timp, dimineța temperatura este mai scădută ca seara¹. Acest mers este foarte regulat în unele bôle.

Urmând cu înregistrarea schimbărilor matinale și vespérale, se stabilește un fel de ciclu, așa că dintr'o singură privire putem observa diferențele ce au rezultat.

În spitale există anume foi de observațiuni, pe cari se însemnează d'odată schimbările temperaturii, pulsului și respirațiunii, sub forme grafice, prin care să se deștepte atențiunea medicului sau a chirurgului.

Unele bôle se pot adesea diagnostica numai după semnele grafice, de pe foile de observare. Pe liniile curbe deosebim partea care se urcă, disă *augmentum*, partea staționară, numită *acm* sau *fastigium*, și partea de coborîre sau *sfârșit*, care pôte fi funestă și se operează prin *defervescentă*.

Din observațiile făcute pînă astă-zi asupra casurilor chirurgicale, apröpe s'a stabilit o ordine fixă în curba termometrică.

Ast-fel, în leziunile traumatice simple și în operațiuni mari, termometrul se ridică d'odată pînă la 38.7, iar peste două-trei zile se scoböră la starea anormală.

1. În tuberculosă se observă câte-odată temperatura resturnată, adică ridicată dimineța și cădută seara.

Acastă curbă era obișnuit admisă pe timpul când antisepsia nu era perfecționată; astă-zi din contră, termometrul nu trebuie să se ridice, după operațiune, afară de casurile când are să se ivescă vre-o complicațiune.

De alt-fel, am avut ocasiunea de a observa, după operațiuni mari, că termometrul nu s'a urcat de cât numai atunci, când exista complicațiunii din partea plăgei, sau numai când operatul avea necesitate de ar fi purgat. O durere intestinală, o stricare de stomach, este de ajuns să determine ridicarea temperaturii cu unul și chiar cu două grade; îndată ce se dă însă un purgativ, temperatura scade iarăși la punctul normal. In casuri de fracturi și de sguduirii ale sistemului nervos, temperatura se urcă cu mult mai încet de cât în operațiuni, în traumatism și în comoțiuni profunde, dacă ele ar fi complicate.

Demarquay a observat în timpul ocupațiunii germane din 1870 până la 1871, că toți răniții prin obusuri și glonțe aveau o temperatură cu mult mai josă de cât cea normală și chiar coborită până la 34 grade; că la cei mai în vârstă scăderea era mai mare ca la cei mai tineri. Alcoolicii au arătat asemenea o scădere de temperatură în cas de rănire.

Tot acest chirurg a mai observat că, îndată ce termometrul s'a coborit până la 35 grade, morțea era apropiată; că în incarcerațiunile interne și externe, precum și în plăgile penetrante ale abdomenului, se producea o mare scădere termică. Billroth a observat asemenea scăderi și în combustiunile intense, apoi termometrul se ridică în primele douăzeci și patru ore în febrele traumatice, iar între trei și șese zile, scade către normală. Perioada staționară este de scurtă durată: scăderea este sau repede sau încetă și schimbările în plus se observă spre seară; prelungirea perioadei staționare sau repetirea exacerbațiunilor arată că există o inflamațiune internă ori un început de piohemie.

În erisipel se vede mersul grafic cel mai caracteristic: *augment* repede, *fastidium* uniform și prelungit, *defeverscentă* subită. După ce se menține trei patru zile de la nivelul de 40 grade, termometrul scade d'odată la 37°, în fine la fie-ce ivire a unei noi erupțiuni de erisipel, termometrul se urcă. Așa dar, singurul mers al temperaturii ar fi îndestulător spre a stabili deosebirea dintre erisipel și pioemie.

Relativ la erysipel, credem că vor fi instructive amănuntele următoare:

O femeie se prezintă în serviciul nostru, având o tumoră enormă (angyo-lymphom), pendinte de labia majoră din dreapta. Fig. 1. Cu ocaziunea fotografiării, fiind-că femeia nu putea sta pe picioare, din cauza greutatei tumorei, ajutorul credu bine să țină tumora pe la spate



Fig. 1. Angyo-lymphom

cu nisele cârlige. Din această cauză tumora fu rănită, ér a treia zi un erysipel se declară în punctele înțepate.

D'indată temperatura se ridică la 40 grade; erupțiunea coprinsé totă suprafața tumorei și se întinse spre pedicul.

Vedând că viața pacientei era în pericol, din cauza erysipelului, care se întindea continuu, am aplicat o legătură asupra pediculului mai sus de limitele erysipelului și am secționat: îndată febra a cădút la 37°5 și femeia, care pênă aci avea căldură, agitațiune, fiorî, ne poftă de mâncare,

durerî de cap, s'a găsit așa de repede în stare normală, că de atunci ne-am convins pe deplin că erysipelul la început este o afecțiune cu totul locală ¹⁾.

XIII. Termometrul chirurgical. — În *infecțiunea purulentă*, ridicarea lhermometrică este repede, dară gradul temperaturii este cu mult mai înalt, care în genere ajunge până la 42 grade, pe când perióda de stadiu este *fórté scurtă* și scăderea *repede*; după aceea se ivesce un nou acces, care urméză aceleași faze și este urmat de multe altele analoge. Mersul termometrului are schimbări de nivel *prea*

¹⁾ Acastă părere este exprimată în observația ce s'a redigeat la 1868 adică atunci când nu se cunoscea microbul erysipelului.

sus și *prea jos*. In cele din urmă, când mórtea este aprópe, temperatura se urcă mereú pânã la 42 grade, fãrã a se mai cobóri.

Acéstã stare de temperaturã, face deosebire între pyohæmiã și febra de supurațiune cu febra hecticã, la care, de și se aratã exacerbațiunii identice, totuși ele sunt ðilnice și regulate, iar colóna mercurialã nu se urcã nici-o-datã mai sus de 40 grade.

Wunderlich a observat cã în tetanos, colóna mercuriatã se urcã ceva mai sus. Ast-fel s'au vëðut casurì când thermometrul a mers pânã la 44°.75, iar în altele, colóna mercurialã s'a ridicat și mai sus, fãrã sã ne putem explica nisce asemenea fenomene.

In lesiunile mãduvei cervicale, s'a observat asemenea ridicarea temperaturii și Weber a vëðut la un bolnav¹⁾ ridicându-se termometrul pânã la 44 gr. c.

Tóte afecțiunile carì produc alterarea sângelui, produc și o scãdere mare de temperaturã, pânã la unu și douë grade, menținutã mai mult timp. In casurile când existã o caúsã, care împedicã oxidarea sângelui, precum alcoolismul și uremia, thermometrul se menține mult sub media normalã, așa cã în cea din urmă bólã, s'a vëðut cãððend thermometrul pânã la 34 gr. In acest cas e mai mult ca sigur cã mórtea se apropie. Cachexiile, ajunse în ultimul grad, produc mare scãdere în temperatura corpului.

Thermometrul ne mai dã meðilocol de a recunósce diferența de temperaturã localã.

Broca a arãtat cã într'un cas de anevrysm al popliteei, temperatura în adãncãturã era de 0,8 d'asupra normalei, ér la drepta diferența era de 3°—4°.

In anevrysmele arterioso-vênóse, dupe cum a constatat Demarquay, Monneret și Henry, (de la Nantes), ridicarea temperaturii locale este superiórã normalei, însã nu așa sus ca în anevrysmele arteriale.

In casurile când existã o întreprupere pânã ce circulațiunea colateralã se stabilește, thermometrul se póte ridica peste normalã cu 4—5 grade, ér cu încetul cãldura scade pânã ajunge la gradul la care se aflã temperatura pãrþilor vecine.

Când circulațiunea nu se restabilește, temperatura scade continuú și gangrena nu întârðie de a se produce.

1) Cazul citat de Wunderlich.

Cu această ocaziune trebuie să ne rememorăm starea unui bolnav, căruia i-am făcut legătura arteriei subclaviare din dreapta, înăuntrul de colaterale și la care am constatat o scădere de temperatură de 2 grade, între cele două subțiori și de 4 grade între cele două mâini. Termometrul ne prevestește și ivirea unor complicațiuni în urma leziunilor.

Erisipelul, phlegmonul difuz, pyohœmia de altă dată; septice mia acută și peritonita au un mers termometric care le caracterisă foarte bine. Ast-fel, fără a se sci pozitiv, care din ele se va ivi, este destul să fim prevestiți că are să vină una din acele complicațiuni serioase.

Precum medicul poate cunósce prin traseul grafic, existența unei febre acute sau unei intoxicațiuni a sângelui și poate distinge prin diferența mersului, o pneumonie de o febră typhoidă, de un typhus petechial sau o scarlatină, tot ast-fel și chirurgul poate prevedea ivirea unei complicațiuni, iar mai târziu, și chiar care anume complicație din cele posibile se poate ivi. Astă-dî, când pansamentele se fac atât de rari, după ce ore ne-am putea conduce ca să cunósceam schimbările și mersul raneî, dacă nu după indicațiunile grafice ale termometrului ?

Tot termometrul ne poate pređice sfirșitul prognosticului ; căci, el ne arată schimbările în bine sau în rău, ce se produc în cursul unei afețiuni. El ne spune că extremele și oscilațiunile repeđi, sunt fustele pentru bolnavi.

În casuri grave, termometrul ne orientează dacă trebuie să operăm sau nu.

Se sci că în traumatismele mari și după hemorrhagii abondante, temperatura este foarte scăđută.

Dacă dară, prin traumatismul operațiunei și prin chloroformisare, am mai scădea temperatura, atunci am grăbi mórtea ; iar când une-ori, am fi nevoiți să intervenim, atunei s'o facem ca ultimă încercare, fără mare speranță.

Asemenea credem că e folositor să atragem atențiunea asupra unor amănunte, cari, decât ar fi neglese, ar putea da nascere la accidente neplăcute pentru medic.

Mai nainte de tóte, este neapărat ca termometrul să fie esact și verificat.

Cel ce îl întrebuintează să'l încerce și să'l compare cu un alt

termometru său pe o persoană complet sănătoasă, ba chiar pe sineși¹; apoi să'l aplice în diferite regiuni ale corpului, și numai după ce se va fi încredințat că este exact, numai atunci să'l utitiseze la bolnavi, ținându-l în adâncătura subțioarei, de la 20 până la 30 minute, bine lipit pe piele și cu brațul bine strâns pe corp. Și aci e locul să amin-tim despre două din multele cazuri ciudate, ce întâmpinăm în practica medicală

La o femeie se aplică termometrul sub subțioară, el arată 45 grade. Medicul se îngrijesce, verifică termometrul, îl găsește exact, arătând mereu 44—45 grade. Vădând că nu se ivesce nici o complicațiune, că starea generală a pacientei nu prezintă nimic care să inspire temere, cređu că are aface cu un cas în adevăr anormal, cu temperatură extraordinară ridicată. Ținu dar o lecțiune despre cazul acesta; afirmă că temperatura corpului se poate urca până la 45 grade fără nici un pericol și protestând în contra celor ce susțineau că la 44 grupe mórtea este absolut inevitabilă. Care nu-ı fu însă mirarea, când femeea, după ce ascultase lecțiunea profesorului, îi spuse zimbînd că ridicarea temperaturii o produsese dînsa, dintr'un capriciü inexplicabil, frecînd continuü termometrul între cutele cămășii. Iși pöte închipui orı-cine ce fel de figură a făcut medicul în fația acestei păcălelı.

Un alt cas s'a întimplat c'un tîner care suferea de o supurațiune intensă. De și mai multe colecțiuni se produsese ră pe rind; de și starea generală îi erea destul de mulțumitoare, față cu supurațiunea, totuși termometru arăta ridi area temperaturii la 40°.7: ea se menținea cu schimbări repeđi de scădere și suire, cu scurte perıode de stagnațiune.

Medicii se îngrijesc de un sfârșit fatal; familia se sperie, rudele plîng. Oamenii sciinței șuşuiesc între dinșii, dară merg înainte cu implinirea datoriei, anunțând că speranță numai aü și că numai o minune pöte evita mórtea.

Lucrurile se prelungesc, dar starea bolnavului devine îmbucurătoare. Atunci se cercetéză termometrul, se controléză cu altul, se aplică unei persöne sănătöse și se constată că el aréta cu două grade mai mult de cât în realitate, că decı bolnavul nu avusese ca temperatură mai ridicată de cât 38°.7, indicând supurațiune nu însă pyo-hemie, nici febră septică.

1. Din studiile făcute de D. Doctor Mirinescu s'a constatat că chiar normal temperatura pöte varia la unele persöne, fie sub 37, fie deasupra cu mai multe decimii.

Aceste două exemple sunt de ajuns să convingă despre marea îngrijire, ce trebuie să avem, când ne servim de termometru în diagnostic ca și în prognostic.

Revenind la cea mai înaltă temperatură a corpului, vom menționa că Hirtz din Strasburg a publicat o observațiune de febră intermitentă, tipul terțiu, în care temperatura a ajuns până la 44 grade.

Mai interesantă e observațiunea lui I. W. Teale, care îngrijea pe o tinără pentru o fractură a costelor a V și VI din stânga, cu contuziunea vertebrei a VI cervicale, în urma căderii de pe cal. Pacienta a prezentat timp de 5 luni, ridicări considerabile de temperatură; s'a notat de mai multe ori exacerbațiuni vesperale, mergând până la 50.3 centigrade (122 Fahrenheit ¹): temperatura cea mai înaltă ce s'a observat vre-o dată.

Un al treilea cas, nu mai puțin curios, s'a constatat în anul 1892, reprodus ²) de revista *La Semaine Médicale* din Paris, No. 18 din 13 Aprilie 1892, sub titlul „un cas de *hyperthermie*, care s'a menținut timp de 18 zile la temperatura de 46 grade“.

Acastă raritate clinică, semnalată de Dr. B. Diez Obelar (de Villafranca del Vierzo), merită cu atât mai mult să atragă atențiunea cu cit nici odată literatura medicală n'a avut să înregistreze un exemplu de *hyperthermie* așa de constantă și în care se luaseră toate precauțiunile pentru a se evita greșelile materiale, care s'ar fi putut întâmpla din cauza defectuosității instrumentațiunii termometrice.

O călugăriță de 32 ani, născută dintr'o familie tuberculosă, presenta de mai mult timp o paliditate considerabilă și o slăbiciune generală, cu febră moderată, cu tuse frecventă, cu hemoptisii, diareii abundente și sudori nocturne. Chemat lângă bolnavă, a cărei stare se agravase repede, de cite-va zile, Dr. Diez Obelar rămase surprins când constată o temperatură de 45 grade centigrade și cite-va diviziuni, fapt pe care 'l atribui fără hesitare imperfecțiunii termometru-lui de care se servise. A doua zi dimineața, c'un termometru riguros controlat și având o gradațiune de 46 grade, colona mercurială percurse în timp de 5 minute, totă înălțimea instrumentului.

În séra aceleiași zile, termometrul întrebuițat ziua fu aplicat din nou în scobitura subțioarei și mercuriul se ridică îndată până la

1. A se vedea *Lancet*. 1875.

2. După *Seglo Méd.* din 20 Martie 1892.

extremitatea superioară a tubului, iar rezervoriul i se sfărâmă. În urmă apoi — afară de o seră, cînd termometrul arăta numai 42°.3 — temperatura s'a menținut constant la țifra de 46 grade; instrumentele întrebuintate neputînd avea o graduațiune mai ridicată. Și trebuie să se știe că aplicațiunile termometrice au fost făcute cu cea mai mare grijă, la ore diferite, fie dimineața fie seara, în cavitatea bucală sau sub subțioară; 4 *thermometre diferite au fost întrebuintate și toate au dat același rezultat*. În tot timpul inteligența bolnavei a fost perfectă, iar analiza urinelor a dat cifra de 80 gr. uree pe litru. Autorul crede că în acest caz, e vorba de o adevărată pyohemie, datorită pôte irupțiunii puroiului cavernelor în torentul circulator, sau a unei infecțiuni cauzate de produsele secrețiunii bacililor tuberculoși.

Alți autori au semnalat temperaturi până la 44 grade (ca Currie Simon, Quincke) și chiar de 44°.7 (ca Wunderlich) de și în genere se admite că temperatura de 42 grade, menținută cât-va timp, e incompatibilă cu viața.

În cazul present, în momentul cînd autorul povestea faptul, erau 18 zile de cînd bolnava avea temperatura constantă de 46 grade, fără a se fi presintat până atunci nici unul din accidentele grave, care aduc mórtea în cursul acceselor de febră intensă.

Dr. Diez Obelar conchide din acest fapt că febra nu este un element atît de periculos, cum s'a cređut până acum, și că pôte nu e nevoie a o combate îndată ce se manifestă, căci ar putea să fie — după cum credeaui cei vechi — o reacțiune a organismului ca să scape de produsele morbide ce'l infectă, sau manifestațiunea unei lupte pentru existență, între rezistența vitală și agentul patogen.

D. Prof. Richet, raporteză o observație remarcabilă de *hyperthermie*, vęđută la om de medicii italiani în timpul unei febre purulente. Temperatura s'a ridicat până la 45° și această hyperthermie a fost verificată de trei medici cu diferite thermometre. Se pare că în urma sulfatului de chinină, temperatura a scăđut la 37°. D. Richet a căutat casurile analoge cari s'au mai observat și a găsit că o urcare de temperatură de 46° s'a vęđut la un individ lovit de insolatiune. Acestea sunt încă casuri fôrte rari și chiar la animale nu s'a vęđut o ast-fel de ridicare de temperatură; cu tôte acestea Richet și Boudeau au constatat o temperatură de 45° în timpul experiențelor în intoxicațiunile cu Veratrină; temperatura s'a ridicat chiar până la 46° după mórte¹.

1. Tribune médicale de Paris, 24 Mai 1894.

XXIX-a LECȚIUNE

SPHYGMOGRAPHUL¹

Domnilor,

Cunoscerea schimbărilor pulsului, acésta este fără îndoială de mai mică importanță pentru un chirurg ca și pentru medic. Cu tóte acestea, în afecțiunile arteriilor, sunt schimbări cari trebuie cunoscute și pe cari numai sphygmographul ni le póte aréta.

Și mai înainte fiziologiștii se serveau de instrumente și aparate, cari arătau mișcările inimei și ale arteriilor, dară numai de câțiva ani, aceste instrumente modificate, au fost aplicate și în clinica medicală.

La 1860, Marey cel d'întéiu a simplificat aparatele și le-a întrebuințat la om.

Se menționéză despre un aparat al lui Sanctorius, numit „Pulsilog“, déră pe care nimeni nu l'a cunoscut.

Manometrele au condus la ideia sphygmetriei², preveștită de Stephan Hales în anul 1748, desvoltată de Poisseuille în tractatu'i despre *Hemodynamometrie*³, perfecționată de Magendie și Claude Bernard pentru vivisecțiunii.

1) Cuvînt compus din σφυγμός, *puls*, și γράφειν *scriere*.

2) Vobă grecă, compusă din σφυγμός, *puls*, și μέτρον, *măsură*.

3) Cuvînt format din αίμα, *sânge*, δύνομis, *putere*, și μέτρον, *măsură*.

Harrison, la 1873, a inventat *sphygmometrul*, instrument foarte imperfect la început, ca să pǎtă dobândi adevăratele variațiuni ale pulsului.

La 1847, Ludvig, perfecționând hemodynamometrul lui Poisseulle, din care rezultă *hymographionul*¹ lui Volkmann, care nu putea servi de cît tot la experiențe fiziologice. La 1855, Vierodt combină ideia lui Ludvig cu a lui King, care în Anglita construieră un aparat pentru indicarea pulsațiunilor venoase. Kymographionul lui Vierodt era foarte defectuos: înregistările lui pe cilindru erau cu totul inexacte.

De aceea nici nu s'a putut introduce în practică.

Maréy, la 20 Martie 1860, prezintă „Academiei de medicină“ din Paris, un aparat, care consta dintr'un arc de oțel, fixat cu unu din căpătâie pe un aparat ce se aplică la brățara mîinii, avînd la extremitate o mică placă de fildeș (ivoriu), care se aplică esact pe artera radială și care este ridicată de fie-ce mișcare a acestei arterii.

Mișcările sunt transmise unei pârghii foarte ușore, al cărei căpătâiu se termină printr'un condei de scris, în care se pune negră (cernelă). Condeiu scrie pe o hârtie netedă aședată pe o placă solidă orizontală care se mișcă uniform printr'un mecanism de ceasornicarie aședat dedesubt. La fie-ce pulsațiune, condeiu se ridică iute și se lasă mai cu încetul în jos; în această mișcare alternativă și automată, descrie pe hârtie o serie de arcade, cari represintă mișcările cele mai ușore ale pulsului.

b) Folósele *sphygmographului*. — E timpul să cercetăm avantajiele ce póte trage chirurgia, în diagnosticarea afecțiunilor sistemului arterial, cu ajutorul *sphygmographului*.

Bêtrânețea produce alterațiunea arteriilor, prin formarea unor deposite calcare pe pèrèții vaselor. Fiind-că acele deposite nu se pot arêta la arteriile periferice de cît cu mult mai târziu, ér la cele centrale, nu se pot constata cu ajutorul degetului, urméză că singur *sphygmographul* ne póte arêta, prin medilocirea arteriilor periferice, cele mai mici lesiuni atheromatóse ale aortei și mai cu sémă pe cele de la începutul ei.

Tot asemenea se petrec lucrurile și în casurile de com-

4. Termen format din $\kappa\omicron\mu\alpha$, undă sau undulațiune, și $\gamma\rho\alpha\phi\epsilon\upsilon$, a scrie.

presiunii, de legături și de embolii, pe care degetul nostru nu le poate nici percepe, nici constata, nici prevedea. Numai sphygmographul ni le arată cu cea mai mare înlesnire, și ne poate convinge cum circulațiunea, prin vasele colaterale, aduce singele încetul cu încetul în arteria obliterată, și cum ea se restabilește prin mersul contrariu.

Același aparat ne poate arăta din vreme, cum un membru se poate expune să fie coprins de gangrenă. Din cercetările lui Marey, rezultă că se poate urmări chiar reîntorcerea circulațiunii, în casuri de legături sau embolii arteriale, fără ca degetul să fi dat cel mai mic semn de circulațiune, oricât de slabă.

Diagnosticarea anevrysmelor, cu ajutorul sphygmographului este éarăși un avantajii important, pe care chirurgia îl datorează întrebuințării acestui instrument. În examinarea lor, sphygmographul ne dă două feluri de semne, unele care se produc când este aplicat pe vas sub tumoră, altele când este aplicat chiar pe tumoră. În primul cas, instrumentul arată o slăbire în bătăi, o întârziere și schimbare în forma pulsațiunilor.

Slăbirea pulsațiunilor sub tumora anevrysmală a fost recunoscută întâi de Harvey și mai târziu de Wiliam Gunter. E. H. Weber atribuie această întârziere prezenței chiagului de sânge format în tumoră. Broca îl atribuie expansiunii tumorii, și Marey, de și adoptă aceeași părere, nu putu convinge pe nimeni, prin experiențele și explicațiunile ce a dat despre veracitatea faptului. Pentru noi, toate aceste theorii physiologice nu servă la nimic. E destul că sphygmographul indică schimbările pulsului și că atât ne ar trebui ca să precisăm diagnosticarea unei tumore anevrysmale. În locul unei ridicări repezi și unei căderi mai încete în anevrysmă, instrumentul ne arată și ridicare și scoborâre, care mai adesea sunt de opotrivă între dînsele, ceea-ce depinde de mișcarea unde sanguine în tumoră.

În varicele arteriale, în anevrysmele anterioso-venose se petrece același lucru, însă cu mult mai slab.

Când aplicăm aparatul d'asupra tumorii anevrysmale, mișcările de ridicare și de scoborâre sunt așa de profunde, cu mers lent și anevoe de percept, precum se observă și în casuri de tumori aședate pe trajectul unei artere. Atunci tot sphygmografal ne poate scăpa din încureătură. În primul caz, el ne de-

serie arcade gigantice, produse prin mișcările de expansiune ale tumorei, pe când în al doilea, se ridică cu totul : pernița se mișcă cu întreg aparatul și pârghia rămîne imobilă sau arată pulsațiuni mai slabe de cât pe o arteră de mică importanță.

Prin compresiune putem complecta indicațiunile sphygmographice. Dacă avem a face cu un anevrysm, compresiunea va împinge sângele în artere și va produce în descrierea pulsului o ridicare foarte mare, care va dispărea îndată ce va înceta compresiunea ; dacă, din contră, avem a face cu o tumoră solidă, așezată d'asupra unei artere, atunci prin apăsare pe dînsa se comprimă artera și circulațiunea se întrerupe încetînd pentru un moment bătăile arteriale cu scăderea „liniei generale“ sphygmographice ; îndată ce se ridică mâna care apasă, pulsul reapare și se vede și ridicarea liniei graphice.

Este bine înțeles că sphygmographul nu pôte fi de cât o complectare a celor-l'alte elemente de diagnostic în anevrysme și mai cu sémă în casurile îndoióse, cînd degetul și urechia n'ar mai fi îndestulătoare.

S'aú ivit și casuri când sphygmographul a putut urmări foarte de aprópe progresele ce aducea tratamentul în unele tumori anevrysmale.

Cînd nu se pôte stabili exact diagnosticul în cas că arteria este dilatată, tot sphygmographul ne pôte ajuta, cum se întemplă cu arteriile gâtului, unde se pot confunda anevrysmele mari, așa că aparatul ordinar nu este suficient să înregistreze traseurile sphygmographice ; de aceea trebuie aplicat pe o parte a tumorei mai depărtată de centru. Acesta se explică foarte bine, prin marea putere ce imprimă unda sanguină pe o mare suprafață. Phenomenul acesta se înțelege foarte bine prin teoria presiunii hidraulice. Puterea bătăilor explică cum tumorile anevrysmale sunt în stare să distrugă ósele cele mai solide : coste, stern, vertebre, etc. În casurile de anevrysme ale carotidei primitive, ale arteriei vertebrale, ale thyroidienei inferióre, ale crossei aorte, ale trunchiului brachio-cephalic, tumorile se pot confunda între dînsele ast-fel în cît operațiunea se pôte face în vederea unuia, legînd cu totul altă arteră de cît pe aceea asupra căreia se afla dilatarea, pe când cu ajutorul sphygmographului putem precisa diagnosa!

Sphygmographia, de și pentru un moment nu dă mare ajutor chirurgiei, totuși pe viitor p \acute{o} te deveni de un folos nediscutabil, mai cu s \acute{e} mă c \acute{a} și mecanica se silește pe fie-care zi să facă progrese însemnate în perfecționarea instrumentelor de precisiune.

XXX-a LECȚIUNE

DESPRE CORPII STREINI PERDUȚI ÎN CĂILE AERIENE

CANULĂ DE TRACHEOTOMIE

Domnilor,

În serviciul nostru, în sala 4, patul 31. Se află culcat un pacient care ne-a fost trimis de confratele nostru și fostul nostru intern D. Burguelea, din Peatra-Neamțu, pentru a-i se ote o canulă de tracheotomie care, deslipindu-se de pavilionul ei, a cădut în trachee și de aci în bronchea dréptă.

Vom profita de acest cas, pentru a dice cîte-va cuvinte asupra corpiilor streinî ce se pot perde în canalul respirator.

Corpii streinî pot pătrunde în tubul respirator, fie pe calea laringelui, fie pe calea pulmonară saũ prin o plagă a tracheei, de natură accidentală saũ făcută cu un scop therapeutic. Ei pot fi, licuiđi saũ soliđi

Cu altă ocașie, când v'am vorbit despre tracheotomie, am spus cum acești corpi pot fi introduși; am dat mai multe exemple, fie luate din autori, fie proprii din practica noastră medicală și atunci am arătat și međilócele indispensabile de care trebuie să ne servim pentru extragerea acestor corpi, fie pe căile

naturale, fie prin o deschidătură a tracheei sau a laryngelui, făcută pentru acest scop.

Astă-ți ne vom ocupa în special de cazul ce avem onore a vă vorbi, ca unul ce presintă un interes particular.

Căderea unei canule de tracheotomie în trachee și bronhii ar părea că nu ar fi unul din casurile cele mai rari, având în vedere, că tracheotomia fiind o operație foarte frecventă și mai cu seamă că unui bolnavi, conservă mult timp, sau pentru totă viața o canulă în trachee. Casurile nu sunt însă așa de dese, căci din citirea autorilor ce ne am putut procura, cazul nostru este al doilea ce se observă și, de astă-ți înaintene, știința va avea a înregistra două cazuri identice, în care s'a vădut o canulă de tracheotomie că s'a deslipit de pavilionul ei și a cădut în trachee și de aci în bronche.

Cel dintâiu cas a fost observat de *Spence* și se găsește publicat în *La Gazette hebdomadaire* (1862, p. 605). Este vorba de o canulă de tracheotomie care, deslipindu-se de pavilion, a cădut în bronchea stângă și pe care *Spence* a scos'o.

Că o canulă se pôte deslipi și cădea în trachee și bronchea lucrul se pôte produce cu înlesnire. Prezența aceluși corp strein în canalul respirator se pôte constata din antecedentele bolnavului și prin consultațiune.

Gravitatea unui asemenea cas este bine cunoscută; dară, cea ce ne preocupă pe noi mai mult este estragerea acestei canule și lucrul nu a fost tocmai ușure.

Expulsarea spontanee a canulei nu ar fi lucru imposibil, însă, având în vedere volumul canulei și curbura ei, această terminațiune credem că este una din cele mai rari, având mai cu seamă în vedere că, canula fiind un corp cu perforație longitudinală permite trecere liberă aerului și în inspirație și în expirație, și prin urmare aerul neîntâlnind la întorcere o rezistență va eși cu înlesnire și corpul strein rămâne pe loc sau se mișcă foarte puțin, cea ce s'a întâmplat și în cazul de față, unde se vede că canula de la început și până în momentul extragerii, adică timp de peste șapte luni a rămas tot în bronchea dréptă. Prin urmare nu rămâne de cit a fi extrasă de către medic, cu intrumentele ce le va găsi el mai potrivite.

CANULĂ TRACHEALĂ DE CAUCIUC, PERDUTĂ ÎN BRONHII ÎN TIMP DE 7 LUNI. EXTRAGERE PRIN APERTURA TRACHEALĂ

Observație. — George Bârsan, de 23 ani, de fel din com. Călugăreni (județ. Némțu), de meserie muncitor, ne este trimis de D. Dr. Burghilea de la Piatra-Neamțu și intră în serviciu în ziua de 28 Ianuarie, 1897.

Pacientul ne spune că a fost tracheotomizat la T.-Neamțu de d. Dr. Petroni în anul 1895, luna Noembrie și că, aplicându-i-se o canulă de cauciuc, această, fiind rău fabricată, s'a deșurupat de pavilion și a scăpat în căile aeriene.

Cercetând asupra antecedentelor ereditare nu găsim nimic de notat.

Ca antecedente personale ne spune că n'a suferit de nici o maladie în copilărie.

Relativ la istoricul afecțiunii actuale, pacientul ne declară că cu 3 ani înainte a avut un șancăr sifilitic prepuțial, ce s'a complicat de accidente secundare.

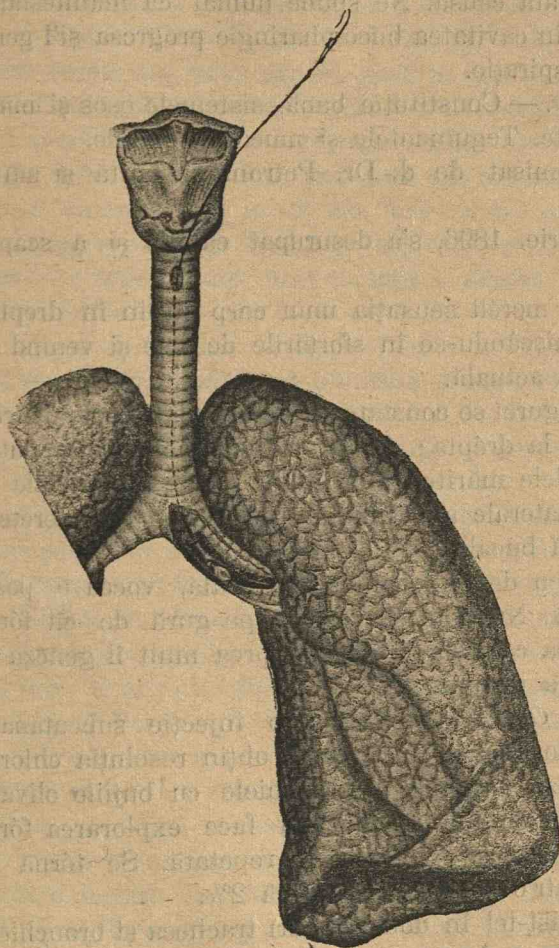


Fig. 1.

Parte din canula de cauciuc cădută în bronchia stângă, după prima încercare de scotere.

Complicațiile bucale și pharingo-laringee au resistat foarte mult tratamentului.

La 24 Noiembrie, 1895 a fost tracheotomizat de d. Dr. Petroni la Târgu-Nămțu pentru că nu mai putea respira; nu ne poate precisa adevărata cauză. Ne spune numai că manifestarea specifică ce o avea în cavitatea buco-pharingie progresa și l'gena tot mai mult la respirație.

Starea prezentă. — Constituție bună, sistemele osos și muscular bine dezvoltate. Tegumentele și mucoasele palide.

Este tracheotomizat de d. Dr. Petroni și poartă și adă o canulă de cauciuc.

Prin Septembrie, 1896, s'a desurupat canula și a scăpat în trachee.

De atunci are mereu senzația unui corp străin în dreptul bronchiei drepte, mișcându-se în sforțările de tuse și venind să atingă chiar canula actuală.

La examenul gurei se constată că vëlul palatin este distrus aproape în totalitate la dreapta; éar la stânga mai există puțin din pilieri. Amigdalele mărite. Mai multe bride cicatriciale se observă pe părțile laterale ale fundului gâtului și pe peretele superior al cavității bucale.

Astupându-și cu degetul canula tracheală, vocea e posibilă, dar foarte slabă. Nu poate să respire pe gură de cât foarte puțin, căci obturarea canulei cu degetul prea mult îl genéază și simte trebuința de a respira.

15 Februarie. Operația. — Se face o injecție subcutanată cu un centigram morfină, și după ce se obțin rezoluția chloroformică, se exploréază laringele și bronchiile cu bujiile olivare ale lui Verneuil. Sensibilitatea mucósei face explorarea foarte dificilă, căci provócă tuse violentă și repetată. Se tórnă în trachee picături dintr'o soluție de cocaină 2%.

Se exploréază ast-fel în două rinduri tracheea și bronchiile și întâlnim canula la o depărtare de 20—25 c. m. de apertura tracheală.

Pentru că olivele de la explorátore erau prea mari și pentru că cu pencetele obișnuite nici nu ajungeam, nici nu puteam lucra în trachee și bronhiile fără a produce quinte de tuse foarte violente și repetate, am întrebunțat sonda profesorului

de care se servese pentru electrisarea vesiceii urinare, a căreia olivă, avea să treacă prin canula perdută, după cum se vede în fig. de mai sus.

Olivă a trecut prin canulă și a ieșit prin orificiul de la partea convexă a canulei. Trăgând de sondă, acesta a atras după dânsa canula care se afla în bronchia dreaptă la 25 c. m. Cu modul acesta am adus canula până la orificiul tracheal; aci, canula fiind mai grosă ca apertura tracheală și astupată prin olivă precum și schimbarea raporturilor cărnurilor, făcând respirația dificilă, cu toate că pacientul era chloroformisat el a făcut eforturi violente, așa în cît am fost nevoiți a reîmpinge canula în trachee spre a da libertate respirației și a lărgi orificiul tracheal; în acest timp însă canula a scăpat din sondă și s'a perdut din nou.

După mai multe cercetări făcute cu olive de diferite mărimi, am regăsit canula în bronchia stângă foarte departe și mai mult fixată.

Am reintrodus sonda cu olivă și am angajat-o ca și în întâia dată.

Ultima oră am făcut cercetările prin canula tracheală de argint pentru a evita accidentul d'întăiu și în adevăr, trăgând cu sonda canula perdută, am adus-o până ce a atins canula de argint.

Continuând tracțiunile noastre asupra sondei, am scos în același timp și canula de argint și imediat canula perdută a luat locul celei de argint, rămănând în orificiul tracheal. În acel timp o quintă de tussă a asvirlit canula din trachee.

Am încercat a ne da sémă de starea canalului respirator d'asupra orificiul tracheal și atât prin gură, cît și prin orificiul tracheal, ne-a fost imposibil a pătrunde.

Pentru a ne încredința de starea canalului laringeal și a încerca o lărgire, am făcut o incisiune pe linia mediană și am găsit glota foarte strîmptată de cicatrice vechi.

Ca să obținem un canal, ori-care ar fi fost calitățile lui ulterioare, am introdus de-asupra aperturii tracheale un tub de cauciuc de 12 m. m. grosime și am suturat totă plaga pe de-asupra. Pentru a înlesni respirația prin laringe, am potrivit căpătâiul inferior al tubului la orificiul de pe partea convexă a unei canule de argint.

Exista însă un mic inconvenient, căci orificiul tracheal fusese făcut spre dreapta de linia mediană, așa în cît incisiunea noastră, fiind direct pe linia mediană, rămânea o schimbare de raporturi; din această cauză una din marginile orificiului tracheal devia tubul.

Totuși, bolnavul astupând canula, putea respira prin tubul de cauciuc.

După operație, bolnavul a avut disfagie și a fost nutrit cu sonda în timp de 3 zile.

El este încă în spital și continuă a fi îngrijit ¹⁾.

Care ar fi procedeul cel mai nemerit, mărturisesc că nu ași putea da unul. Necunoscând procedeul ce a întrebuițat Spence, vom descrie aci, procederea ce am urmat noi în cazul de față.

Nu cunosc nici un instrument special pentru a practica această operație și cred că fie-care operator, în casuri analoge, se va conduce după inspirația momentului.

Având în vedere lungimea canalului ce aveam a percurge cu instrumentele, cotiturile ce presintă și sensibilitatea cea mare a mucosei tracheale, trebuia să ne gândim la dificultățile ce aveam de întâmpinat, de aceea trebuiesc luate ôre-care precauțiuni atît pentru a măi potoli sensibilitatea mucosei cît și a putea ajunge până la corpul strein, a'l apuca și a'l scôte afară. Pentru cea dintâi avem anesthesia generală chloroformică sau eterică și instilarea de soluție de seruri de cocaină în trachee. De aceste medilóce ne-am servit noi, și cu tóte acestea, totuși sensibilitatea mucosei respiratorii nu a fost de cît fórte puțin micșorată pentru că la fie-care introducere de instrument, provocam bolnavului violente quinte de tusă, care ne sileaū să întrerupem operația, trăgând instrumentul în afară. Al duoilea timp al operațiunei este și măi greu din cauză că nu avem instrumente cu care să putem pătrunde la asemenea adâncime fără să nu întâmpinăm mari dificultăți, din cauză că spaciul fiind prea strâmpț nu putem cu înlesnire manipula instrumentul în bronchie.

Pentru a scôte această canulă ne-am servit cu pencete de

1) Acésta la data lecțiunei.

diferite forme și lungimi; am încercat a apuca cu penceta articulată a lui Mathieux dară ne-a fost imposibil, din cauzele arătate mai sus. În timpul încercărilor noastre, ne-am amintit că aveam între instrumente și o sondă vesicală, care ne servește adesea pentru electrisarea vesiceii. Acastă sondă fiind maliabilă, având și la una din căpătâie o olivă, am introdus-o în trachee și bronchea dréptă și oliva intrând în canulă a eșit pe apertura de pe partea convexă după cum se vede în figură.

Și trăgând de ea, am putut agăța canula și a o aduce către apertura tracheală; aci, canula venind cam oblic s'a înțepenit și a produs bolnavului dificultate la respirație și 'i-a dat quinte de tuse fôrte violente, cari ne-aũ silit a reînpinge în jos canula. În timpul acesta oliva sondei s'a degajat și canula a cădut în bronchea stângă. Am lărgit apertura tracheală, am introdus din nou sonda în bronchia stângă și am agățat iarăși canula și am adus-o până la apertura trachială și de aci a fost expulsată cu violență de o quintă de tusă. După acesta totul a intrat în ordină, bolnavul s'a desceptat și respira prin o canulă introdusă în apertura trachială, despre a căria obliterare ne vom ocupa pe viitor.

XXXI a LECȚIUNE

DESPRE TREI FORME DE SUTURI

A. SUTURA IN ETAGE

Domnilor,

Din anul 1884, epocă în care operațiunile serioase la noi, mai ales în ceia ce privește abdomenul, am căutat a ne ține în curent cu cele ce se petreceau în străinătate și, într'una din călătoriile noastre, ne-am interesat mai cu seamă despre rezultatele post-operatorii.

Am putut constata că în operațiile abdominale un mare număr de insuccese proveneauă din cauza suturilor, cari prin puțină lor soliditate, contribuiauă la relele rezultate, permițând formațiunea herniilor și a supurațiilor intra peritoneale.

În primii ani, cari au urmat pe 1884, având câte-va rezultate puțin satisfăcătoare, din cauza complicațiunilor ivite după operație, ne-am gândit a face sutura extra-peritoneală a pereților abdominali în mai multe etaje, pentru a împiedica orice comunicație cu seroasa-abdominală.

Iată cum practicăm noi această sutură în etaje:

Facem sutura peritoneului peste muche cu catgut No. 0 sau No. 1. Într'un al doilea etajiu suturăm mușchii și aponevrozele cu catgut No. 3, pe urmă suturăm tegumentele cu fire

de mătăasă în puncte separate (fig. 1). Dacă pereții sunt groși sau prea încărcați de grăsime, facem un al 4-lea etajiū.

Dacă marginile plăgii nu sunt bine puse în contact, îndreptăm acésta printr'un rînd de suturi făcute pe margini cu fir de mătăasă No. 1, fie pe muche fie în puncte separate, după împrejurări.

În luna Martie 1887, am prezentat acésta sutură la Congresul chirurgilor germani din Berlin, și unul din vechii noștri interni, astă-đi coleg al nostru, D. profesor Obreja, a bine-voit în acésta circumstanță, să stabilească crochiul acestei suturi abdominale.

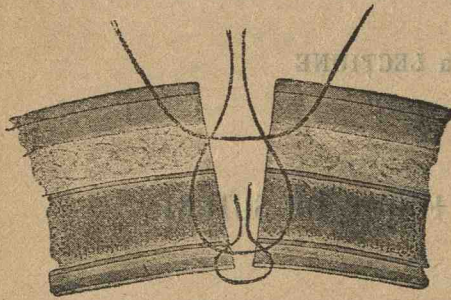


Fig. 1.

Sutură în etage, arătând grosimea pereților și a diferitelor straturi. Firele reprezintă cele 3 etage supra-puse.

sutura peritoneului
" muschilor
" tegumentelor.

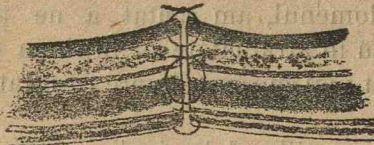


Fig. 2.

Sutura în etage, firele fiind înodate.

La finele aceluiași an 1887, D-l Dr. Pozzi, publicând lucrările sale asupra Gynecologiei, a pretins că el cel d'ântéiū ar fi imaginat acest procedeu de sutură. Cu tótă considerațiunea ce avem pentru amicul nostru, D-l Pozzi, suntem obligați a reclama prioritatea, documentele stabilind într'un mod precis că noi am adus acest mod de sutură la cunoștința lumii medicale, mult mai înainte ca D-rul Pozzi să-și fi publicat lucrările sale.

B. SUTURA INTRA-DERMICĂ SAŢI ASCUNSA

O a doua sutură, nu mai puțin importantă, și pe care o întrebuițăm pentru reunirea plăgilor *per primam*, este sutura disă ascunsă sau intra dermică.

Prin aplicațiunea acestei suturi evităm formarea de cicatrice prea aparente.

Aici încă suntem obligați de a reclama prioritatea, căci din publicațiunile țerei noastre, reese că noi am practicat această sutură mult mai înainte ca ea să fi fost cunoscută în străinătate. Ea diferă de sutura ținută a lui Chassaignac, prin aceea că acesta de pe urmă sutură este paralel cu marginile plăgei, pe când noi suturăm în surget, în interiorul plăgei însăși.

Încă de la 1883, ideea ne-a fost sugerată prin dorința unor bolnavi de a avea cicatrice mai puțin aparente pe părțile expuse privirilor precum este fața și gâtul. Iată cum procedăm pentru sutura noastră.

După ce am aseptisat plaga, luăm un ac curb cu catgut

No. 0 sau 00 și îl înfigem în grosimea dermului, la un milimetru de margine și începând printr'una din extremitățile plăgei. Traversăm țesutele pe o grosime care variază cu aceea a adâncimeii plăgei, și scotem acul prin cea-laltă margine, într'un punct exact opus celui de intrare. Se trece pe d'asupra plăgei pentru a înfige acul

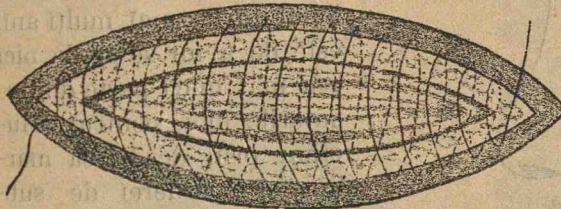


Fig. 3.

Sutura intradermică.

Firul pătrunzând prin grosimea țesuturilor



Fig. 4.

Sutura intradermică

Marginile plăgei sunt în contact, firul fiind strâns.

din nou lângă primul punct, de pătrundere, se scote iar acul ca și mai înainte prin marginea opusă (fig. 3), și se continuă ast-fel până ce ajungem la extremitatea cea-laltă a plăgei, având grijă de a strânge firul pe măsură ce înaintăm (fig. 4). Grație acestei suturi cicatricele sunt așa de puțin aparente, că urmele sunt aproape nule, chiar după o operațiune importantă.

Regretăm în această privință, ca și pentru prima sutură, că n'am fost vizitați de amicul nostru, distinsul practician Pozzi, căci am fi avut onórea de a-i fi arătat această sutură, mult

mai 'nainte de a fi vădută Domnia-sa întrebuițând'o la Baltimore.

C. SUTURĂ ÎN ZIG-ZAG

O a treia formă de sutură, ce întrebuițăm de cât-va timp, este aceea pe care o numim în *zig-zag* (fig. 5¹). Afară de avantajile ce presintă de a nu lăsa cicatrice aparente, ea înlesnesce încă reunirea suprafețelor sângerende din fundul plăgilor, ceea ce ne-a făcut să o întrebuițăm mai cu sémă în operațiunea buzei de epure, după procedeul nostru.

Partea fundamentală a acestui fel de sutură pe care noi am imaginat'o și o întrebuițăm de mai mulți ani, este de a nu se perde nici cea mai mică parte din țesuturile moi, pentru că lucrăm prin desdoirea marginelor perderei de substanță, cum ar fi în buza de epure congenitală, și al doilea a face o sutură perdută în țesături pentru a nu rămâne cicatricea deformă a puncturilor pe unde trec firele.

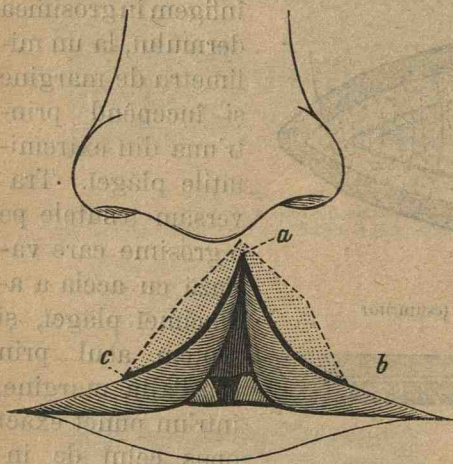


Fig. 5.

ab, ac, arată semnul de incizie, iar suprafețele punctate arată adâncimea dedublării.

noi 'i-am dat numele de sutură în zig-zag.

Mai înainte de a începe operațiunea, trebuie și pentru această sutură ca în toate cazurile a aseptiza partea de operat. Pentru acesta se spală regiunea după regulile stabilite, se rade părul dacă ar fi la buza superioară sau în altă regiune cu păr, gura și nasul sunt bine spalate cu apă boricată sau cu soluție de

1. Atât figurile cât și o parte din text sunt luate după descripțiunea dată de D. E. Juvara, profesor de anatomia topografică și medicina operatoare la facultatea din Iași. (Presse médicale No. 30 din 1900).

chlorat de potasă sau de hypermanganat, toate acestea să fie calde pentru a dizolva mai bine mucositățile și murdăriile.

Se face anesthezia generală cu ether sau chloroform sau anesthezia locală cu chlorhydratul de cocaină. Pentru acesta se injectează pe direcția unde are să se facă incizia, o soluție de 1% de chlorhydrat de cocaină în grosimea dermului, se fac asemenea două injecții¹⁾, una de fie-care parte, în direcția rămu-

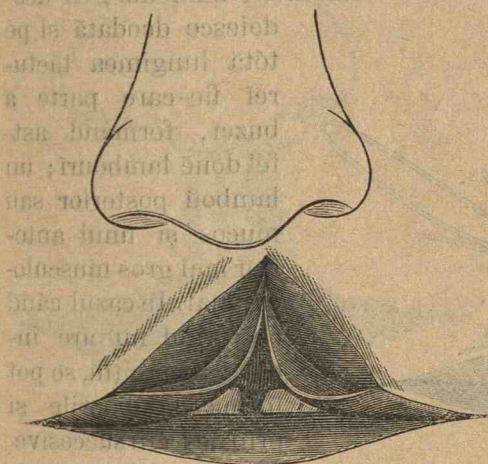


Fig. 6.

Dedublarea fie-cărei margini a despicăturii labiale fiind terminată se pot vedea pe această figură schematică lambourile posterioare sau mucose și lambourile anterioare sau musculare-cutanate.

rilor nervului sub-orbital cari se duc la piele și la mucosă, și, pentru o mai mare siguranță, se face înțepătura prin mucosă sau puțin mai jos de șanțul gingivo-labial. Astfel anesthezia este îndestul de completă pentru a se putea face fără durere chiar extirparea unui canceroid de puțină întindere la busa superioară și de a putea repara prin procedeul nostru pierderea de substanță ce ar rezulta.

Hemostasa preventivă, se poate face aplicând la fie-care comisură labială câte

o pencetă elastică, precum este aceea a lui Chaput, pentru comprimarea intestinelor. Dacă se face anesthezia cu săruri de cocaină, se procedează mai întâi prin fixarea pencetelor și pe urmă se fac injecțiile; cu chipul acesta și sângele este oprit și cocaina este împedicată de a trece în curentul sângelui și, îmbibând mai bine țesuturile și anesthezia are timp a se face mai completă și mai prelungită.

Pentru a înțelege mai bine tehnica acestui procedeu de sutură, să luăm ca exemplu operația buzei de epure simplă după procedeul nostru.

1) La copii mai prudent este a se face chloroformisația.

Inteiuul timp. — *Incisia de dedublarea țesuturilor.* Buza fiind fixată între police și indicatorul de la mâna stângă, se face pe fie-care margine a despicăturei, câte o incisiune urmând exact linia de unire a peleii cu mucosa. Aceste incisiuni pleacă de la vârful unghiului și se termină de fie-care parte pe marginea liberă a buzei, la 4—5 mm. mai în afară de unghiul rotund unde marginea despicăturei se unesc cu marginea buzei. Cu puțină dibăcie, înfigând tăișul unui bisturiu la 5-6 milimetri adâncime, se des-

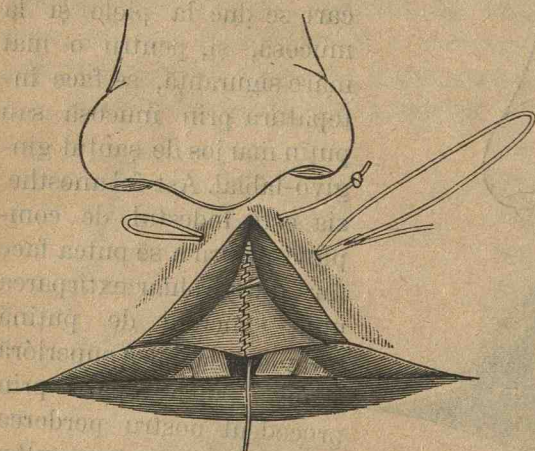


Fig. 7.

Suturile lambourilor mucose fiind terminate, se procedează la sutura lambourilor musculo-cutanate prin sutura în zig-zag.

doiesce deodată și pe totă lungimea tăeturii fie-care parte a buzei, formând astfel două lambouri; unul posterior sau mucos și unul anterior mai gros musculo-cutanat. În cazul când chirurgul nu are îndestul exercițiu, se pot forma lambourile și prin desecții succesive.

După sutura marginelor plăgei, cele de mai multe ori pe marginea liberă a buzei reconstituite, rămâne o scobitură mai mult sau mai puțin pronunțată după cum și diformitatea a fost mai mult sau mai puțin întinsă.

Pentru a face să dispară această diformitate, se poate urma în două feluri diferite, după cum și pierderea de substanță este mai mare sau mai mică și după grosimea țesăturilor.

În unele despicăături mai mici se desdoiesce mai mult partea mijlocie a fie-cărei incisiuni, așa că lama bisturiului, prin tăere, să formeze un triunghi cu căruia basă să fie formată prin marginea despicăturei. În momentul suturei, țesăturile fiind împinse în jos, astupă scobitura care ar fi rezultat dacă incisiunea ar fi avut aceeași adâncime pe totă întinderea marginii despicăturei.

În cazurile când pierderea de substanță ar fi prea mare, pentru a împiedica formarea unei scobituri, noi facem o mică autoplastie. Pentru marginea internă a despicăturei, noi facem incisia cum am descris mai sus, iar pentru marginea externă și la extremitatea de jos a incisiei, o bifurcăm prin două incisii

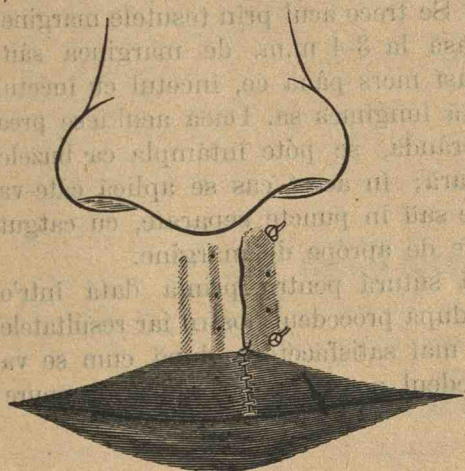


Fig. 8.
Sutura terminată.

tote acestea, este mai bine a-l confecționa mai mare de cât prea mic.

Al doilea timp. — *Sutura lambourilor mucose.* — Cu

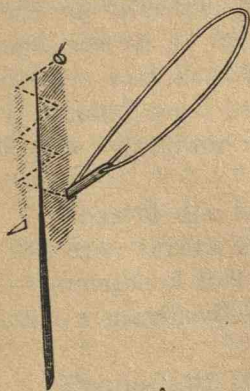


Fig. 9. Sutura în zig-zag.

un ac curb și cu catgut, a cărui grosime variază între 00 și No. 2, după profunzimea plăgei, se începe cusătura înfigând acul în fundul plăgei și făcându-l să iasă prin tegumente la o distanță de marginea cutanată, variabilă cu grosimea acestia. Fig. 9.

Se înfige din nou acul în țesute, făcându-l să treacă din nou prin orificiul prin care eșise și având grijă de a-l îndrepta oblic către cea-laltă extremitate a plăgei, îl facem să iasă aproape de fundul plăgei, la 3—4 m.m. distanță de punctul unde fusese înfipt prima dată; se înodă cele două extremități ale firului și se taie unul din capătete cit mai scurt,

cât se p^ote de apr^op^e de nod; se face s^a ias^a acul în fine prin tegumentele margin^ei opuse precum s^a f^ac^ut prima dat^a, se bag^a din nou acul prin orificiul de re^șire și îl facem s^a p^atrund^a p^{ân}ă în fundul pl^ăgei la 4-5 m.m. de punctul prin care intrase, imprim^{ân}du-l o direc^{ți}une tot oblică c^ătre cea-lalt^a extremitate a pl^ăgei. Se trece acul prin țesutele margin^ei opuse, pentru a-l face s^a ias^a la 3-4 m.m. de marginea s^{ân}ger^{ân}dă, și se urm^ez^eă același mers p^{ân}ă ce, încetul cu încetul plaga a fost suturată în t^otă lungimea sa. Dacă acul iese prea departe de marginea s^{ân}ger^{ân}dă, se p^ote întâmpla ca buzele pl^ăgei s^a se r^ăst^orne în afară; în acest cas se aplică câte-va puncte de sutur^ă pe muchie sa^u în puncte separate, cu catgut f^orte fin, trec^{ân}d c^{ât} se p^ote de apr^op^e de margine.

Am întrebuițat ac^ăstă sutur^ă pentru prima dat^a într'o opera^{ți}oⁿe de buză de epure, după procedeu^l nostru iar rezultatele obținute au fost dintre cele mai satisfăc^ăt^ore, după cum se va vedea în figurile de la procedeu^l nostru, pentru buza de epure congenitală.



Fig. 5. Sutura în țesuturi

Al doilea timp. — După ambele manevre, în corp și cu catgut a căruia grosime va fi de 0,25 și No. 2, după prinderea plăgii, se începe cusătura înfund^{ân}d acul în fundul plăgii și făc^{ân}du-l să ias^a prin țesutele margin^ei opuse la o distanță de 3-4 m.m. de extremitate a plăgii. Se înfige din nou acul în țesuturile margin^ei opuse și se trece din nou prin orificiul prin care ieșise și se face așa la 3-4 m.m. de extremitate a plăgii. Se fac apoi câte-va puncte de sutur^ă pe muchie sa^u în puncte separate, cu catgut f^orte fin, trec^{ân}d c^{ât} se p^ote de apr^op^e de margine.

de la aripa nasului pentru a ajunge la buza superioară, ce se taie complect în afară de canini. Se face o a doua incizie paralel cu prima, care începe în afară de marginea orbitei, pentru a ajunge la nivelul lobulului urechei; se reunesc aceste două incizii printr'o a treia incizie orizontală, care întâlnește pe cea d'ântâiu la baza aripei nasului. Aceste trei incizii circumscriu un lambou patrunghiular sub-orbital și un mic lambou labio-genien. Gensoul întrebuința fórfecele pentru secțiunea óselor.

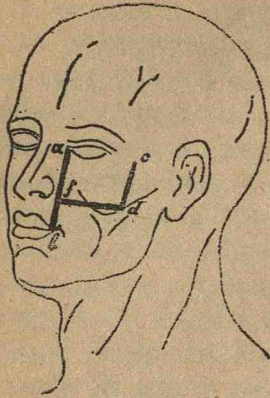


Fig. 1. Procedeuul lui Gensoul.

Acest procedeu este părăsit din cauza cicatricelor, cari rămân prea aparente, și din cauza destrucțiunii mai multor organe (vase sanguine, nervi, etc.). Pe lângă acestea este greu de a obține cu fórfecele secțiunea óselor.

Procedeuul lui Velpeau (fig. 2). Acest procedeu nu necesită de cât o singură incizie cutanată *ab*, recurbată, care merge de la comisura gurei până la meșlocul regiunii malare, fără a interesa canalul lui Stenon.

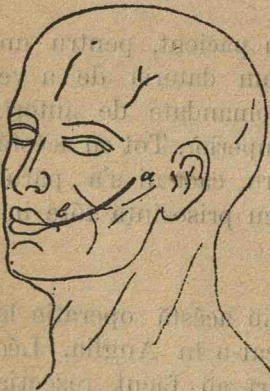


Fig. 2. Procedeuul lui Velpeau

Să taie tóte părțile moi până la os; dară lamboul, care rezultă este disecat de jos în sus. Se taie nervul sub-orbital apoi, după ce-am ajuns la marginea orbitei, se deslipește periostul orbito-ocular. Cu un trocart se găuresce peretele inferior al orbitei, pe unde se introduce ferestreul Aitken, care, urmând fosa nasală, secționază apophiza montantă. Se taie de-asemena apophiza malară. Se scóte un incisiv, se secționază și se detașază mucósa palatină din înainte în napoi și transversal vălul palatin, după acesta se taie apofisa palatină. Ne mai ținându-se de cât de punctul sfeno-

palatin, maxilarul este luxat printr'o mișcare de basculă și de torsiune în jos.

Velpeau se servea mai mult de ferestreu.

Procedeele acesta amenința tot-d'auna canalul lui Stenon; firele nervoase sunt sacrificate; apophiza montantă se secționază cu dificultate; nu este ușor de detașat periostul pentru că, câmpul de operațiune este prea restrâns. În fine cicatricea rămâne foarte vizibilă.

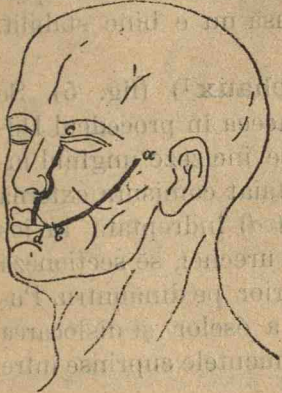


Fig. 3. Procedeele Lisfranc.

Procedeele Lisfranc (fig. 3). Diferă de precedentul prin inciziunea cutanată. El se caracteriză, printr'o primă incizie *ab*, mergând în sus de la comisura buzelor până la un deget înainte de apophiza orbitară externă a frontalului. O a doua incizie (*cd*) separă buza superioară aproape de linia mediană, ocolește aripa nasului și se suie vertical pe apophiza montantă până la unghiul intern al orbitei.

Pentru tăerea óselor Lisfranc întrebuintează penețeta lui Liston.

Acest procedee protegeză mai bine canalul lui Stenon. Cea mai mare parte din nervi nu sunt secționați, dară cicatricea este prea aparentă mai mult, cele două inciziuni făcute pe buză, pot aduce o ușoară deformație.



Fig. 4. Procedeele Diffenbach

Procedeele Diffenbach (fig. 4). Prima incizie pleacă de la rădăcina nasului, urmăzește creșta nasului și se termină la mijlocul buzei superioare, pe care o separă în două părți. A doua incizie (*cd*) pleacă din punctul inițial al primei inciziuni, merge până la marele unghi al ochiului și se continue, plecând de la comisura externă a pleoapelor descoperind ast-fel marginea orbitală.

Se taie părțile osoase ca și în celelalte procedee. Acest procedeu a fost aplicat de Diffenbach în 15 cazuri. El descoperă un mare câmp operator; nervii sunt respectați, dară lasă pe dosul nasului o cicatrice prea aparentă. Se pretinde că scurgerea lăcrărilor e compromisă, acest fapt însă nu e bine stabilit.

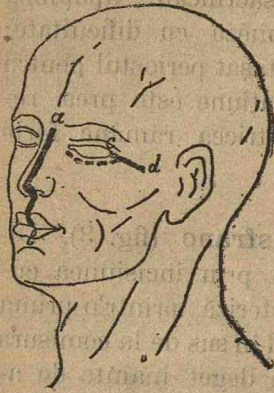


Fig. 5. Procedeu Michaux

Procedeu Michaux¹⁾ (fig. 5). Se face o incizie ca aceea în procedeu Diffenbach, fără să se incizeze unghiul intern. După ce s'a tăiat comisura externă printr'o inciziune (*cd*) îndreptată în jos și înaintea lobului urechii, se secționază fundul de sac inferior pe dinăuntru. Punerea în libertate a óselor și dislocarea lor se face sub tegumentele cuprinse între inciziuni.

Acest procedeu conservă părțile moi și marele unghiul al ochiului, dară cere o mare abilitate și multă practică din partea chirurgului, totă operațiunea făcându-se sub-tegumente; lasă o cicatrice prea aparentă pe dosul nasului.

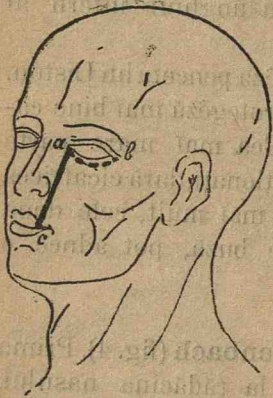


Fig. 6. Procedeu Heyfelder.

Procedeu Heyfelder (fig. 6). Acest procedeu este caracterizat printr'o incizie (*ab*) care începe la unghiul intern al ochiului și deslipind pleopa inferioară printr'o inciziune a fundului de sac. O altă incizie (*cd*) pleacă de unde a început prima și se scoboră vertical până la marginea liberă a buzei superioare. Tote părțile moi sunt tăiate până la os. Câmpul operator este prea restrâns și secțiunea apofizei malare se face cu dificultate.

¹⁾ Michaux. Bulletin de l'Academie royale de Médecine de Belgique No. 5 din 1853.

Procedeul Ferguson (fig. 7). Consistă într'o simplă inciziune (*ab*) trasă pe linia mediană a buzelor, care ajunge până la os, începând de desubtul nărilor. Rezecția maxilarului prin acest procedeu este foarte cu greu de făcut, pentru că nu dă nici spațiu, nici posibilitatea de a vedea, cea ce se face. Totuși, cicatricea este ascunsă și toate părțile moi sunt în întregime conservate.



Fig. 7. Procedeul Ferguson

unde se face a doua inciziune dedesubtul acestei margini până la unghiul extern (*c.d.*).



Fig. 8. Procedeul Nélaton

Cicatricea este ascunsă, diformitatea puțin aparentă și conservarea în cea mai mare parte a firicelelor facialului este asigurată.

Procedeul Blandin (fig. 9). Diferă de procedeul lui Heyfelder prin incizia cutanată. O incizie verticală (*ab*) pleacă de la marginea orbitară, se scoborâ de-alungul nărei pentru a se termina pe buza superioară. O a doua incizie (*ac*) orizontală, pleacă de la prima, înconjurâ marginea inferioară a orbitei, pe care o taie până la os.

Regăsim aici inconvenientele procedeuului Heyfelder cu diferența numai că fundul de sac conjunctival este respectat.

Procedeul Ollier (fig. 10). Pentru a conserva nervul sub-orbitar, se face o inciziune de 3 c. m. în afară de unghiul extern al ochiului și la 8 mm. dedesubtul mării palpebrale

și să prelungește până la marginea liberă a buzei la 7 sau 8 milimetri înăuntru de comisura labială, străbătând până la os.

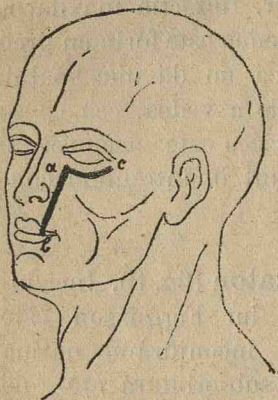


Fig. 9. Procedeu Blandin.

De la extremitatea unde s'a început prima inciziune, se face o alta, care tăind mucósa și periostul, se îndreptă în sus și înăuntru către deschiderea foselor nazale, la 6 sau 7 m.m.

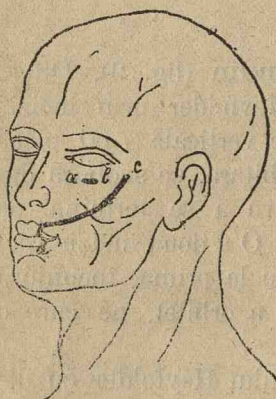


Fig. 10. Intăiul procedeu Ollier

Dacă e nevoie, să mai face o a doua inciziune pe aripa nasului; se dirige în jos și se termină vertical pe partea mediană a marginei libere a buzei superioare (figura 11).

Apoi se taie mucósa și periostul alveolar de pe fața externă sau vestibulară a maxilarului (regiunea bucală) printr'o incizie, care începe între canin și al doilea incisiv, se continue înapoi, înconjurând ultimul molar și revine la al doilea incisiv, urmând bolta palatină. Pe totă această întindere, inciziunea rămâne la 1 m.m. de gâtul dinților.

Se completează incizia palatină printr'o a doua, care plécă de la al doilea incisiv și se întorțe înapoi pe linia mediană.

Se póte vedea din această descripțiune, că porțiunea óselor corespondentă incizivilor rămâne intactă. — Cu o dalta, dréptă sau curbă, se deslipeșce cu îngrijire periostul depe tóte părțile óse, ce se ridică conservând acest periost. Să continue operațiua ca în cele-l'alte procedee.

Procedeu Ollier conservând perostul în întregime, se mai numeșce și *procedeu sub-periostic*. Periostul facetelor externe, recusut cu palatinul, reconstitue aprópe forma regiunei; această sutură a fost făcută pentru prima óră de Larghi.

Cu toate că Richet condamnă ca dificil acest procedeu și care nu dă de cât rezultate discutabile, acest procedeu este de recomandat pentru că, cu toate că osul nu se regenerază de cât după mult timp, sau chiar că această regenerare n'are loc de cât

în mod complet, puținul ce se reformează contribuie în a da mai multă soliditate și un aspect mai plăcut părții operate.

Mai mult, comunicarea între cavitatea bucală și fosele nesale este obligerată prin periostul palatin, de unde rezultă un avantaj pentru fonațiune, masticare, diglutiție, etc. Ollier a aplicat acest procedeu pentru prima oară pe un bolnav, care avea un polip naso-faringian.

După câți-va ani, boala a recidivat și a necesitat o a doua intervențiune. Diformațiunea post-operatōre a fost puțin pronunțată. Dacă acest țesut osos de nouă

formație, este expus să se resorbă, nu e mai puțin adevărat, că rămâne în locul lui un țesut fibros, care îndeplinește acest rol. Când suntem nevoiți să facem inciziunea suplimentară a aripei nasului, diformațiunea bucală prin cicatrice, pōte deveni genantă.

Acest procedeu nu pōte fi aplicat de cât în cazurile în cari rezecțiunea nu este de cât o operație preliminară, destinată să vină în ajutorul unei alte operațiuni, cum se întâmplă la extirparea polipilor, tumorilor solide (osteome, enchondrome, etc.) și pentru necrotomie.

Dară, acest procedeu nu pōte fi întrebuițat în operațiunile asupra neoplasmelor, căci trebuie în aceste cazuri să extirpăm cât se pōte mai mult din mucosă, periost, etc., pentru a evita recidiva tumorii.

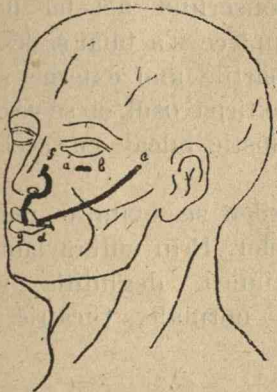


Fig. 11. Al doilea procedeu Ollier

Procedeul lui von Langenbech (fig. 12). Se face o incizie (*ab*) care pleacă de la rădăcina nasului, să scobóră în jos și în afară până la înălțimea aripei nasului, pentru a se urca până la regiunea malară, circumscriind ast-fel un lambou rotund. După ce s'a tăiat și deslipit cu îngrijire părțile moi externe și palatine, etc., se extirpă osul și se cósă lamboul muco-periostic bucal cu acela al obrazului.

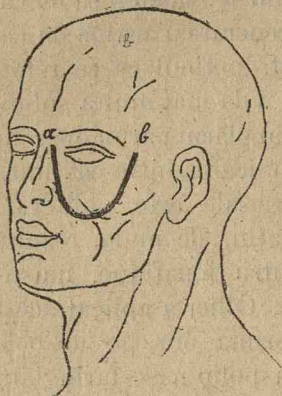


Fig. 12. Procedeul Langenbeck

Prin acest procedeu se evită o reu-nire próstă a buzelor. Prin sutura lambourilor, masticățiunea, deglutiția, și fonațiunea rămân normale. Cicatricea este *vidibilă*.

Procedeul Maisonneuve (fig. 13). Secțiunea tegumen-telor se face printr'o incizie (*ab*) care începe la unghiul intern al pleopelor, urméză șanțul genio-nasal, înconjóră a-ripa nasului și tae tótă buza superióră pe linia mediană. A doua incizie (*ac*) pleacă din extremitatea superióră a celei d'ântéiú, tae fundul de sac conjunctival inferior în afară și merge până la unghiul extern al pleopelor. Operația se continue ca în cele-l'alte procedee. Maisonneuve se servea mai ales de fereș-trăul în lanț.

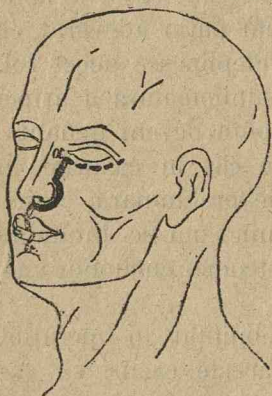


Fig. 13. Procedeul Maisonneuve

Cicatricea este mai ascunsă, părțile moi puțin distruse, dar unele secțiuni de óse făcute cu fereștrăul în lanț sunt grele de realizat.

Procedeul Liston (fig. 14). Dste caracterizat printr'o inciziune, care pleacă dedesubtul unghiului intern al pleopelor, urmând șanțul genio-nasal și înconjurând aripa nasului pentru a merge să secționeze complet buza superióră pe linia mediană.

A doua incizie (*ac*) plăcă de la ântâia, urmăză marginea orbitară inferiără până la unghiul extern al orbitei.

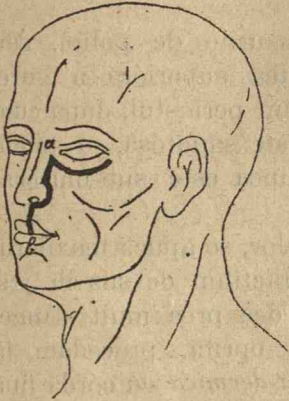


Fig. 14. Procedeu Liston

Cicatricea inciziunii verticale este ascunsă, dară aceea a inciziunii orizontale rămâne viđibilă, dând loc la un ectropion. Câmpul operator este destul de larg.

Procedeu nostru (fig. 15). Am întrebuintat pentru rezecția maxilarului superior un procedeu special a cărui descrițiune o dăm aci.

După ce s'a făcut antisepsia tegumentelor, a gurei, a foselor nazale, etc., tragem pe piele cu creionul dermografic o linie orizontală (*ab*), care, începând de la unghiul extern al ochiului, se întinde în afară pe o lungime de 3 c.m. A doua linie orizontală, plăcă din unghiul intern al ochiului, merge către rădăcina nasului pe o lungime de 1 c.m. De la extremitatea internă a acestei linii, tragem o a treia

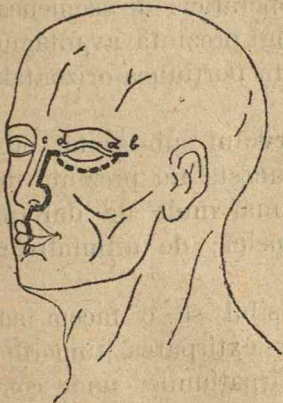


Fig. 15. Procedeu nostru

(*cd*) care se scobără de alungul șanțului naso-genien, înconjără aripa nasului, ajunge la linia mediauă și se prelungește în jos până la marginea liberă a buzei.

Se urmăză acest traseu cu un bisturiu și se taie țesuturile moi, începând prin linia verticală. pentru a termina incizia, urmând liniile orizontale.

După ce am aplicat pencete pe vasele sanguine, se taie mucósa conjunctivală pe marginea inferiără a orbitei după cum arată linia punctată a figurei 15.

După ce-am răsturnat lamboul în afară, legăm vasele. Nu ne ocupăm de nervul sub-orbital, care este sacrificat.

Secțiunea óselor se face cu ferestreul în lanț sau cu secătorul lui Liston; cele mai adese-ori, noi ne servim de ferestrăul lanț pentru secțiunea osului malar; dară, pentru a tăia

porțiunea orizontală a maxilarului, preferim secatorul lui Liston cu brațe lungi.

Când rezecția este preventivă, ca în cazurile de polipi, sau de tumor solide, tăem mucósa de la partea superióră a gurei și a boltei palatine, ast-fel ca să conservăm periostul, după cum recomandă Ollier. Dcă această mucósă este sănătósă, o tăiem cea de pe urmă, operând ast-fel, rezecțiunea este sub-mucósă, recomandată de profesorul Verneuil.

După ce am terminat secțiunea óselor, se apucă maxilarul cu o pencetă puternică, se luxéză prin tracțiunii de sus în jos, pentru a-l scóte. Vasele, cari ar lăsa să dea prea mult sânge, se leagă și, când emoragia este ast-fel oprită, procedăm la sutură. Noi facem de ordinar *sutura intra-dermică* cu córdă fină antiseptică, sau *sutura superficială*, intreruptă cu mătasă subțire. Operația se termină prin sutura conjunctivei.

Procedeu nostru ne pare că prezintă avantajii asupra tuturor celor-l'alte, despre cari am vorbit mai sus.

Câmpul operator este destul de întins, cicatricea este bine ascunsă și aprópe inviđibilă. Intrebuițarea secatorului, pentru secțiunea óselor, scurtéză timpul necesar operației; de asemenea, întrebuițarea unei pencete cu rămuri lungi prezintă avantajul apreciabil, de a separa dintr'o singură dată porțiunea orizontală a maxilarului, pe tótă întinderea lui.

Dacă este adevărat că secțiunea nervului sub-orbitar produce o anestezie a feiei corespondente, acesta nu prezintă inconveniente grave, bolnavii ocupându-se mai mult de durerile lor de cât de o alterație a sensibilităței pele; de altmintrelea este și dificil de menagiat nervul.

Totuși, or de câte or ne-a fost posibil să o facem am cruțat nervul sub-orbitar, cum a fost în extirparea tumorilor sinusului, a polipilor și în general în extirpațiunile, unde conservarea periostului a fost posibilă, pe când în cazurile de sarcome, tumor canceróse sau amieloplaxice, am sacrificat sub-orbitarul importanței secțiunilor necesare.

În unele cazuri, nimic nu se opune suturei nervului și ar fi posibil de făcut acesta, dară atunci să avem grija să-l disecăm, să-l scótem din canalul său osos și să-l fixăm extremitățile pentru a le reuni.

N'am observat nici odată vre-o turburare în scurgerea lacrimilor în proeedul nostru și nici inciziunea conjunctivei, n'a dat locnici odată la entropion, contrar părerei în general stabilită.

Maî e de observat că organele importante sunt tôte respectate.

Cele d'ânteiu operațiunii le-am făcut pe bolnavi neanesteziați, așezați pe un scaun; maî târziu, am făcut maî ânteiu tracheotomia preventivă, după procedeul lui Trendelenburg. Câte odată am pus pacientul cu capul în jos, cum a indicat-o Rose și de multe ori în fine, am fost siliți să facem tamponarea orificiilor nasale posterioare și chiar a faringelui și laringelui după ce am făcut maî întâiu tracheotomia preventivă.

După operație am aplicat un pansament antiseptic pe partea operată și am făcut spălături deseori și cotidiane în gură și nas, cu diferite soluțiuni antiseptice. Din descripția precedentă, se pôte vedea că procedeul nostru reunesce cele trei condițiuni principale, unei bune rezecțiuni.

XXXIII-a LECȚIUNE

DESPRE FRAGMENTAREA SPONTANEE A CALCULELOR URINARE

Domnilor,

În serviciul nostru, Sala No. 5, patul 36, este culcat un bolnav adult, în etate de 18 ani, care ne-a fost adus de tatăl său, pentru a-l tămădui de nisece suferințe, din partea urinărei.

Din antecedentele lui am presupus că aveam a face cu un calculos, a căruia existență ținea din mica copilărie.

Examinând vesica lui urinară am găsit-o în cele mai bune condițiuni, cu o capacitate în care se putea injecta până la 400 grame soluție boricată, fără să supere pe pacient, *urina sănătoasă*, și în licuid am simțit, cu sonda, prezența de corp tare. Din cercetările ce am făcut, ni s'a părut că erau mai mulți corpi, dintre care unii cu suprafețele neregulate; toți acești corpi, său mai bine calculi, erau mobili și păreau a avea o consistență îndestul de solidă, de unde am presupus calcule uractice său oxalactice, său calcule multiple mixte cu seruri uractice.

Având deplină certitudine de prezența calculului său a calculelor, ne am decis a opera.

Am făcut talia sus-pubienă și am găsit două calcule, pe cari, după ce le-am apropiat, unul de altul, am vădut că ele nu erau de cât două jumătăți ale unui și acelaș calcul și spăr-tura era produsă în vesică într'un mod spontan eu și cu mai multe săptămâni și pôte chiar cu câte-va luni înainte ca bolnavul să fie fost adus în serviciul nostru.

Acest cas, fiind unul dintre cele rari citate în sciință, și pôte unic în felul lui, presintă un interes sciințific fôrte mare și prin urmare, unul din acele casuri, care merită ca să vé atrag atențiunea asupra lui.

Tratatele de chirurgie vorbesc despre multe exemple de calcule, cari s'au găsit sparte în mod spontan eu în vesica urinară.

Leroy d'Etiolles, Ord, Wilberfore Smith, Henry Fenwick au vădut asemenea casuri.

Civial a reunit mai multe casuri, de spargere spontan eu de calcule în vesica urinară și el crede, că acesta ar proveni din contractiile violente ale fibrelor musculare vesicale asupra calculului; mai cu sémă când acest organ ar fi hypertophiat prin inflamații repetate și prelungite. Casul nostru ar intra fôrte bine în cadrul acelora despre care vorbesce Civial; pentru că și la bolnavul nostru, găsim o vesică cu pereții îngroșați, a căror contractilitate se face cu mare putere asupra calculului.

Doctorul *Debout d'Estrés*, de la Contrexeville în Francia, a comunicat mai multe casuri la *Congresul internațional de medicină* ce s'a ținut la Bruxelles în 1879, precum și la *Academia de medicină* din Paris, în 1876.

Mai târziu, acelaș autor, a prezentat *Societăței medicale*, din Lyon, un memoriu publicat în Englezeșce, în care, după ce reunesce numerosele casuri observate în lunga sa practică medicală, expune și cauzele *presupuse*, cari ar da loc la spargerea spontan eu a calculelor.

În ceea ce ne priveșce, noi nu am avut ocazie a observa un al douilea cas, cu tôte că într'un timp îndestul de lung, am avut ocazie a vedea și opera un număr fôrte mare de calculoși.

Dacă am elimina teoria lui Civial, ne ar veni fôrte cu greu a explica mecanismul spargerei în cazul de faciă; căci, calculul fiind spart în două jumătăți, nici nu pôte fi vorba de

o explozie, după cum admite *Ord*, sau de o contracție (micșorare) de volum a unui simbur, după cum ar admite *Leroy d'Etiolles*, nici chiar de o exfoliere a foilor superficiale, nici o

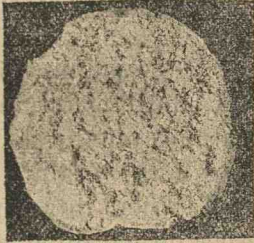


Fig. 1. Calcul de mucină complet

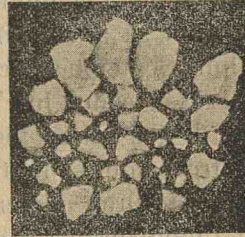


Fig. 2. Calcul de mucină desagregat.

desagregare a cristalelor de mucină, cum am avut ocazie a observa un caz în serviciul nostru, după cum se vede în figura aci alăturată. Noi presupunem că spargerea, în cazul de față, s'a

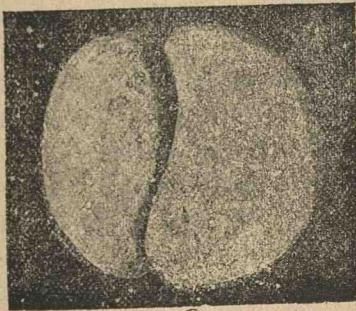


Fig. 3. Calculul întreg.

produs în momentul căderii bolnavului, în grăpă și din cauza contracțiilor musculare ale vesiceei, în aparență sănătoasă, dară care are pereții îngroșați și foarte puternici, a căreia acțiune a fost ajutată și de contracția violentă a muschilor abdominali; cazul prezentându-se și la un adult foarte bine constituit.

Observație. — În ziua de 5 Decembrie corent, mi-a fost adus în serviciu, de către tatăl său, tînărul Marin Tzigănilă, în etate de 18 ani, român, din comuna rurală Ghimpații, districtul Vlașca, care suferea de mai multe săptămâni din partea urinărei.

Iată istoricul acestui pacient, după cum ne este spus de tatăl lui: Copilul de la naștere a fost bine constituit, indestul de forte; pe la etatea de 2—3 ani, a început a avea dureri foarte violente în timpul urinărei care era foarte frecventă, dară care urină nici odată nu a fost amestecată cu sânge. Aceste suferințe au ținut până ce copilul a ajuns la etate de 9 ani, când, fără nici

un tratament și fărăcausă cunoscută, durerile au încetat cu desăvârșire și băiatul și urma munca țărănească fără nici o supărare.

Acastă stare mulțumitoare a urmat nouă ani și părinții uitaseră cu desăvârșire suferințele din copilărie ale băiatului lor. El se îndeletnicea la muncă țilnică, alerga, călărea, mergea în car, etc., fără să aibă nici o suferință.

În luna Septembrie trecut 1897, pe când conducea oile noaptea pe întuneric, a cădută într'o grăpă și a simțit o durere violentă în partea de jos a abdomenului. De atunci micțiunile au devenit foarte frecvente, și mai mult noaptea, foarte grăbite, înșoțite tot-d'auna de dureri violente și cursul urinei, întrerupându-se brusc în timpul urinării, nu se repornea de cât după ce pacientul făcea mișcări basinalui în diferite direcții. Durerile nu se iradiau în nici o altă parte a corpului, ele rămăneau limitate la verge și mai cu sémă către extremitatea ei. Nici odată urina nu a fost cu sânge. Pe când bolnavul era călare sau în căruță, simțea dureri în vesică și pe dată ce intra în repaos durerile încetau.

Urina a fost tot-d'auna limpede și pe uretră nu a seos nici nisip nici petricele; el nu a avut nici o afecțiune de natură genitală. Când a intrat în serviciul nostru, poseda starea următoare: El era bine constituit, indestul de forte în raport cu etatea lui, nu avea nici un viciu organic, se plângea de dureri violente în timpul urinării; acesta era frecventă și grăbită. Urina normală și în cantitate obicnuită (1200—1500 gr.) Penisul nu presintă o stare anormală, nici chiar prepuțitul nu era alungit cum se observă de obicei la calculoși. În regiunea ipogastrică nu se găsea nici o tumoră, în perineu asemenea era o stare normală. Prin rect cu degetul se găsea prostata mărită de volum iar în vesică se simte o tumoră și, prin presiuni cu pulpa indicatorului, se pôte deosebi că în vesică exista un corp strein, ba încă, senzațiunea degetului ne indica ca și cum ar fi fost mai mulți corpi streini, ce alunecau unul asupra celui-l'alt, întocmai cum s'ar simți prezența mai multor corpi tari într'o vesică inertă.

Din aceste semne am putut presupune prezența de calcul în vesică, ba încă, pentru noi era aprópe cert că calculul nu era unic.

Examenul uretrei și al vesiceii. După ce s'a făcut spălătura uretrei cu apă boricată de 5%, am intrat până în vesică cu o sondă metalică No. 18 și, pe dată ce am trecut de gâtul vesical, am întâlnit un corp solid, dară, pentru că vesica nu conținea urină, nu am putut face examenul complet. Prin sondă am introdus în vesică 200 grame apă boricată și atunci am putut examina în toate detaliurile vesica; am găsit la fundul de jos corpul străin care ni s'a părut a avea unul din diametre de peste 3—4 centimetre, el presenta o mare rezonanță ceea-ce ne făcea să presupunem că calculul era orî uratic or oxalatic, și mai mult, bănuiam compoziția de oxalat, pentru că pe suprafația lui, sonda ne indica prezența unor asperități, care se găsesc numai în calculele oxalaticice. Tot cu sonda am presupus prezența mai multor calcule. Din aceste câte-va caractere ce am constatat, am crezut că aveam aface cu mai multe calcule a căror compoziție o presupuneam a fi oxalatică.

Cele câte-va zile ce a trebuit pentru a prepara pe bolnav, spre a fi operat, au fost îndestul ca pacientul să se sperie; său din cele ce a vădut și durerile ce le simțea când îl spălam, său pôte că a fost înfricoșat și de alte persóne, așa că refuza într'un mod absolut operația. Tatăl pacientului ne rugase ca cu orî-ce chip să operăm pe copilul lui, or ce s'ar întâmpla cu el, căci suferințele făceau viața dificilă, nu numai băiatului dar la tótă familia lui.

Având autorisația tatălui, am chloroformisat pe băiat contra voinței lui și 'l-am operat prin talia transversală sus-pubienă. După ce am deschis vesica și am fixat marginile aperturii prin pencețe, am introdus indicatorul stâng și am constatat două calcule, cari ocupaū partea de jos a vesiceii și erau libere unul lângă altul. Pe lângă deget, am făcut să alunece o tenetă dréptă și am scos cele două calcule unul după altul. După acésta am spălat vesica cu apă boricată, am constatat că mucósa era numai foarte injectată, fără ulceratii. Pentru că în genere noi nu făceam sutura vesiceii, și pentru ca pereții ei să nu se retragă în fund, lăsând un spațiu gol între peretele vesiceii și al abdomenului, în care să se infiltreze urina precum și pentru a opri sângele, am crezut că ar fi mai avantajios dacă am aplica patru puncte de sutură în cruce între marginile plăgei vesicale și cărnurile

vecine imediat sub pele. Aceste suturi au fost făcute cu córdă No. 1.

În vesică am introdus un dren de tifon iodoformat, plaga și împrejurimile au fost unse cu vaselină iodoformată și peste tot un pansament și bandaj contentiv.

Examenul calculului. — Cele două calcule sunt jumătățile unuia și aceluiaș calcul. Amândouă împreună formeză un calcul eliptic, turtit pe două fețe, lung de 37 milimetre, gros de 40 milimetri pe unul din diametrele transversale, de 25 milimetri al doilea diametru; greutatea totală a calculului este de 30

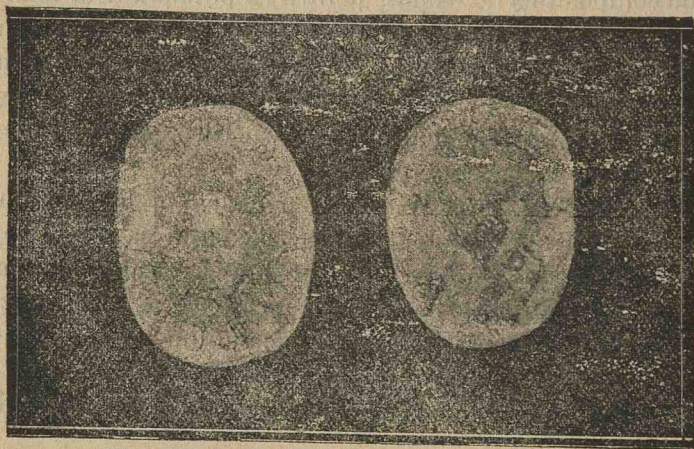


Fig. 4. Cele două jumătăți vădute pe fecele de fractură.

grame; una din jumătăți are 20.6 grame a doua 9.4 grame. Suprafacia este netedă, lucioasă, consistența este tare, rezonanța foarte pronunțată. Cele două suprafețe de unire sunt neregulate, prezentând ridicături și scobituri din partea fie-cărei jumătăți, care se adopteză exact una în alta într'un chip reciproc; pe una din suprafețele de spargere este sâmburile de cristalizație care se potrivește exact într'o gropiță ce se află pe suprafața articulară a celei de a doua jumătăți.

Din caracterele suprafețelor de spărtură este cert și nediscutabil că cele două calcule sunt două jumătăți ale unuia și acelaș calcul care s'a spart în vesică într'un mod care ne este greu de explicat.

Tot ce am putea admite în cazul de față ar fi o contracție violentă a vesiceii în momentul căderii în grăpă, în timpul nopții, în luna Septembrie trecut.

Din poleitura suprafețelor fracturii se poate asemenea deduce că timpul de când s'a produs spargerea calcului ar corespunde cu acela de când a căzut pacientul în grăpă și a simțit durerea violentă în partea de jos a abdomenului.

Noi nu putem să admitem de cauză a acestei spărturi de calcul, de cât o contracție puternică a vesiceii, produsă în momentul când bolnavul a căleat rău și a căzut într'o grăgă, în timpul nopții.

Tocirea și lustruirea suprafețelor, ne îndreptățește a recunoște că spărtura se făcuse cu mai multe săptămâni sau chiar cu mai multe luni, după cum bolnavul spune că i s'a întâmplat accidentul, atunci, adică, când bolnavul, în timpul căderii a simțit și o durere foarte violentă în partea de jos a abdomenului.

Teoria fragmentării provenită în timpul unei contracțiuni musculare a vesiceii urinare, a fost susținută de Civial. În cazuri analoge cu al nostru, această teorie pare a ne da explicația cea mai potrivită.

D-rul **Debout d'Extrées**, în memoriul său, prezentat la Societatea medicală de la Lyon, admite aceiași teorie pentru cele mai multe cazuri observate de el la stațiunea de ape minerale de la Contrexeville. El mai adaogă, că s'ar putea admite, în unele cazuri și explozia calculului prin acțiunea acidului carbonic, care se formază în interiorul calculului.

Doctorul **Ord** crede că inhibițiunea de urină în interiorul unui calcul, produce spargerea învelișului cortical, prin umflarea sâmburelui, mai cu sémă în calculele mixte; pe când **Leroy d'Etiolles**, din contra, dice că această exfoliație s'ar putea atribui uscăciunei acelu sâmbure, care nu ar mai fi în contact cu umiditatea urinei, fie din cauză că calculele sunt prea multe în vesică, sau când calculul este prea volnminos. Ambele aceste teorii pot fi admise numai pentru cazurile de calcule mixte. O altă cauză de fragmentare a calculului, mai este și aceea când calculul ar fi format de cristale de mucină. Un exemplar asemenea am observat în seveciul nostru la o femeie, la care calculul, de mărimea unei nucii mari, se oprise în uretră, formând

un urethrocel vaginal, după cum se vede în figura de ciară, aflată în muzeul serviciului nostru sub No. 111.

Figura 1 reprodusă mai sus, reprezintă calculul în forma lui completă, iar cea reprezentată prin figura 2 este calculul desagregat, după scôtorea lui din urethră.

Figura 3 ce reproducem, ne arată forma și mărimea naturală a calculului în întregimea lui precum și fig. 4 arată jumătățile, linia lor de unire și cele două suprafețe de articulare cu neregularitățile lor.

După caracterele fizice, credem că compoziția chimică a acestui calcul este formată din săruri uratice.

XXXIV-a LECȚIUNE

DESPRE ELEPHANTIASISUL ORGANELOR GENITALE BARBATEȘCI

Domnilor,

În serviciul nostru se află culcat în patul No. 32, Camera de bărbați, un pacient de origine ture, din Bulgaria, care suferă de mai mulți ani de o tumoră voluminoasă a scrotului.

În năințe de a vă da observația acestui bolnav, să-mi permiteți a face împreună cu Domniile-văstre, un studiu presecurtat asupra acestei afecțiuni, reamintind tot d'odată și alte cazuri ce ne aparțin.

În studiul ce vom face, ne vom ocupa în special cu tumorile elephantiasice ale organelor genitale la bărbat, rămânând, ca cu altă ocazie, să vorbim și de tumorile de aceeași natură, dezvoltate la organele genitale ale femeilor.

Pentru a vă putea mai bine imprima în memorie studiul acestei afecțiuni, vom urma metoda dată de patologiiști și vom împrumuta chiar de la ei cea mai mare parte, ce privește această afecțiune, specială țărilor calde, fără a fi o excepțiune pentru cele temperate.

Căci, de și această afecțiune este foarte frecventă în țările

calde, s'aū observat însă multe casuri și în Europa, și chiar către regiunile cele mai nordice.

La noi, de și foarte rară această afecțiune, totuși, am avut ocazie a trata mai multe casuri de elephantiasis al organelor genitale și ale căror figurī photographice le dăm aci.

Definiția. — Se dă numele de elephantiasis al organelor genitale, unor tumorī formate prin hipertrofiarea țesutului ce compune dermul, precum și a acelora de sub derm, provocată prin obliterarea sistemului lymphatic și venos. Acastă afecțiune atacă de preferință dermul și țesutul celular al scrotului și al penisului.

Istoricul. — Acela, care cel d'intăiū, a atras atențiunea europenilor asupra acestei afecțiuni, a fost Prosper Alpino, însă, descrierea cea mai mai completă, o găsim în tratatul lui Kempfer, Mahamed-Ali-Bey¹⁾ și Mahamed-Ali-Bey fiul²⁾, Larrey³⁾ în campania militară ce a făcut în Africa, însoțind pe Napoleon I în resbelele din Egipt, a observat fôrte multe casuri de tumorī ale scrotului și, în descrierile ce a dat, a atras cu deosebire atențiunea medicilor asupra acestei afecțiuni, care, după cum spunea el, în țările calde, ea domnește într'un mod endemic. Delpech⁴⁾, Clot-Bey⁵⁾, Alibert⁶⁾, Dionisis, Boyer, Chopart, Imbert de Lonnes, Roux, etc., aū dat exemple dintre cele mai remarcabile de tumorī enorme de asemenea natură, desvoltate în țeseturile scrotului. Larrey a vėdut o tumoră care cântărea 50 kilograme, Clot-Bey, una de 52 kilograme, iar Curling⁷⁾, citěză un bolnav cu o tumoră de 90 kilograme. Figura 1 ce dăm aci este luată din tratatul lui Alibert⁸⁾ și reproducă în «*Revue photographique*» des hôpitaux de Paris, pe anul 1874.

Casurile nōstre nu aū prezentat tumorī așa voluminoase ca acelea citate de autori, totuși ele aū fost în destul de supărătoare pentru bolnavi, ceea ce i-a silit a cere intervenirea medicală.

1) Traité de path. chirurg. et de médecine opératoire.

2) Thèse de Paris, 1869.

3) Relatione medico-chirurgicale de l'Expedition d'Egypte 1805.

4) Chirurgie clinique de Montpellier, t. II, p. 1828.

5) Mémoires de la Société de chirurgie t. IV, 1853.

6) Histoire d'une maladie particul. du Syst. Lymphatique. Paris, 1808.

7) Traité traduit par Gosselin 1857.

8) Nouvelles observations sur l'éléphantiasis des Arabes. 1811.

Ethiologia. — Causile care dau naștere acestei afecțiuni sunt dintre cele mai obscure. Autorii recunosc că afecțiunea începe de două maniere:

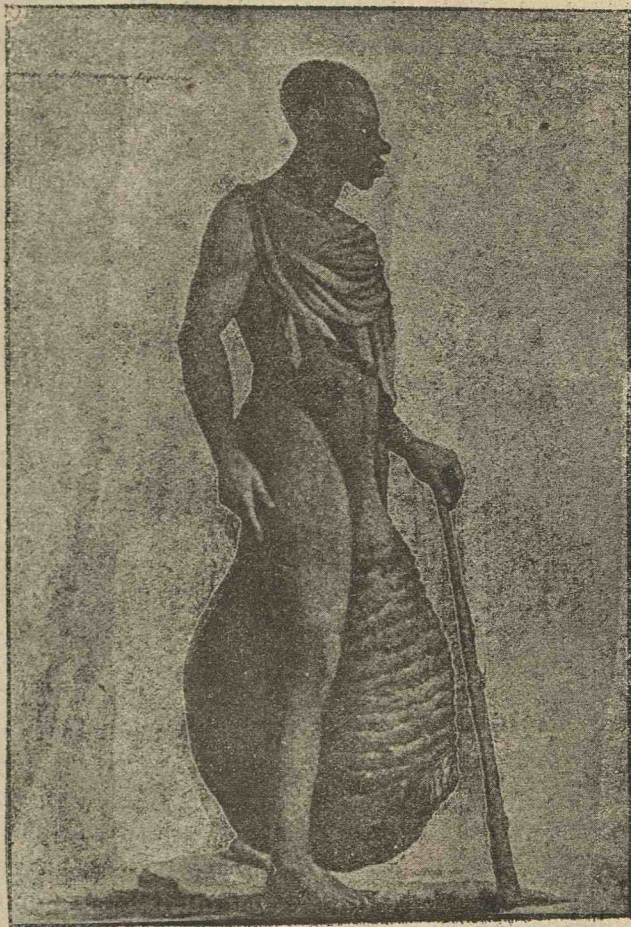


Fig. 1

1. Saŭ cu un cortegiŭ inflamatoriu, saŭ,
2. Intr'un mod cu totul insidios. In tôte casurile nôstre, pacienții nu aŭ fost prin nimic prevestiți de nenorocirea ce-

aștepta, afară numai de o mâncărime care-î incomoda, dară nici cea mai mică reacțiune febrilă nu aū avut.

Bóla se arată într'un mod endemic între 75° latitudine sudică și 35° nordică. Este fórte frecuentă în Indiī, în insula Ceilan, în Boabad, Antile, în Brazilia, în Egypt, etc. Cu tóte acestea, există multe casurī și în afară de zona despre care am



Fig. 2.

vorbit mai sus. In Europa avem casurī citate de Delpech, Rigol, Velpeau ¹⁾ Goyrand d'Aix ²⁾, Vidal de Cassis ³⁾ Besnier ⁴⁾, Brassac ⁵⁾, Bouchard, Voillemier, iar în 1888, Labougle, ne vorbeșee de un cas observat la un locuitor din Dordognia, în Francia, care nu părăsise acea localitate nici odată, ca să se presupună că ar fi căpătat'o în țerile calde. Décă este a ne raporta la casurile observate la noi, vom vedea că, de și ele nu sunt nici așa de frecvente, nici așa de voluminóse, ca în țerile calde, totuși sunt suficiente pentru a atrage băgarea de seamă a medicilor. Intre bolnavii ce am vėdut, aū fost unū carī 'și trag origina de la popórele din țerile calde, cum sunt țiganii și musulmanii, dară aū fost și dintre adevėrații autohtoni, carī nu aū părăsit țara nici odată și nici nu aū avut încrucișeri cu rasele indiană și musulmană.

1) Chirurgie clinique de Montpellier, t. II, p. 1828.

2) Bulet. de la Societ. de chirurgie, nov. 1855.

3) Pathol. chirurg. t. V.

4) Leçons sur l'Elephant. des Arabes. Gazet. des hôpitaux 1879.

5) Diction. encycl. des sciences med. I-er Série, t. XXXIII, p. 496, 1886.

Bolnavul ce este reprezentat prin figura 2, a fost un țeran locuitor din districtul Oltul; om bine făcut, sănătos, iar acela din figura 3 și 4, este iarăși român de baștină, funcționar în direcția telegrafo-poștală; prin urmare, om în condiții sociale în destul de bune, pentru a nu fi bănuț că ar fi trăit în condiții igienice prea rele.



Fig. 3. Înainte de operație

Acela reprezentat prin figura 5, de și de origine asiatică, dară este născut și crescut și de părinți asemenea, locuind în Bulgaria, prin urmare într'o latitudine geografică mult mai sus de zona descrisă.

Causele intime ale acestei afecțiuni sunt foarte nesigure. S'au presupus multe cause, dară până astă-ți nu s'a putut spune cu siguranță că există una, căreia să se atribuie într'un mod precis, producerea acestei afecțiuni. Astfel, s'a acusat clima caldă precum și trecerea repede de la o temperatură prea ridicată

la alta prea scădută și vice-versa, natura solului, paludismul, etatea, temperamentul, ereditatea, alimentația, contagiunea, rasa, locuința, hainele, abuzurile de tot felul, alte afecțiuni ante-

riore sau presente (Eczema, Sifilisul). In ceea ce privește cauzile noastre, singura cauză pe care am putea-o presupune ar fi eczema, cu toate că și acesta nu poate fi un lucru cert, căci

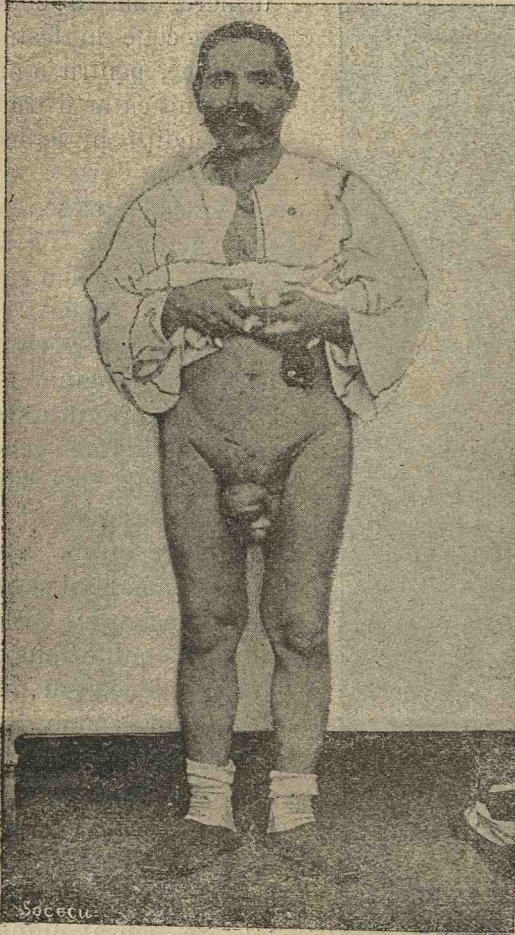


Fig. 4. După operație

pacienții nu ne-au putut preciza, decât eczema a precedat tumora sau decât mâncărimea nu era provocată de tumoră și murdăria ce se producea, neputându-se pacienții îngriji de curățenie. — Toți autorii au bănuț aceste cauze, fără a le atribui cu siguranță producerea afecțiunii și acesta numai pentru că adevărata cauză rămăsese încă necunoscută.

Din ultimele cercetări făcute de Lewis, Fayrer, și mai cu seamă, după studiile și observațiile lui Patrick, medic în marina engleză, se arată că adevărata cauză a elefantiasisului, ar fi intrarea în cursul sin-

1) The Metamorphosis filaria Sanguines Hominis, in the Mosquito Hong-Kong 1877. Archiv. navales. 18840.

o găsim la toți bolnavii cu tumori elephantiasice. Pentru descoperirea acestui microb, trebuie a face cercetări numai noaptea la întuneric, pentru că animalul acesta numai noaptea umblă. Cercetările noastre au fost, de și îndestul de asiduă, totuși foarte



Fig. 5.

Inainte de operație.

După operație

incomplete așa în cât, nu am putut avea ocazia a descoperi parasitul. Până astăzi, se crede că parasitul nu lucră de cât într'un chip mecanic, căci atât el cât și embrionii lui, înmulțindu-se, numai prin numărul cel mare se presupune că astupă vasele lymphatice și venele, întrerupând ast-fel accesul lymfei

lymphei și al sângelui, făcând ca țeseturile să se infiltreze și să crească într'un chip extra-ordinar de repede.

Din studiile făcute de Craig, se dovedește că țînțarul este insecta care înlesnește foarte mult transmiterea multor afecțiuni, fie numai prin transportarea și introducerea microbilor în corpul animalelor mai superioare, fie numai servind ca un mediu în care unele parasite animale se prăsesc și trec de la țînțar la om prin ingerare, cum se întâmplă cu *Filaria sanguis*. Pentru a face să înțelegem mai bine această transmitere, vom da loc aci studiului lui Craig și Manson. Din cercetările acestor autori se poate explica, de vreme ce țînțarul se găsește locuind în climate reci, și unde este cu puțință că el, venind dintr'o climă mai caldă să aducă cu dînsul *Filaria* pe care, depunînd-o în apele de smîrcuri, oule ei să fie ingerate de om și să-l predispună ast-fel a deveni elephantiasis.

TRANSMITEREA BOALELOR PRIN AJUTORUL ȚÎNȚARILOR

Nu este destul să cunoști că unele boale sunt produse de ființe mititele, cari se numesc microbi, pentru ca să le studiezi și să le vindecî :

Un exemplu foarte prospăt ni-l arată ciurma. Abia câți-va ani sunt de când s'a cunoscut într'un chip precis felul cum se transmite această periculoasă afecțiune.

Astă-đi este dovedit, într'un mod sigur, că microbul ciumei se transmite de către șoreci, șobolani și pureci. Mușcătura puricilor este o inoculațiune în tótă puterea cuvîntului și cu atît mai teribilă cu cît trece în genere nebăgată în sémă.

Numai de când este cunoscut acest fapt, s'a putut da o explicațiune unor particularități vędute în timpul epidemiilor.

De mult încă se șcia că unele boale se transmit de ființe vii.

Pasteur demonstrase că corpusculele germinative ale dala-cului, după ce stau mult timp îngropate în pămînt, împreună cu cadavrul animalului mort, de această bółă, erau aduse la suprafația de către rîme și pascute cu iarbă de alte animale.

Tot asemenea este bine demonstrat că unele mușce, su-gînd din cadavrele animalelor mórte de dalac, iaú virusul, și prin înțepătura lor, îl transmit la alte viețuitoare. Acest fapt se observă cu mult mai des la măcelari.

Țințarii sunt foarte adesea agenții cei mai puternici, pentru propagarea virusului. Acest fenomen se produce în mai multe feluri: fie că insecta duce germenii lipiți de trupul ei și-i depune pe ori-ce se atinge, fie că-i inoculează prin înțepăturile ce face asupra animalelor, fie că le transmit prin excrementele lor, sau că trupul lor poate servi ca un loc favorabil pentru creșterea unora din microbii, cari pot da naștere unei afecțiuni periculoase.

D. Craig, într'un studiu ce a făcut, arată că țințarul este un adevărat pericol, căci el trăește în ori-ce climă, chiar în regiunile cele mai friguroase, unde se găsește chiar într'un prea mare număr. Pentru a se vedea cât poate fi de primejdios acest

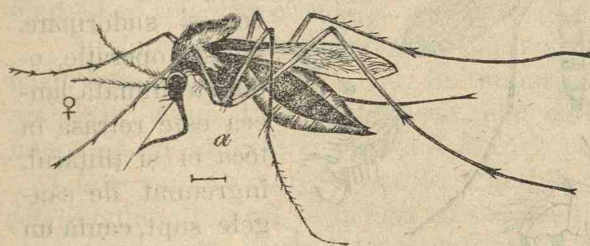


Fig. 6 Țințar. a. Femelă vădută de latură.

animal prin mușcătura lui, este nevoie să cunoaștem organele din cari se compune gura lui. Regiunea gurei țințarului mai întâiu are o lance cu care insecta găurește pielea și cu care femela țințarului rănește foarte puternic pe protivnica ei. (Fig. 6). Odată insecta molipsită, într'un fel sau într'altul, să vedem acumă cum poate să fie ea periculoasă pentru om, printr'o mică și unică înțepătură a pielii. Se știe că țințarul este o insectă sugătoare. El se pune pe un cadavru, provenit de la un animal mort de o bătă infecțioasă; va suga nițel sânge și, după acésta, punându-se pe un animal viu, îl înțepă cu sulița lui. Acest animal viu este așa de sigur altoit ca și cum ar fi fost inoculat cu acul celui mai dibaci bacteriolog.

Am spus mai sus că musca poate transmite dalaicul. O altă bătă periculoasă, datorește, în mare parte, transmiterea ei, țințarilor. Finlay și Hammond cred că, în majoritatea cazurilor, „febra galbenă“ se transmite prin înțepătura țințarilor. Febra intermitentă se transmite cu înlesnire prin ajutorul țințarilor.

Femela țințarului introducând acul în cadavrul unui ani-

mal-mort de febră galbenă, și nimerind un conduct al unei glande sudoripare sau sebacee, de care slavă Domnului, sunt destule, pătrunde într'un vas capilar, cari sunt și mai multe și se îmbuibă de sânge. Odată acest act indeplinit, cârligele laterale și dintele cel mai lung, care se află la vârful lancei, ia ger-

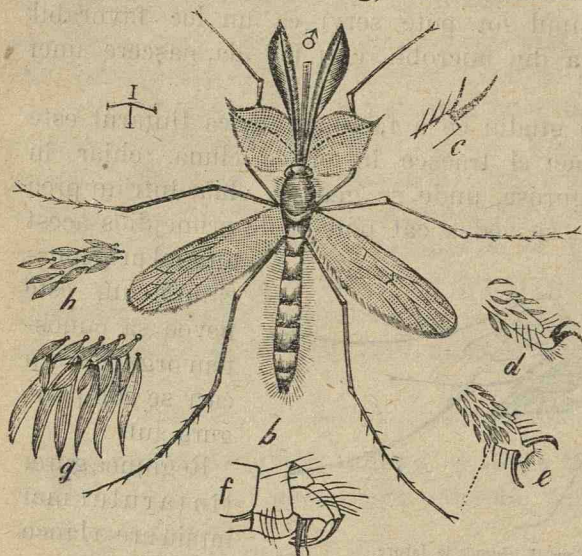


Fig. 7. Bărbat, văzut pe la spate; c. ghiară anterioară; d. ghiară mijlocie; e. ghiară posterioară; f. organe genitale; g. coja de la marginea posterioară a aripei; b. coxa din prejurul aripei.

meniî patogeni cari sunt chiar în sânge, sau în pereții vaselor capilare, ori în țesătura fibrasă, sau chiar în conductele excretorii ale glandelor sebacee și sudoripare. Acastă operație, odată terminată, lancea este retrasă în téca ei și țînțarul, îngreunat de sângele supt, caută un loc întunecos unde să 'și mistuiască în linișce mânca-rea. — In timpurile

călduróse, îi trebuie 48 de ore pentru acastă digestie, iar în timp de frig, are trebuință de patru până la cinci zile ca să completeze digestia sângelui supt odată.

In tot timpul digestiunei, animalul, ori-ce i s'ar face, refuză să se slujescă de lancea lui, mulțumindu-se numai să sugă cu vârful trompei materiile dulci de cari se póte atinge.

In genere, femela este fecundată de bărbat înainte de a înțepa, și caută, după aceea, un loc umed unde să 'și depună oule pentru clocire. După cercetările făcute, s'a observat că de la înțepătura unui țînțar până la începerea bólei, trebuiesc 5 până la 35 de zile.

Din cele arătate, rezultă în mod evident că țînțarul este un mijloc puternic pentru transmiterea febrei galbene.

Când se știe că, în țările calde, unde domnește febra galbenă și se cunosc greutățile de a se apăra de aceste insecte,

numărul țânțarilor este foarte mare, este sigur că această blestemată insectă este unul din mijloacele cele mai sigure pentru transmiterea febrei galbene.

Alte afecțiuni, foarte comune în țările calde, cum este *chiluria*¹⁾ *elephantiasisul*, *orchita recurentă*, *lymphangita*, *febra intermitentă*, unele abcese cari se repetă la mâini și la picioare, sunt datorite, cu mare probabilitate, unor paraziți, cum este de exemplu *Filaria nocturna*, descrisă de către Demarquay.

Cred trebuincios a da câte-va lămuriri, pentru a se putea înțelege rolul ce are țânțarul în transmiterea acestor afecțiuni. Părinții (muma) trăind în vasele limfatice, depun oule lor. Acestea, odată libere, sunt luate de curentul limfei și duse până la ganglionii, unde, oprindu-se; se clocesc. După clocire, puiul fiind liber trece în circulația generală.

În timpul când animalul nu doarme, puiul stă nemișcat în unele vase de sânge, pe când, în timpul când omul doarme, el umblă în sânge. În timpul acesta, mai cu seamă, țânțarul sugă împreună cu sângele și pe puiul filariei, pentru a-l crește.

Iată cum se petrec lucrurile. Puiul *filariei* umblând în sângele omului, țânțarul se îndopă cu sângele infectat și sboră după acesta la o baltă, unde trăește de obicei, și, cădând pe suprafața apei, mure. Embrionul conținut în sângele supt de către țânțar, rămâne liber și se găsește ast-fel gata a pătrunde în sângele celui d'întăiu muritor care îl va bea într'o gură de apă. Odată intrat în circulația sângelui, el crește și, dacă se înmulțește în număr în destul de mare, produce oprirea limfei în vasele limfatice și ast-fel determină creșterea țesăturilor, producând acea teribilă bătă, numită *Elephantiasis*, și din care arătăm aci câte-va exemple.

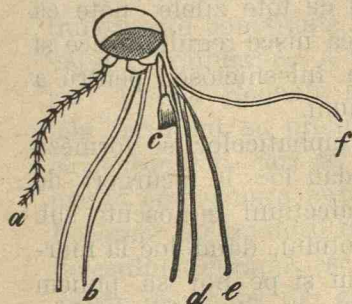


Fig. 8. Părțile bucale ale femelei. a. antenele [2]; b. mandibulele, acul; c. d. palpatorele maxilarului; d. maxilarul; e. buzele formând ciocul care se înfige în piele când țânțara înțepă. În timpul repausului, aceste organe intră în cavitatea buzelor [labium].

ce se găsește ast-fel gata a pătrunde în sângele celui d'întăiu muritor care îl va bea într'o gură de apă. Odată intrat în circulația sângelui, el crește și, dacă se înmulțește în număr în destul de mare, produce oprirea limfei în vasele limfatice și ast-fel determină creșterea țesăturilor, producând acea teribilă bătă, numită *Elephantiasis*, și din care arătăm aci câte-va exemple.

Manson a demonstrat că invelișul care conține *filaria*, nu este de loc rupt, așa în cât îi este cu neputință a trece prin pereții va-

selor sângelui, numai cu ajutorul aparatului de apărare ce se

1) Un fel de sânge din pielea omului.

află împrejurul gurei. Odată, însă ce vine la suprafața corpului, în vasele pielei, și fiind înghițită de țânțar, ea ese din învelișul său, trece prin pereții stomacului țânțarului, pătrunde prin mușchii toracelui și merge până când se face metamorfoza de animal perfect, pentru a trăi ast-fel. Acastă metamorfoză consistă în formarea canalului digestiv, a unui cerc de papile și creșcere în volum și în vigóre.

Creșcerea puiului este completă în timp de șese zile.



Fig. 9. *Filaria nocturna*, trăind în sânge mărită de 400 ori.

Filaria se găsește liberă în trupul țânțarului descompus și nu așteptă, pentru a intra în corpul omului, de cât cea dintâi ocazie, când un însetat de arșița sórelui vine să bea o gură de apă din acea băltoacă.

Nu mai puțin țânțarii slujesc și la transmiterea frigurilor intermitente.

Acastă chestiune, de și nu este încă de tot lămurită, totuși pare îndestul de probabilă.

După cum dice Doctorul Raym.-Lulla, care a scris acest articol în *Vie Médicale*, pôte că progresele făcute de cunoșcințele nóstre, ne păstréză încă nișce surprize spăimântátóre. Este bine să studiem faptele; să le comentăm, să medităm continuu, căci, numai prin cunoșcințe și studii de tóte zilele, pôte că va fi cu puțință într'o di să se stabiléscă nișce reguli eficace și profilactice, contra unor mijlóce așa de inlesnicióse, pentru a produce unele din cele mai grave afecțiuni.

Câte odată, din cauza astupărei lymphaticelor se forméză adevérate varicosități cari, rupându-se, dau loc la scurgeri de limphă, de unde aũ rezultat adevérate afecțiuni cunoscute sub numele de *chiloree* sau limphoragia scrotului, dând loc la murdărire și mănăcărime, lucru ce ne a făcut și pe noi să punem în bănuială cum că eczema ar fi una din cauzele elephantiasisului scrotal sau ar fi efectul bólei.

În casurile în care vasele sunt astupate, se forméză adevérate varice limfatice, ganglionii se infiltréză și tumora crește cu o repeđiciune fórte mare. Altă dată, se găesc ganglionii infiltrați cu mult mai înainte de a se forma tumora elephantiasiacă.

Din câte arătarăm, se vede că studiul etiologiei elephantiasului este încă incomplet și rămâne viitorului, prin cercetările ce se vor face de oameni competenți, să se arate adevăratele cauze ale acestei curioase bóle.

Anatomia pathologică. — La începutul afecțiunii, pelea scrotului este netedă, lucioasă, subțire, roșcată sau albă, și pare a fi umplută cu o materie gelatinosă; mai târziu ea devine aspră, crapă și ia o culoare cenușie sau chiar neagră; papilele se hipertrofiază și dau prelungiri cărnoase. În derm se găsește multe celule embrionare; dermul se îngroșă până la 2 și mai mulți centimetre; la tăetură se găsește nisce vacuole, din care curge un licuid gălbui. Țeseturile par a fi formate din grăsime. Tunicele vaselor se îngroșe, și venele, odată tăiate, rămân deschise întocmai ca și arteriile. Țeseturile iaă o consistență tare așa în cât adesea elephantiasisul se pôte confunda cu tumorile fibróse. Casul nostru este unul din acelea în care diagnosa a fost cu greu de precisat, din cauză că în unele regiuni, tumora presintă o tãrie lemnosã. Câte o datã, în tunica vaginalã se gãsesc o cantitate mai mult sau mai puțin abundentã de licuid. În genere, testiculele nu iaă nici o parte la acẽstã degenerare a țeseturilor.

Prin examenul microscopic se găsește, că în genere afecțiunea este constituită prin alterația elementelor dermului, a vaselor lymphatice, a venelor și a țesutului celular de sub derm.

Joseph Renault, a arătat că celulele fixe, cari acoperă fibrele dermului, aă proliferat; ele infiltrază areolele și se amestecă cu leucocitele, cari aă trecut prin pereții vaselor; aceste elemente embrionare forméză tecă împrejurul rețelelor sanguine. Focarele inflamatorii succesive, cari sunt caracteristice elephantiasisului, îngrãmãdesc în fie-care rind o nouã cantitate din aceste elemente, din cari un mare numër se organizã în țesut fibros și ast-fel se desvoltã stratură exuberante, pentru a îndeci grosimea obicinuítã a tegumentelor, constituind acele tumori scrotale colosale, cari descind până la genunchi și chiar până la pãmânt și pe cari bolnavii pot să ședã ca pe o perinã sau pe cari, pentru a umbla, sunt nevoiți a duce tumora într'o róbã.

Symptome. — Se scie că în genere, toate formele de Elephantiasis încep de două maniere adică: una care este forma febrilă și alta forma *apyretică*.

Tot ast-fel se petrec lucrurile și când este vorba despre elephantiasisul la scrot.

Întâia formă are ca prodrom o nemulțumire generală, o greutate în perineu, durere în testicule și în lungul cordónelor spermatică; după acesta se ivește un tortur de frig, care, prin intensitatea lui, ar bănui un acces de febră intermitentă, termometrul se urcă până la 40; durerea de cap este foarte violentă, sete vie, limba saburală; o durere violentă se ivesce în scrot; iar tegumentele, de odată iaă o colorație roșie, care se aseamănă cu o lymphangită în formă de pete, acesta este cea ce unii autori brasilieni numesc un *Erisipel alb*.

Inflamația se întinde în lungul lymphaticilor, ganglionii se ingurgiteză; pelea este întinsă, lucioasă, aspră; într'un cuvânt se arată o erupție de Erisipel în totă forma. Încetul cu încetul, toate aceste simptome alarmante se potolesc și nu rămâne de cât tumefacția dermului. Peste un timp mai mult sau mai puțin lung; peste un an chiar, un al doilea acces al acelorași simptome se ivește și acesta nu face de cât să agraveze tumefacția și așa în cât, 2—3 asemenea atacuri sunt suficiente pentru a da loc la un Elephantiasis enorm.

În forma *apyretică* nu este nici frisson, nici dureri, nici turburări generale; abia se arată o ușoară nemulțumire, o mică genă în organele genitale, un fel de amorțelă, o durere foarte surdă în regiunea bolnavă, unde se observă ganglionii măriți de volum; un edem se arată, fie pe nesimțite, fie prin creșteri mai apreciable, în unele direcțiuni mai mult de cât în altele.

Tumora este acoperită de pele aspră, scorbosă și crăpată; din fundul sghiaburilor curge un licuid gras, filant, câte odată purulent și de odóre noseabondă; fisuri, ulcere se formeză în această pele nodorósă; încetul cu încetul, penisul se înfundă și el, sau rămâne afectat numai scrotul, în unele casuri, scrotul a putut ajunge până la 2 metri de circumferință și a cîntărit până la 90 kilograme; atunci urina ese în afară, nu în nivelul orificiului urinar, ci după ce a șerpuit printre înduoiturile învelișelor testiculare. Ca consecință se formeză ulcerații rebele. Se produc

mici pustule, în care se găsește o substanță, când fluidă și transparentă, când grosă, a căria scurgere provocă o repede slăbire a bolnavului. Acésta este exudația lăptosă despre care vorbesc autorii. În unele circumstanțe, s'a putut culege în timp de 10-15 ore până la 2 kgr. licuid în care s'a găsit unt, caseină, zachăr, prin urmare toate elemente esențiale ale laptelui. Verneuil a publicat un cas analog, observat la un Parisian, care nu părăsise nici odată orașul. Cu toate acestea, mersul elephantiasisului pôte să fie lent și tumefacția să fie staționară timp de mai mulți ani, se citéză casuri excepționale în care vindecarea spontanee ar fi survenit după scurgeri intermitente dară considerabile, succedând câte odată unui traumatism; cele mai dese ori însă, bolnavii pier prin anemie progresivă. Câte odată mórtea survine prin gangrenă, prin accese de febră pernicioasă, prin complicații din partea aparatului digestiv sau prin afecțiuni organice ale cordului.

Tratamentul. — La început, când sunt numai focare erisipelatoase, băile alcaline și sulfuróse, dușile asupra tumorii au dat câte-va rezultate bune, trebuie însă de evitat compresiunea, masagiul și ori-ce iritațiune a pielii, ori-ce escoriație, etc. cari, pot da naștere la focare erisipelatoase. În unele casuri se recomandă schimbarea climatului care se ȃice că ar fi avut o influență fericită asupra afecțiunii.

Când elephantiasisul este confirmat, chirurgia singură are șansa de a fi eficace și trebuie practicată ablația completă a învelișelor scrotale și peniene. Trebuie extirpate toate tunicile coprinđend și tunica vaginală. Se pôte circumserie scrotul prin două incisiu, cari nu lasă la nivelul rădăcinei cópsei de cât tocmai pielea necesară pentru reconstituirea unei mici pungii, simple bande cutanate care aplică glandele spermatice la inelul inguinal. Se va lua séma de a nu răni testiculele cari sunt adese ori aderente de vaginala obliteratedă, sau de a perfora o ansă intestinală, căci herniile consecutive nu sunt rare în asemenea casuri. Hemoragiile sunt puțin considerabile, țesuturile fiind mult mai puțin vasculare de cât s'ar crede.

În operațiunile făcute de noi, pentru tumorii voluminoase, după cum se vede în figurile aci anexate, nu am avut de legat de cât puține arteriole. Unii autori vorbesc însă de hemoragii

grave. Mahomet-Ali-Bey, nu a avut de cât un insucces din 180 operații. De aceia trebuie extirpate părțile hipertrofiate, cari constituiesc o infirmitate ce incomodază pe pacient în ocupațiunile lui sociale; împedîcând pe bolnav de la raporturile sexuale, sau chiar îl reduce la neputință, cu toate că organele de generație sunt conservate și cele mai multe ori indemne de ori-ce leziune.

De și autorii descriu diferite procedee pentru extirparea acestor tumori, noi credem că, avînd în vedere volumul cel considerabil ce pôte lua tumora, nu ne putem ține de nici unul din aceste procedee.

Extirparea unor asemenea tumori constituind o operație neregulată, prin urmare, fie-care operator se va conduce după indicațiile ce presintă cazul; destul este însă că în extirpare medicul este ținut să ridice, pe cât posibil este, toate țeseturile bolnave și să menajeze organele importante, dînd și penisului o formă mai potrivită cu funcțiunile lui.

În casurile noastre, am căutat, pe cât ne-a fost cu putință, să îndeplinim aceste indicații și în mare parte am reușit; cel puțin, decă nu am putut conserva o estetică prezentabilă, totuși am făcut ca bolnavii să fie cât s'a putut mai puțin incomodați de ceea ce a rămas după operație. Acésta cred că se pôte vedea din figurile 4 și 5, luate după operație.

Bolnavul represintat prin fig. 2 după operație a avut raporturi sexuale, a avut copii, și tocmai după 19 ani, a revenit cu o recidivă pentru care a fost din nou operat în cursul anului 1898.

În toate casurile am avut mare dificultate, pentru că afecțiunea se întinsese și asupra regiunii pubiene și chiar pe o mare parte din tegumentele abdomenului.

XXXV-a LEȚIUNE

MODIFICAȚIUNI DE INSTRUMENTE ȘI INSTRUMENTE NOI
DE CHIRURGIE

Domnilor,

De când avem onórea a dirige un serviciu de chirurgie

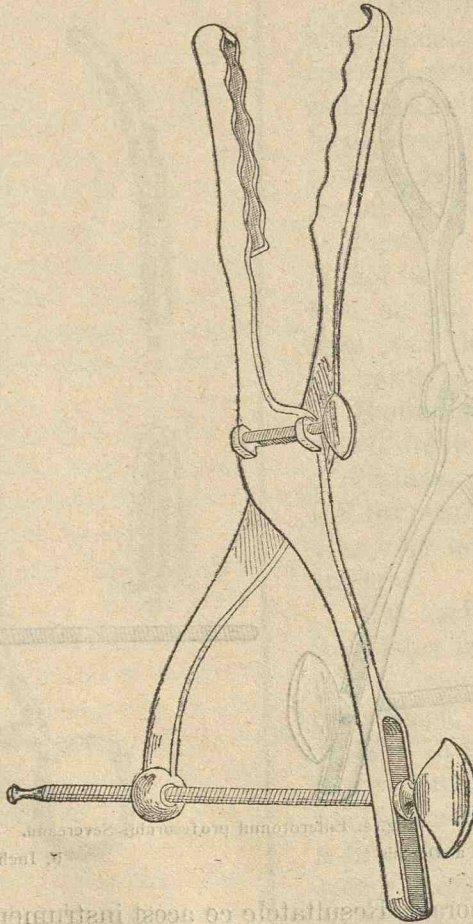


Fig. 1. Enterotomul lui Dupuytren

am observat insuficiența și inconvenientele unora din instrumentele de care ne servim.

I. MODIFICAȚIUNI ALE ENTEROMULUI LUI DUPUYTREN

Acest instrument (fig. 1) era recomandat mai ales, în timpul când laparatomia nu se practica în mod curent ca astăzi, pentru a facilita vindecarea anusului contra naturii, sau pentru

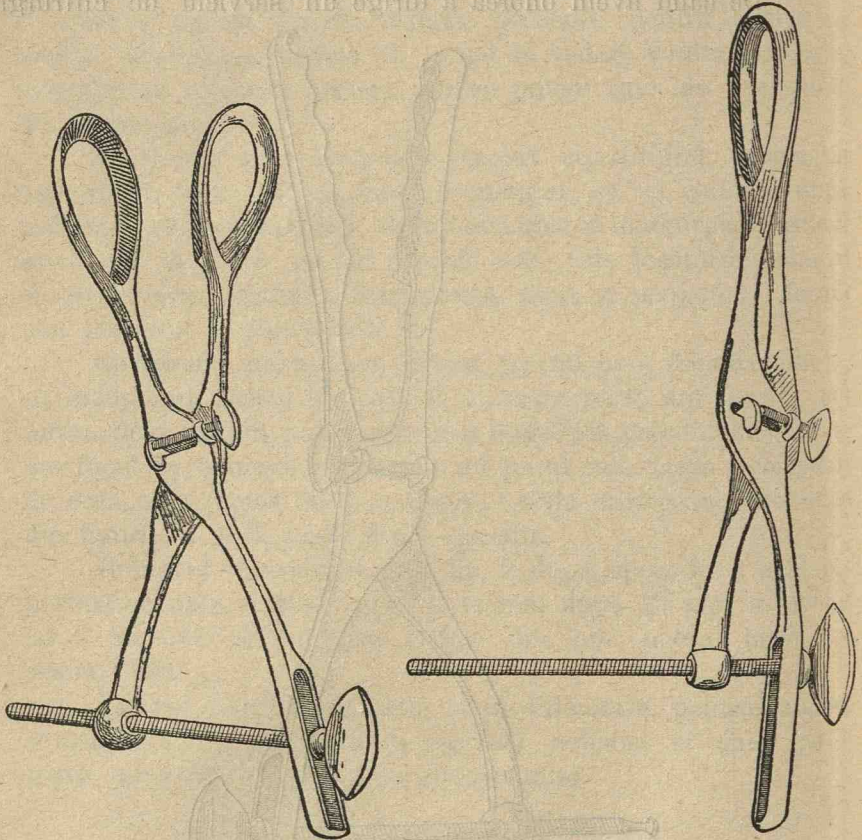


Fig. 2. Enterotomul profesorului Severeanu.

a. Deschis

b. Inchis

fistulele stercorale. Resultatele ce acest instrument permitea să se obțină, nu erau tot-deauna satisfăcătoare, căci el producea o secțiune drăpă pe intestin și nu stabilea suficient comunicațiunea directă. Am modificat acest instrument și am dat să se construiască enterotomul figurat aci (fig. 2, a. b.). Acest instrument ne-a

dat cele mai bune rezultate, prin faptul că, distrugând pintenul și ridicând o parte din cele două capete ale intestinului, produce un contact mai direct și asigură și o comunicațiune largă.

II. MODIFICAȚIUNI ALE PENCETEI LUI RICHELOT

Unii chirurgi recomandă în histerectomia vaginală, legătura vaselor utero-vaginale și utero-ovariene.

Întâmpinându-se mari dificultăți în aplicarea legăturilor și în ridicarea firelor, s'au înlocuit aceste ligaturi prin pencea de forcipresură, model Pean-Richelot.

Pencetele construite la noi sau în străinătate, au un defect comun care le ia orice siguranță.

Ramurile lor nefiind de cât drepte, nu produc o presiune uniformă pe totă întinderea lor și tind a împinge înainte partea apucată.

Mai mult încă, extremitatea lor, nefixând partea comprimată, această scapă, strivirea nu se face în totalitate, și partea rămasă liberă dă loc la hemoragii. Pentru a împiedica acest inconvenient, am pus să se construiască o pencea (fig. 3), ale cărei ramuri sunt puțin escavate și

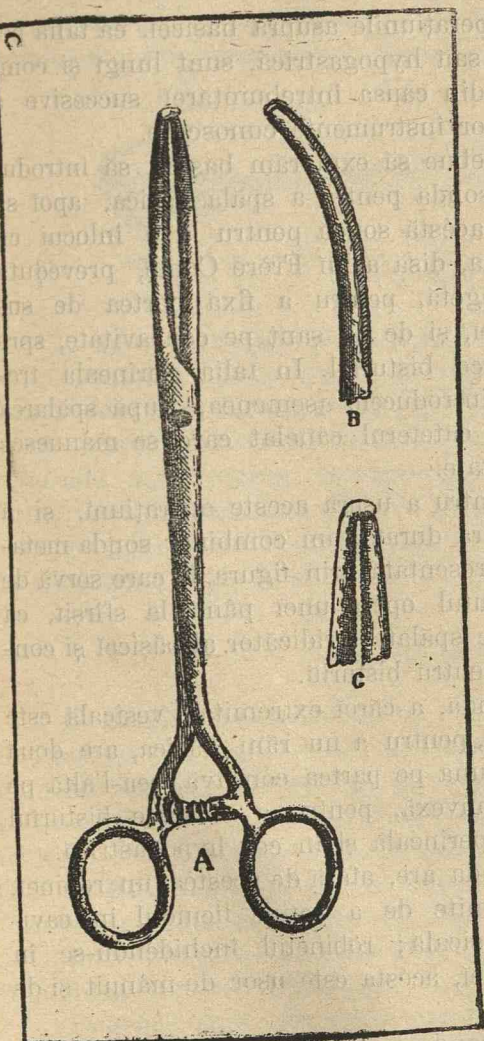


Fig. 3. Pencea lui Richelot modificată de Profesorul Severeanu

extremitatea sa un cârlig care poate să acopere vârful ramurei

opuse. Ast-fel, când se strânge penceta, țesuturile sunt comprimate fără a aluneca între ramurile pencetei; cârligul le împiedică de a scăpa, și mortificațiunea țesuturilor este complect asigurată.

III. NOUĂ SONDĂ METALICĂ CU ROBINET

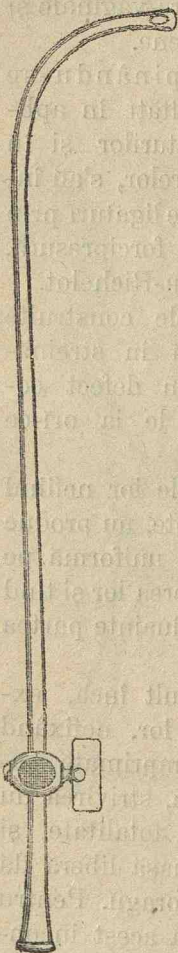


Fig. 4. Sondă uretrală metalică cu robinet.

Operațiunile asupra bășiceii, ca talia perineală sau hypogastrică, sunt lungi și complicate din cauza întrebuițării succesive a diverselor instrumente cunoscute.

Trebuie să explorăm bășica, să introducem o sondă pentru a spăla bășica, apoi să scotem această sondă pentru a o înlocui cu o a doua, ținută de Frère Côme, prevădută cu o săgăță, pentru a fixa partea de sus a bășiceii, și de un șanț pe concavitate, spre a conduce bisturiul. În talia perineală trebuie să introducem asemenea, după spălarea bășiceii, cateterul canelat care se mănuesce cu greutate.

Pentru a ușura aceste operațiuni, și a le micșora durata, am combinat sonda metalică, reprezentată prin figura 4, care servă de la începutul operațiunii până la sfârșit, ca sondă de spălat și ridicător al bășiceii și conductor pentru bisturiu.

Sonda, a cărei extremitate vesicală este butonată, pentru a nu răni bășica, are două șanțuri, una pe partea concavă, cea-l'altă pe partea convexă, pentru a conduce bisturiul în talia perineală și în cea hypogastrică.

Sonda are, afară de acestea, un robinet, care permite de a reține lichidul în cavitatea vesicală; robinetul închișându-se în axa sondei, acesta este ușor de mănuit și de fixat.

Am prezentat această sondă la congresul de Chirurgie din Berlin, în 1887.

IV. LINGURĂ PENTRU REDUCȚIUNEA LUXAȚIUNILOR UMERALE

Acum câți-va ani, găsindu-mă în fața unor serioase dificultăți pentru reducerea luxațiilor umerale vechi, ne-am gândit la întrebuițarea unui procedeu special pentru a evita resecția capului umeral, recomandată de unii autori.



Fig. 5. Lingura profesorului Severeanu, pentru reducția luxațiilor scapulo-umerale

În acest scop, am deschis larg articulația scapulo-umerală și am căutat a atrage capul umărului în cavitatea glenoidă, fără a tăia osul. Cum era imposibil de a mișca cu degetele capul umărului afară din cavitatea axilară sau de sub apofisa coracoidă, am imaginat instrumentul (fig. 5), căruia i-am dat forma unei linguri, dar care s'ar putea perfecționa. Impins dincolo de capul umeral, acest instrument îl apucă și, funcționând ca o pârghie, îl scote afară.

V. PORT SERRE-FINE

În timpul când mijlocele de a lupta contra infecțiunii erau limitate, și când era teamă chiar de a introduce un ac în tegumente, chirurgii mențineau în contact marginile plăgilor prin instrumente externe care leșionau cât mai puțin țesuturile. Astfel erau mai ales împrumutate *serre-fine* de la Arabi, modificate de **Fournari**, în timpul războaielor din Algeria, și care au fost perfecționate de **Vidal de Cassis**.

Întrebuițarea de *serres-fines* persistă, dar aplicarea lor întâmpină oarecare dificultate.

Degetele sunt prea groase pentru a pune *serre-finele* așa de aproape de marginile plăgei, iar sângele le face să alunece adesea între degetele noastre.

Am făcut să se construiască instrumentul pe care l'am numit *Port serre-fine*, și ale cărui figuri (6 și 7) arată modul de întrebuințare.



Fig. 6. Serre-fine și port-serre-fine al profesorului Severeanu



Fig. 7. Modul de întrebuințare al port-serre-finei

Acest instrument a fost publicat în *Gazetta medico-chirurgicală* din 1870 No. 12, pag. 191).

XXXVI-a LECTIUNE

ANALGESIA CHIRURGICALĂ PRIN INECȚIUNI DE COCAINA IN CANALUL RACHIDIAN

Domnilor,

Cu altă ocazie am avut onóre a vė vorbi despre diferitele methóde de anesthesie.

Din timpú ceí mái vechí, medicii s'aú preocupat a găsi međilóce pentru a micșora durerea în timpul operației. De la ultimele nóstre lecțiuni, chirurgii aú găsit un alt mod de anesthesie pentru a potoli durerea în timpul operațiilor asupra membrilor inferióre. Se scie că chlorhydratul de cocaină injectat în țeseturi producea insensibilitatea în regiunea unde se injecta. In urma inecțiilor cu diferite substanțe în canalul rachidian, s'a observat că serurile de cocaină, lucrând direct asupra măduvei spinale, produc anesthesia membrilor inferióre, care se póte întinde până la thorace.

In urma lucrărilor lui Luinque, Bier și Seldovitsch, D. Doctor Gerota, medicul nostru secundar, a fost ispitit de a experimenta puncțiunea lombară, pe cadavre de copii și adulți spre a se asigura de posibilitatea de a pătrunde sigur și fără pericol în canalul rachidian. Inecțiuni făcute cu gelatină colorată, ace înfipte în pozițiuni și locuri diferite, ne aú arătat, că anatomicese, puncțiunea lombară este relativ fa-

cilă și pozitivă, în proporție de 90% din înțepături, și nu p \acute{o} te produce nici o leziune asupra măduvei rachidiene.

Din câte-va experiențe, făcute de D. Gerota asupra animalelor, ne am putut convinge că injecțiunea cu cocaina în canalul rachidien, produce analgesia complectă, chiar a membrilor anteriore și a toracelui, că aceste injecțiuni nu pot fi periculoase de cât atunci când, saū doza de cocaină, saū volumul liquidului injectat, aū fost prea mari.

Incuragiați de ultimele observații comunicate de Tuffler, societăței de Chirurgie din Paris, am fost autorizați de a începe și noi aplicarea acestui procedeu de analgesie, pe bolnavii serviciului nostru.

Vom expune în rezumat rezultatul obținut în 27 casuri și concluziunile ce putem trage din ele.

Observația I. — David Iscovitsch de 60 ani, croitor, suferă de *hydrocelul stâng*. Tumora, de mărimea unui ou de gâscă, dată de 2 luni. Bolnavul are dureri în tumoră, atât la mers cât și spontană.

Prin puncțiunea între a 4 și 5 vertebră lombară, injectăm 3 cm., soluție de cocaină 1%. Înainte de injecție, la cea mai mică gădilătură saū înțepătură, bolnavul acuză dureri.

După injecție: la 2 minute, reflexul plantar dispărut;

La 5 minute analgesia complectă la gambă și c \acute{o} psă.

La 10 " " " " a peleī scrotului și penisului.

La 15 minute analgesia se întinde până în nivelul ombilicului.

Operația consistând în cura radicală, procedeu lui Delapenière, a fost complect nedurer \acute{o} să.

Analgesia complectă până la omblic a persistat 3 ore după injecție. Sesibilitatea reapare treptat, treptat, începând de sus în jos, așa că sensibilitatea talpei piciorului nu revine de cât după 5 ore dela injecție.

Bolnavul a acuzat o ușoră durere de cap, care a dispărut complect după 1 oră, puțină gr \acute{e} ță, fără v \acute{e} rsături.

Bolnavul concediat vindecat după 6 zile, fără să acuze vre-o turburare.

Observația 2.— Bolnavul *Ion Radu*, de 18 ani, lăutar, a fost împușcat cu un revolver în cîmpsa dreaptă presintă: o plagă pe marginea externă a regiunii poplitee, iar prin radiographie constatăm că glonțul e înfipt în condilul extern al feumului.

Prin puncție lombară injectăm 4 c. m. c. soluție 1% cocaină. Algesia începe imediat, așa că după 5 minute gabele și coapsele sînt complet insensibile. După 6 minute organele genitale; după 10 minute abdomenul pînă la ombilie, sînt complet insensibile.

Operația. — Facem o incizie de 15 c. m. în regiunea poplitee; nervul sciatic popliten extern, ivit în plagă, e apucat și menținut cu un depărtător. Glonțul înfipt în condilul extern al femurului este scos cu mare dificultate, după ce mai întîi se extrag mai multe fragmente rupte ale condilului; articulația genunchiului este deschisă. Operația a durat 30 minute, în care timp bolnavul nu a manifestat absolut nici cea mai mică sensibilitate.

Analgesia absolută a durat 3 ore după injecție și a dispărut treptat

Inainte de injecție. T. 36³. P. 84. R. 24.

15 min. după injecție T. 36⁵. P. 108. R. 24.

6 ore „ „ T. 37. P. 96 R. 22.

20 ore „ „ T. 37. P. 94 R. 22.

La începutul și către sfârșitul operației, bolnavul a avut câte-va încercări de vărsături.

Absolut nici o turburare posterioară.

Observația 3.— Bolnavul *Stan Neacșu*, de 18 ani, plugar, prezintă un absces al regiunii anteriore a gambei drepte, ce se propagă pînă în regiunea poplitee și fenomene grave de septicemie, cu T. 41.

Prin puncțiunea lombară injectăm 1 c. m. cocaină 1%. După 17 minute dela injecție, nu am obținut nici un rezultat, de óre-ce bolnavul simpte aproape ca și înainte de injecție, pentru acest motiv îi fac o adoua injecție cu un c. m. c. soluție 1 la sută.

După 9 minute insensibilitatea gambei, bolnavul acuză dureri de cap și începe să verse.

După 10 minute insensibilitatea cõpsei și abdomenul până la omblic; dureri de cap, vërsături. Emisiunea materiilor fecale fără ca bolnavul să simtă eșirea lor.

Operația consistă în a deschide larg pe o lungime de 20 c. m., a explora cu degetul în tõtă întinderea regiunea poplitee. Insensibilitatea completă.

Bolnavul acuză continuu că se simpte rău, că are frig, că-î vine leșin.

Înainte de injecție. T. 38°. P. 84. R. 24.

După 5 minute de la a 1-a injecție. T. 38. P. 94. R. 24.

„ 8 „ „ „ P. 84. R. 14.

„ 15 „ „ „ P. 90. R. 24.

„ 30 „ „ „ P. 70. slab. Se face o injecție cu 0.20 gr. cafeină.

„ 35 „ „ „ P. 66. sl. Sensibilitatea încep să apară pe coapse.

„ 37 „ „ „ P. 58. slab. o a 2-a injecție cu 0.20 cafeină.

„ 40 „ „ „ P. 68. plin, puternic.

„ 60 „ „ „ P. 88, „ „ I se prescrie injecție cu 500 gr. serum.

De aci înainte bolnavul se resimte din ce în ce mai bine, iar pulsul rămâne la 80.

După 3 ore T. 39°. P. 95.

În tot restul zilei, bolnavul nu a mai acuzat nimic, de cât o ușoră durere de cap.

După 5 ore de la injecție T. 40°. P. 96

După 20 ore dela injecție T. 38°. P. 78.

Observația 4.— *Nae Dumitrescu*, de 46 ani, plugar, intrat în serviciu la 28 Decembre 1899.

Presintă pe facia internă și superiõră a gambei drepte o tumoră de mărime a 2 pumnii. Tumora e ulcerată, tare, aderentă de țesăturile profunde.

A 2 ȃi	„	T. 37 ⁴ .—37 ⁵ .
A 3 ȃi	„	T. 37 ³ .—37 ⁴ .
A 4 ȃi	„	T. 37 ³ .—37 ⁴ .
A 5 ȃi	„	T. 36 ⁸ .—37 ⁴ .

Observația 6.—*Christu Lazăr*, suferă de Hernie inguino-scrotală stângă. Tumora herniară de mărimea unei chitre, datează de 4 ani.

Operația 8 Ianuarie. Injecție în canalul rachidien cu 2 c. m. c. soluție de cocaină 1%. După 30 minute, ne obținând de cât analgesia până la baza cõpselor, se mai injectedă în canalul rachidien 1 c. m. c. cocaină. După 10' analgesia e completă până la ombilic.

În tot timpul operației bolnavul n'a simțit nimic și nici n'a știut că i se face operație. Cura radicală, procedeul lui Bassini durează 20'.

Înainte de injecție T. 37¹. P. 76. R. 34.

8' după injecție gamba și cõpsa complet anestesiata P. 78. R. 24.

20' se face a 2 injecție încă cu un c. m. c.

30' „ „ analgesia completă până la ombilic. P. 71. R. 24.

35' „ „ „ „ T. 36⁸. P. 70.

45' după injecție T. 36¹. P. 66. R. 24.

6 ore „ „ T. 38². P. 60. R. 22.

20 „ „ „ T. 37⁸. P. 76. R. 24.

A 2 ȃi seara T. 38⁵.

A 3 ȃi „ 37⁶. 38².

A 4 ȃi „ 37¹.

Acest bolnav nu a avut absolut nici un fenomen de cocainism, nici durere de cap.

După terminarea operației, am făcut o nouă punecție lombară prin care am extras 5 c. m. c. liquid cefalo-rachidien în care prin examenul chimic nu s'a constatat cocaina.

Observația 7.—*Dimitrie Constantinescu*, de 20 ani, conductor de tramvai, suferă de hernie inguinală dreaptă, încarcerată cu gangrena intestinului și absces stercoral. După cercetările asupra isto-

ricului boalei, reese că strangularea a avut loc cu 7 zile înainte de a intra în spital.

Inainte de operație T. 38. P. 78. R. 32.

Prin punctiune lombară injectăm 2 c. m. soluție 1% cocaină.

După 7' dela injecție, insensibilitate manifestă a gambelor.

După 18' " " cõpselle sunt insensibile însă pelea abdomenului fiind tot sensibilă se mai injectează încă un centimetru cub soluție.

După 25' dela prima injecție, anestesia complectă a regiunii inguino-scrotale, P. 102, R. 28. Se începe operația, care consistă în a deschide canalul inguinal ca pentru cura radicală, se resecă testiculul herniat cu tunicile scrotului care sunt acoperite cu sfaceluri, se resecă ansa intestinală gangrenată și se fixează în plagă ambele capete ale intestinului. Se micșorează orificiul inguino-abdominal făcând cusătura părților abdominale. Operația a durat 40' în care timp bolnavul nu a manifestat nici o durere.

În timpul operației bolnavul are vărsături fecaloide, pulsul 130, devine filiform. Se face bolnavului injecție cu ser 300 grame. După 2 ore i se mai face o injecție cu 500 grame ser.

6 ore după injecția cocainei T. 38. P. 98.

A 2 di " " " T. 37. P. 81.

A 3 di " " " T. 37. 38. P. 85.

Bolnavul a acuzat dureri de cap, timp de 6 ore după operație.

Observația 8. — *Elena Constantinescu*, de 30 ani, intrată în serviciu la 10 Ianuarie, suferă de *ruptura perineului*. Acesta ruptură datéză de 5 luni și e survenită în urma unui faceri laborioase. Ruperea intereséză furca vulvei, și jumătatea perineului.

Inainte de operație T. 37. P. 90. R. 30.

Facem mai întâi o punctie lombară prin care extragem 3 c. m. cubi liquid rachidien, apoi injectăm 3 c. m. c. soluție cocaină 1%.

Inainte de injecție. T. 36. P. 78. R. 24.

După 10' dela injecție, analgesia cõpselor.

" 15' " " " " și pielei abdomenului se începe operația care constă în perineoraphia procedul lui Lawson Tait. Operația duréđă 20'.

După 25' dela injecție, analgesia se întinde deasupra ombilicului până la mamele. T. 26^b. P. 136. R. 48.

„ 30' greață, vărsături.

„ 55' T. 36³. R. 24. P. 96, însă filiform, bolnava acasă o neliniște și o slăbiciune generală; i se face o injecție cu cafeină 0,20. Încet, încet bolnava se simte mai bine, dar are cefalgii care le simte până a doua zi.

După 30' T. 36⁹. P. 84, R. 24. Insensibilitatea deasupra ombilicului, încă persistă: Seara T. 37⁵. A 2 și T. 37^a—37^b. A 3 și T. 36⁸—37⁴.

Observația 9. — Bolnavul *Dumitru Pârcdlăbescu*, de 16 ani, suferind de *tumoră albă a genunchiului drept* cu anchilosa în unghiū ascuțit. La 27 Ianuarie îi facem o injecție în canalul rachidien cu 0.01 gr. sol. cocaină 1%,

Înainte de injecție P. 168. T. 36³. R. 24.

După 5 min. gamba și cóspele insensibile.

„ 10 min. organele genitale insensibile.

„ 12 min. reducem anchilosa prin manopere de extensiune forțată. În timpul reducerii se produc cragmente puternice indicînd ruperea aderențelor fibróse. Aplicăm un bandagiū gipsat. În tot timpul operației bolnavul n'a avut nici cea mai mică senzație de durere.

După 25 minute bolnavul începe a avea gréță și vărsături; pupilele mai dilatate.

După 4 ore bolnavul are un frison și începe a avea dureri mari cari devin din ce în ce mai violente.

Séra T. 37⁸. P. 120. Bolnavul acasă dureri mari de cap care persistă și a 2 și. A 3 și totul e normal.

Observația 10. — Bolnavul *Andreas Bauer* de 38 ani, suferind de *Hidrocelul stâng*, voluminos. La 2 Februarie injectăm 0.02 gr. soluție cocaină 1%.

Înainte de operație T. 37^a. P. 86.

Dupe 2 minute gamba insensibilă.

„ 5 „ cóspele insensibile.

„ 8 „ organele genitale insensibile.

„ 12 „ practicăm operația, fără ca bolnavul să simtă ceva.

Operația consistă în cura radicală procedeul Delagenière. După 20 minute de la injecție, începe a avea vertigiū, grătă și după 30 minute începe a avea vërsături. P. 76.

Peste 4i are mari dureri de cap. Aceste dureri persistă 2 zile cu tôte că în fie-care 4i lua câte 1½ gram antipirină. In séra 4ilei de operație T. 39. P. 80.

A doua 4i diminéța T. 37^s. P. 82. Séra T. 37: P. 80. A doua 4i totul intră în stare normală.

Observația 11. — Bolnavul *Vasilie Smilcasoff*, de 34 ani, suferind de *Hernie inguinală dréptă*. La 8 Februarie i se face injecțiune intra-rachidiană cu 0.015 gr. soluție cocaină 1 la sută. După 10 minute anestesia piciórelor, după 15 anestesia gambelor. După 20 minute ne obținând anestesia regiunei de operat, și fiind grăbit de alte operațiuni urgente, etherisăm bolnavul fără a mai aștepta și operăm. Séra a avut T. 39^s. A doua 4i diminéța T. 37^s.

Observația 12. — Bolnavul *Costache Sandu*, de 41 ani, suferind de *cancer al penisului*. I se injectéză în canalul rachidian 0.015 gr. soluțiune 1 la sută cocaină. Bolnavul e förte emaciat, penisul distrus, în jurul urethrei o cloacă cancerósă cu infiltrația țesuturilor vecine. T. 37^s. P. 90.

După 5 minute anestesia completă a cöpsei.

După 10 minute anestesia regiunei pubiene. Se face operațiunea care consistă în emasculația completă. Operația a durat 30 minute și bolnavul n'a avut nici cea mai mică durere, în tot timpul operațiunei, nici vërsături, nici grețuri. Séra T. 40. P. 86. A doua-4i diminéța T. 38^s. P. 88. Séra T. 38, și de aci înainte scade la normală. A doua 4i de la operație, bolnavul a avut puține dureri de cap și agitație. Bolnavul s'a vindecat fără nici o complicație tardivă.

Observația 13. — Bolnavul *Cristu Lazăr*, de 45 ani cu diagnosa *Hernie inguinală stângă*. I se injectează în canalul rachidian 0.02 gr. sol. 1 la sută cocaină. După o așteptare de 20 minute, neobținând anestesia regiunei de operat, se mai injectează încă 0.01 gr. soluție. După 5 minute de la a 2 injecție, anes-

tesia regiunii inguino abdominală fiind completă, se face cura radicală fără ca bolnavul să simtă cea mai mică durere. Înainte de operație; T. 37°. P. 72. Seara T. 38. P. 60. Bolnavul n'a avut nici vărsături nici dureri de cap. A 2 și Temperatura D. 37°. S. 38°. Bolnavul a avut un frison. A 3 și totul revine la normal.

Observația 14.—Același bolnav pentru hernie inguinală în partea opusă. Il operăm după o lună. Injectăm în canalul rachidian 0.015 gr. cocaină 1 la sută. Anestesia regiunii inguino-abdominală e completă după 15 minute. În tot timpul operației bolnavul n'a avut nici durere nici vărsături nici o senzație particulară. Peste și a avut un frison și puțină durere de cap.

Înainte de operație T. 37°. După operație T. 38; A 2 și T. 37°. 38. A 3 și și următoarele T. normală.

Observația 15.—Femeia *Maria Cârstea*, de 24 ani cu diagnosticul *Osteo-artrită tuberculoasă a articulației tibito-arsiene dreaptă*. Injecțiune cu 0.015 gr. soluție 1 la sută cocaină. Anestesia completă a gabei se obține după 20 minute. După 23 minute se procedează la operație, care consistă în resecția tibio-tarsienă și metatarsienă. Operația complet indoloră. Nu putem bine stabili efectul injecției asupra temperaturii, de ore ce temperatura era foarte ridicată și înainte de operație (între 37°—38°); după operație a variat în aceeași limită maximă și minimă. Pulsul a variat între 72-80 în ziua operației. Bolnava a avut dureri de cap și greață fără vărsături. În timpul operației i s'a dat infuzie de cafea.

Observația 16.—Aceași bolnavă. După 35 zile de la prima operație se face amputația gabei. Se face injecție intrarachidiană cu 0.02 gr. cocaină. Înainte de această injecție se dă 0.50 gr. antipirină și i se face o injecție cu 0.01 gr. cafeină. După 10 minute gamba este complet anesteziată.

Se face amputația la locul de elecție. Operația complet insensibilă. În timpul operației bolnava acuză dureri de cap și varsă. I se mai injectează 0.01 cafeină. La o oră după începerea operației bolnava începe să simtă înțepăturile pielei boltului

După această a 2 operație temperatura e mai mică ca înainte căci T. de 38—40 pe care o avea bolnava, ținea la supurația ce o avea. Nicî o complicație ulterioară.

Observația 17. — Femeia *Paraschiva Ghincian*, de 25 ani cu diagnosa *Picióre varus*. Inainte de operație T. 37 P. 72.

I s'a făcut injecție intrarachidienă cu un gr. soluție cocaină 1 la sută. Anestesia gambei se produce după 8 minute. Operația începe după 10 minute și consistă în tarsectomia anterioară externă. Operația durează 30 minute.

Către sfârșitul operației în timpul cusăturii lambourilor pielei, sensibilitatea revine, așa că bolnava acuză dureri. De și doza de cocaină a fost foarte mică, totuși bolnava a avut fenomene de cocainism: greață, vărsături, tendință la lipotimii și cafelalgii, cea ce a necesitat injecții cu ser și cafeină. P. 68. Seara în ziua operației T. 39°. A 2 zi temperatura a căzut la normale.

Obsevația 18 — Femeia *Frusina Costache*, de 17 ani cu diagnosa de *sarcom multiplu al întregului membru inferior drept*.

Inainte de operație T. 37°, P. 90 plin.

I se injectează în canalul rachidien 0.02 gr. cocaină 1 la sută. După 12 minute analgesia e completă până la fese. După 15 minute se începe operația care consistă într'o incisiune de la gaura ischiatică până la mușchii soleari și o direcție anatomică, ca și pe un cadavru a tumorei sarcomatoase care înglobase nervul sciatic și vasele, de la osul iliac până la gambă. Operația extrem de dificilă a durat o oră și jum. In tot timpul acesta, bolnava varsă, acuză leșin, i se pare că móre, fața'i este palidă acoperită de sudori, pulsul devine filiform. Operația nu e întreruptă de loc, însă i se face bolnavei 3 injecții cu cafeină (0.30) și 500 gr. ser. Anestesia a fost perfectă tot timpul operației afară numai de pelea cõpsei care începe a fi sensibilă către finitul operației.

Séra T. 40°. P. 80. A 2 zi dimineța T. 37°. P. 82. A mai avut puțină durere de cap. A 3 zi totul revine la normal.

Observația 19. — Bolnavul *Bohoss Meridan* de 40 ani cu diagnosa de *hernie inguinală stângă*. Injecție intrarachidienă cu 0.02

grame sol. 1 la sută cocaină. Înainte de injecție i s'a dat 1 gram antipirină și i s'a injectat 0.05 gr. cafeină.

Anestesia regiunii inguinale se obține după 10 minute. Operația (cura radicală) a fost făcută fără ca bolnavul să aibă cea mai mică senzație de durere. N'a avut nici o turburare în timpul operației. Temperatura înainte de operație 37^o seara după operație 37^o. Bolnavul are dureri de cap care dispar a doua zi de dimineță. A 2 și T. 37^o, 38^o. A 3 și temperatura normală.

Observația 20.— Bolnavul *Niță Stan* de 37 ani suferind de *gangrena piciorului drept*. Prin injecțiune de 0.02 cocaină în canalul rachidian, i s'a putut face amputația gâmbei la locul de elecție, fără ca bolnavul să simtă vre-o durere. În séra de operație a avut o ascensiune termică de 6 diviziuni de grad (376) iar a 2 și T. a fost normală. N'a avut nici vîrsături nici dureri de cap.

Observația 21.— Bolnavul *Avram Ițic* de 25 ani croitor, cu diagnosa: *degete în formă de ciocan* (degetul II) *de la ambele picioare*. Injecția intrarachidiană cu 0.015 soluție 1 la sută cocaină. Anestesia piciorului după 4 minute. Operația începe după 7 minute, și durează 30 minute pentru ambele picioare. Se face resecția și cusătura capetelor falangelor. Bolnavul n'a avut ascensiunea termică după injecție, de cât cu 4 diviziuni de grad, a avut însă o durere de cap foarte violentă care a persistat 3 zile, cu toate că și înainte și după injecție i s'a dat antipirină și cafeină.

Observația 22.— Bolnavul *C-tin Purcea* de 18 ani cu diagnosa de *osteită cronică a extremității inferioare a tibiei*. Injecție intrarachidiană cu 0.02 gr. soluție cocaină. Înainte de injecție i se dă un gram antipirină și 0.05 grame cafeină. Anestesia completă a gambei după 5 minute. Operația consistînd în resecția extremității inferioare a tibiei, a durat 20 minute. Bolnavul n'a simțit absolut nici ascensiune termică după operație, nici vîrsături, numai ușoră cephabe care a dispărut după câteva ore. Reunirea plăgei per priman.

Observația 23.— Bolnavul *Herman Veinstoc* de 70 ani cu diagnosa *hernie inguinală dreaptă*. Temperatura 37. P. 100. I se

dă 0.50 grame antipirină și 0.25 grame cafeină (injecție). I se injectează în canalul rachidian 0.02 gr. cocaină 1 la sută. După 10 minute regiunea inguino-abdominală complet insensibilă. Se face cura radicală procedeul Bassini.

La jum. oră după operație începe a avea vărsături și cefalgii.

La 4 ore după operație a avut un frison și ascensie termică 39°. Cefalgia durează pînă a doua zi. A 3 zi are intermitență în puls, care e complet combătută prin digitală.

Observația 24.—Bolnavul *Filip Moscovici* de 30 ani cu diagnosa *hernie inguinală stângă*. T. 37°. P. 70. Injecție cu cocaină 0.015. Anestesia regiunii inguino-abdominală după 10 minute. Operația complet insensibilă. N'a avut nici o turburare nici ascensie termică, nici dureri de cap, nici vărsături.

Observația 25.—Bolnavul *Ion Poenaru* de 34 ani cu diagnosa *hernie inguinală stângă*. T. 37. P. 100. I se dă 1 gram antipirină și 0.20 gr. inject. cu cafeină. I se injectează în canalul rachidian 0.02 grame cocaină. Anestesia după 10 minute. Bolnavul foarte emoționat are o tremurătură intensă, înainte de injecție, care persistă pînă după operație. Operația nedureroasă. După operație bolnavul a avut tendința la lipotimie, dureri de cap violente, greață, sughiț, sete intensă. Seara a avut T. 38°. P. 84. Cefalgia a dispărut complet a 2 zi spre seară.

Observația 26.—Bolnava *Elisa Rosenberg* de . . . ani, cu diagnosa de *Ankiloza tibiotarsiană și tibiofemurală*. T.P. Înainte i se dă antipirină și cafeină. Injecție în canalul rachidian cu 0.02 grame cocaină. După 10 minute anestesia completă a gambei și a cîmpsei, așa că putem executa mișcările de mobilizare în cele 2 articulații bolnave. Aceste mișcări care înainte de injecție erau de o sensibilitate dureroasă extremă, pot fi executate în ori-ce grad, fără ca bolnava să aibă vre-o durere.

Observația 27.—Bolnavul *Tudor Niță* cu diagnosa *gangrena unui bont al piciorului stîng*. I se dă 0.50 gr. antipirină și 0.05 (injecție) cu cafeină. I se injectează în canalul rachidian 0.020 gr. cocaină 1 la sută. După 5 minute există deja anestesia pi-

ciorulul și a gabei, după 10 minute începem operația care consistă în amputația gabei la locul de elecție. În tot timpul operației bolnavul n'a manifestat nici o senzație de durere, n'a avut nici un simptom de cocainism. În tot timpul dăile și dăilele următoare, de asemenea n'a avut nici o altă turburare de cât dureri de cap cari au dispărut complet a doua și séra. Temperatura s'a ridicat dela 37 la 38^s și a căzut la normală în ziua a doua următoare.

Observația 28. — Bolnavul *Mihail Popescu*, de 24 ani, cu diagnosa *adenită inguinală supurată dreaptă*.

Înainte de operație T. 37, P. 96.

Injectie intrarachidiană cu 0.015 cocaină. I se dă antipirină 1 gram și o injectie cu 0.05 cafeină.

Anestesia gabei după 5 minute. Anestesia cõpsei după 20 minute. Operația începe după 25 minute. Bolnavul acuză puține dureri la începutul operației care consistă în extirparea completă a pachetului ganglionar.

În timpul operației n'a avut nici o manifestație de cocainism. Seara, în ziua operației T.

TECHNICA OPERATÓRE

În privința tehnicei ce am urmat, trebuie să spunem că ne-am servit tot-d'auna de soluțiune de cocaină muriatică 1 la sută.

Doza întrebuintată a variat între 1-4 centigrame, pe care am injectat'o cu o seringă Pravaz, cu un ac subțire și lung și de 7—8 centimetri. Prin experiențe repetate pe cadavru am putut constata că un ac numai de 7 c.m. rareori poate să ajungă până în canalul rachidian.

Puncțiunea o facem între 4 și a 5 vertebră lombară, mai rare ori între a 5 vertebră și sacrun și anume la persõnc prea grase și cu musculatura prea desvoltată.

Pozițiunea bolnavului este decubit lateral, cu gabele flectate pe cõpse, cu cõpsele flectate pe abdomen, cu capul îndoit pe toracé, sau pozițiunea ședândă, bolnavul fiind îndoit de mijloc spre nainte așa încât curba formată de regiunea lombară să fie cât de aparentă înapai.

Când la prima împunsătură nu cădea exact în spațiul intervertebral, scótem acul și reînoinm funcția în loc de a face mișcări de căutare, care ne expune la frîngerea acului.

Puncțiunea o facem cu siringa gólă așa că prin aspirațiune să putem obține liquid cefalo-rachidien, semnul sigur că ne găsim în sacul dural. Lăsăm acul pe loc, încărcăm siringa și injectăm cantitatea dorită.

CONCLUȘIUNE

Din expunerea succintă a acestor observațiuni putem conchide :

1) Puncțiunea lombară prin ea însăși este inofensivă și nu expune pe bolnav la nici un accident imediat sau depărtat; tehnica este simplă și ușor de executat.

2) Injecțiunea de soluțiune de cocaină în canalul rachidien este în stare să producă anestezie complectă a jumătăței subombilicale a corpului, așa că putem executa operațiuni cât de mari, fără ca bolnavul să simtă.

3) Acéstă anestezie este complectă și duréză timp suficient pentru a executa o operație ori cât de lungă.

4) Doza de cocaină necesară, nu se póte încă precisa, de óre ce în unele casuri am obținut anestezia complectă cu doze relativ mici, pe când la alți bolnavi aceeași doză a fost insuficientă. Totuși, cu cât operațiunea va fi executată mai spre picior, cu atât se cere o doză mai mică și cu atât efectul va fi mai repede.

5) Turburările de intoxicație se observă la toți bolnavii, dar aceste turburări nu sunt în raport nici cu cantitatea de soluție injectată, nici cu vârsta, ci depind mai mult de o stare de susceptibilitate individuală.

6) Turburările de intoxicație sunt de multe ori foarte intense așa ca să ne facă atenți atât în timpul cât și după operație.

7) Cefalalgia este un simptom ce se observă la toți bolnavii, pe când ascensiunea termică, care la unii bolnavi ajunge până la 40°, este inconștientă.

8) Alte turburări de cocainism, cum d. e. vărsăturile, dilatarea pupielor și uscarea gâtului, sunt inconstante și fără gravitate.

9) Antipirina și Cafeina, luate înainte de puncțiune, nu au ferit pe bolnavi de accidentele de cocainism.

10) Intoxicarea cu cocaină, în acest mod de experimentare, nu se face pe calea circulatorie ci prin acțiunea directă a liquidului asupra bulbului. Experiențele pe animale ne-au arătat că este un fel de difuziune a cocainei în regiuni din ce în ce mai superioare ale canalului rachidien, așa că asistăm la întinderea anesteziei pe regiuni din ce în ce mai superioare, până la torace, membrele superioare și chiar până la cap; dar tot de o dată, din ce în ce fenomenele bulbare ca: slăbirea și răirea pulsațiilor cordului, contractiunea extremităților și chiar convulsiile devin din ce în ce mai intense. Ast-fel, la iepuri s'a putut obține cu doze relativ mici de cocaină, anestesia toracelui, a membrilor anteriori și a gâtului, dar în unele casuri, animalele au sucombat după câte-va ore, atunci când fenomenele bulbare fuseseră prea intense.

11) În fine, credem că numărul observațiilor citate până acum în știință, de acest procedeu de analgesie, ne autoriză să experimentăm mai departe acest procedeu, nu ne dă însă dreptul nici de a-l combate, nici de a-l numi procedeu inofensiv, până când mii de observații nu ne va arăta adevărul. În tot cazul este bine să se știe că sărurile de cocaină, fiind foarte toxice, când produc accidente, acesta constituie un pericol pentru bolnavi, căci aceste accidente nu se pot combate cu așa înlesnire ca accidentele produse de Chloroform și Ether.

XXXVII-a LECȚIUNE

UN NOU PROCEDEU PENTRU OPERAȚIA BUZEI DE EPURE

Domnilor,

Diferitele forme ce p \acute{o} te lua despicătura congenitală a buzei superioare, au făcut pe chirurghi a modifica cât de mult felul procedeele operatorii, pentru a remedia la această infirmitate, pe atât de neplăcută pe cât este de supărătoare în actul nutrițiunei, de la vârsta cea mai frageată până la bătrânețe.

Acastă despicătură congenitală, putând fi mai mult sau mai puțin pronunțată și calea sângerindă fiind singurul meșloc de îndreptare, chirurghi au multiplicat procedeele operatorii, de unde a rezultat un număr îndestul de mare, având fie-care avanta-gele și inconvenientele lui.

Dintre multele procedee, cinci numai au r \acute{e} măs a fi mai bune și au intrat în practica curentă, pentru ca astăzi să fie cunoscute de toți operatorii.

1. Procedeu lui *Clemote* (de la Rochefort), mult recomandat de *Malgaigne*.

2. Procedeu lui *Nélaton-Henry* (de la Nantes).

3. Procedeu lui *Mirault* (d'Angers).

4. Procedeu lui *Lannelongue*.

5. Procedeu lui *Giroldés*.

În toate casurile, cea d'ântăiū preocupare a chirurgilor a fost de a lăsa după operație o diformitate cât se p \acute{o} te mai puțin vișibilă. Cea mai frecuentă din aceste diformități, ce pot ră-

mâne după operație, este o despicătură pe buza superioară, care este mai puțin neplăcută ca despicătura primitivă, totuși este vișibilă și neplăcută, de aceea autorii procedeele au căutat fiecare a face să dispară această creștătură sau să fie cât se va putea mai puțin vișibilă.

În cât priveșce pe bărbați, este un noroc că mustățile s'ar putea arangea așa în cât să o ascundă, pe când la femei, lipsind acest decor natural, ori cât de mică ar fi creștătura ea tot devine un semn neplăcut.

Pentru a ajunge la acest rezultat, *Clemot-Malgaigne*, lasă

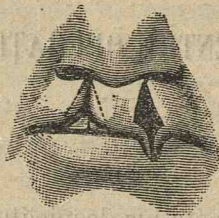


Fig. 1
Procedeeul Clemot-Malgaigne

cele două lambouri aderente pe marginea buzei; *Nélaton-Henry*, pentru mai multă siguranță, recomandă a le lăsa împreunate la partea lor superioară, așa în cât, când le răsturnăm în jos, se formeză o plagă romboidală regulată. Aceste procedee au un mare inconvenient că lasă două creștături plus un tubercel pe marginea buzei, care este cu atâta mai neplăcut, cu cât el se află tot-d'a-una la una din părțile laterale ale liniei mediane.

Procedeeul lui *Mirault*, precum și modifiția lui, adusă de



Fig. 2
Procedeeul lui Mirault.

Profesorul *Lannelongue*, cu drept cuvînt este de preferat celui de

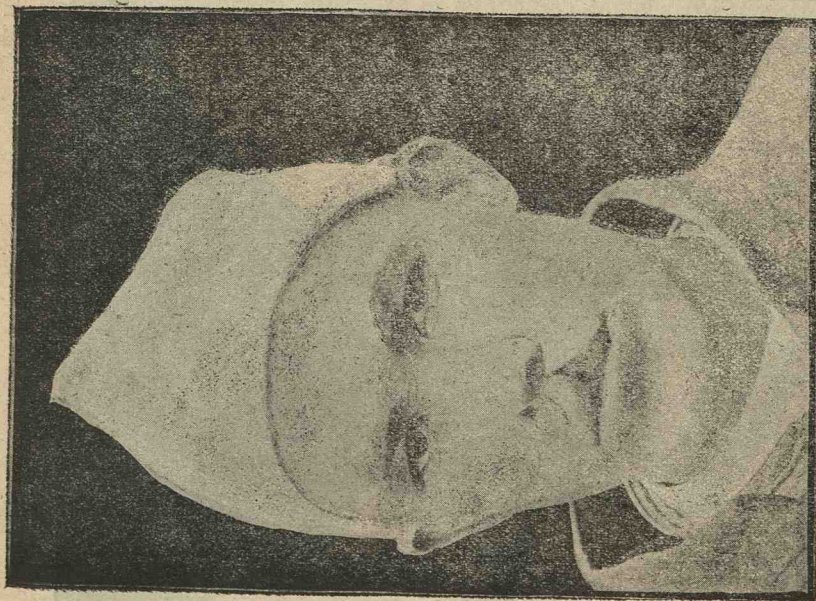


a. Înainte de operație



b. După operație

Fig. 11. Buza de epure



a. Înainte de operație

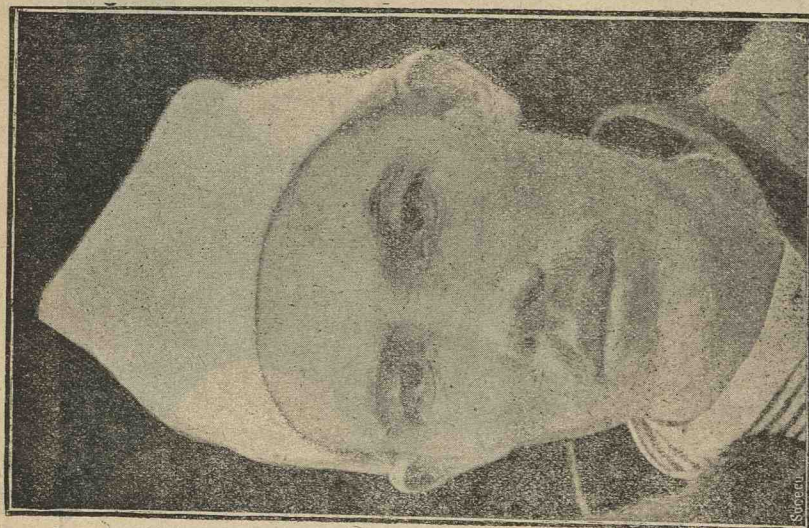
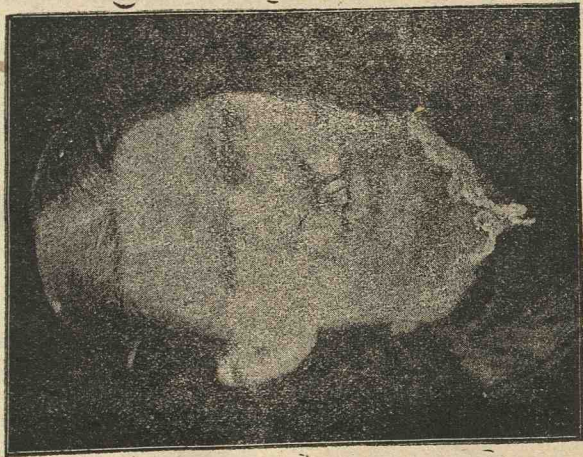


Fig. 12. Buza de epure

După operație



a. Înainte de operație



b. După operație

Fig. 13. Buza de epură

TABLA DE MATERII

	Pagina
Medicii și spitalele	1
Noțiuni generale despre patologia și clinica chirurgicală	13
Despre corpi străini în cavitatea abdominală după laparotomie	25
Despre tracheotomie și accidentele ei	39
Despre trei forme de suturi chirurgicale	51
Despre tratamentul hipertrofiiei prostatice	57
Delirul traumatic	65
Despre tracheotomie și accidentele ei	83
Despre antisepsie	91
Idem	97
Despre antisepsie în general	101
Antisepsia personalului medical	111
Antisepsia bolnavilor	119
Despre antisepsie, sala de operație	127
Idem, antisepsie	133
Idem, antisepsia specială a femeii	143
Despre lipomele dureroase	151
Lithotritia perineală	157
Despre diagnostic în cazuri de piatră în vesica urinară	163
Despre catheterism	177
Despre phlegmon și absces perinephritic	183
Despre kyste hidatice ale ficatului	193
Despre degerături (congelatii)	201
Despre arsuri (combustii)	205
Fracturile radiului	215
Despre piciorul strâmb	227
Despre anestezie	239
Diagnosticul în chirurgie	269

	Pagina
Sphygmographul	579
Despre corpi străini perduți în căile aeriene	285
Despre trei forme de suturi	293
Rezecția maxilarului superior	301
Despre fragmentarea spontană a calculilor urinare	313
Despre elephantiasisul organelor genitale bărbătești	321
Modificațiunile de instrumente și instrumente noi de chirurgie	337
Analgesia chirurgicală prin injecțiuni de cocaină în canalul ra- chidian.	343
Un nou procedeu de operație a buzei de epură	359

TABLA DE MATERII

Pagina	
1	Medicină și spitalele
13	Notiuni generale despre patologia și clinica chirurgiei
27	Despre corpi străini în cavitatea abdominală după laparotomie
39	Despre treceotomie și necrotomia ei
51	Despre trei forme de sinus chistice
57	Despre tratamentul hipertrophiilor prostatei
65	Delirul traumatic
83	Despre treceotomie și accidentele ei
91	Despre antiseptic
97	Idem
101	Despre antiseptic în general
111	Antiseptia personalului medical
119	Antiseptia bolnavilor
127	Despre antiseptia sala de operație
133	Idem antiseptic
143	Idem în timpul operației
151	Idem în timpul operației
157	Despre antiseptic
163	Libroterapie
177	Despre chimia în cazul de pînă în vesica urinară
183	Despre catartism
188	Despre plicomon și abcese peritriche
201	Despre kystele hidatice ale testicului
205	Despre degetarii (condarii)
215	Despre arsură (combur)
227	Tratamentele radiului
239	Despre piciorul strâmb
267	Despre anestezic
289	Diagnosticul în chirurgie

