

CONTRIBUȚIUNI
LA
STUDIUL INFECȚIUNEI
ORGANELOR GENITALE ALE FEMEII

DE

DR. G. C. NANU

DE LA FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN PARIS

MEDIC SECUNDAR AL PRIMEI DIVIZIUNI CHIRURGICALE DIN SPITALUL COLȚEA
ȘI CAP DE CLINICĂ CHIRURGICALĂ

FOST MEDIC SECUNDAR ÎN SERVICIUL CHIRURGICAL DIN SPITALUL FILANTROPIA
ȘI FOST CAP AL LUCRĂRILOR DE ANATOMIE NORMALĂ LA FACULTATEA DE MEDICINĂ
DIN BUCUREȘCI



BUCUREȘCI
TYPOGRAPHIA GUTENBERG, JOSEPH GÖBL

23, STRADA DOAMNEI, 25

1893

CONTRIBUȚIUNI
LA
STUDIUL INFECȚIUNEI
ORGANELOR GENITALE ALE FEMEEI

DE ACELAȘ:

Ostéomes sous-périostiques de la mâchoire inférieure. (Thèse inaugurale, Paris 1884).

Fracturi complicate în număr de 16; tratamentul și pansamentul lor în serviciul chirurgical din spitalul Filantropia (Analele medicale române, No. 9, Martie 1887. În colaborație cu D-l Dr. Leonte).

Tratamentul afecțiunilor tuberculose chirurgicale prin injecțiile cu eter iodoforinat («Progresul medical român», 19 Dec. 1887 și 9 Ian. 1888).

Onze cas de fractures traitées par le massage à l'hôpital Filantropia (Archives Roumaines de méd. et de chir. No. 4, Jan. 1888. În colaborație cu D-l Dr. Leonte).

Un cas de nevralgie inveterată a trigemenului vindecat prin elongația și resecția nervului. (Revista «Spitalul» No. 3, Martie 1888).

Tratamentul antraxului și al furunculului. («Spitalul» No. 2, Febr. 1888).

Un cas de laparotomie exploratrice pentru un papilom proliferant exogen al ovarelor. («Spitalul» No. 1, Ian. 1889).

Bacilul lui Koch în kystele cu grăunțe riziforme. («Spitalul», No. 7, Iulie 1889).

Traumatism și neoplasme maligne. («Spitalul», No. 7, 9 și 10, Iulie, Aug. și Oct. 1889).

Dare de sémă asupra operațiilor executate în serviciul primei clinici chirurgicale din spitalul Colțea, în cursul anului 1889 și a ultimilor două luni din anul 1888, (În colaborație cu D-l profesor Severeanu).

Tracheotomia preliminară în operațiunile asupra extremității superioare a căilor respiratorii și alimentare. («Spitalul», No. 12, Iunie 1890).

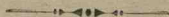
Câte-va cuvinte asupra Kefirului-Kumis. («Spitalul», 1888).

Despre peritonii. (Memoriu, prezentat la concursul pentru ocuparea postului de cap al lucrărilor anatomice la facultatea de medicină din Bucuresci, 1888).

Al șaselea congres frances de chirurgie. («Spitalul», No. 8, Aprilie 1892).

Colorarea biologică ca mijloc de tratare a afecțiunilor chirurgicale și mai cu sémă a tumorilor maligne. («Spitalul», No. 3, 4, 5, 6 și 9 din Febr., Martie, Mai 1892).

Le traitement des tumeurs malignes par la pyocyanine. (Congrès français de chirurgie, 6-e session. Paris, 1892. Séance du 20 Avril).



Un raport. Max in sum de describi

Nov. 1922

Strina h considerati

Le vanu

Nov. 1747i.

CONTRIBUȚIUNI



LA

STUDIUL INFECȚIUNEI

ORGANELOR GENITALE ALE FEMEEI

DE

B326091

DR. G. C. NANU

DE LA FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN PARIS

MEDIC SECUNDAR AL PRIMEI DIVIZIUNI CHIRURGICALE DIN SPITALUL COLȚEA
ȘI CAP DE CLINICĂ CHIRURGICALĂ

POST MEDIC SECUNDAR ÎN SERVICIUL CHIRURGICAL DIN SPITALUL FILANTROPIA
ȘI POST CAP AL LUCRĂRILOR DE ANATOMIE NORMALĂ LA FACULTATEA DE MEDICINĂ
DIN BUCUREȘCI

23145
54182

*Fost medic primar al hospiciului Pantelimon
Actualmente dinuery primar la spitalul Filantropia*



BUCURESCI

TYPOGRAPHIA GUTENBERG, JOSEPH GÖBL

23, STRADA DOAMNEI, 25

1893

16.6

10

CONTROL 1953


1956

1961

L

PC85/06

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITĂȚII
BUCUREȘTI
COTA 17 471

B.C.U. Bucuresti

C23145

INTRODUCERE

Infecția căilor genitale ale femeii este o pagină, dintre cele mai interesante a infecției chirurgicale. Cu toate acestea, până astăzi nu s'a întreprins încă un studiu complet în scop de a elucida origina sa, modul cum invadează organele; leziunile ce le produce, indicațiile de tratare ce poate să ne procure, etc. Într'un cuvânt, nimene nu s'a încercat încă de a privi infecțiunea în mod general și sub toate aspectele, cu care se presintă în organele genitale.

Acésta se explică, prin aceia că ne încredem atât de lesne în teoria infecției, încât o acceptăm *à priori* și fără multă demonstrație. Adică, ea ni se pare desul de firască și adevărată, pentru ca să mai simțim necesitatea de a descinde în analiza amănuntelor sale.

Dar, acésta stare a spiritului nostru și o asemenea convingere preconcepută, pot să ne conducă în eróre; căci pe de o parte nu ne stimulează de a fi cât mai

scrupuloși în investigațiile ce facem pentru a stabili o bună diagnosă, iar pe de alta, ne îndeamnă la intervențiunii îndrăsnețe, fără a le cunósce bine indicațiile.

Și, dacă considerăm afecțiunile infecțioase ale organelor genitale, ne convingem lesne, că cestiunile cele mai obscure, privitoare la aceste boli, sunt tocmai diagnosa și indicațiile tratamentului. Ca probă despre acesta, n'avem decât să reamintim numeroasele erori de diagnosă, precum și nepotrivirea operațiilor cu gravitatea casurilor ce se observă zilnic.

Deci, cunósckerea exactă a infecțiunei trebuie să ne preocupe și iată pentru ce ne am decis a întreprinde lucrarea de față.

Nu ne facem ilusia că studiul nostru, va răspunde la desideratele de mai sus; căci astăzi, problemul infecțiunei are încă o sumă de necunoscute și el nu va putea fi rezolvat, decât prin silințele clinicianilor îndoite de acelea ale bacteriologilor; dar vom fi mulțumiți dacă din expunerea ce facem va reeși cel puțin importanța, ce pôte avea cunósckerea amănunțită a infecției căilor genitale. In fine, satisfacția noastră va fi și mai mare, dacă o asemenea lucrare modestă va putea sugera cui-va dorul de investigaři noi.

Metoda ce vom urma în expunere, este cea care convine pentru oricare infecție în genere. După o examinare sumară a construcției căilor genitale, privită din punctul de vedere al infecțiunei, vom face cunoscință cu microbii care sunt óspeți de toate țilele saú

vin numai în mod accidental în căile genitale; vom cerceta de unde provin ei, neregulele ce cauză și în fine, ne vom sili să arătăm care sunt mijlocele de care dispunem pentru a restabili ordinea.

Înainte de a termina, trebuie încă să mai adăugăm, că tot ce expunem este relativ la infecțiune în genere; iar nu la fie-care afecțiune infecțioasă în parte. În adevăr, a studia cauzele, simptomele, diagnosa și tratamentul pentru diferitele inflamații infecțioase, a fiecărui segment din care se compune canalul genital, ar fi a cuprinde în lucrarea de față cea mai mare parte din patologia organelor genitale femeesci. Acesta nu a fost scopul nostru.



ISTORIC

Înainte de erea microbiene, cauzele afecțiunilor inflamatorii ale uterului și ale anexelor sale, erau obscure. Frigul, traumele, mersul și raporturile sexuale precoce după naștere, afecțiunile organelor toracice, dar mai cu seamă influența diateselor, a temperamentului și susceptibilitatea acestor organe de a se inflama, erau în onoare. «Când în urma unui avort se îmbolnăvea o femeie» zice Terrillon «ceea ce astăzi se pune pe seama incuriei și a necurăteniei, mai înainte se atribuia răcelei, raporturilor sexuale precoce, mersului prematurat, etc.» Ca consecință a acestor vederi, în etiologia afecțiunilor organelor genitale femeesci, terapia nu se adresa la cauze, ci la simptomele predominente. Tratatamentul mai adesea, era medical, căci antisepsia și asepsia nu se cunoscău încă; iar tentativele operatorii, dădeau rezultatele cele mai defavorabile și erau urmate de mărte adese-ori prin peritonită, flegmon pelvian sau infecție purulentă.

«Les questions doctrinales» zice Trelat ¹⁾ «tenaient alors une large place. L'engorgement, la fluxion, la

¹⁾ Th. A. Emmet. La pratique des maladies des femmes, trad. în franc. după a 3-a ediție de A. Olivier. Paris 1887 p. V.

congestion, l'inflammation, l'ulcération étaient l'objet d'interminables chapitres, et suivant le choix ou la doctrine de l'auteur, la médication générale devenait anodine, révulsive, expectante ou antiphlogistique.»

Doctrina germenilor, care datează de la nemuritoarele experimente ale lui Pasteur asupra fermentațiilor, a avut mare resunet în chirurgia organelor genitale. Ea a schimbat cu totul concepțiunile de patogenie. Cestiunile doctrinale de mai înainte au perdut treptat din ce în ce mai numeroși dintre adepții lor și îngorjarea, fluxiunea, congestia, inflamația, ulceratia, care preocupau spiritele, au făcut loc teoriei microbilor; iar medicația anodină, expectantă sau antiflogistică, care erau singure în onoare altă dată au dispărut înaintea unui tratament adevărat chirurgical. Diatesele au fost curând reduse la rolul de simple cause adjuvante și metodele terapeutice au devenit din ce în ce mai active, mai îndrăznețe, iar rezultatele lor mai satisfăcătoare. În fine, operațiunile asupra abdomenului au contribuit în mare parte la acest progres; căci numai de când se face laparotomia cu atâta ușurință, anatomia patologică a anexelor uterului a eșit din întunericul în care era cufundată mai înainte.

De sigur, că ideea *infecțiunei* datéză foarte de mult, în chirurgia căilor genitale femeesci. În special pentru febra puerperală, retenția lochiilor și descompoziția resturilor placentare au fost încriminate încă din timpul lui Hippocrate; această doctrină foarte veche a fost preludiul ideilor moderne. Putriditate, septicemie, pyemie, virus contagios și transmisibil, contagiune, au fost atâția termeni de care au usat în toți timpii mulți din acei cari s'au ocupat de febră puerperală. Dar numai când Pasteur în 1887, prin lucrările

sale asupra fermentațiunilor, a descoperit un nou gen de a experimenta și a găsit că fermentul este o ființă viețuitoare, teoria infecțiunei, în ceea ce privesce chirurgia în genere și mai în urmă aceea a organelor genitale ale femeii, a putut eși din domeniul hipoteselor.

Curând după fermentații, Pasteur a întreprins studiul bólelor regimului animal și când a demonstrat că și aci rolul *infinițiilor de mici* primează totul, contagiunea, epidemia nu a mai continuat a fi nisea ideii obscure și termenii vagi, ci adevărate fapte stabilite pe experiențe pozitive.

În Anglia, această doctrină nouă a căpătat mai repede adepti și Lister, înțelegând marea fecunditate a ei, a devenit promotoriul adevăratei metode antiseptice. Acesta mai târziu s'a răspândit peste totă Europa; ea a fost aplicată mai întâiu în chirurgie în genere și foarte curând apoi în chirurgia aparatului genital. Resultatele terapeutice n'așu întârziat de a se arăta foarte satisfăcătoare; așa încât, încetul cu încetul, ele așu înlesnit demonstrația complectă a unei doctrine, admisă astăzi de toți. Ast-fel, precum ȃice Doléris «la graine française a fructifié sur le sol étranger.»

Îndată ce observațiunile din trecut, doctrina germinilor și resultatele terapeutice datorite metodei Listeriane, așu finit prin a convinge lumea chirurgicală, că febra lehzurilor are aceeași origine ca și cea a rănițiilor, adică infecțiunea, o sumă de investigatori s'așu aplicat de a găsi microbul ei patogenic. Cercetările lor așu fost făcute mai întâiu, chiar în secrețiunile plăgei.

La 1870, Mayrhofer a descoperit un vibrion, în lochiu. Recklinghausen și mai cu sémă Waldayer, așu

găsit micro-organismele în secrețiile morbide ale organelor genitale, la femeile care sucombaū după naștere. Ei au descris o bacterie moniliformă, în exudatele peritoneale, pleuretice și pericardice. Curând după aceștia, la 1872, D'Espine și Quinquaud au injectat lochiile fetide la pisici, epurii de casă, purcei de India și au produs în acest mod o septicemie vulgară. Ei nu au găsit micro-organismele în secrețiile femeilor sănătoase; ceea ce-î făcea și mai mult să creadă, că aceștia sunt cauza febrei puerperale.

Orth în 1873, examinând sângele bolnavelor care erau atinse de febră puerperală, a găsit în el mai multe specii de micro-organismele. Examenul a fost făcut numai pe lamă, la microscop. Exsudatele peritoneale, pe care le lua de la autopsii, provocaū supurație la epurii de casă, când erau injectate în cavitatea lor peritoneală. Chiar cantități foarte mici de exsudate erau suficiente pentru a cauza aceste supurații.

Heiberg, din Christiania a observat aceleaș fapte.

În 1876, Haussmann din Berlin, a experimentat pe epurice de casă, efectele injecțiilor septice; el făcea acestea în vaginul și uterul lor.

În acelaș an, Spillmann a prezentat la societatea medicală din Nancy, preparații microscopice de sânge, luat la autopsia unei femei, care sucombuse de febră puerperală. Acest sânge conținea bacterii.

O lucrare de mai mare importanță, este cea a lui Pasteur. Despre acesta, el a vorbit pentru prima dată în 1879 la Academia de Științe, cu ocazia unei discuții asupra infecțiunii puerperale și a septicemiei. Pasteur dicea atunci, că a vădut o singură dată microbul puerperal. Apoi, într'o serie de comunicări, ce le-a făcut la Academia de Medicină, el a stabilit pre-

sența frecventă, la lehuzele cu febră, a microbului în lanț în timpul vieții și după mörte. Acest mare experimentator a fost cel întâi, care a izolat și cultivat streptococul, arătând tot-odată rolul principal ce-l jöcă în accidentele infecțioase de origine puerperală. Tot el, cel d'întăi, a demonstrat că lochiele femeilor, care au născut și care sunt sănătoase, nu conțin microbi; pe când aceștia, abundă în secrețiile femeilor bolnave. Ast-fel, lucrările lui Pasteur au deschis o eră nouă pentru febră puerperală și au fost primele cercetări serioase, care s'au făcut în această privință.

Dolérís, a întreprins öre-carî investigații în 1880; dar acestea nu au avut alt rol, de cât de a vulgarisa în Franca, teoria parasitară. El a descoperit patru specii de microbi în febra puerperală și fie-căreia dintre acestea, i-a atribuit o formă anumită a bólei. Acesta însă nu s'a confirmat în urmă.

Din contra, Chauveau ¹⁾, în 1882 și Arloing ²⁾ în 1884, au arătat că streptococul, descris de Pasteur, este singurul microb care cauzează febra puerperală. Acesta, după activitatea diferită a sa, produce cutare sau cutare formă a bólei.

In fine Czerniewski ³⁾, Widal ⁴⁾ și Doyen au demonstrat că acest streptococ, este tot acel care causöză erisipelul și alte afecțiuni chirurgicale supurative.

Deosebit de aceste cercetări, care au avut drept scop de a elucida patogenia febrei puerperale, s'au mai făcut și altele asupra afecțiunilor de alt ordin a căilor geni-

¹⁾ Sur la septicémie puerp. expérimentale. Lyon méd. 1882 p. 272. Extras din procesul verbal a soc. sciințelor medicale.

²⁾ Bullet. de l'Acad. des Sciences 1884.

³⁾ Arch. f. Gyn. vol. XXXIII f. 1. și thèse de St. Petersburg 19 Mai 1888.

⁴⁾ Etude sur l'infection puerperale, la phlegmatia alba dolens et l'erysipèle 1889.

tale, pentru a se stabili rolul ce infecțiunea jăcă în dezvoltarea lor.

Posibilitatea întinderii blenoragiei la organele genitale interne ale femeii, era de mult întrevădută. Ricord credea că ovarul este mai cu sémă atins de această afecțiune venerică. Dar Mercier a publicat cel întâi cas bine observat de salpingită gonoreică. Apoi Tardieu și în urmă Bernutz, au studiat de aproape pelvi-peritonita blenoragică.

Cu toate acestea, majoritatea chirurgilor aveaă tendința de a considera blenoragia ca o afecțiune fără importanță în această privință și credeaă, că ea se localiséză numai la vulvă și vagin.

Noeggerath ¹⁾ însă, a atras din nou atențiunea lumii chirurgicale asupra acestei afecțiuni și a demonstrat frecuența și gravitatea blenoragiei, pentru organele genitale interne de la femeie.

Westermarck ²⁾ a găsit cel d'întâi, gonococi în puroiul unei salpingite. Ceppi ³⁾ i-a vădut în puroiul unei pelviperitonite.

Investigațiunile asupra patogeniei febrei puerperale și asupra blenoragiei organelor genitale interne, dând órecări rezultate pozitive în privința infecțiunei, s'a încercat mai târduă a se elucida și etiologia metritelor în genere.

Schröder, fără a avea încă destule probe, susșinea încă de mult originea infecțioasă a celor mai multe metrite. Astă-đi această presumpțiune pare a se fi schimbat în certitudine, în urma lucrărilor lui Doléris ⁴⁾,

¹⁾ Die latente Gonorhee in weibl. Geschlecht. Bonn 1872.

²⁾ Hygiea Ianuarie 1886.

³⁾ Revue de la Suisse Romande, t. VII 1887, p. 291.

⁴⁾ De l'endometrite et de son traitement. (Nouvelles Arch. d'Obst. et de gynec. 1887).

Winter¹⁾, Péraire²⁾, și alții care prin experiențe, conduse cu toată precisiunea cerută de știința modernă, s'au încercat de a demonstra rolul microorganismelor în dezvoltarea inflamațiilor organelor genitale și ale anexelor lor.

Casuri de tuberculosă a uterului și trompelor, au fost de mult semnalate. Încă de la 1825, Louis, apoi Tonnelé, Senn și Raynaud au descris tuberculosa genitală. Dar, studiul tuberculosei acestor organe, nu a intrat într'o fasă nouă și adevărat modernă, de cât după ce profesorele Babeș în 1883 a descoperit bacilul lui Koch în leucoreia unei femei atinse de o ulceratie tuberculoasă a vaginului.

Până la această epocă nu se stabilise încă în nici un cas diagnosa tuberculosei organelor genitale prin examenul bacteriologic. În acelaș an, Krause și Schuchardt au descoperit de asemenea, bacilul lui Koch în două casuri de tuberculosă a organelor genitale interne.

În fine, Zemann³⁾ a observat actinamicosa căilor genitale. Acesta este un cas până acum unic, de actinomicosă a trompei. ?!!

Din această expunere sumară a cercetărilor ce s'au făcut în timpul din urmă, asupra patogeniei unora dintre afecțiunile organelor genitale ale femeii, se constată că teoria infecțiunii tinde din ce în ce mai mult să se confirme și să se așeze pe base mai solide.

Înainte de descoperirile lui Pasteur, asupra rolului ce pot avea microorganismele în dezvoltarea și producțiunea bôlelor, patogenia afecțiunilor genitale inflama-

¹⁾ Die Microorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. 1888. Bd. XIV, Heft 2).

²⁾ Des métrites infectieuses. Thèse de Paris 1889.

³⁾ Ueber die Actinomyose des Bauchfells und der Baueingeweide beim Menschen. Medicin. Jahrbücher der K. K. Gesellsch. der Aertzte in Wien, 1883, p. 477 Cas. 4.

torii era foarte obscură. Chiar dacă se întvedea infecțiunea în unele cazuri, acesta însă nu era întemeiată pe experiențe și fapte positive. După venirea teoriei germenilor, chirurgii și-au schimbat concepțiunile de patogenie ce aveau asupra bôlelor și aplicând-o în chirurgia generală, au obținut rezultate de cari s'au putut felicita. Incuragiați de succes, ei au transportat apoi asemenea vederi și în chirurgia afecțiunilor căilor genitale. Aici, cercetările au fost făcute mai întâi asupra febrei puerperale. Era în adevăr foarte natural, ca în acest colț al patologiei uterine, să se găsească o asimilare mai apropiată între accidentele diferitelor plăgi chirurgicale și acele cari pot să complice plaga din organele genitale ale lehzurilor. Mai pe urmă, silințele lor s'au îndreptat și asupra celorlalte afecțiuni inflamatorii genitale; în privința acestora, investigările se continuă încă și astăzi.

Pe acest teren, chirurgii tind a obține rezultate favorabile și teoria infecțiunei pare a elucida multe din necunoscutele chirurgiei aparatului genital. Infecțiunea este obiectul preocupațiunei lor dîlnice și în conformitate cu concepțiunea nouă a patogeniei afecțiunilor genitale inflamatorii, ei părăsesc din ce în ce mai mult tratamentul simptomatic, pentru a recurge la cel firesc, adică la acel patogenic care se adresază la cauze.

Ast-fel, pentru afecțiunile organelor genitale s'a realizat întru cât-va desideratul lui Bouchard din patologie în genere, adică «penser pathogéniquement»; iar ca rezultat practic acel de «agir pathogéniquement».

E drept însă, că avântul mare de a opera în cele mai multe cazuri, și îndrăsneala chirurgilor actuali, chiar când nu sunt împinși de ceea-ce s'a numit *prurigo secandi*, nu par a fi în acord cu rezultatele ce s'au

obținut, în ceea-ce privesce patogenia bólelor. In ade-
văr, se scie încă puțin asupra infecțiunei și cu tóte
acestea, nu se mai caută indicațiunile de a opera, de
cât în acésta. Impreună cu Dohrn din Kœnigsberg ¹⁾
nu ne-am înșela póte, când am đice că ar trebui să
operăm mai puțin și să nu părăsim principiile con-
servatóre; căci nu suntem încă destul de înaintați pentru
acésta.

¹⁾ Congresul de Gynecologie. Bonn. 21—23 Mai 1891.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA ANATOMIEI CHIRURGICALE A ORGANELOR GENITALE ALE FEMEEI

Dacă considerăm modul cum sunt constituite în starea normală organele genitale ale femeii, atât din punctul de vedere al conformației macroscopice, cât și din acel al structurei lor histologice; dacă pe de altă parte vom privi aceste organe, nu numai în timpul de inacțiune, dar chiar și în timpul funcționării lor, ca servind la reproducțiune, vom afla o sumă de particularități, care ne vor putea înlesni rezolvirea câtor-va dintre numeroasele cestiuni relative la infecțiunea lor.

Multe amănunte, asupra cărora anomiștii trec repede în descrițiunea ce dau acestor organe, pot deveni de o mare însemnătate pentru chirurg; căci aceasta este silit neconținut, de a stabili un paralelism între organele morbide și acele sănătoase. Numai astfel el va putea elucida cât mai bine, atâtea necunoscute privitoare la infecțiune. Și întocmai precum studiul anatomiei regiunilor saū topografice, dă rōde în chirurgie prin aplicațiuni patologice, tot ast-fel o privire

a organelor genitale normale ale femeii, din punct de vedere al alterațiilor lor morbide — în special al infecțiunii — ne este de folos.

Ambele trompe, uterul, vaginul și canalul vulvar, constituiesc toate împreună un conduct, care este simplu în jos și bifurcat către partea sa superioară. Acest conduct genital, prin care circulația se face când de jos în sus (penis, sperm, mâinele și instrumentele noastre), când de sus în jos (menstruele, secrețiunile și produsul concepțiunii), este, dintre toate celelalte conduite analoge ale organismului, cel mai propice și mai apt pentru infecțiune. Din acest punct de vedere, aparatul urinar s'ar părea a fi singurul, care ar putea într-o cât-va să fie apropiat de acel genital.

Pentru Guyon¹⁾, inflamația căilor urinare, ar fi tipul leziunilor infecțioase ale organelor glandulare, dacă ținem seamă de origina externă a infecțiunii și de mersul ei ascendent. În cea ce privește aparatul genital, vom dice și noi, că inflamația diferitelor segmente, din care el se compune, poate fi considerată ca tipul unei leziuni infecțioase, dacă considerăm condițiunile, care favorisază și întrețin infecțiunea.

Eată ce dice Terrillon²⁾ în această privință: «Organele din lighianul cel mic au o susceptibilitate specială de a se infecta și din punct de vedere al infecțiunii acestea diferă de toate celelalte; căci ele sunt favorabile pentru stagnația liquidelor și pentru propagația rapidă a infecțiunii.»

Canalul genital comunică în jos cu exteriorul prin orificiul vulvar, iar către partea superioară cu marea cavitate peritoneală prin ostium peritoneal al trompelor.

¹⁾ Congrès français de chirurgie. Sixième session. Paris 1892.

²⁾ Salpingites et ovarites. 1891 p. 4.

Comunicațiunea exterioră este cele mai adese ori foarte liberă și largă, la femeile multipare; cea interioră este din contra, mai anevoioasă; dar totuși există. Pe cât cea d'întăiu este periculoasă, fiind-că înlesnesce infecțiunea ce provine de la exterior, pe atât cea de a doua este vătămătoare, prin absorbțiunea germenilor deleteri și a toxinelor secretate de ei, la care expune corpul. Serosa peritoneală, — acest vast sac limfatic¹⁾ eminaminte absorbabil — este în adevăr expusă adeseori la infecțiunea, care ar fi plecat de la exterior și ar fi ajuns la trompe.

Iata ce țice Delbet relativ la infecția directă a peritoniului prin trompe: «Quant à la propagation par les trompes, on peut souvent la constater *de visu* avec la plus grande netteté. On voit le pavillon béant d'une trompe pleine de pus s'aboucher directement dans la collection purulente²⁾.»

În tratatul lui Delbet găsim în această privință și óre-care experiențe, demne de relatat.

Soluții de clorur de zinc și de acetat de plumb care au fost injectate de Haselberg și Ernst Späth în uter, au pătruns în peritoniu; acesta s'a demonstrat la autopsie. Hourmann și Klemm au întreprins de aseme-

¹⁾ Ran ier. *Traité technique d'histologie* 1875 p. 425. «Au point de vue de la nutrition générale, le tissu conjonctif a une importance du premier ordre surtout si l'on considère cette partie du système conjonctif, qui n'appartient pas spécialement au squelette. Les fibres et les membranes dont il est formé constituent un système continu à lui même dans tout l'organisme, en sillonnant et en cloisonnant en divers sens un vaste réservoir dont toutes les cavités communiquent entre elles. En font parties aussi bien les grandes cavités sereuses, que les interstices du tissu conjonctif lâche. Ce réservoir appartient au système lymphatique et dans toutes ses parties il contient les éléments de la lymphe. La communication directe des grandes cavités sereuses, avec les vaisseaux lymphatiques est un fait définitivement acquis à la science.»

²⁾ Des suppurations pelviennes chez la femme. 1891. Paris, p. 136.

nea cercetării experimentale relativ la această comunicare și aș găsit, că lichidele injectate în uter pot pătrunde în cavitatea peritoneală, când sunt proiectate cu multă forță prin instrumente care obstruează complet canalul cervical. În conformitate cu aceste experimente, sunt chiar construite instrumentele, care servesc deșilnic pentru practica irigațiunilor intra-uterine. Tóte trebuie să îndeplínescă mai cu sémă condițiunea de a menține larg deschisă cavitatea cervicală, în timpul spălării cavității uterului.

După Charrier ¹⁾ «dacă peritonita este mult mai frequentă la femeie de cât la bărbat, acesta este din cauza puerperalității și din cauză că la dēnsa există o dispoziție anatomică specială care favorisēază infecția peritoneului; comunicarea pavilionului trompei cu marea cavitate peritoneală. Din cauza acestei dispoziții, unică în economie, peritonita purulentă presintă la femeie atât interes și atâta frecuență».

După Grawitz ²⁾, serósa sănătósă, anihilează microbi pyogeni când sunt introduși în ea în mică cantitate; căci ei ar fi atunci repede absorbiți de curentul circulator și distruși. O peritonită supurată se produce însă în tot-d'auna, când inocularea se face în serósa prealabil iritată sau atinsă de vre-o alterație óre-care; căci atunci puterea sa de absorbție este mult mai mică ca în starea normală. O mare cantitate de microbi pyogeni póte produce peritonită, chiar dacă serósa este sănătósă. Aceasta ar fi din cauza toxinelor secretate, care irită serósa și-í diminueă puterea sa de absorbție.

¹⁾ De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Paris. 1892.

²⁾ Virchow's Areliv t. CVIII și Charité Annalen 1886, t. XI, p. 770 (Sem. Bactériologie chirurgicale 1890, p. 75 și 101.

Bockhardt și Wegner au confirmat aceste aserțiuni ale lui Grawitz.

Comunicarea directă cu marea cavitate abdominală ar fi foarte periculoasă și ar expune și mai mult la inflamațiile peritoniului, dacă canalul genital ar avea un calibru uniform. El este din contra, pe alocurea foarte strîmt și împărțit în mai multe segmente: vagin, uter și trompe. Această dispoziție înlesnesce în parte cantonarea infecțiunii la unul din segmente și prin urmare pune la adăpost întru cât-va de peritonită; în loc de inflamația seroasă, se întâmplă cele mai adese ori numai vaginite, metrite sau salpingite. E drept însă, că inegalitatea de calibru a canalului contribuie foarte mult la întreținerea și perpetuarea inflamațiilor septice.

Acésta este mai cu sémă adevărat pentru ostiul uterin al trompelor; căci fiind foarte strîmt se opune întru cât-va la propagarea infecției. Dar odată introdusă în trompe, el o întreține și îi favorisează mersul. Apoi, acest orificiū se obliterează cu timpul și isolează infecțiunea, cantonând'o ast-fel în trompă.

Relativ la infecție, conexiunile și raporturile aparatului genital cu organele vecine, ne interesază din două puncte de vedere. Atât orificiile canalelor intestinal și urinar (anus, meat urinar) cât și aceste aparate însuși sunt în raport atât de strîns cu canalul genital, în cât infecțiile lor pot să se propage la acest din urmă.

Apoi, raporturile acestor organe cu uterul, trompele și ovarele nu sunt fixe; din contra, ele variază destul de mult, după cum vesica și rectul sunt vide sau în stare de replețiune. Din acésta cauză și fiind-că prin mobilitatea lor ele pune în joc mobilitatea proprie a organelor genitale, inflamațiile septice imprimă acestor

din urmă, situațiunii și rapoarturii cu totul anormale, care la rëndul lor sunt favorabile inflamațiilor septice și le eternisază. Ast-fel în cât, vecinătatea cu vesica și rectul este periculósă, nu numai prin propagarea infecțiilor de care aceste sunt atinse, dar încă și prin deviațiile ce imprimă organelor genitale.

În adevăr, atât uterul cât și anexele sale, neprimind vase decât pe la partea lor inferióră și nefiind fixate la podișul pelvian decât tot prin acéstă parte de ligamente, sunt acoperite pe cea mai mare întindere a lor de peritoniū. Acesta, în mersul său de la vesică spre rect, le coprinde într'o îndoitură a sa, și le dă o situație, asupra căreia influențază alternările de replețiune și de vacuitate a rectului și a vesiceii. Organele genitale, din cauza acésta, când sunt inflamate și mai cu sémă când sunt distinse de puroi, tind să cadă în una din înfundăturile peritoneale vecine, de preferință în cavitatea lui Douglas, care este mai profundă; ceia ce contribue la eternisarea infecțiunei.

Trompa este mai cu sémă mobilă, și acéstă mobilitate este mai pronunțată pentru pavilionul său; căci, mesosalpinxul este fórte lung, în partea sa externă. Chiar în stare normală, după Delbet și Vallin¹⁾, pavilionul trompei ar fi în tot-d'auna îndoit îndărăt și s'ar pune în raport cu lama posterióră a ligamentului larg; ovarul ar fi ast-fel acoperit cu totul de trompă, și de mesosalpinx. Acéstă dispoziție normală, precum și greutatea ce inflamația dă trompei explică pentru ce salpinxul tinde a cădea cele mai adese îndărătul uterului în cavitatea lui Douglas, care de altmintrelea este înfundătura cea mai profundă a peritoneului din

¹⁾ P. Vallin. Situation et prolapsus des ovaires. Th. de Paris, 1887, p. 14.

lighian. Tot această situație a trompei comandă și sediul exudatului pelviperitonitic, care după cum se știe se găsește de ordină înapoia uterului; căci pavilionul trompei fiind mobil și privind îndărătul ligamentului larg, infecțiunea care se propagă prin el inflamăză naturalmente serósa din cavitatea lui Douglas.

Am văzut cum o cale de absorbțiune peritoneală și prin urmare de infecțiune a serósei, este în tot-d'auna deschisă către partea superióră a aparatului genital. Să mai adăogăm încă, că peritoneul învelind pe o fórte mare întindere uterul, trompele și ovarele, este susceptibil prin această dispoziție însuși, de a se resimte cu înlesnire de lesiunile septice ale acestor organe. Serósa este chiar în raport imediat, adică face corp cu ele; căci nu există aprópe de loc țesut celular între peritoneu și pereții organelor. Prin urmare, infecțiunea se póte propaga cu înlesnire de la acestea la învelișul lor seros.

Glandele numeróse a mucósei organelor genitale, licidele lor de secrețiune, precum și indoiturile saú asperitățile de tot felul care se întêlesc pe această mucósă, presintă încă un interes pentru noi, în ceea ce privesce infecția. Glandele lui Bartholin sunt analóge, atât prin conformația lor cât și prin ușurința cu care se infectéază, cu acele bulbo-uretrale de la bărbat. Ele se deschid la vulvă și sunt separate de vagin prin hymen; așa că orificiile canalelor lor excretorii, sunt gata de a primi cu înlesnire infecțiunea. Cele mai multe din Bartolinite, sunt în adevér considerate astăzi, ca fiind cauzate de blenoragie. După Pozzi¹⁾ și Zeissl²⁾

¹⁾ Traité de Gynecologie clinique et opératoire.

²⁾ Allg. Wiener med. Zeitschr, 1865, No. 45, 46.

gonococul se cantonează în canalele excretorie ale acestor glande și după ce blenoragia vaginală dispare, microbul poate cauza o reinfecțiune.

În vagin nu există glande, ci numai crypte sau lacune. Dar în schimb acest conduct este prevăzut de nenumărate îndoituri, care înlesnesc stagnarea licuidelor.

Mucósa colului uterin presintă un sistem de asemenea îndoituri, care constituiesc ceea ce se numesce *arborele vieții*; iar glandele sunt numeroase.

Din această cauză, infecția găsesce aici un teren de elecție. Bumm, Lomer și Schwarz au demonstrat, că în adevăr, gonococul se găsesce mai des și persistă mai mult timp în colul uterin de cât toate celelalte segmente ale canalului genital.

Mucósa cavității uterului este mai netedă, dar acoperișul său epithelial este prevăzut de cili vibratili și glandele sale în tub sunt de asemenea foarte numeroase.

În privința glandelor din trompe, anomiștii nu sunt încă pe deplin fixați asupra existenței lor. Hennig, Coluni Paladini și alții, cred că ele există; iar Henle, A. Martin, Orthmann, Frommel și Dutilleul ¹⁾ nu le admit. Însă făcând abstracțiune de glande, ceea ce găsim de sigur, sunt îndoituri de ale mucósei, care sunt dispuse în mod foarte neregulat. Frommel ²⁾ în urma cercetărilor ce a făcut pe embrionul human, conchide, că ceea ce a fost luat drept glande de anomiști sunt tocmai aceste îndoituri ramificate ale mucósei.

¹⁾ G. Dutilleul. Paris (Thèse) 1888. Essai sur l'anatomie, la physiologie et la pathol. de la trompe utérine.

²⁾ Beitrag zur Histologie der Eileiter. Erste Versamml. der deutschen Gesellschaft für Gynäk. in München, 17--19 Juni 1886. Cent. f. Gyn. 1886, p. 441.



Deosebit de glande, cea ce mai trebuie încă să atragă atențiunea noastră, este învelișul epitelial al organelor genitale. În vagin și pe suprafața intra-vaginală a gâtului uterin, epiteliul este pavimentos și resistant; din contra în uter, el este mult mai delicat și compus numai dintr'un singur rând de celule cilindrice. Din această cauză epiteliul nu opune mai multă rezistență la invazia microbilor în vagin de cât în uter. Verneuil, Verchère și alții n'au explicat raritatea tuberculosei vaginului și a colului prin rezistența ce ar opune mucóselelor la invazia bacilului?

Dispoziția vaselor arteriale, venóse și limfatice ale aparatului genital, merită de asemenea atențiunea noastră. După Delbet, modul în care aceste vase sunt distribuite, ar influența foarte mult asupra localisării flegmónelor din micul lighian.

După cum la embrion organele genitale își iau originea în două regiuni deosebite și de direcțiune opusă, tot ast-fel la adult și vasele lor provin din două origini diferite, care sunt separate una de alta printr'o mare distanță. În adevăr, aparatul genital are două peăicule vasculare sanguine: unul superior, constituit de vase care vin din aortă sau din vasele renale și care merge prin marginea superióră a ligamentului larg, pentru a se îndrepta spre ovare, trompe și uter; al doilea inferior, a căruí vase emană din acele hypogastrice și merge spre uter prin marginea inferióră a aceluiaș ligament. Paralel cu ambele pedicule vasculare, există după cum vom vedea și două grupuri de limfatice.

Între aceste două sisteme de vase, ar exista după Delbet, o despărțitură aponevrotică aprópe continuă, care le-ar isola; și fiind-că vasele sunt înconjurate de



țesut celular, s'ar putea deosebi prin urmare două loje corespunzătoare lor:

Una superiőră — specială femeii — constituită de o îndoitură a peritoneului care conține trompele, ovarele, corpul uterului și vasele lor. Ea este formată de corpul uterului și de ambele ligamente largi.

Alta inferiőră — există la ambele sexe — separată de cea-l'altă prin convergința mai multor aponevrose; această conține ureterul și ramurile pelviane a vaselor care se distribuiesc la organele genitale. Ea se află în raport către partea externă cu știrbitura sciatică; iar către cea internă cu gâtul uterului, cu vaginul și țesutul celular, care le desparte. Din cauza ramificațiilor vaselor hypogastrice, ea comunică cu regiunile la care se distribuiesc aceste vase. Ast-fel, cu fesa prin știrbitura sciatică; cu adâncătura iliacă internă, prin țesutul celular din dreptul gaurei obturatore, prin țesutul care înconjoră vasele și nervii obturatorii, etc. Acastă lojă nu este de cât parametriul germanilor, spațiul pelvirectal superior a lui Richet, baza ligamentului larg sau téca vasculară hypogastrică a lui Delbet.

În starea patologică ambele loje se deosebesc și mai bine una de alta, prin fisionomia specială ce fiecare din ele dau inflamațiilor care le coprind. Parametrita, flegmonul ligamentului larg, adenoflegmonul retropubian și în genere toate supurațiile extraperitoneale, se desvoltă în loja inferioară. Salpingitele și ovaritele sunt afecțiuni ale lojei superiøre.

Țesutul celular presintă caractere proprii după loja în care'l vom considera. În cea inferiőră, acest țesut este foarte susceptibil de a fi infiltrat; așa că ea este bine dispusă pentru desvoltarea colecțiilor purulente.

Din contra, țesutul celular lipsește aproape complet pe ambele fețe ale uterului și pe fundul său; peritoneul se găsește aici în raport imediat cu tunică musculară, de unde imposibilitatea pentru flegmone de a se desvolta între seroasă și corpul uterului.

De asemenea îndărătul gâtului uterin, adică între acesta și peritoneiu, nu există țesut celular.

Gallard¹⁾ crede totuși, că țesutul celular retro-uterin există, căci l'ar fi găsit chiar în cazurile de emaciație extremă; iar Nonat²⁾ a descris inflamația acestui țesut sub numele de flegmon retro-uterin. Delbet însă, a încercat să-l injecteze și n'a reușit nici-odată să producă un oedem mai mare ca un bob de mazăre. După el, peritoneiul ar adhera aci mai puțin de cât pe fundul uterului, dar totuși, încă destul de tare; iar proeminența ce se observă pe fața posterioară a gâtului uterin, ar fi formată de inserția ligamentelor utero-sacrate, dar nu de țesut celular.

După Terrillon și Lallement³⁾ cantitatea de țesut celular care există între cele două foi ale ligamentului larg este foarte mică și din această cauză existența flegmonului din acest ligament nu ar fi admisibilă. (Segond).

A. Guerin⁴⁾ crede că există țesutul celular, dar totuși neagă existența flegmonului ligamentului larg; căci n'a observat nici un singur cas de abces care să se fi cantonat exclusiv în ligamentul larg și i se pare că dispoziția anatomică este incompatibilă cu dezvoltarea.

¹⁾ Acad. de Méd. 1872.

²⁾ Maladies de l'utérus et de ses annexes, Paris, 1874.

³⁾ Thèse de Paris, 1881.

⁴⁾ Bull. de l'Acad., de Méd., 11 Mai 1887, p. 533, Gaz. hebdomadaire, 1876, p. 311, Leçons cliniques, 1878, p. 287.

unui flegmon (două aponevrose verticale care se unesc în dreptul marginii lor libere limitază o loje închisă la partea inferioară prin o altă aponevroasă. Ast-fel, ligamentul larg, formază o lojă închisă din toate părțile și aponevrosele formază o barieră între țesutul celular subperitoneal și acel rarefiat care există în cavitatea sa).

Vasele limfatice¹⁾ reclamă totă atențiunea noastră. Aceste vase, pentru organele genitale ca și pentru toate organele în genere, se compun din rățele de origine, din trunchiuri sau vase proprii și din ganglionii.

Rățelele se găsesc în mucósele canalului genital și în peretele său muscular; ele sunt foarte dese și atât de dezvoltate pe vagin și pe colul uterin, încât mercurul cu care le injectăm, pare că se revarsă la suprafața mucósei și că formază pe ea un strat neîntreput. Poirier a găsit o asemenea rățea de origine și în peritoneul care învelesce uterul și trompele. Acesta este situată imediat sub endoteliul serósei și comunică larg cu limfaticele care se găsesc între peritoneu și organe. O asemenea abundență de limfatice ne autorisă a crede, că infecția uterină se propagă cu cea mai mare înlesnire la peritoneu. Chiar aderențele peritoneale ar presenta după Poirier rățele limfatice; aceste ar fi atât de dezvoltate, încât aderențele ar fi formate aproape exclusiv de ele.

Trunchiurile se găsesc între peritoneu și organe; ele sunt înconjurate de o atmosferă de țesut celular. Aproape de origină, mai toate se găsesc pe părțile laterale ale uterului și a vaginului; iar către terminația lor, pe marginea superioară și cea inferioară a ligamen-

¹⁾ Limfaticele au fost bine studiate în timpul din urmă de Poirier cu ocazia probelor practice ce a făcut asupra lor pentru concursul de șef al lucrărilor anatomice. El a injectat aceste vase pe 300 cadavre.

tului larg, după cum vin de la corpul său de la gâtul uterin. Aceste trunchiuri sunt deci dispuse în două grupuri: unul format de vasele care plăcă de la peritoniul pelvian, de la fundul uterului, de la trompe și ovaie, care se termină în ganglionii situați înaintea apofiselor transverse ale vertebrelor lombare; acesta se găsește în loja superioară a lui Delbet. Altul hypogastric, care de la gâtul uterin și vagin merge spre ganglionii situați pe pereții excavației pelviane, în dreptul bifurcației iliacei primitive; acesta se află în loja inferioară, adică în teaca hypogastrică sau parametriu. Inflamațiile uterului și a trompelor vor avea resunet în grupul superior; iar acelea ale colului și a vaginului, în grupul inferior.

Trunchiurile limfatice se varsă în trei deosebite grupuri de ganglionii. Vasele care iaă naștere de la intrarea vaginului și câte-va din acelea care plăcă de pe partea antero-superioară a uterului (ligamentul rotund), se duc la ganglionii inguinali. Aceștia pot deci să se resimtă nu numai de afecțiile porțiunii anterioare a vaginului, dar chiar și de afecțiunile uterului.

Limfaticele vaginului și a gâtului uterin, care însoțesc artera uterină, mergând pe marginea inferioară a ligamentului larg și apoi externă a acestuia, se termină în ganglionii de la bifurcația arterei iliace primitive. Acești ganglionii sunt situați, parte în excavația pelviană și parte pe pereții externi al acesteia. Inflamațiile lor pot fi explorate prin vagin și rect; căci numai o distanță de 3—5 cm. îi desparte de marginea uterului. Această distanță se reduce încă, când ganglionii sunt tumefiați, căci atunci ei se apropie de uter. Unul sau doi din ei primesc limfaticele de la partea mijlocie a vaginului și sunt situați mai înăuntru; la ori-

ginea buchetului format de arterele vaginală, ombilicală și rușinosă, adică foarte aproape de rect. Din această dispoziție nu rezultă numai că ei pot fi explorați cu înlesnire prin rect, dar încă, că inflamațiile lor supurative pot să se deschidă în acest intestin.

Înainte de a intra în marginea inferioară a ligamentelor largi, vasele limfatice care sunt situate de o parte și de alta a gâtului uterin, se ghemuiesc și formează acolo o adevărată îngrămădire de trunchiuri; așa încât, mercurul injectat stagnează puțin în ele înainte de a pătrunde în restul vaselor, care merg la ganglionii. Poirer crede că această dispoziție a fost luată de Championnière drept ganglionii limfatici ai gâtului; în realitate însă, nu ar exista ganglionii în această regiune. Totuși, acesta nu însemnă că inflamațiile septice nu ar putea să se cantoneze aici ca și într-un ganglion limfatic și să se termine prin abcese angioleucitice.

Tot din cauza unei erori de anatomie, A. Guérin a substituit flegmonului ligamentului larg, care după el nu există, adeno-flegmonul juxta-pubian; căci, după cum a arătat Sappey și după cum am văzut din cercetările lui Poirier, vasele limfatice ale colului nu se duc nici-odată la ganglionii gaurei sub-pubiane, precum crede Guérin. După Sappey, ganglionii sub-pubiani primesc vasele aferente de la mușchii aductori ai cōpsei; iar vasele lor eferente se duc în ganglionii care însoțesc iliaca externă. Așa încât, teoria lui A. Guérin nu se poate susține; căci este basată pe o dispoziție a limfaticelor, care nu există.

Vasele care pleacă de la uter, trompă și ovar, adică acelea care merg prin marginea superioară a ligamentului larg, se termină în ganglionii lombari din dreptul

extremității inferioare a rinichiului. Din cauza acestei situații, ganglionii nu pot fi explorați de cât prin palpație abdominală.

Acest din urmă grup de limfatică prezintă oarecare dispozițiuni, demne de notat, în privința propagării inflamațiilor septice de la uter la trompe și ovare. În adevăr, limfatică uterului trecând pe lângă trompe se anastomosează cu acelea venite din aceste organe; dar stău la 2 cm. departe de ele și sunt mult mai aproape de ovare. Când ajung în dreptul ovarelor, din contra, vasele nu se anastomoséză cu acele ale acestor organe, ci merg paralel cu ele și numai mult mai sus adică în dreptul unei linii transversale care ar trece prin a cincea vertebră lombară, se unesc și comunică unele cu altele. De unde rezultă, că infecțiunea care s'ar propaga prin vasele uterine, n'ar putea ajunge de cât cu greutate la trompe, fiind-că vasele sunt departe de ele, și tot cu aceeași greutate la ovare, fiind-că nu se anastomoséză cu vasele acestor organe.

În ceia ce privește modul cum funcționează, contrariu celor-lalte organe și aparate, acel genital este supus în mod periodic la o activitate exagerată, din cauza rolului ce are de îndeplinit. Congestiunea care însoțesce aceste stări funcționale, muiarea țesutului care constituie organele, schimbările de raporturi normale ale unora din ele și mai pre sus de toate, soluțiile de continuitate ale mucósei și chiar ale pereților lor proprii, sunt atâtea cauze de susceptibilitate pentru infecțiune. «La mucqueuse utérine présente cette particularité unique dans l'économie qu'au lieu de muer incessamment, comme les autres, elle se désquamme par plaques, dans

la menstruation, ou tout entière dans l'accouchement» ¹⁾.

Acéastă aptitudine la infecție, este atât de vădită, în cât ni se pare inutil a insista mai mult asupra ei. Vom reaminti numai, că unul din caracterele funcțiunilor organelor genitale este și acel că ele sunt transitorii; adică că nu se efectuează de cât în timpul unei epoce — viață sexuală — care este coprinsă între începerea menstruației și încetarea ei. Ca toate organele cu funcțiunii transitorii și acestea sunt supuse la turburări morbide când încep și când se termină funcțiunile lor, adică la epoca primei apariții a menstruației și la acea a încetării acesteia; epoca pubertății și a menopausei. (Delbet).

În fine, chiar modul cum se dezvoltă aceste organe în timpul vieții intra-uterine, are oarecare raporturi cu infecțiunea. În adevăr, dezvoltarea lor este complicată și din acéastă cauză rezultă une-orî vicii de formații care înlesnesc inflamația. Ast-fel, Tait și Freund cred că trompele incomplet dezvoltate, sunt foarte expuse de a deveni bolnave; căci atunci infecția ar fi înlesnită prin o retenție parțială a productelor secrete de ele.

Gil Wilie, Doléris și Montprofit, au emis păreri analoge pentru uter.

În resumat, privind într'un mod general aparatul genital, din punctul de vedere al infecțiunei, îl găsim în tot-d'auna gata de a primi o infecție, de a-î înlesni mersul în diferitele segmente din care este compus și de a o transmite chiar organismului fie pe cale mucosă în peritoniu, sau pe calea vaselor absorbante — lim-

¹⁾ Blanche Edwards. «Progrès Médical» No. 7, Février 1889 p. 121. La salpingite interstitielle.

fatice și vene — în țesutul celular care încongióră vaginul, uterul și trompele. De unde se pot nasce afecțiunî ale mucóselor, ale peritoniului și ale țesutului celular din vecinătate.

In fine, conformația exterióră și structura acestuî aparat, elucidează întru cât-va originea, sediul și migrația afecțiunilor infecțioase.

MICROBIÎ DIN CĂILE GENITALE.

Inflamațiile aparatului genital și în special metri-tele sunt, după cum se știe, foarte frecvente. Modul în care ele evoluează, tendința la eternizare, dar mai presus de toate, terminația lor prin supurație, cea ce pune ținic în joc sagacitatea și abilitatea chirurgilor, ne arată că aceste bôle au în genere multă analogie cu afecțiunile inflamatorii chirurgicale, în care rolul microbilor este admis de toți astăzi. Era dar natural ca asemenea microbi să se găsească și în inflamațiile căilor genitale; așa că, de mult timp, chiar pentru ca-surile în care nu se observă supurație, unii chirurși au admis *a priori* originea și patogenia lor infecțioasă.

De altă parte, precum în alte cavități naturale s'a găsit microbi, în starea lor normală, era firesc ca să se admită existența acestora și în căile genitale normale.

Ast-fel încât, prin analogie cu cea ce se întâmplă, în cea ce privește prezența și rolul microbilor, în celelalte organe când ele sunt normale ori bolnave, chirurgii trebuiau foarte din vreme să dea o egală importanță micro-organismelor din căile genitale.

Cu toate acestea, cercetările pe cale experimentală ce s'au întreprins asupra acestor microbi, nu sunt încă destul de numeroase pentru a putea rezolva numero-

sele necunoscute, care sunt relative la patogenia afecțiunilor genitale inflamatorii.

Maî cu sémă în privința examenului organelor sănătóse, se găsesc puține investigațiuni de óre-care însemnătate, din punct de vedere bacteriologic.

Maî toți chirurgii admit însă, că microbii jócă un rol considerabil, în desvoltarea multor afecțiuni ale căilor genitale.

In starea normală. Hausmann¹⁾, Küstner²⁾, Lomer³⁾ și Bumm⁴⁾ au găsit micro-organisme, în vaginul și gâtul uterului normale. Steffek și Bumm, după cum ȃce Döderlein⁵⁾, au arătat. că în secreția normală a vaginului, se găsesc adese-óri ciuperca mugutului. Döderlein a găsit'o în 35, din casurile ce a examinat.

Dar, G. Winter este acel care a făcut cercetări maî cu seriozitate și maî riguros asupra microbilor, care locuesc în organele sănătóse. Tóte examenele sale au fost făcute pe organele vii.

În 40 de trompe, el nu a găsit nici odată microbi; ceea ce l'a determinat a conchide, că în starea normală, aceste conducte nu conțin micro-organisme, în nici un punct din traiectul lor.

Pentru uter, în 15 din 30 casuri, pe care le-a examinat, a găsit microbi făcând însemnări din diferitele regiuni ale cavității corpului; aceștia se aflau

¹⁾ Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Berlin, 1870.

²⁾ Beiträge zur Lehre von der Endometritis. Sena, 1893, p. 87.

³⁾ Die Mikroorganismen der weiblichen Gonorrhäe, (Deut. med. Woch. 1885).

⁴⁾ Arch. f. Gynék. Bd. XXIII, p. 237.

⁵⁾ Al 4-lea congres al soc. germ. de gyn. Bonn 21—23 Maî 1861 și Arch. f. Gyn. Bd. XXXI, p. 412, 1887. Untersuchungen über das Vorkommen von Spaltpilzen in der Lochien des Uterus und der Vagina gesunder und kranker Wochnerinnen.

în tot-d'auna în apropiere de orificiul intern al cavității cervicale. Mai sus de acest orificiū, adică în cavitatea corpului uterin, nu a găsit microbi nici-odată. În cavitatea cervicală însă ei erau foarte mulți; atât la femeile sănătoase, cât și la acele gravide. Pentru gâtul uterin, concluziile lui Winter sunt basate pe cercetările ce le-a făcut la 20 de femei; dintre aceste, 10 erau gravide.

În fine, el a găsit numeroase specii de microbi în vagin.

Ast-fel, din punct de vedere bacteriologic și conform cu aceste rezultate, la care a ajuns Winter în cercetările sale¹⁾, canalul genital ar putea fi împărțit în două zone, care ar fi separate prin orificiū cervical intern: O zonă inferioară, constituită de vagin și cavitatea cervicală a uterului, care conține microbi în stare normală și o zonă superioară, formată de trompe și de cavitatea corpului uterin, în care nu s'ar afla nici de cum asemenea organisme.

Deci, există în organele genitale normale o zonă *periculoasă*, precum o numește Pozzi; căci conține în tot-d'a-una microbi.

Winter a numărat, în cercetările sale, până la 27 specii diferite de microbi; printre acestea, a găsit chiar de cele patogene, precum sunt stafilococii (albii, aurei, citri) și streptococi.

Rezultatele analoge cu aceste, au fost obținute de Kehrer din Heidelberg și de Widal.

Ast-fel, Kehrer a găsit micro-organisme foarte adese-

¹⁾ Zeitschr. für Geb. und Gyn. XIV, 5, 2, 1888. Die Mikroorganismen in genitalcanal der gesunden Frau.

El a făcut aceste cercetări la clinica lui Schröder pe femei însărcinate și pe piesele obținute prin operație.

orî în vaginul femeilor gravide. El a procedat în modul următor: a păstrat în vase sterilizate secrețiile ce proveneau de la femeile însărcinate și apoi, a inoculat din aceste secrețiuni la epurii de casă. În toate cazurile, a observat, că s'a produs unul sau mai multe abcese în urma inoculărilor.

Widal crede, că vaginul în starea normală, conține numeroase specii de microbi și bacterii. Examinând secreția vaginală la 11 femei sănătose, el a găsit în tot-d'a-una micro-organisme; însă numai o singură dată, a putut să obțină culturi pure de streptococi pyogeni.

Döderlein din Leipzig, a găsit în secreția vaginală normală, un bacil care era lesne de văzut la microscop; dar a cărui culturi le-a obținut cu greutate; căci nu se desvoltau de cât la 37° , pe agar-agar sau pe serum. Ele se aseamănă cu acele ale streptococului. Acest bacil n'ar fi fost descris încă până acum și ar prezenta caractere biologice interesante. El ar determina aciditatea pronunțată a secrețiunii vaginale; căci în eprubeta în care cultura s'a dezvoltat, aciditatea mediului nutritiv s'a mărit cu $0,5\%$.

N'a găsit nici-odată bacterii patogene, în secrețiile normale ale vaginului; de asemenea nici în acele ale femeilor gravide sănătose.

La lehuzele fără febră, el a observat micro-organisme în 10% , din cazurile examinate. O singură dată, a găsit streptococi; dar inoculația ce a făcut cu culturi pure de acest microb, a rămas fără rezultat.

Goenner¹⁾ a întreprins cercetări sub direcțiunea lui

¹⁾ Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, No. 23, p. 729, 1. Dec. 1887. Ueber Mikroorganismen in den weiblichen Genitalien während der Schwangerschaft und in puerperium.

Garré și a găsit mulți microbi, în secrețiile vaginale normale de la 31 de femei, care erau aprópe de nascere, precum și în lochiele femeilor lehuze.

La aceste din urmă a găsit în tot-d'a-una stafilococi.

Czerniewsky¹⁾, examinând lochiele la 81 de lehuze, a observat microbi, în o treime de casuri; nici-odată nu a găsit streptococul, la lehuzele sănătóse.

Thomen²⁾ relatéază că a găsit streptococul de trei ori în vagin și de doué ori în uter, la 7 femei lehuze, care nu aveau febră.

Alții din contra, precum sunt Bumm, Péraire, Bockelmann, etc., nu admit că pot exista microbi patogeni, în gátul uterin și vagin, dacá organele sunt normale.

Péraire³⁾ a examinat uterul la tóte femeile, care au intrat la spitalul Bichat, în cursul anului 1887 și la câte-va din acele intrate în anul 1888. Fácând însemínțări din acest organ pe substanțe nutritive diferite, nu a observat nici o-datá o dezvoltare de culturi microbiene. Aceste rezultate par a fi cu totul în contradicere cu cele obținute de Winter, Widal și alții. Trebuie însă, să ținem sémă de o eróre, care s'a strecurat în experiențele lui Péraire. În adevér, tóte cercetările sale au fost făcute pe femei, la care se administra dilnic irigațiunii antiseptice și la care prin urmare microbii au putut fi distruși în acest mod.

O altá serie de cercetări a fost întreprinsá de Strauss

¹⁾ Al treilea congres al soc. germane de gynec. Friburg, 12 — 14 Iunie 1889 și Arch. f. Gynek. XXXIII.

²⁾ Ibid.

³⁾ Des endométrites infectieuses. Rloe de micro-organismes dans la pathogénie des maladies des femmes. Essai de thérapeutique utérine antiseptique. Thèse de Paris, 1889.

și de preparatoarele sėu Sanchez Tolėdo ¹⁾. Acești investigatori au experimentat pe epurii de casă, purceii de India, șorecii, etc., și s'au convins, că după parturiție nu există microbi, în uterul acestor animale. Ei sunt foarte abundenți în vagin, dar nu pătrund în uter.

După Bockelmann, și Dührsen, vaginul lehzuzelor este aseptice, în starea normală.

Ott ²⁾ explică absența microbilor la lehzuzele normale, prin spălătura vaginului, efectuată de licuidul pungei apelor și prin ștergerea vaginului, datorită capului foetal în timpul nacerii. Inșă, după cum am arătăt mai sus, Winter a demonstrat, că există microbi după parturiție, dar ea ei nu sunt stricătóri.

Bumm ³⁾ n'ar fi găsit nici odată microbi, în lochiele femeilor sănătóse.

În urma acestor cercetări, credem că am fi desmințiți de foarte puținii experimentatori, dacā am admite existența microbilor, în căile genitale *normale* ale femeii; căci cei mai mulți 'i-au găsit adese ori în ele.

Nu trebuie înșă să uităm, că cea mai mare parte din aceste micro-organisme, de și sunt patogenice, totuși ele nu produc leziuni infecțioase, când sunt inoculate la animale. Decī, microbii se află în căile genitale, într'o stare de virulență atenuată; acēsta pare a fi un fapt invederat. Asemenea atenuare s'ar

¹⁾ Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie 20 Avril 1888 p. 252, Soc. de Biologie 14 Avril 1888.

Annalele institutului lui Pasteur, t. II, p. 426. Recherches microbiologiques sur l'utérus après la parturition physiologique.

²⁾ Zur bacteriologie der Lochien (Arch. f. Gynėk. Bd. XXXII, Heft. 3).

³⁾ Al 3-lea congres al soc. germ. de gyn. Friburg 12—14 Iunie 1889 și Arch. f. Gynėkol. XXXIII.

datori, după Charrin¹⁾ lipsei de oxigen din uter și acidității liquidelor din vagin.

Cu toate acestea, după cum vom vedea mai departe, micșorarea virulenței nu împiedică pe microbi de a se desvolta în ore-care circumstanțe și de a produce leziuni infecțioase însemnate. În adevăr, ca și microbii puțin virulenți din alte organe, acei din căile genitale își recapătă totă puterea lor nocivă, când mediul în care se desvoldă le permite. Ei pot deveni atunci periculoși.

In starea morbidă. Dacă în starea normală a organelor, pentru unii, existența microbilor nu ar fi pe deplin demonstrată, în cea pathologică, *adică în unele leziuni inflamatorii, aproape toți o admit. În aceste din urmă cazuri, microbii pot fi chiar foarte virulenți și provocă une-oră leziuni însemnate.

Ast-fel, în metrite diverse, dar mai cu sémă în blenoragie și infecția puerperală, s'aũ găsit microbi patogeni, care departe de a avea o virulență atenuantă ca în starea normală, ei sunt din contra foarte periculoși. În fine, deosebirea în două zone ce se pôte stabili, petru organele normale, în cea ce privesce sediul agenților infecțioși, nu mai are rațiunea de a fi în starea patologică; căci microorganismele se găsesc atunci nu numai în cavitatea uterină dar chiar și în trompe.

Iată ce ȃice Widal în tesa sa²⁾: «Caracterele microbului în lanț, pe care l'am găsit la autopsiele femeilor sucombate de infecție puerperală, sunt acelea ale streptococului erisipelului. Identitatea caracterelor

¹⁾ Semaine Médicale, 1892, p. 493.

²⁾ Etude sur l'infection puerperale, 1889, p. 97.

«morfologice și biologice a acestor microbi, este ab-
«solută.» Numai în două cazuri Widal nu a găsit
streptococul la autopsie; dar atunci se afla un alt
microb, un bastonaș. Acesta, după cercetările pe care
le-a făcut în comun cu Albarran, era o bacterie, pe
care acest din urmă o găsisse mai înainte în leziunile
urinóse.

Doyen ¹⁾ a găsit acelaș microb ca și Widal, la fe-
meiele atinse de febră puerperală. De asemenea,
Bumm ²⁾ a găsit streptococul erisipelului, în leziunile
febrei puerperale. În cinci cazuri de endometrită, el a
observat la examenul microscopic o necrosă a stratu-
lui superficial al membranei caduce, în care se află
marî cantitățî de asemenea microbi. În alte cazuri mai
grave ca acestea, el s'a încredințat că microbul pă-
trunsese chiar între fibrele musculare ale uterului;
în fine, în altele, microbii infiltrau limfaticele și coa-
gulele sanguine din vase. El a prezentat la congres
diferite preparații, relative la tóte aceste cazuri.

Labadie-Lagrange și Basset, în cazurile de forme a-
tenuante, fruste și cu evoluție prelungită de septicemie
puerperală, a găsit la începutul bólei pe lângă strepto-
coci, diplococi în micrococi, în lochi și sânge. Într'o
periódă mai înaintată, adică când fenomenele s'au
mai potolit, ei au observat, că streptococii erau for-
mați de lanțuri compuse numai din 3—4 elemente.
În starea cronică, lanțurile au dispărut cu totul și nu
se mai găsea de cât micrococi. După ei, vindecarea
nu ar trebui să fie admisă, de cât când și aceștia
din urmă dispar; căci ei ar fi gata să se transforme în

¹⁾ La fièvre puerpérale et l'erysipèle. Acad de Med. 29 Mai 1888.

²⁾ Al 4-lea congres al soc. germ. de gynec. ținut la Bonn 21—23
Mai 1891.

streptococi, sub influența unor cauze favorizatoare a evoluțiunii lor.

În adevăr, ei s'aû încredințat că prin culturi în serie, micrococul dă streptococi. El nu ar fi decât o formă atenuată a streptococului și acest din urmă ar fi adevăratul microb virulent.

Czerniewski a observat, că streptococul se găsește în lochiî, în formele ușore de febră puerperală. Când accidentele sunt grave, atunci acest microb există nu numai în lochiî, dar chiar în sânge și organe.

De asemenea, Goenner ¹⁾ a obținut culturi de streptococi, în casuri analoge.

Fehling ²⁾ a examinat lochiele la femeile cu febră; el a găsit adese ori stafilococi și streptococi.

Fritsch ³⁾ a observat că există streptococi în puroiul unui exudat care s'a produs după nascere.

În unele leziuni puerperale, Clivio ⁴⁾ și Bumm au găsit saprofiți, care ar produce mortificația resturilor de membrane și de placentă și ar otrăvi corpul prin toxinele ce secretază.

Vedem dar, că rolul microbilor în febra puerperală este pe deplin stabilit. Mai cu sémă streptococi, apoi stafilococi și chiar saprofiți, sunt microbi care s'a găsit în infecțiile puerperale. Une ori, se observă, în unul și acelaș cas, numai o singură specie de acești microbi; alte ori, mai multe specii. Când stafilococi sunt singuri, accidentele ar fi mai puțin grave, de cât când

¹⁾ Ueber Mikroorganismen in Secret. der Weiblichen Genitalien während der Schwangerschaft und bei puerperalen Erkrankungen (Centr. bl. f. Gyn., 1887 No. 28).

²⁾ Al treilea congres a soc. germ. de gyn din Friburg 12—14 Iunie 1889.

³⁾ Al 4-lea congres de gyn. 1889. Semaine Medicale 1889 p. 218.

⁴⁾ Rev. di Ostet. 1890, No. 6 și 7.

sunt asociați cu cei-alți microbi; însă Zweifel ¹⁾ Fehling ²⁾, și Brieger ³⁾ au demonstrat, că stafilococul singur, poate produce accidente mortale.

Relațiunea dintre microbi și leziuni este mai bine stabilită pentru starea puerperală, decât pentru afecțiunile care nu au nici un raport cu partițiunea. În metritele supurative, care nu sunt puerperale, s'a găsit gonococi și alți microbi; însă, în acele hemoragice, catarale, fongose, etc., existența lor este mai puțin demonstrată.

Péraire, în tesa sa, dă o descripție amănunțită a microbilor ce a găsit, în casurile de endo-metrită. El a făcut însemnări pe substanțe nutritive, din secrețiunea mucosă ce se depunea pe laminaria saŭ pe tamponele ce introducea în uter și a obținut ast-fel culturi de bacterii și de micrococi. Injectând apoi aceste culturi în vaginul și uterul de la câinii și epurii de casă, el a produs vaginite, care se însoțeau de febră și în secrețiunile cărora a găsit aceleași micro-organisme, pe care le isolase din uterul bolnav de la femei.

De asemenea, examenul microscopic, în casuri de metrite, i-a denotat prezența acestor microbi, nu numai la suprafața mucósei uterine, dar chiar în interiorul ei. Une-ori, microbii pătrundeau chiar în stratul muscular sub-jacent. El a făcut preparațiile microscopice din gîturi uterine, care au fost amputate pentru endometrite septice, ulceróse, cronice, însoțite de hipertrofia gîtului uterin și de ectropion al buzelor sale.

Wyder și Winter, au examinat utere amputate pentru

¹⁾ Geselsch. f. Geburtsh. zu Leipzig 19 Dec. 1887.

²⁾ Die Phys. und Path. der Wochenb., 1890, p. 85.

³⁾ Charité Annalen XIII-lea an, p. 198.

fibro-miome și n'aŭ găsit nici o-dată microbi, în cavitătea corpului. Cu toate acestea, metritra internă este aprôpe constantă, în aceste neoplasiî. (Delbet).

Brandt ¹⁾, asupra 25 de casuri de metrite, a găsit în 7 stafilococul, iar în 13 cocî și bastonașe nedeterminate. Inșă, după Delbet, aceste examene nu ar fi rigurose; căci Brandt a luat mucus din corpul uterului cu un fir de platină, după ce mai întâiu a aseptizat cavitatea colului frecând-o cu vată, pe care o fixase în vârful unei sonde; microbii aŭ putut ast-fel să fie luați, nu numai din cavitatea mitrei, dar și din apropiere de orificul extern al gîtului uterin. Tot Brandt, observând la microscop tăeturî de ale mucósei pe care le-a colorat prin metoda lui Gram sau Loeffler, a găsit microbi, în trei casuri.

Alți inșă, precum sunt Delbet, Pfannestiel și Döderlein, nu aŭ găsit nici de cum microbi, în porțiunile de mucósă, ce aŭ extras prin răzuirea mitrei.

Delbet, în patru casuri ce a examinat, a obținut stafilococul o singură dată prin cultură. În unul din acestea, el a observat la microscop, gonococul lui Neisser ²⁾.

Bumm ³⁾, în două casuri de parametrită gonoreică, nu a găsit nici un micro-organism, atât prin examenul microscopic, cât și prin însemîntare pe mediele nutritive. În alte trei casuri, el a observat streptococi și stafilococi.

Pentru salpingite, Noecgerath ⁴⁾ a fost cel d'întăiu care a găsit microbi, într'un cas de pyosalpinx; dar nu

¹⁾ Cent. f. gyn., 1891, No. 25, p. 528.

²⁾ Traité de chir., Duplay et Reclus. T. VIII, p. 389.

³⁾ Al 3-lea congres al soc. germ. de gyn. din Friburg, 12 — 14 Iunie 1889.

⁴⁾ Am. I. of. obst; Oct. 1885.

a determinat natura lor. El s'a asigurat numai, că acești microbi nu erau gonococi.

După el, mai mulți experimenatori au găsit microorganismele, în puroiul salpingitelor.

Ast-fel, Meynert ¹⁾ a observat într'un cas, stafilococul aureu.

Menge, a găsit microbi în 8 din 26 cazuri de salpingite supurate, ce a examinat. Din acestea, în 5 cazuri, a obținut de două ori culturi pure de stafilococi piogeni albi și o-dată cultura unui bacil nedeterminat. Iar în trei cazuri, nu a obținut culturi; el a observat gonococi în preparațiile microscopice.

Witte, într'un cas, a găsit streptococi și gonococi.

Frommel ²⁾, Zweifel și Wertheim, au găsit pneumococul lui Fränkel.

Veit ³⁾ și Schoeffer ⁴⁾ au văzut streptococi pyogeni, în câte-va abcese ale ovarelor.

În fine, Zemann ⁵⁾ a observat, într'un cas de salpingită, actinomicefi. Trompa era dilatată și plină de acești paraziți. Acesta este singurul cas de actinamicosă a trompei, cunoscut în știință. (Delbet).

În privința puroiului salpingitelor, este de notat, că adese-ori, când afecțiunea datéză de mult timp, microbii dispar. Este probabil, că agenții infecțioși au existat la început, dar că cu timpul au dispărut. După Delbet, ei ar peri, din cauză că secretéză póte o sub-

¹⁾ Al 3-lea congres al soc. germ. de gyn. Friburg, 12—14 Iunie 1889.

²⁾ Cent. f. Gyn. 1892, No. 11, p. 205.

³⁾ Soc. obst. et gyn. din Berlin, 13 Decembr. 1889. Centr. für Gyn. 1890 pag. 66.

⁴⁾ Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1890. Bd. XX, Heft II, pag. 281.

⁵⁾ Medicin Jahrbücher der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 1883, pag. 477, Casul 4. Ueber die Actinamycose der Bauchfells und der Baueingeweide beim Menschen.

stanță care ar fi toxică pentru ei însăși; sau fiind-că condițiunile noi de trai ce 'și au creat, nu le permite existența.

Acastă disparițiune a microbilor ar explica pentru ce în genere se găsește rar microbi în salpingite; căci de ordinar acestea sunt inflamațiuni învechite când se operază, sau când se găsesc la necropsie.

De altmintrelea, s'a găsit și în alte organe abcese care nu conțineau microbi. Ast-fel, Tuffier, în 8 casuri de abcese ale ficatului, n'a observat nici un microb. Acésta s'a constatat, în 7 din aceste casuri, prin experiențe de laborator; iar într'un cas, prin acea că puroiul revărsându-se în timpul operației în abdomen, nu a provocat infecție. Quénu a observat de asemenea, un abces subperiostic a femurului stâng, în care nu erau microbi¹⁾ etc.

Noi, într'un cas de pyosalpingită dublă (Obs.....), nu am găsit, în puroiul din trompe, nici un microb. Insemnările ce am făcut la institutul de bacteriologie și mediile nutritive (gelatină și agar-agar) au rămas și până astă-dzi sterile. Absența micro-organismelor în acest cas ne-a fost demonstrată și prin reușita operației; căci în timpul laparatomiei, pe când Domnul profesor Severeanu se încerca să distrugă aderențele, o cantitate mare de puroi s'a revărsat în abdomen și totuși nu s'a observat, din acéastă cauză, nici cea mai mică infecțiune; bolnava s'a vindecat complet. De asemenea, examenul microscopic al conținutului trompelor extirpate, precum și a pereților acestor organe, a rămas cu totul negativ, în privința existenței microbilor.

¹⁾ Soc. de chir., 12 Oct. 1892.

Dintre tóte micro-organismele, ce s'aũ găsit în inflamațiile organelor genitale, gonococul lui Neisser a fost acela, care a atras mai mult atențiunea chirurgilor.

În acéstă privință, vulvo-vaginita copilelor a fost obiectul unor cercetări numeróse.

Prochownik¹⁾ din Hamburg, a găsit gonococul la 16 din 21 de copile, care erau atinse de acéstă bóla.

Von Dusch din Heidelberg²⁾ a observat în timpul unui an, 19 casuri de vulvo-vaginită intrate în serviciul său; în tóte casurile, a găsit gonococi.

Richardière³⁾, a examinat 20 de casuri, dar numai în 4 din aceste a găsit gonococul. El nu l'a observat nici-odată pe rufe.

Că bóla este contagiósă, acésta s'a susținut de fórté mulți. Ast-fel Ollivier⁴⁾ a observat, în sala Bayin din spítalul St. Louis, o epidemie de vulvo-vaginită, pe care a nimicit'o prin curățenie și împedicând contagiunea.

În cele 4 casuri, pe care Richardière le-a observat, bóla a fost comunicată; iar din cele 19 casuri relatate de Von Dusch, 10 aũ intrat de afară și 9 aũ fost căpătate în spítal, în urma admiterei celor-l'alte. În 5 din casurile venite de afară, tatál avea gonoree și în unul din aceste, o soră mai mare avea și ea aceiași afecție. În cele-l'alte 5, nu s'a putut determina modul contaminării.

Saenger⁵⁾ de asemenea, a observat dese ori în familii, epidemii de vulvo-vaginită. El ȃcea, că dacá la

¹⁾ Al 2-lea congres al soc. germ. de gyn., ținut la Halle, 24-26 Maiũ 1888.

²⁾ Adunarea naturaliștilor și medicilor germani. Colonia, 18—22 Septembrie 1888.

³⁾ Congr. intern. de med. legală. Paris, 19—24 August 1889.

⁴⁾ Acad. de Med., 23 Oct. 1888.

⁵⁾ Sed. de 26 Maiũ al 2-lea congres din Halle, 1888 (Soc. germ. de gynec).

virgine sau femei tinere se observă relativ des peritonite, perimetrite și piosalpingite, etc., acesta este din cauza blenoragiei, ce au avut în copilărie.

Asupra unui total de 8481 de fete, ce Pott din Halle¹⁾ a observat în timp de 12 ani, 86 au fost atinse de vulvo-vaginită; el și-a format convingerea că această afecțiune este contagioasă și blenoragică. A văzut multe epidemii în familii și pretinde chiar că s'ar fi observat endemii la Pesta, Hamburg, etc. Necurătenia, exantemele acute, tuberculoza, nu ar fi pentru el, de cât cause ocazionale; iar adevăratele cause ar fi: atentațele impure, contagiunea de la mamă în timpul nașterii și aceea de la părinți bolnavi, care se face prin obiecte sau culcare împreună.

Bumm, care crede că gonococul nu poate vegeta în vaginul femeilor adulte, din cauză că mucósa acestui canal este la dănsule densă și compactă, admite totuși dezvoltarea lui, în acel al copilelor; căci la ele, epiteliul vaginal opune o rezistență mai mică acestui microb.

Pentru metrite și vaginite, iată rezultatul cercetărilor ce s'au făcut, în privința gonococului:

Stenschneider²⁾ a demonstrat că gonococii se găsesc în uretră, în vagin; dar mai cu seamă, în cavitatea corpului și gîtului uterin. Mult timp după ce au dispărut din vagin și uretră, ei s'ar mai găsi încă pe mucósa cervicală și pe cea uterină; căci pe aceste se dezvoltă mai cu înlesnire.

În 53 de cazuri de infecție blenoragică, ce Bumm a observat în timp de cinci luni, colul era infectat de 75⁰/₀;

¹⁾ Ibidem.

²⁾ Berlin. Klin. Woch. 1887, No. 17, p. 301.

cavitatea corpului de 15⁰/₀ și trompele de 35⁰/₀. El crede că, gâtul uterin este sediul de predilecție a infecției blenoragice.

Vélander din Stockholm ¹⁾ a examinat 8 femei, care erau prostituate mai de puțin timp de cât 3 luni și a găsit de 5 ori gonococul, în secreția colului uterin.

Horand ²⁾ asupra unui total de 259 vaginite, l'a găsit de 20 ori.

Eraud ³⁾ a examinat 200 de vaginite și nu a găsit acest microb de cât de 3 ori.

În salpingite, gonococul a fost căutat adese-ori de diferiți experimențatori; dar s'a găsit foarte rar. Westermarck ⁴⁾ cel d'întăiu a observat gonococi, în puroiul unei salpingite. După el, Orthmann ⁵⁾, asistent la clinica lui Martin, i-a găsit o singură dată, în deuce casuri de salpingită ce a examinat; de asemenea Stemann, Ceppi, Clinton, Cushing și Heller, fie-care, în câte un cas.

Wertheim ⁶⁾ din Praga mai în urmă, prin experiențele ce a instituit, s'a încredințat, că în trompe, acest micrococ pôte să existe și să conserve totă virulența sa. El a făcut însemnări din puroiul salpingitelor și găsindu-l în 5 casuri prin cultură, l'a inoculat apoi cu succes pe mucosa uretrală de la om ⁷⁾.

Werth din Kiel, a găsit gonococi într'un cas de

¹⁾ Bull. méd. 21 Oct. 1881, p. 251.

²⁾ Lyon méd. 1889, voy. Thibault, Thèse de Paris, 1890.

³⁾ Ibidinem. 25 Noembrie 1881, p. 251.

⁴⁾ Hygiea Jan. 1886, Bd. XLVIII.

⁵⁾ Berliner Klin. Woch, 1887, No. 14.

⁶⁾ Al 4-le congres al soc. germ. de gyn. ținut la Bonn, de la 21—23 Maiu 1891.

⁷⁾ Wertheim a examinat 116 casuri pe piosalpinxe. De 32 ori a găsit gonococul, de 6 ori streptococul, 1 stafilococul, 1 diplococul lui Fränkel. De 4 ori microbi neterminați, de 72 ori culturile au fost negative.

salpingită; atât în puroiul din cavitatea trompei, cât și în peretele propriu al acestui organ.

Menge¹⁾, în trei casuri de salpingită, i-a văzut la microscop; dar n'a putut obține cultura.

Zweifel²⁾ l'a observat în 7 casuri.

Schmidt³⁾, în muco-puroiul din ambele trompe, ce a extirpat prin laparotomie, a găsit gonococi.

Iată unul din casurile de pyosalpinx, în care s'a găsit gonococi:

Femea de 32 ani; servitoare; acasă de 5 săptămâni dureri la hypogastru și în lombe. În ultimele 8 zile, durerile au forțat-o a se pune la pat. A avut și o febră destul de mare. S'a extirpat ambele trompe. După patru zile, more de o peritonită septică. La autopsie, s'a găsit un vechiu focar de peritonită. În abdomen, nu era puroiu; ganglionii mesenterici hipertrofiați; organele hiperemiate. Înainte de operație, nu s'a găsit gonococi în colul uterin sau în uretră. Trompa stângă conținea un singur diplococ, care nu era situat într-o celulă; Profesorul Heller, a reușit din contra, să coloreze în puroiul trompei drepte o mulțime de diplococi, care se aflau în celule de puroi și chiar în țesutul trompei. Acești gonococi erau situați în grămezi, în tunica epitelială a trompei la nivelul porțiunii uterine și acelei medii ale organului, (Werth.).

Wertheim ar fi găsit gonococul, în două casuri de abcese ale ovarului, care nu comunica cu pyosalpinxul coexistent.

¹⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1891, Bd. XXI, Heft 1, p. 119.

²⁾ Arch. f. Gyn., Bd. XXXIX, p. 378.

³⁾ Arch. f. Gyn., analizat în Lancet, April 1890, și resumat în Thibault. Thèse de Paris 1860.

În genere, gonococul se găsește foarte rar în salpingite și ovarite. Pentru unii, acesta s'ar explica, ca și pentru cei-l'alți microbi, prin aceea că gonococii dispar cu timpul și tocmai leziunile vechi sunt acele pe care de ordinar le examinăm; (laparotomia nu se face de ordinar, decât în salpingo-ovaritele, care datează de mult timp). De unde, ei conchid, că dacă prezența gonococilor într'o leziune ne autorisă de a o considera ca fiind blenoragică, absența lor nu pôte fi un argument serios, contra naturei sale blenoragice.

După Terrillon și Cornil, ovarul este foarte rar atins de supurația cauzată de blenoragie, din cauza neomembranelor peritoneale provocate de evoluția gonococilor din trompe; aceste membrane ar apăra atunci ovarul, contra invaziei microbului.

De asemenea, peritoneul nu constituie un bun mediu de proliferare pentru gonococi.

Ast-fel, natura blenoragică a unor metrite și salpingite numai pôte să fie considerată ca teoretică; căci ea este basată pe prezența gonococului în secrețiunile și puroiul acestor afecțiuni. Trebuie să menționăm, că pentru câți-va gonococul, nu ar fi suficient de a caracteriza blenoragia.

Vibert împreună cu Bordas, ¹⁾ la șase copile atinse de vulvită, care fusese deflorate de indiviți ce nu aveau blenoragie, au găsit gonococi, în scursórea vulvară; aceștia, atât prin reacțiunea lor cât și prin morfologia lor, nu difereau întru nimic de gonococii ordinară ai blenoragiei.

Luț Bantock din Londra ²⁾, se pare probat, că go-

¹⁾ Soc de Med. de Paris, 12 Janv. 1891.

²⁾ Asoc. medic. britanică, sess. din Birmingham, 29 Iulie—1 August 1890 (Semaine Medicale, 1890, p. 288.)

nococul nu posedă importanța ce i s'a acordat și crede că în această privință, observația clinică nu este în tot-d'auna conformă cu rezultatele cercetărilor bacteriologice. El n'a văzut nici-odată casuri de salpingite, de ovarite sau de abces ovaric, a căror origină să se fi atribuit cu certitudine blenoragiei; de asemenea, n'a observat nici-odată casuri de sterilitate, cauzate de această afecțiune venerienă.

De asemenea, Zeissl,¹⁾ crede că raportul etiologic dintre gonococ și blenoragie, nu este destul de probat. El ar fi observat micrococul lui Neisser în 7 casuri de uretrită, care a fost provocată în mod mecanic, chimic sau de siphilis. Dar singur recunoște, că identitatea micrococului găsit de dânsul cu gonococul lui Neisser, nu i-a fost desul de probată.²⁾

Cu toate acestea, trebuie să menționăm, că Neisser³⁾, după zece ani de la descoperirea gonococului, a continuat de a susține că el este agentul virulent al blenoragiei și că trebuie să se țină seamă de acest microb, pentru a diferenția blenoragia de alte boli.

În privința tuberculozei, am văzut că la 1883 Babeș, examinând un cas de ulcerație tuberculoasă a vaginului

¹⁾ Soc. imper-reg. de med. din Viena, 19 Noembre 1886.

²⁾ Gabriel Roux din Lyon (Acad. des Sciences, Paris, 8 Noembre 1886) a demonstrat că gonococul lui Neisser colorat, apoi tratat cu liquidul iodo-iodurat a lui Gram și în fine cu alcool, se decolorează și nu se mai găsește, pe când cei mai mulți microbi, tratați în același mod rămân colorați.

Când dar, pe o preparație se observă gonococul prin colorație cu o coloră de anilină, pentru a fi sigur că este el și nu altul, trebuie să îl supunem la acțiunea liquidului lui Gram. Dacă micrococul se decolorează și prin urmare nu se mai găsește, atunci este adevăratul gonococ.

³⁾ Antăiul congres al soc. germ. de dermatol. Praga, 10—12 Iunie 1889. El a găsit pentru l-a dată gonococul în 1879 examinând puroiul noilor-născuți afectați de oftalmie purulentă.

a găsit «dans les produits de la sécrétion vaginale «qui était particulièrement abondante et purulente, un «certain nombre de bacilles de la tuberculose granuleux et agglomérés sous forme de petites houppes.» In același an Krause și Schuchardt au observat bacilul, în 2 cazuri de tuberculosa genitală; de asemenea Wesener, Koch, Coze, Simon în 1884 și mai târziu Derville etc..

De ordinar, bacilii se găsesc în mică cantitate, în secrețiile genitale. Pentru Derville, acesta ar fi din cauza diluării lor în mucositățile utero-vaginale și în secrețiile inflamatorii, care sunt datorite lor. Deci este de recomandat ca să repetăm examenele, pentru a-i putea găsi. Dar chiar dacă luând această precauțiune, nu am găsi bacilii, totuși nu trebuie să excludem tuberculosa, până ce nu vom face inoculări în cavitatea peritoneală a unui purcel de India; căci de multe ori s'a produs tuberculosa pe aceste animale, de și nu s'au găsit bacilii lui Koch, în lichidele examinate.

Tote aceste cercetări, asupra microbilor din căile genitale, ne demonstrează în destul că ei sunt prezenți, atât în stare normală cât și în acea patologică a organelor. Am văzut chiar, că în starea patologică ei nu se găsesc numai la suprafața mucoselor, dar pătrund încă și în interiorul țesutului propriu al peretelui organului. Cercetările lui Péraire, Bumm și Widal sunt demonstrative, în această privință. Prezența aproape constantă a acestor microbi, în afecțiunile inflamatorii a organelor genitale, ne determină a le acorda, împreună cu majoritatea chirurgilor, un adevărat rol patogen în dezvoltarea și mersul lor.

Rolul microbilor. Coexistența atât de frecventă a microbilor și a celor-lalte alterațiuni, în afecțiunile inflamatorii și mai cu seamă în acele supurative ale

organelor genitale, nu p \acute{o} te fi considerat \acute{a} ca fiind ac-
cidental \acute{a} , adic \acute{a} ca ceva \acute{i} nt \acute{a} mpl \acute{a} tor. De sigur, c \acute{a} ast \acute{a} đ \acute{I} ,
c \acute{a} nd o sum \acute{a} de afec \acute{t} iuni chirurgicale sunt atribuite
num \acute{a} i microbilor, \acute{i} n mod firesc suntem conduși a
admite pentru aceștia aceaș influență patogen \acute{a} , \acute{i} n
multe din afec \acute{t} iunile aparatului genital. Apoi, aceiași
microbi cari caus \acute{e} z \acute{a} flegm \acute{o} nele, erisipelul, etc., s' \acute{a} u
g \acute{a} sit \acute{i} n cavitatea uterin \acute{a} și chiar \acute{i} n intimitatea mu-
c \acute{o} se \acute{i} și a tunice \acute{i} musculare a acestu \acute{i} organ, c \acute{a} nd
femeile \acute{a} u tost mai cu s \acute{e} m \acute{a} victimele accidentelor
puerperale.

Se observase de mult o coincidență a epidemiilor
de erisipel cu acele de febr \acute{a} puerperal \acute{a} .

Pozzi, pe c \acute{a} nd era intern \acute{i} n serviciul lui Broca, a
v \acute{e} đut de mai multe ori \acute{i} n salele de chirurgie epide-
mi \acute{i} de erisipel, care alterna \acute{u} cu acele de febr \acute{a} puer-
peral \acute{a} , \acute{i} n salele de nascere vecine. Cele din urm \acute{a}
succeda \acute{u} celor d' \acute{i} nt \acute{a} i \acute{u} , sau vice-versa, acestea succeda \acute{u}
epidemiilor de febr \acute{a} puerperal \acute{a} .

Pfannenstiel ¹⁾ a d \acute{e} monstrat c \acute{a} o mic \acute{a} endemie de
feme \acute{i} din Bresla \acute{u} , a succedat unei endemi \acute{i} de amig-
dalit \acute{a} .

Gusserov citat de Widal, a g \acute{a} sit erisipel al vulve \acute{i} ,
la 9 feme \acute{i} care avea \acute{u} febr \acute{a} puerperal \acute{a} .

Iat \acute{a} un cas observat de Richardi \acute{e} re ²⁾, care dup \acute{a}
d \acute{e} nsul, demonstr \acute{a} ac \acute{e} st \acute{a} rela \acute{t} iune :

Lehuz \acute{a} cu febr \acute{a} de infec \acute{t} ie, apoi phlegmatia alba do-
lens. \acute{I} n acest timp, copilul a c \acute{a} p \acute{a} tat un erisipel a
membrelor și a sucombat. Erisipelul s' \acute{a} declarat f \acute{a} r \acute{a}

¹⁾ Kasnisticher Beitr \acute{a} ge zur Aetiologie der Puerperalfiebris (centr. f.
Gyn. 1888, No. 38).

²⁾ Phlegmatia alba dolens puerp \acute{e} r \acute{a} le et erysip \acute{e} le. Semaine Medicale,
1892, p. 346.

ca să existe nici o plagă. Contaminarea s'a făcut prin rufele copilului, care se puneau la un loc cu pansamentele luate de la organele genitale ale femeii.

Winckel¹⁾ a cultivat streptococul pe care l'a găsit într'un abces peri-uterin puerperal și inoculând culturile acestui microb la un epure de casă, a produs erisipelul tipic.

De asemenea, Doyen²⁾ s'a asigurat prin mai multe experiențe, că streptococul erisipelului poate produce febra puerperală.

Lebenoff³⁾ a găsit streptococul erisipelului în pelea și cordonul ombilical a unui fetus, care s'a născut după 8 zile de la vindecarea mamei sale de un erisipel.

Experiențele care s'aun făcut pe animale, pentru a explora virulența microorganismelor din organele genitale, au dat rezultate diferite, după cum microbii ce s'aun inoculat au fost luați din organele normale, sau din cele bolnave. Aceste rezultate au mai variat și după regiunea sau organele în care s'a făcut inoculațiile; căci unii au inoculat în organele genitale de la animale, iar alții în țesutul celular a acestora, sau în alte organe diverse.

În privința microbilor care locuiesc în organele genitale normale, experiențele pe animale au dat în genere rezultate negative.

Ast-fel, Winter a inoculat la diferite animale culturi pure de stafilococi (albi, aurei, citri) și de streptococi patogeni, pe care i-a găsit în căile genitale normale; însă nu a obținut nici o dezvoltare de bolă.

¹⁾ Zur Lehre von dem internen puerperalen Erysipel. (Verh. des deutschen Gesselsch. f. Gyn. 1886, I Congres p. 78 C. Senn. p. 125.

²⁾ Acad. de Med. 1888 t. XIX p. 395.

³⁾ Senn p. 61.

Döderlein, inoculând animale cu culturi pure de streptococi pe care i-a găsit la lehuzele fără febră, n'a produs nici o afecțiune infecțioasă. Din contra, el a constatat că o cultură de stafilococi pe care a introdus-o în vagin, a perit după 24 de ore.

Gœnner n'a putut produce infecțiuni mortale la animale, cu germeii care i-a găsit la 31 de femei, sănătoase înainte și după nascere. Purceii de India, care au fost inoculați cu acești microbi, s'au arătat tot-d'auna refractari la infecțiune.

Numai Kehrler a observat formându-se abcese la toți epurii de casă, când a inoculat secrețiile care proveneau de la femeile însărcinate, sănătoase.

Acest rezultat negativ demonstrează, că microbii patogeni, care se găsesc în organele genitale normale, au o virulență atenuată.

Se întâmplă în acestea, cea ce se observă de ordinar în alte organe. Se știe în adevăr, că în multe din organele noastre există microbi, care deși sunt patogeni, totuși ei au o virulență atenuată. Inșă, acești microbi își recapătă virulența lor obicinuită, în anumite condițiuni adjuvante. Ei bine, și acei din organele genitale sunt patogeni, dar au o virulență atenuată; prin urmare, ei vor putea de asemenea să își recapete virulența lor ordinară și atunci să devină periculoși. Astfel, acești microbi pot deveni, ȳice Delbet, din nou activi, când se ivesce vre-o blenoragie, care alterând mucósa, deschide pórtă la o infecție secundară. De asemenea, Pozzi crede că virulența le póte fi redată fórte repede în óre-care circumstanțe favorabile, precum este d. ex. prezența rêmășițelor organice etc.

Deci, este de admis, că cu tóată starea de atenuare a virulenței lor, microbii din organele genitale normale

sunt periculoși; căci sunt gata să-și recapete acțiunea lor morbidă, sub influența unor cauze adjuvante.

Pentru microbii din organele bolnave, experiențele au dat rezultate pozitive.

Bumm a reușit să producă parametrită la epure de casă, inoculând streptococii și stafilococii pe care i-a găsit în trei cazuri de parametrită gonoreică.

Am văzut că Péraire a produs vaginite, care se însoțeau de febră, inoculând la câini și epuri, când bacterii, când micrococi proveniți din secrețiile metritelor. De asemenea, că Wertheim ar fi inoculat cu succes pe mucósa uretrală de la om gonococii, ce i-a găsit în puroiul câtor-va cazuri de salpingita.

Döderlein, Gøenner, Strauss și Sanchez de Toledo experimentând pe animale, ca epuri, porci de India și șoreci, culturii de microbi pe care le au obținut prin însemnăntări din lochiu și secrețiunii de ale metritelor, au provocat turburări și chiar mórtea.

Însă, pentru a determina adevărata virulență a microbilor din organele genitale, inoculările trebuiau făcute în organele similare de la animale; adică tot în acele genitale. În acest sens, s'a și făcut cercetări.

Péraire a obținut rezultate pozitive, inoculând în vaginul și uterul de la epuri de casă și de la câini, culturii pure de cocii și bacteriile, ce le a găsit în organele genitale bolnave de la femei. În vaginul a șase epuróice, el a inoculat culturii, când de coci, când de bacterii, cu ajutorul unui numără-picăturii. Punea apoi în vagin câte un tampon de vată hidrofilă și sterilizată, de care era legat un fir de ață. A doua și după inoculare, animalele au avut febră și după patru zile, o vaginită foarte accentuată. Însemnăntând apoi liquidul

din vagin pe agar și gelatină, a obținut cultură ai aceluiași microbi.

La șase cățele, el a inoculat cu o seringă cultură de coci și bacterii, chiar în uter și a obținut rezultate analoage; adică febră, vulvită și vaginită. După două zile, aceste inflamații s'ar fi vindecat. În două rînduri, el a sacrificat mucosa uterină și a provocat prin această congestia organului și o scurgere sero-sanguinolentă, care a durat două zile. Dar nu a obținut o ulceratie manifestă și nici o adevărată endometrită persistentă.

Strauss și Sanchez Tolédo însă, au instituit experiențe, ale căror rezultate nu sunt analoage cu cele obținute de Péraire.

În adevăr, ei au injectat, în cornoarele uterine a mai multor specii de animale, cantități mari de cultură pure de microbi patogeni. Aceste inoculări, le-au făcut după parturiție. În urma lor, ei nu au observat nici cea mai mică turburare morbidă; animalele au rămas sănătoase. Din contra, alte animale pe care le inoculasă pentru control cu aceleași cultură însă sub piele, au murit toate. Animalele, de care s'au servit în experiențele lor, au fost epuri de casă, porci de India, șoreci, etc.; iar culturile ce au injectat, au fost de cărbune, de vibriion septic și de stafilococul aureu.

Widal a încercat a face aceleași inoculări pe cinci epuróice de casă și a injectat în uterul lor, după naștere, cultură pure de streptococi pyogeni. Același rezultat negativ; numai într'un singur cas, s'a format un mic abces pe peretele vaginal.

Delbet n'a fost mai fericit în tentativele sale. La cinci cățele a făcut laparotomia și a injectat în corno-

nele uterine, culturî pure de streptococi, după ce mai întâi a răzuit aceste córne. Nicî un rezultat.

În urma acestor rezultate negative, este foarte greu să interpretăm rezultatele pozitive obținute de Péraire.

Imunitatea de care se bucură animalele asupra cărorora s'a experimentat, în ceia ce privesce infecțiunea căilor genitale, a fost atribuită de Pozzi faptului, că la aceste animale caduca lipsesce și că există la ele o dispoziție specială a plăgei placentare, care ar fi deosebită de cea a femeii. Duval ¹⁾ explică această imunitate atribuind-o reparației foarte rapide a mucóseî uterine, la rozătóre. În momentul chiar al parturii, epiteliul redevine intact; ast-fel încât, microbii din această cauză, n'ar mai putea fi periculoși.

În fine, o probă că microbii sunt de încriminat în multe afecțiuni inflamatorii ale organelor genitale, ar fi și cea următoare :

Intocmai precum în alte afecțiuni chirurgicale de natură infecțioasă există microbi nu numai în focarul morbid dar chiar și în alte organe din organism, tot ast-fel și în unele afecțiuni uterine în care se află microbi, aceștia se mai găsesc și în alte organe și țesuturi îndepărtate ale corpului.

Ast-fel, Winkel ²⁾ a produs erisipel, inoculând un epure de casă cu o cultură pură, obținută din sângele cordului unei femei, care a sucombat de o peritonită puerperală.

Escherich, ³⁾ a găsit în tot-d'auna, în laptele femeilor care erau atinse de febră puerperală, stafilococul

¹⁾ Annales de l'Institut Pasteur, t. II, p. 435.

²⁾ Intâiul congres german de gyn. ținut la München, 20 Iunie 1886.

³⁾ Bacteriologische Untersuchungen über Frauenmilch. Fortschritte der Medicin, 1885 t. III, p. 231 (Senn. p. 60).

piogen aureu sau alb. Laptele s'a arătat din contra, steril la 25 femei sănătoase și la lehuzele care aveau febră; dar care era cauzată de tuberculoza pulmonară, otită medie sau alte afecțiuni, care nu sunt puerperale.

Schüller ¹⁾ a examinat puroiul artritelor purulente, în 12 cazuri de febră puerperală. În tot-d'auna, a găsit streptococi și diplococi.

În resumat, microbii pot produce afecțiuni infecțioase, în organele genitale ale femeii. Acesta este demonstrat, pentru febra puerperală și pentru afecțiunile supurative ale diferitelor segmente, ce compun canalul genital. Nu credem că mai pot fi mulți chirurghi astăzi, cari ca Ahlfeld din Marburg ²⁾ să pretindă, că cercetările bacteriologice ce au fost întreprinse până acum, n'au dat decât rezultate contradictorii, în privința cauzei febrei puerperale. De sigur, că pentru ca asemenea demonstrațiune să fie complectă, ar trebui cu ceia ce s'a obținut pentru câte-va afecțiuni microbice ca cărbunele, tuberculoza, etc., să se obțină și pentru febra puerperală; adică reproducerea bolii pe animale. Dar, dacă în această privință nu s'a putut ajunge la nici un rezultat, fiind-că uterul la animale este refractar la infecție; totuși cu microbii isolați din secrețiile, sângele și diversele organe ale femeilor atinse de febră puerperală, s'a determinat leziuni infecțioase, când ei au fost injectați în țesutul celular, peritoneul sau alte organe la animale.

De asemenea, pentru metritele și salpingitele supu-

¹⁾ Über bakterien bei metastatischen Gelenkentzündungen. Verh. der Deutschen Gesselsch. f. chir. 1884, d'après centr. f. chir. Beil. No. 23, p. 3 (Senn. p. 115).

²⁾ Congr. de gyn., Bonn. 21—23 Mai, 1891.

native, se p \acute{o} te admite originea lor microbială; căci microbii ordinari ai supurațiilor, care s'a \acute{u} izolat din ele, sunt patogeni pe animale. In \acute{s} ă, nu s'a reprodus b \acute{o} la pe animale nici pentru ace \acute{s} tia.

In alte afecțiuni in \acute{s} ă, precum sunt metritele și salpingitele catarhale, hemoragice, etc., acele care insoțesc fibromii și cancerule, rolul microbilor este mai in \acute{d} oelnic; căci de multe ori, agenții infecțioși nu s'a găsit in ele.

Pentru aceste din urmă, Delbet se in \acute{t} reabă dacă nu ar putea să fie produse numai de turburări trofice nervoase și vasculare; adică fără ca microbii să fie in \acute{v} inuiți. Ast-fel, une-ori se observă după el metrite consecutive unor leziuni ale ovarelor care nu sunt specifice, adică infecțioase. De asemenea, metrita p $\acute{o$ te să fie cauzată de dezvoltarea vre-unui neoplasm ca fibromul și cancerul uterin, in afară de ori-ce infecțiune. In fine, numai ast-fel Delbet și explică pentru ce lungirea hipertrofică a g \acute{i} tului in deviațiile uterine și care se pune de ordinar pe seama metritei, se vindecă une-ori numai prin o simplă restabilire a uterului, in situația lui normală.

ORIGINA INFECȚIUNEI

Una din cestiunile importante relativă la infecțiunea căilor genitale ale femeii, este aceea a originii sale. A se ști de unde provine infecțiunea, este în adevăr foarte important; căci tratamentul preventiv și profilactic al afecțiunilor infecțioase depinde în cea mai mare parte, de calea pe unde se introduc microbii în căile genitale și nu-l vom putea institui cu folos de cât numai, când vom cunoște bine modul, în care ei contamină organele. Pe lângă acesta, o sumă de cestiuni de patogenie și fiziologie patologică găsesc o elucidare, în cunoșterea exactă a locului, de unde și până unde micro-organismele ajung să se introducă în canalul genital.

Ca și în alte organe și aparate din economie, ființele infinite de mici din căile genitale au origini multiple și de importanță diferită. Adese-ori, microbii vin din afară, pentru a contamina organele genitale; adică din aer și de pe orice corp strein, care ar veni cândva în contact cu dăsele. Alte-ori, origina infecțiunii se află chiar în interiorul organelor și microbii, care de ordinar stau în stare latentă în ele și nu cauzează nici un rău, devin sub influența unor cauze favorizante, nocive prin afecțiunile la care pot da naștere. În fine, un alt mod de contaminare și de infecțiune,

cea ce ar constitui o a treia origine pentru introducerea micro-organismelor, este, când organele genitale primesc infecțiunea din sângele care le nutrește, sau de la organele învecinate cu care se află în raporturi strânse mediate și chiar imediate

Apoi, dacă am cerceta și mai de aproape încă origina microbilor, am găsi cazuri de afecțiuni infecțioase, în care pentru unul și același, contaminarea provine când de la exterior când de la interiorul organelor.

Dar în genere, dacă privim infecțiunea din punctul de vedere al originii sale, putem deosebi două feluri de contaminări: una externă sau *hetero-infecție* și alta internă sau *auto-infecție*. Acesta din urmă are aspecte diferite, după cum microbii provin din interiorul chiar al organelor genitale, din organele vecine cu dănsese, sau direct din sânge.

Hetero-infecția. Acest fel de infecțiune, adică externă, a fost numită de Kaltenbach infecție prin *contact*, iar de Fehling infecție *exogenă*, prin opoziție cu cea internă, pe care el a numit-o *endogenă*. Această origine este foarte frecventă și adese-ori destul de vădită sau apreciabilă.

În lipsă de orî-ce contact, a organelor genitale ale femeii cu un corp sau mediū strein contaminat de microbi, raporturile sexuale pot da naștere la infecțiune. Acesta s'ar întempla după unii, nu numai când raporturile sunt impure, dar chiar când uretra bărbatului este perfect sănătoasă. Se știe în adevăr, că uretra atât la femeie cât și la bărbat, conține une-ori în stare normală numeroși microbi. Acesta este mai cu sémă de admis pentru uretra bărbatului. Astfel cercetările lui Lustgarten, Mannaberg, Geovannini, Row-sing, Legrain, etc., au demonstrat până la evidență că



există în uretra normală numeroase specii de micro-organisme, ca bacterii, micrococi, etc., cari sunt simpli saprofiți sau chiar patogeni. Acești microbi s'ar introduce în vagin odată cu spermul ejaculat și ar mări prin urmare numărul celor preexistenți din acest canal.

Acest fel de infecțiune, adică provenită din uretra normală a bărbatului, este foarte problematică. În adevăr, se știe că cateterismul canalului uretral normal, când este practicat cu instrumente sterilizate, și în bune condițiuni de asepsie, nu cauză decât foarte rar infecția vesiceî; deși canalul după cum am văzut, este normalmente locuit de numeroși microbi. Deci prin analogie ar trebui să recunoștem și să admitem, că deși raporturile sexuale pot înlesni introducerea micro-organismelor din uretră în vagin, totuși ele nu dau naștere mai nici odată la afecțiuni infecțioase, când bărbatul nu este atins de uretrită. Este probabil că în asemenea caz, dacă microbii din uretra sănătoasă, care se introduc în vagin, nu sunt nocivi, acesta este fiind-că ei au o virulență atenuată. Cu toate acestea, după unii, asemenea atenuare a virulenței lor nu i-ar împedica să devină periculoși în anumite condițiuni favorisătoare de infecție. Eată ce zice Eraud¹⁾ din Lyon în această privință: «Există în canalul uretral normal un microb, *staphylococcus urethralis*, care este capabil de a produce uretrită».

«El prezintă în tot-d'auna aceleași caractere morfologice și reacțiunile în mediile nutritive, fie că l'am lua de la adolescent, de la copil sau de la noul-născut.

«Acest microb saprofit are caractere identice cu a-

¹⁾ Soc. française de dermatologie et de syphiligraphie. Première session tenue à Paris les 10, 11 et 12 avril 1890.

«celea ale microbului care s'a găsit în orchită, în pro-
«statita blenoragică și cu acele ale gonococului».

«Deci, trebuie presupus că toți acești microbi nu sunt
«de cât unul și acelaș, care trăește ca un saprofit
«în uretra normală, dar care este în stare, sub influ-
«ența unor condițiuni încă necunoscute, să dea naștere
«la infecțiunea blenoragică».

Aceste afirmări ale lui Eraud nu s'au confirmat și
de alții; ele par a fi chiar în contrazicere, cu cea ce
se scie astă-đi asupra gonococului și în privința ble-
noragiei. Vom repeta deci, că infecțiunea produsă de
raporturile sexuale, când uretra este sănătósă, nu este
probabilă; cel mult, am putea admite că ea este fórterară.

Din contra, raporturile sexuale impure, precum sunt
acelea care se fac când uretra este atinsă de inflamația
blenoragică, dau đilnic naștere, după cum se scie, la
infecția căilor genitale femeesci. Astă-đi chirurgii aű
chiar tendința de a pune pe séma blenoragiei bărbatului
cele mai multe din cusururile de sterilitate de la femeș.

În privința acésta, s'a ținut mult séma de blenoragia
latentă a uretrei bărbatului.

Nocggerath este unul din chirurgii care a insistat
mai mult asupra acestei originii a infecțiunei.

În 1872, el a publicat o lucrare însemnată asupra
blenoragiei latente și a ajuns la conclusia, că acéstă
afecțiune este fórte frecuentă. În 1876, Nocggerath a
susținut înaintea societății americane de gynecologie,
că blenoragia este incurabilă și că ea devine în tot-
deauna latentă. În acéstă stare, ea póte încă să dea
naștere la complicațiunii grave, din partea organelor
genitale. El pretinde că 90⁰/₀ din femeile sterile aű
bărbați, care înainte saű după măritiș, aű avut bleno-
ragie. Pentru dēnsul, acéstă contaminare prin rapor-

turile sexuale, j \acute{o} că un rol f \acute{o} rte însemnat, în dezvoltarea diferitelor afecțiun \acute{i} ale organelor genitale, care pot aduce după ele sterilitatea.

Saenger ¹⁾ din Leipzig dă o proporție, apr \acute{o} p \acute{o} e anal \acute{o} gă, pentru femeile care sufer \acute{e} de afecțiun \acute{i} cauzate de blenoragie. Totuși, el admite, că ac \acute{e} stă afecțiune venerică este mai puțin periculoasă de c \acute{a} t crede Noggerath. După Saenger, 27 $\%$ dintre femeile bolnave de afecțiun \acute{i} diverse ale organelor genitale, sunt atinse de infecțiile blenoragice.

Mulți chirurghi înșă, a \acute{u} o p \acute{a} rer \acute{e} cu totul opusă, în cea ce privesce leziunile infecțioase de origină blenoragică. Ast-fel Bantock ²⁾ se ridică cu t \acute{a} rie contra tendinței care există actualminte, de a considera cele mai multe infecțiun \acute{i} ale mitrei ca fiind consecințe ale blenoragiei.

Kroner din Breslau ³⁾, după cercetarea a 97 observațiilor de naceri și de urmările acestora, la mamele care a \acute{u} avut copii atinși de oftalmie blenoragică, conchide că Noggerath și Saenger a \acute{u} exagerat importanța ce ar avea blenoragia, în dezvoltarea afecțiunilor mitrei și în genere ale organelor genitale ale femeii.

O altă cauză, bine cunoscută de infecțiune externă, este introducerea și contactul diferiților corpi str \acute{e} ini cu organele genitale femeesci. Acești corpi sunt: degetul pe care il introducem đilnic în vagin, pentru a stabili diagnosa afecțiunilor organelor genitale interne;

¹⁾ Asociația medicală britanică, sesia din Birmingham, 29 Iulie—1. August 1890.

²⁾ Intăiul congres german de gynecologie ținut la M \acute{u} nich la 26 Iunie 1886.

³⁾ Adunarea naturalistilor și medicilor germani. Sesiunea din Wiesbaden. 19—24 Septembrie 1887.

diferitele instrumente ca speculul, histerometrul și altele de asemenea natură; canulele de la irigatore, spongiile preparate sau laminaria digitată; diferiți corpi cu care se face masturbația, etc. Tote acestea, se înțelege lesne, pot favoriza introducerea microbilor de tot felul în vagin și uter.

Unul din casurile de supurație pelviană ce relatăm aici (obs.....) este un exemplu dintre cele mai demonstrative în această privință. Introducerea laminariilor în colul uterin a provocat în mod cert o supurație pelviană foarte îngrijitoare, de care bolnava nu s'a vindecat de cât în urma unei intervențiuni operatorii serioase. În acest cas, agenții infecțioși virulenți au putut fi introduși odată cu laminaria (hetero-infecție), sau acei ce se găseau în stare latentă în uter și au recăpătat toată virulența lor, sub influența modificării pe care laminaria a imprimat-o uterului și au produs infecțiunea (auto-infecție). Inclinaș pentru cea d'întăiu ipotesă; căci laminaria noastră era departe de a fi perfect aseptică.

Astă-și, afecțiunile de origine externă, produse prin contaminare de pe corpi străini ca deget, instrumente, etc., au devenit mai rari; dar mai înainte, când anti-sepsia și asepsia nu erau încă la ordinea zilei, aceste diferite manoperi produceau adese ori afecțiuni infecțioase grave. O simplă explorație vaginală la femeie, care nu avea de cât o afecțiune ușoră, ca simpli polipi uterini, a cauzat altă dată peritonite acute, care uneori au fost atât de grave, în cât s'au terminat prin morțe ¹⁾.

¹⁾ Verneuil. Bulett. de la Soc. Anat., t. XLVII, p. 190, Avril 1872.
Merner. Thèse de Paris, 1883. De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-uterins.

Chiar astă-dî, când tocmai în scop de antisepsie se practică la lehuze atât de des irigațiunile vaginale și intra-uterine, se mai observă încă accidente, care sunt cauzate de introducerea microbilor patogeni prin intermediul mănelor și a instrumentelor. Asemenea practică, când este urmată de accidente, este cu atât mai puțin scuzabilă, cu cât s'a demonstrat de unii chirurși, că la lehuze nu există în stare normală microbi, în uter și vagin. Mulți, condamnă din această cauză practica irigațiunilor și Bockelmann o numește *furóre antiseptică*.

În Saxa și Hessa există chiar regulamente, care interdic mōșelor de a face irigații la lehuze; ele sunt obligate să se mărginescă numai, de a face toileta externă a organelor.

Trebue însă, să recunōscem ca ceva incontestabil, că actualminte chirurși, prin întrebuițarea rigurōsă a antisepticelor, sciū să se păzescă de o asemenea contaminare. Statisticile întinse, dovedesc acēsta cu suficiență. Ast-fel, Kaltenbach¹⁾ a avut numai două casuri de mōrte, asupra unui total de 1500 naceri. În unul din acestea, mōrtea a fost cauzată de contaminație și în al doilea, de septicemie. Pentru cazul de contaminare, el încriminēză pe un student, care înainte de a practica examenul vaginal, fusese într'un serviciū de chirurgie, în care se aflaū boli septice.

Leopold²⁾ din Dresda, a relatat de asemenea o statistică destul de satisfăcētoare. El ar fi constatat, că mortalitatea din serviciul sēu a diminuat mai cu sēmă,

¹⁾ Al treilea congres a soc. germane de gynecologie, ținut la Friburg, la 12--14 Iunie 1889.

²⁾ Ibid.

de când nu mai permite să se examineze femeile gravide. Asupra unui număr de 510 nașteri, el nu a avut decât un singur caz de mórte, care a fost cauzat de infecție. În acest caz, contaminarea a provenit din cauza unui examen vaginal.

În cazurile când contaminarea se face în ast-fel de mod, adică prin intermediul unui corp strein solid sau liquid care se pune în raport cu organele genitale, microbii provin din plăgi septice, de pe cadavre sau de la lehuze atinse de infecțiune.

La femeile multipare, la care, în urma nașterilor, vulva rămâne larg deschisă, contaminarea s'ar putea face după Schultze, direct din aerul exterior; adică fără intermediul vre-unui corp solid sau liquid. Dacă am admite acest fel de infecțiune, am putea-o numi *spontanee*, prin opoziție cu aceea, cauzată de solide și lichide când o mână streină sau femeia însăși le introduce în căile genitale și care prin urmare este *provocată*.

Auto-infecția sau infecția endogenă, este infecția provenită din interiorul corpului; fie că microbii vin din interiorul chiar al organelor genitale; fie că ei sunt aduși de sânge sau că își au originea în organele învecinate.

Infecția care și are originea în interiorul chiar a organelor genitale, adică care se datorește saprofitilor ce normalmente locuiesc în ele, este cea mai importantă prin frecvența sa. Acéastă infecție a mai fost numită și *autochtonă*. Germanii o numesc *Selbstinfection*. Existența ei este astă-đi pe deplin demonstrată.

În căile genitale locuiesc normalminte mai multe specii de microbi. Acestea însă, au o virulență atenuată și se găsesc în stare latentă; așa încât organele geni-

tale sunt afectate chiar în starea lor normală, de o infecție, dar care nu este decât *virtuală*, cum o numește Pozzi. Pentru a deveni *reală*, este necesară intervenția unor cauze favorizătoare, care să desvolte virulența microbilor. Indată ce și recapătă virulența lor, micro-organismele devin într'adevăr nocivi și pot da naștere la accidente locale și generale infecțioase.

Circumstanțele în care microbii latenți pot deveni periculoși și cauzele care înlesnesc dezvoltarea unei virulenți nocive, după cum vom vedea mai târziu, sunt numeroase. Diferitele traumatisme și în genere toate cauzele care diminuează rezistența țesutului din care sunt compuse organele, redesteptă mai cu seamă virulența atenuată a microbilor.

Aceștia găsesc un mediu bun de dezvoltare în resturile de placenta sau de membrane ale oului foetal, care rămân adesea în cavitatea corpului și colului uterin, când o femeie avortază; ei pot atunci să devină periculoși.¹⁾

În toate aceste diferite circumstanțe, care înlesnesc evoluțiunea microbilor și produc infecțiunea endogenă, organele genitale sunt normale, precum sunt și microbii care locuiesc în ele. Acastă specie de infecțiune endogenă, este adese-orî greu de admis și în tot cazul rară.

Iată două exemple de asemenea infecțiune. O femeie a fost coprinsă brusc de febră în a cincea lună a sarcinei. Acastă bolnavă nu fusese niciodată examinată. Fiind-că avea o scurgere fetidă prin vagin și o temperatură înaltă, s'a provocat nașterea prematurată. Gîtul uterin era închis. S'a administrat irigații calde

¹⁾ Veđi cauzele adjuvante ale infecției.

și femeea a născut un foet viu în a cincea lună. Placenta era situată îndărăt și presenta în segmentul său inferior un focar hemoragic, care era în parte descompus, (Benckiser din Karlsruhe¹).

Döderlein ²) din Leipzig, relată următorul cas ca exemplu de Selbstinfection. (spontanee).— Femeie de 37 ani. În Aprilie 1887 a avut un avort în urma unui erisipel. În Decembrie același an s'a prezentat pentru o metrorragie abundentă care dura de câte-va zile. Era atunci gravidă în șase luni. S'a provocat expulsia foetului, căci hemoragia era violentă. Chiar din acea zi fu coprinsă de febră violentă și examinând lochiile, s'a găsit în ele streptococul lui Fehleisen; febra a persistat în timp de cinci-spre-zece zile. În tot acest timp nu s'a prezentat nici un semn de peritonită sau altă afecție a uterului, dar femeea acusa dureri în diferite articulații; acestea erau ușor tumefiate. Morte. La autopsie, s'a găsit în articulație același microb dar fără altă leziune; organele genitale nu prezintă nici o alterație patologică. S'a găsit o leptomeningită care era provocată de streptococul erisipelului; căci s'a găsit acest microb în foarte mare cantitate în leziunile meningee. Deci, a fost un erisipel intern care a stat mult timp latent și care s'a dezvoltat din nou după un avort.

Un alt mod de producțiune a infecției endogene și care se observă de ordinar, se găsește în casurile patologice, adică când organele genitale sunt atinse de o afecțiune ôre-care. În adevăr, toate casurile favorisă-

¹) 3-lea congres al soc. germ. de gynec. din Friburg, 1889, 12—14 Iunie.

²) Șed. din 26 Mai, al 2-lea congres al soc. germ. de gynecol., ținut la Halle, 24—26 Mai 1888.

tóre de infecție deșteaptă mai lesne virulența microbilor, când organele sunt prealabilmente inflamate sau atinse de neoplasme, de cât când sunt sănătóse. Diminuarea de rezistență a țesuturilor cauzată de aceste maladii, este de sigur fórte propice pentru exaltarea virulenței latente a microbilor.

Ast-fel, în casurile de fibróme uterine, care după cum se scie se însoțesc mai tot-d'auna de metrită, sub influența unor cauze adjuvante, microbii, cari mai înainte se găseaú în stare latentă, pot să devină nocivi și să dea nascere la accidente de infecțiune.

Tot ast-fel și în cancere și în alte neoplasii.

Obs..... este un cas de fibrom uterin însoțit de o metrită ale cărei secrețiuni erau constituite de un muco puroi fórte abundant și din care am cultivat microbii.

O infecție exogenă, precum este blenoragia, când se produce, determină o inflamație a mucóselor, care diminuează rezistența pe care ele o opun microbilor, conținuí normalminte în căile genitale și prin urmare favoriséză infecțiunea. In asemenea caz, o infecțiune exogenă nu este periculósă prin ea însăși, dar prin alta endogenă pe care o favoriséză. După cei mai mulți chiar, blenoragia nici nu ar fi putënd produce în alt mod leziunile infecțiose ale organelor genitale. Ast-fel Gerheim ¹⁾, consideră tóte complicațiunile blenoragiei, precum sunt metritele, parametritele și salpingitele, ca fiind infecțiuni secundare. Blenoragia ar fi primitivă și ar favorisa desvoltarea unei alte infecțiuni de altă origine, care este secundară.

Un exemplu și mai demonstrativ de acest gen de

¹⁾ Cent. f. Gyn. 1889, p. 57.

infecțiune, este peritonita generalisată, care complică în circumstanțe anumite o salpingită supurată.

La societatea de Gynecologie din Londra ¹⁾ Grigg a comunicat o lucrare basală pe patru cazuri, care demonstrează această varietate a infecției endogene. Eată ce zice el: «De câte ori o femeie sucombă de o afecție «puerperală, se pune acesta de ordinar pe séma unei «infecțiuni venită de afară. Acesta nu este exact; căci «une-ori infecțiunea a putut pleca de la o afecțiune «veche a anexelor, anterioră gravidității și care se găsește la autopsie».

Eată unul din cazurile lui Grigg. Femeie de 22 ani, primipară și intrată la spital după patru zile de la începutul nasterii. Estrația foetului. Mörte. La autopsie, kyst multilocular supurat al ovarului drept, care s'a rupt în timpul manoperilor operatorii.

Am șis că infecțiunea endogenă pöte proveni, nu nu numai din interiorul organelor genitale, dar și din organele învecinate. Rectul, vesica, uretra și în genere intestinul sunt organele, care se găsesc în raport imediat cu căile genitale. Microbiș din aceste organe, când sunt bolnave, pot produce o infecțiune a organelor genitale ale femeii.

În adevăr, uretra la femeie este mult mai scurtă ca aceea a bărbatului; ea este mult mai largă și mai puțin închisă, de cât la acest din urmă; iar raporturile sale cu vaginul sunt destul de imediate și întinse, pentru ca să permită lesne introducerea microbilor din căile urinare în acele genitale. Acestă dispoziție anatomică stabilește întru cât-va öre-care relațiune, între afecțiunile infecțioșe ale căilor urinare și ale celor genitale.

¹⁾ 5 Iulie 1886.

Dacă considerăm spre exemplu organele genitale și urinare la femeile diabetice, vedem că adese-orî ele sunt atinse de inflamațiuni supurative, precum sunt pyelitele, cystitele, vaginitele și chiar metritele. Acestea se produc din cauza prezenței zahărului în urină, care este favorabil pentru dezvoltarea microbilor din căile urinare. Consecutiv cîstitei și metritei se produce vulvita și vaginita.

Fistulele vagino saŭ utero-vesicale, deosebit că favoriséză infecția cauzând o iritație a vaginului, dar încă, permit și introducerea microbilor odată cu urina purulentă. Ast-fel, s'a observat casurî de metrite și salpingite consecutive fistulelor urinare (infecție ascendentă).

Aceleaș considerente sunt aplicabile și pentru contaminarea care ar avea origina în rect. Fistulele recto-vaginale pot de asemenea provoca o infecțiune a organelor genitale.

Chiar din intestin, microbii ar putea trece în căile genitale. Ast-fel, Saenger ¹⁾ a observat într'un cas, propagația unei peritiflite la trompa dréptă.

Pozzi ²⁾ a fost unul dintre cei d'întăiŭ, care a demonstrat originea intestinală a unor salpingite. În trei casurî, salpingita s'a dezvoltat în urma unei leziuni intestinale, ca febră tifoidă și enterită. «La propagation s'était faite soit par les adhérences réunissant les annexes à l'appendice caecal enflammé, soit par les lymphatiques signalés par Clado entre cet organe et l'ovaire». (Segond ³⁾).

¹⁾ Am. s. of. obst., 1887, p. 326.

²⁾ Bull. et. mem. de la soc. de chir., Déc. 1890, t. XVI, p. 779.

³⁾ Traité de chir. Duplay et Réclus., t. VIII, p. 548.

Dolérís și Bourgés¹⁾ au găsit în puroiul foarte fetid a unei parametrite supurate, ce l'au extras în timpul laparotomieî, pe lângă streptococul pyogen, și o mare cantitate de mici bacilî, care prin culturî s'au arătat a fi proteus vulgaris, óspetele obicinuit al intestinului la om. Acéstă prezență a proteului, se explică ușor ȃic eî «prin aderențele pe care intestinul le-a contractat cu peretele abcesului parametric».

În cazul de actinomicosă, găsit de Zemann, nu s'a putut determina, dacă parazitul a venit de la exterior prin vagin, sau dacă a trecut din intestin în trompă. Acéstă din urmă ipotesă, este mai probabilă; căci intestinul adera la tumora, care era plină cu actinomicetî. (Delbet).

În fine, infecțiunea provenită direct din sânge, deși foarte rară, totuși merită să atragă atențiunea noastră. Acéstă origine, a fost admisă mai cu sémă pentru ovaritele foliculare, care se observă une-orî în urma febrei eruptive. Scanzoni a găsit câte-va mici abcese în ovare, la o femeie, care a succombat de pneumonie.

Bolî infecțioase, ca febră tifoidă, gastro-enterită însoțite de febră, flegmónele infecțioase, pneumoniile cu tendința la hepatisațiî cenușie, când vin la o femeie gravidă care are să nască sau care avortéză, pot provoca, cu tótă antisepsia vagino-uterină, accidente puerperale, ca peritonita septicemică, flegmóne ale ligamentului larg, pelvi-peritonite, etc. Aceste casuri de infecțiunii puerperale *inevitabile*, cum ȃice Dolérís, se esplică prin trecerea din sânge în organele genitale a microbilor infecțioși. (Prioleau de Brive²⁾.

¹⁾ Soc. de biologie, 12 Novembre 1892.

²⁾ Asociat. franç. p. l'avancement de sciences, Pau, 1892. Puerperalitate și microbism preexistent, datorit unei afecțiunii generale.

Hervieux¹⁾ crede că une-ori, dar în tot cazul mult mai rar ca prin calea vaginală, streptococul poate pătrunde prin pele și căile respiratorii, pentru a produce febra puerperală.

De asemenea, viciația aerului prin emanații mephitice (private, eguuri, etc.), după Guéniot, ar putea produce accidente septice, la lehuze. Aceste emanații sunt gaze și materii organice volatile²⁾; ele s'ar introduce pe calea pulmonară, sau chiar prin pele.

Un exemplu pozitiv de infecție pe cale sanguină, este tuberculosa căilor genitale. În adevăr, chiar dacă s'ar admite posibilitatea unei infecții directe, adică de origine externă; totuși acesta este mult mai rară ca infecția ce se face prin sânge. Conheim cel întâiu, a emis hipotesa că tuberculosa ar putea fi transmisă prin raporturile sexuale. Mai pe urmă Verneuil³⁾, Verchère⁴⁾, Fernet⁵⁾, Derville⁶⁾, etc., în Franța, și Mosler⁷⁾, Wiedow⁸⁾, Spœth⁹⁾, Hégar, etc., în Germania, s'au încercat a demonstra prin observații clinice, această contaminare; Cornet¹⁰⁾ și Cornil¹¹⁾ au obținut rezultate pozitive, prin inoculările ce le au făcut în vagin și

¹⁾ Acad. de med. 8 Martie, 1892.

²⁾ Acad. de méd., 1 Martie 1892.

³⁾ Gaz. hebdomadaire, Avril 1883, p. 227, 246. Lettre a M. le prof. Fournier. Hypothèse sur l'origine de certaines tuberculoses génitales.

⁴⁾ Thèse de Paris, 1883. Portes d'entrée de la tuberculose.

⁵⁾ Soc. méd. des hop., déc. 1883.

⁶⁾ Thèse de Paris, 1887. De l'infection tub. par la voie génitale chez la femme.

⁷⁾ Dis. inaug. Berlin, 1883. Die Tub. der weiblichen Genit.

⁸⁾ Centr. f. Gynaek., 1885, No. 5.

⁹⁾ Dis. inaug. Strassburg, 1885.

¹⁰⁾ Congrès. chirurg. german. Berlin, 1889.

¹¹⁾ Contagion de la tuberculose par les muqueuses (Congrès de la tuberculose, 1888, I-ère séance).

uter. Cu toate acestea, Réclus¹⁾, Guyon, Jacquot²⁾, etc., nu admit această origină. Sunt mai multe considerente care pledază contra contagiunii directe. Ast-fel, dintre toate segmentele canalului genital, trompa este mai des atinsă de tuberculoasă; apoi uterul și în fine mult mai rar, vaginul³⁾. Dacă contagiunea ar fi de încriminat, atunci de sigur că tocmai contrariul ar trebui să se întâmple; adică ca vaginul să fie mai des afectat. Pentru salpingo-ovaritele tuberculóse ale virginelor, de sigur că raporturile sexuale n'a putut cauza bóla. În fine, faptele clinice care au fost invocate pentru a susține contagiunea directă, nu au multă valóre. Din contra, Réclus, care, după cum scim, are multă competență în cea ce privește tuberculosa căilor genitale, pretinde că în 12 cazuri de această afecțiune, n'a putut nici odată atribui dezvoltarea bólei raporturilor sexuale.

În tot cazul, tuberculosa *primitivă* a organelor genitale femeesci, este mult mai rară ca cea *secundară*. Acesta din urmă, nu se poate atribui de cât infecției, venită din sânge.

Am văzut că auto-infecțiunea își ia originea, când din organele genitale, când din acele învecinate, și une-oră chiar din sânge; adică este *intra-genitală* sau *extra-genitală*. Apoi, după cazurile în care o considerăm, ea este *spontanee*, sau *provocată*. Dar, tot în privința modului cum se face infecțiunea, dacă con-

¹⁾ Clinique chir. de l'Hotel Dieu. Paris, 1888.

²⁾ Thèse de Paris, 1888. Infection tuberculose par voie génitale.

³⁾ Paul Daurios. Etude clinique et traitement chirurgicale de la tuberculose génitale chez la femme, 1889. — Asupra unui total de 166 obs. de tuberculosa genitală, el a găsit numai în 24 cazuri, leziuni vaginale și în 8 cazuri leziuni ale colului (p. 19). Asupra 64 cazuri de tuberculosa a trompelor în 19 și uterul era atins, iar în 55 erau bolnave numai ele singure sau și ovarele (p. 83).

siderăm posibilitatea ce avem de a o preveni, mai este încă o distincțiune foarte importantă, ce trebuie să facem.

În adevăr, o auto-infecție intra-genitală sau extra-genitală poate fi une-oră inevitabilă. Ast-fel este infecția genitală care se observă în timpul gravidității sau după naștere, la o femeie care era atinsă mai înainte de o blenoragie, o metrită cervicală, o leucoree întinsă, etc. De asemenea, în casurile de afecțiunii preexistente generale sau a altor organe, precum ar fi o nefrită infecțioasă, o endocardită, o gastro-enterită, etc., infecțiunea care ar invadea căile genitale înainte și după naștere, nu poate fi prevenită. Ast-fel încât, după Doléris¹⁾, infecțiile genitale ar trebui divizate în evitabile și inevitabile. Cele d'întăiū sunt mai frecvente ca cele din urmă și prin urmare avem posibilitatea cele mai dese oră, să prevenim accidentele infecțioase, usând de asepție și antisepsie.

¹⁾ Soc. obst. de France. Paris, 21—23 Avril 1892.

CĂILE PE CARE SE PROPAGĂ MICROBII.

Căile pe care se propagă microbii și infecțiunea sunt multiple: calea mucóselor, adică propagația ascendentă de la vagin la uter, de la acesta la trompe și în cele din urmă la peritoniú. In acest fel de propagare, microbii profită de continuitatea mucóselor una cu alta din dreptul orificiilor și a istmurilor care desparte diferitele segmente ale canalului genital și se urcă pe aceste, propagând ast-fel către trompe și peritoniú leziunile septice.

Prin vasele limfatice, mergând de la rețelele de origine, în trunchiurile peri-uterine, în acele din marginea superióră și de la basa ligamentului larg și ajungând ast-fel până în ganglionii pelvienii sau lombari.

Prin vene, urmând unul din pediculele vasculare superior sau inferior.

In fine, de-adreptul, adică prin propagație directă, strebătând mucósa și țesutul muscular al pereților organelor, pentru a ajunge la țesutul celular din vecinătatea lor.

Toți chirurgii admit aceste căi multiple. Ei nu le dau însă o importanță egală și discută pentru a ști în mod pozitiv, care din aceste diferite căi de propagație este cea mai des urmată de microbi; adică mai preferată de aceștia. Unii, admit că propagarea se face

de regulă pe cale mucosă. Alții, între care este mai cu seamă Lucas Championnière, cred că microbii și inflamația datorită lor se propagă prin limfatice. Această divergență de opinii există mai cu seamă în privința patogeniei salpingitelor și după ideea ce fie-care își face de felul propagației, își îndreaptă și silințele în terapie. Ast-fel uniți, susțin răzuirea mitrei în salpingite; iar alții, nu dau nici o importanță acestei operațiuni.

Calea limfatică. Championnière¹⁾ este cel care a susținut mai cu tărie propagarea infecției pe această cale. La început, el a insistat asupra rolului limfaticelor în infecția puerperală, unde în adevăr asemenea propagare se observă mai lesne; mai în urmă a susținut această și pentru pyosalpingite. În aceste din urmă afecțiuni, unul din argumentele mai puternice ce a invocat pentru a susține calea limfatică contra acelei mucose, a fost, că adese-orî în pyosalpinxe, partea internă a trompelor este sănătoasă; în loc de a fi din contra partea cea mai atinsă, dacă propagarea s'ar face direct prin ostiul uterin al trompei.

Apoi, Championnière a basat aserțiunea sa și pe dispoziția anatomică a limfaticelor. El ar fi observat, la femeile gravide, rețele formate de vase voluminoase care ar naște în regiunea gîtului uterin, de unde apoi ar merge pe lângă trompe pentru a se anastomosa în dreptul lor cu vasele care plécă de la ovare. Am vădut însă, că Poirier nu a găsit această dispoziție anatomică. Din contra, descripția ce acest anatomist dă despre limfaticile organelor genitale, nu pledază mult

¹⁾ Thèse de Paris, 1870. Mai înainte Boyer și Nonat insistase asupra acestui fel de propagare.

Arch. de tocologie, 1875, p. 449.

Bull. et mem. de la Soc. de chir. 1888, p. 931 et 2 Janv. 1890.

pentru propagarea prin ele. În adevăr, după cum am văzut într'un capitol precedent, limfaticele gâtului uterin merg pe la baza ligamentului larg și prin urmare ele nu au nici o relație cu acele care însoțesc arterele utero-ovariene, de lângă ovare și trompe. Numai limfaticele corpului uterin merg în apropiere de trompe și încă către partea lor externă, adică acolo unde se formeză de obicei salpinxul, aceste vase se îndepărtează de trompe (distanță de 2 cm.), pentru a se apropia de ovare. Ele nu merg pe lângă trompe; ci între aceste și ovar, apropiindu-se mai mult de acest din urmă organ. Iar în cea ce privește comunicarea vaselor uterine cu acele ale trompelor și ovarelor, am arătat, că după Poirier, acesta se efectuează tocmai în regiunea lombară. Ast-fel încât, o limfangită ar trebui să parcurgă un trajet retrograd pentru a pleca de la uter spre a ajunge la trompe și ovare.

Iar contra celui d'întăiu argument, adică că trompa uterină este de ordinar sănătoasă în terțul său de inserțiune pe uter, pledează examenul microscopic, care mai în tot-d'auna denotă o leziune a acestei porțiuni a trompei (Terrilon, Quénu ¹). Ea nu ar fi sănătoasă în această porțiune, de cât numai în aparență.

«Au microscope, on trouve une infiltration cellulaire «extrêmement abondante des parois, même au niveau «du tiers interne de la trompe qui, à l'œil nu, paraît «relatisant indemne», zice Segond ²).

Totuși, propagarea se poate efectua prin limfatice; dar nu în mod constant, precum o crede Championnière. Ast-fel, posterior acestui chirurg, A. Guérin ³).

¹) Soc. de chir., 26 Decembre 1888.

²) Traité de chir., Duplay et Reclus, t. VIII, p. 550.

³) France Medicale, 1876, No. 1.

Fioupe ¹⁾, Widal, Auger ²⁾, etc., au insistat mult asupra căii limfatică. Widal, în 12 autopsii de infecții puerperale ce a făcut, a găsit de 11 ori streptococul piogen, în limfaticile uterine. Siredey crede că mai tot-d'a-una limfaticile trebuiesc să fie încriminate, în peritonita puerperală și de aceea el a și numit această afecțiune, limfoperitonită.

Dacă n'ar fi decât analogia cu cea ce se întâmplă în alte regiuni ale corpului, ar trebui încă să acordăm limfaticelor un rol foarte important, în această privință. Aceste vase au într'adevăr, după cum se știe, o putere foarte însemnată de absorbțiune și în alte regiuni, ele sunt calea ordinară a infecțiunei. Dacă dar, adenite și limfangite sunt admise de totă lumea, în alte regiuni, de ce nu am admite această și pentru organele genitale? Réclus ține în această privință: «En vérité, «nous ne saurions comprendre, comment, tandis que «tous les réseaux blancs jouissent du fâcheux privilège «de rouler à distance les germes morbides, les seuls «lymphatiques de la muqueuse utérine échapperaient «à cette loi».

În afecțiunile infecțioase ale trompelor și ovarelor, se observă une-ori forme de leziuni, care demonstrează originea lor limfatică. Ast-fel sunt unele forme speciale ale acestor afecțiuni, în care se găsesc abcese multiple, în pereții trompei. În loc ca trompa să formeze tumoră, prin distinderea cavității sale de puroi, adică cum se întâmplă mai adesea, ea prezintă în aceste cazuri, mici abcese izolate, în pereții săi. Aceasta demonstrează, că infecția s'a propagat atunci, pe calea limfatică. Iată exemple de asemenea abcese.

¹⁾ Thèse de Paris, 1876.

²⁾ Thèse de Paris, 1876, p. 32.

F., 38 ani. Nascere la 16 Noembre 1882. Morte, după opt zile de infecție. Peritonită. Cordone limfatice sub peritoniu. Mici abcese în pereții trompelor ¹⁾.

Intr'un cas de salpingită care a cauzat o peritonită mortală, Seuvre ²⁾ a găsit la autopsie, în dreptul originii fie-cărei trompe, câte un mic abces, de volumul unei fasole. Fie-care din aceste abcese era situat sub conductul corespondent și-l comprima. Trompa dreaptă avea pavilionul dilatat și plin cu poroiu. Comprimând acest pavilion, eșea puroiul prin orificiul său peritoneal.

În alt cas, abcese situate pe traiectul trompelor, care le strimțază și le deformază. Aceste abcese comunică cu trompele, prin câte-va mici orificii. (Delbet).

O probă și mai evidentă de propagarea prin limfatice, ne dă casurile, în care se observă abcese ovarice, fără ca trompa să fie bolnavă. De asemenea, casurile în care după parturiție, se găsește abcese în peritoneul pelvian, fără ca în același timp, trompele și ovarele să fie bolnave. Una din cele cinci observații ale lui Réclus ³⁾, pe care el le invocă pentru a stabili existența pelviperitonitei, independent de salpingo-ovarită, este un exemplu remarcabil în această privință. Réclus, după ce relatează observațiunile sale, dice, în privința propagării prin limfatice: «pour ma part, je crois rais volontiers que dans les suppurations violentes qui succèdent parfois aux accouchements, les microbes pyogènes ont abordé le péritoine par la voie lymphatique; iar Segond ⁴⁾, vorbind de pelviperitonita su-

¹⁾ Bardet. Thèse p. 40, obs. VIII, în Delbet. Obs. 227 și 250 sunt analoge.

²⁾ Seuvre. Thèse de Paris, 1874, p. 80, în Delbet.

³⁾ Semaine Medicale, 1891, p. 283.

⁴⁾ Traité de chir., t. VIII, Duplay et Réclus.

pra-acută, ȃice: «Il me semble à la fois plus simple et «plus conforme aux lois de la pathologie générale de «faire jouer dans cette infection un rôle prépondérant «aux lymphatiques».

Poirier crede, că propagația inflamației, de la uter la trompe, s'ar putea face une-oră prin limfaticele din aderențele peritoneale, care există de ordinar între aceste organe. El a constatat, după cum am văduț, că aceste aderențe sunt atât de bogate în rețele limfatice, încât ele sunt aproape exclusiv constituite din aceste vase.

În fine, tot el, insistă asupra rolului limfaticilor peritonului (rețele sub endoteliale descrise de Poirier). Aceste vase ar putea favoriza dezvoltarea peritonitelor, în metritele infecțioase și după cum ar fi virulența sau natura microbului, inflamația ar fi cronică și insidiosă, producând aderenți, sau acută, dând naștere la pelviperitonita lui Bernutz. Pentru Poirier este evident, că, în casurile când există mai multe aderenți peritoneale în jurul uterului de cât în vecinătatea pavilionului trompelor, propagarea inflamației la peritoniu s'a făcut pe calea limfatică, iar nu pe cea mucosă.

Pentru celulita pelviană, totă lumea admite că propagarea limfatică este evidentă. Parametrita, flegmonul ligamentului larg, adenoflegmonele din această regiune, nu sunt de cât limfangite care se termină prin abcese angioleucitice și se complică de adenite supurate. Acesta, nu numai la lehuze, dar chiar la femeile care nu suferă de accidente puerperale. (Poirier).

Un cas dintre cele mai demonstrative, a rolului ce pot avea limfaticele în propagarea infecției, a fost prezentat de Delbet la societatea anatomică, în anul 1888: Metrită veche și retroflexiune aderentă. La fie-

care recrudescență a metritei, femeea a constatat că se ivea și o tumefacție dureroasă, în regiunea inguinală. Examenul direct a denotat o împăstare a țesutului celular pelvian și prezența unui ganglion dureros de volumul unei alune, în regiunea inguinală din partea stângă. Atât împăstarea țesutului celular din lighian, cât și ganglionul, au dispărut, după o periere a cavității uterine. (Delbet).

Predilecțiunea, ce are inflamațiile peri-uterine infecțioase, pentru partea stângă, pledează încă în favoarea propagării prin limfatice. Ast-fel, Martin analizând, în privința acésta, 192 cazuri de afecțiuni unilaterale ale anexelor, a găsit, că în 138 leziunile se aflau în partea stângă. Acésta localizare se explică prin frecuența sediului către partea stângă a rupturii gîtilui uterin, în timpul parturii.

După Segond, prezența frecventă a streptococilor în ovaritele supurate, față cu absența constantă a gonococilor în aceste afecțiuni, denotă o infecție propagată prin limfatice; căci numai streptococii pot strebate mucosa uterină. Am vădut însă, că Wertheim a găsit gonococi și în ovaritele supurate, ceea-ce ar afirma întru cât-va deducțiunea ce face Segond.

În fine Mangiogalli din Milan ¹⁾, s'a convins, din 38 experiențe ce a făcut pe animale, că căile cele mai adese-orî urmate de infecțiile, care pléacă de la uter pentru a invada trompele, sunt cea limfatică și sanguină.

Propagatia prin vene. Intocmai precum astăzi se discută, asupra căilor mucosă și limfatică, pe care merge infecțiunea, dându-se importanță când uneia când ce-

¹⁾ Congrès de gynéc., Septembre 1892, Bruxelles.

lei-lalte din aceste două căi de propagare, tot ast-fel mai înainte, era neînțelegere, asupra rolului ce ar putea avea venele și limfaticile, în această propagare. Acum însă, se admite de cei mai mulți, că infecțiunea se propagă rare ori pe cale venoasă.

Dance, Bernutz, Frasier, Hervieux, Courty, Charpy, etc., au susținut mai cu seamă această cale de propagare. (Segond). Iată un cas de asemenea infecțiune ¹⁾:

Femea de 22 ani, nasce pentru a treia oară la 20 Noembrie 1887 și este admisă în spital la 22 Decembre pentru o flegmatia alba dolens stângă, care s'a întins mai târziu și la partea dreaptă. Pe la finele lui Decembre, albuminurie, opresiune și un suflu la pulmonul stâng; ceiace indică prezența unui infarct. La 12 Ianuarie, răcirea membrelor inferioare și pete violacee pe ele, cauzate de o obliterare a arterelor femorale. Bolnava a sucombat curând după acesta.

La necropsie : flebită a sinusurilor uterine, care se întindea la venele utero-ovariene, la venele femorale și la cele renale. Aceste vase erau complet obliterate, de ambele părți. Flebita se mai propaga încă prin vena hypogastrică la venele iliace interne și chiar la vena cavă inferioară. În dreptul unde vena renală încrucișează artera cu același nume, exista în arteră un chiag, care se întindea până în aortă. Examenul pulmonului stâng a denotat, în cele mai multe vase, existența unor embolii, care au cauzat o pneumonie supurată.

Lancereaux crede, că trebuie de incriminat în acest cas un agent particular, care a determinat nu numai

¹⁾ Acest cas a fost comunicat de Lancereaux, la Acad. de Med. din Paris, la 1 Februarie 1887.

flebita dar și alterațiile din pulmon. Acest agent «trebuie să fie infecțios»; dar cercetările ce le-a făcut în această privință, nu i-au dat nici un rezultat pozitiv.

Acest cas demonstrează până la evidență, că venele au fost căile de propagare a agentului infecțios. Un altul, tot atât de demonstrativ :

La o femeie, care a sucombat de o infecție puerperală internă cu formă difterică, Widal ¹⁾ a constatat următoarele: false membrane fibrinoase, groase, incrustate și greu de deslipit, acoperau vulva, mucosa colului și a corpului uterin. Aspectul lor era acel al exsudatelor difterice, care se observă în faringe și laringe. Cele mai multe vene mari și mici a muschiului uterin erau pline cu coaguli fibrinoși albicioși. Aceștia se continuau cu falsele membrane și prin presiune, ei eșiau din vase sub formă de mulage, analoage exsudatelor care se găsesc în bronchiiolele din unele pneumonii. Peritoneul era acoperit de false membrane fibrinoase, mai cu seamă în porțiunea sa pelviană. O flegmatia alba dolens, ce se dezvoltase în membrele inferioare, era fără îndoială, continuarea flebitei din micile vene. Câte-va venule trombosate se vedeau sub mucosa gastrică și se termina în exulcerații superficiale. Nici în uter, nici în peritoneu și organe sa în articulații, nu s'a găsit cea mai mică cantitate de puroiu. Insemnările din sânge, false membrane, coaguli și din muschiul uterin au dat streptococul. Examenul microscopic a arătat streptococi, numai în coagulii fibrinoși a venelor trombosate; ei nu exista nici în limfatice, nici între fibrele musculare.

Dealtmintrele, casurile de pyoemie, în afecțiile ge-

¹⁾ Cornil, în numele lui Widal, Comunic. la Acad. de Med., 29 Mai 1888.

nitale din starea puerperală, nu sunt foarte rare și se știe, că abcesele multiple din organe, care se produc la distanță de originea infecțiunii, sunt cauzate de emboliile septice; așa încât, după teoria emboliei de mult admisă, ar trebui și pentru pyoemia afecțiunilor infecțioase ale mitrei, să admitem, că infecțiunea se propagă prin vene.

Deci, flebita, de și mai rar ca limfangita, este un mod de a se manifesta a infecției din căile genitale; venele ca și limfaticile, pot fi căile pe care se propagă agentul infecțios.

În general, acest mod de propagare se observă în formele grave și generalizate ale infecției puerperale. (Segond).

Schroeder și alții, admit numai această cale de propagare a infecției. De asemenea, majoritatea societății de chirurgie din Paris, dă totă importanța acestei căi; dar face o restricțiune pentru starea puerperală, în care venele și limfaticile jăcă un rol tot atât de însemnat, în dezvoltarea accidentelor infecțioase, ca și continuitatea mucóselor¹⁾.

Propagarea pe calea mucósă. Acest fel de propagare a infecției este fără îndoială incontestabil, pentru metritele, consecutive unei invazii septice, din vagin. Ea este însă mai greu de admis, pentru dezvoltarea salpingitelor și a peritonitelor, care sunt consecutive unei infecții uterine. Orificiul de comunicare al trompei cu uterul este strîmt și abia permite introducerea unui stilet foarte fin. Această dispoziție nu este tocmai favorabilă propagării prin mucósă, a microbilor.

Cu toate acestea, sunt multe considerente care pledează în favórea unei asemenea propagări.

¹⁾ Bull. et mem. soc. chir., Déc. 1888, p. 862 și urm.

Calea mucosă este admisă de toți, pentru infecțiile, care invadează unele organe din economie și prin analogie, suntem îndreptățiți de a o admite și pentru acele genitale ale femeii. În adevăr, pentru căile urinare, infecțiunea, se știe că urcându-se de la vesică la rinichi, produce uretrite, pyelite și nefrite ascendente. De asemenea, în căile lacrimale, se observă uneori inflamații, care sunt consecutive afecțiunilor infecțioase ale foselor nasale. Ele pot determina chiar keratite infecțioase, care se însoțesc de hypopion. Mucosa urechei medii, nu este afectată uneori de inflamații, care din faringe se urcă prin trompa lui Eustache până în cutia timpanului? Tot ast-fel se întâmplă și cu inflamațiile canalului choledoc, care pot fi consecutive afecțiunilor duodenului.

Dar Championnière a obiectat, celor care susțineau calea mucosă, la societatea de chirurgie din Paris, că în salpingite, terțul de inserție uterin al trompei este cele mai adese-ori normal; iar nu alterat, precum ar trebui să fie, dacă infecția s'ar propaga prin mucosă. La acesta i-sa răspuns, după cum am văzut mai sus, că asemenea integritate nu este, precum o demonstra microscopul, de cât aparentă. Să admitem însă, că chiar cu ajutorul microscopului nu am găsi leziuni, în această porțiune a trompei. Totuși, cea ce se observă iarăși în alte organe, nu ne autorisă de a face cu totul abstracție de calea directă prin mucose și a admite numai pe acea limfatică. Iată ce țice Réclus, în această privință :

« Si l'on admet que les microbes cheminent le long
 « de la trompe, par la voie muqueuse, ne peut-il se
 « faire qu'ils remontent dans le conduit tubaire jusqu'à
 « son orifice externe, jusqu'au péritoine, sans attaquer

«la trompe elle même, simple voie de passage, alors
 «plus résistante aux agressions bacillaires et moins
 «apte à l'inflammation ? Ne trouvons nous pas en patho-
 «logie générale de nombreux exemples de ces infec-
 «tions à distance ? Faut-il rappeler les adénites et les
 «adéno-phlegmons sans lymphangite intermédiaire, l'é-
 «pididymite blennorrhagique, sans déferentite, sans nulle
 «lésion, le long du cordon spermatique, qui marque la
 «trace du virus et le chemin qu'il a dû suivre ? Bien
 «plus, dans un certain nombre de cas, et j'en possède
 «pour ma part trois observations, on a vu servir,
 «après un cathéterisme brutal ou septique, de la va-
 «ginalite, sans inflammation épiddymaire 1)».

Trélat de asemenea, admite posibilitatea intrerupției
 leziunilor, întocmai precum se observă acésta în lesiu-
 nile propagate de la vesică la rinichī etc.

Ast-fel încât, prin analogie cu modul, în care se face
 invasia infecției în alte organe, suntem siliți a admite
 și pentru trompe, teoria propagării prin mucóse și a
 explica ast-fel, desvoltarea celor mai multe salpingite.

După Monprofit 2), o salpingită cauzată de limfangită
 ar fi și ceva straniu, «on ne comprend guère qu'une
 «lymphangite puisse se propager à la muqueuse de la
 «trompe; qu'il puisse en résulter une périsalpingite,
 «à la rigueur on peut l'admettre; mais si nous voyons
 «souvent le tissu cellulaire et les lymphatiques situés
 «autour de conduits muqueux être intéressés à la suite
 «des maladies qui affectent ces conduits, le contraire
 «est bien rare. Des lésions de ce genre peuvent comme
 «les brides péritonéales, amener peut être des rétré-
 «cissements du calibre tubaire et la rétention plus

1) Congrès de chir., Paris, 5-e session.

2) Salpingites et ovarites, Thèse de Paris, 1888, p. 39.

«ou moins complète des produits sécrétés normalement par la trompe; mais ce mécanisme est exceptionnel».

Apoi, ar fi natural, ca în salpingitele limfangitice, dacă aceste ar exista, să observam o inflamație a ganglionilor din regiunea lombară, care primesce limfaticele uterine ce sunt în conexiune cu trompa. O asemenea adenită, nu coexistă însă nici odată cu salpingitele. Decî și acesta pentru Poirier, ar fi o probă de mare valoare, că inflamația nu se propagă prin limfaticice, pentru a produce salpingita.

Aspectul leziunii în salpingite și mai cu seamă în acele supurate, pledează de asemenea, pentru calea mucosă și contra limfangitei. În adevăr, se observă de regulă în pyosalpingite o dilatație a trompei, care conține puroi; cea ce înseamnă că leziunile sunt mai mult cavitate, decât interstițiale sau parenchimatose.

Quénu¹⁾ invocă prezența gonococilor în salpingite, pentru a susține teoria mucosă. «La pénétration directe des éléments septiques dans les trompes venues de l'utérus est un fait démontré, puisque les recherches de Nöggerath, de Westermann et Arthmann ont fait voir que le pus de quelques salpingites renfermait le gonocoque.»

După Charrier²⁾, în peritonita blenoragică, seroasă începe să se inflameze mai în tot-d'auna în dreptul pavilionului trompei și numai de o singură parte; aceasta nu s'ar întâmpla, dacă microbii ar merge prin vase și nu ar trece direct din cavitatea trompei în peritoniu.

În privința pelvi-peritonitei, propagarea prin anasto-

¹⁾ Soc. de chir., 12 Dec. 1888.

²⁾ El a găsit această unilateralitate a pelvi-peritonitei blenoragice la începutul dezvoltării sale în toate cazurile ce a observat.

mosele limfaticelor uterine cu acele proprii sub-endoteliale ale seroasei peritoneale, nu exclude pe acea care s'ar efectua prin orificiul extern al trompei, din dreptul pavilionului său. Microbiî pot trece direct, din cavitatea trompei în acea peritoneală. În adevăr, se vede adese la autopsii său în timpul unei laparotomii, pentru salpingită, că pavilionul trompei plin cu puroiî comunică larg cu o colecție purulentă, care este circumscrișă de aderenșii peritoneale.

Relativ la acêsta, Réclus țice: «l'on a vu, dans «nombre de cas, une trainée de pus se continuer dans «la matrice à travers les trompes et par le pavillon «béant, jusqu'e dans un foyer ovarique ou peritoneal» și mai departe «la pénétration des germes par cette «voie muqueuse est incontestable.»

În resumat, propagarea pe calea mucosă, adică infecția ascendentă din uter în trompe și din aceste în peritonii, este evidentă, pentru cei mai mulți, în salpingitele și peritonitele, consecutive metritelor.

Acêșta teorie mucosă are importanșă, din mai multe puncte de vedere; cea ce ne a și determinat de a înșista atât de mult asupra ei.

În adevăr, teoria patogenică a propagării prin mucosă a condus pe Lawson Tait de a practica laparotomia, pentru a extirpa anexele bolnave. Din acest punct de vedere, adică al tratamentului, Terrillon crede, că admiterea celei-l'alte teorii — propagarea prin limfangite — ar fi periculosă; căci ne-ar îndepărta de la adevărata intervenție, adică de la laparotomie.

Mai înainte, se avea în vedere numai limfangita și din acêșta cauză, tôte inflamașiiile erau considerate ca fiind flegmone peri-uterine și pelvi-peritonite. Astă-đi însă, dându-se o mai mare importanșă propagării prin

mucóse, salpingitele aũ început să preocupe pe chirurghi și leziunile trompelor rămase mult timp în umbră, aũ atras atențiunea lor.

Diagnosa a căștigat, nu numai prin punerea în evidență a salpingitelor; dar încă și prin aceea, că leziunile aũ devenit mai complexe. În adevăr, pentru cel care admite infecția ascendentă directă, nu există peritonită blenoragică fără salpingită; precum nici acesta, fără metrită.

În privința tratării pediculului, în timpul laparotomiei, când se face această operație pentru a extirpa pyosalpinxul, admiterea acestei teorii, a determinat pe chirurghi de a lua măsuri speciale de antisepsie. Ei se tem de o infecție peritoneală, care ar putea pleca de la suprafața de secțiune a trompei, când extirpază această pentru o supurație a sa. De aceea, după ce aũ legat pediculul și l'aũ secționat, ei cauterisază suprafața de secțiune, saũ incisază cu termocauterul, în loc de a întrebuința cuțitul.

În fine, să mai menționăm, că infecțiunea prin mucóse, se înseamnă prin mersul ei lent și prin superficialitatea leziunilor ce determină. Contra acestei infecțiuni, care de ordinar este gonoreică, cea care merge prin vase este profundă, rapidă și determină accidentele puerperale. Réclus ȃice: «On pourra démontrer
«peut-être que les infections blennorrhagiques et les
«propagations lentes qui succèdent aux endométrites
«de toute origine, se propagent jusqu'aux organes in-
«ternes par la muqueuse salpingienne, tandis que les
«inflammations suraiguës, provoquées par les accouche-
«ments, gagnent le péritoine par le réseau des vais-
«seaux blancs».

Propagația directă prin efracțiune. Se observă

une-orî, ruperea unui pyosalpinx și revărsarea conținutului său în cavitatea peritoneală; atunci, seroasa care mai înainte era sănătoasă, se infectează. În asemenea cazuri, invazia septică din peritoniu se face prin efracțiune.

După Charpy ¹⁾, microbii ar putea chiar, fără ca peretele organului să se rupă, să-l străbată cu toate acestea, lăsând la o parte atât venele cât și limfaticile.

În resumat, studiul leziunilor produse de microbi a modului cum infecțiunea se propagă și a cauzelor sale înlesnitore, ne arată, că există o relațiune între toate acestea și că ele au aplicațiuni în clinică. De la cauzele adjuvante ale infecțiunii și de la modul cum ea se propagă, va depinde în adevăr, fisionomia accidentelor locale și generale infecțioase. În mod general, vom împărți împreună cu Terrillon această fisionomie, în două tipuri.

Când infecțiunea se produce în dreptul unei plăgi, consecutive născerei, atunci ea străbate lesne pereții uterului și se propagă cu rapiditate prin limfatice și vene, în țesutul celular vecin său în peritoniu; iar afecțiunile la care dă născere, sunt flegmonele parametriche, perimetrita sau peritonita și în mod accesoriu salpingitele sau ovaritele.

Când din contra, infecțiunea este mai puțin profundă adică când, în lipsă de soluție de continuitate însemnată, ea se limitează numai la suprafața mucoasei, precum se întâmplă în blenoragie, în infecțiile provocate și în accidentele avortului, atunci calea de propagare

¹⁾ Lyon méd., 1886, p. 337 și 381.

a ei este cea mucosă și salpingita cu ovarita sunt afecțiunile care predomină.

Una din căi este lentă; cea-laltă rapidă. Pe cea d'întăiu, gonococul până să ajungă la peritoniu, are tot timpul ca să trăiască și să facă rău, precum are timpul să și móră. Pe cea rapidă, streptococul pyogen al febrei puerperale produce mai în tot-d'auna leziuni locale mici; dar fórte grave, generale. Calea limfatică și venosă, sunt cele preferate de acest din urmă microb.

Pe calea cea lentă, gonococul póte da tot timpul celor-lalți microbi ai supurației ca să evolueze; el prepară chiar terenul, propice desvoltării lor. Atunci, se ivesc afecțiuni infecțioase atenuate, care sunt mai puțin repeđi și grave, ca accidentele puerperale propriu ție. Infecțiile blenoragice și cele puerperale atenuate, sunt lente în mersul lor, cauzează inflamații cavitare, limitate de-a lungul canalului și provócă reacțiuni inflamatorii, din care nasc adherențe; iar microbii, găsesc în acestea óre-care greutate de a se dispersa; căci îi inkystează.

Acest fel de infecție, une-orí nici nu lasă urmă, prin locul pe unde a trecut.

Ast-fel, partea internă a trompei, adese-orí este normală, în salpingite.

Din contra, în afecțiile puerperale acute, accidentele sunt fórte rapide, nu se însoțesc de leziuni multiple și cantonate; mórtea se întâmplă mai des și une-orí, numai după câte-va ęile de zăcere.

ACȚIUNEA PATHOGENĂ A MICROBILOR
DIN ORGANELE GENITALE ȘI CAUZELE INLESNITORE
ALE INFECȚIEI

Acțiunea patogenă a microbilor. O dată introduși în căile genitale, microbii se dezvoltă în lichidele de secrețiune normală, a acestor organe. Dar, cea ce are o mai mare importanță, este, că ei tind să pătrundă în mucósa care căptușește organele, în pereții lor proprii și chiar în vase, pentru a produce leziuni infecțioase diverse.

Leziunile inflamatorii, cari pe lângă alte caractere prin care se însemnă, mai au și pe acel de a conține microbi în intimitatea țesuturilor, vor forma singure obiectul descripțiunii sumare ce vom face, pentru a elucida pe cât va fi posibil, acțiunea patogenă a microbilor. Este probabil, că mai în toate leziunile inflamatorii, prezența microbilor este constantă; dar nu vom considera de cât pe acele, în care diferiții experimenterii, prin cercetări riguroase, au găsit ființele infinite de mici.

Pentru inflamațiile acute și chronice, care nu au o relațiune foarte intimă cu parturiția; adică care nu fac parte din accidente puerperale, cercetările ce s'au făcut au fost foarte puține. Ceii mai mulți, dintre acei care au examinat aceste leziuni, din punct de vedere bacteriologic, s'au mărginit în cercetările lor, de a căuta

microbiî, în lichidele de secrețiune a mucóselor, în puroiü și exudate; iar nu în parenchimul organelor.

Pénaire, pe preparațiile microscopice ce le-a făcut servindu-se de procedee de colorație, ca acele ale lui Veigert și Kühne, a observat, că cocii și bacteriele, pe care le-a găsit în secrețiunile patologice ale mucósei uterine, pătrund chiar în interiorul celulelor epiteliale; unde umple, câte odată totalminte, protoplasma lor. Aceste micro-organisme se insinuiază de asemenea, în interstițiile celulelor epiteliale ale mucósei și determină prin iritație o grămădire de leucociți, pe care îi infiltréză. Prin aceștia, microbiî pot să coprindă apoi, tóte straturile subjacente ale mucósei. Unul din rezultatele mai rapide al acțiunei microbilor asupra celulelor epiteliale ale mucósei, ar fi după Pénaire, necroza lor. În urmă, celulele necrosate cad, și un catar purulent se ivesce.

Pentru leziunile infecțioase puerperale, cercetările care s'aü făcut până acum, sunt mai numeroase și mai precise.

Bumm¹⁾, în cinci casuri de endometrită puerperală, a observat următoarele:

În unul din aceste casuri, a găsit, prin examenul microscopic, o necrosă a stratului superficial al membranei caduce. În acest strat necrosat, exista o mare cantitate de micro-organisme. Îmediat în afară de aceste, a găsit un altul, care era format de o mare cantitate de celule embrionare rotunde și de leucocite; ast-fel încât, acest al doilea strat dedea aspectul unui țesut de granulații; adică de inflamație reacțională, precum se observă în genere acésta, în jurul țesăturilor necrosate. În acest cas, procesul morbid era localizat la

¹⁾ Al 4-lea congres al soc. germ. de ginecologie ținut la Bonn, 21--23 Maiü 1891.

suprafața mucósei și microbii nu pătrunsese în profun-
ditatea țesuturilor, care constituesc pereții organului.

În alte cazuri mai grave, el nu a mai găsit stratul
format de celule embrionare și de leucocite; inflamația
reacțională lipsea cu totul și microorganismele pătrundeau
atunci cu ușurință, între fibrele musculare; întocmai
ca și în țesuturile atinse de erysipel. Bumm a arătat
membrilor congresului preparațiile microscopice, relative
la unul din asemenea cazuri, ce a observat. S'ar putea
numi această afecțiune, zice dănsul «*un erysipel malign
intern*».

În unele cazuri, vasele limfatice se găsesc infiltrate
de micrococi; stratul reacțional este de asemenea pu-
țin dezvoltat și afecțiunea se propagă prin vasele albe.

El a mai prezentat la congres preparații microsco-
pice, de la un caz, în care afecția puerperală era esen-
țialmente de natură trombotică; aici, stratul de reac-
țiune inflamatoriu era foarte pronunțat; vasele limfatice
nu erau afectate, dar existați trombose, care obliterateau
complet vasele și în care se găseau un mare număr
de micrococi.

În toate cazurile, leziunile erau produse de unul și
acelaș microb.

Widal, la autopsiile ce le-a făcut în cazuri de a-
fecțiunii puerperale, a găsit de asemenea, că pe lângă
numeroșii microbi care se aflau la suprafața mucósei
uterine, se mai observa încă și lanțuri de streptococi
pyogeni, care pătrundeau în muschiul uterin. Acesta
era infiltrat de microbi.

Modul cum s'au prezentat leziunile produse de strep-
tococi, în diferitele cazuri ce a examinat, a permis lui
Widal, de a stabili mai multe forme de febră puerperală ¹⁾.

¹⁾ Cornil. com. în numele lui Widal. Acad. de Med., 29 Maiu 1888.

a) O formă septicemică pură, caracterisată prin absența supurației, atât în organele genitale cât și în toate celelalte ale organismului, ca ficatul, splina, etc. În asemenea cazuri, se găsesc numai streptococi, între fasciile musculare și în capilarele limfatice; ei sunt dispuși în pereții uterului, ca în țesuturile atinse de erysipel și s'ar produce aici, un adevărat erysipel intern.

b) O formă difterică, caracterisată prin false membrane, ca acele ale difteriei faringiene și laringiene. Venele sunt trombosate; iar puroiul, ca și în forma septicemică, lipsese cu totul. Streptococi se găsesc numai în vene. Nici o altă reacție histologică.

c) În fine, o formă pyoemică, cu supurații multiple. Toate aceste forme de leziuni, sunt datorite unuia și aceluiaș microb; adică streptococului pyogen.

Vedem dar, că microbii produc leziuni ale mucoselor; alte ori ei pătrund în intimitatea peretului captușit de mucosă, pentru a infiltra elementele din care acesta este constituit și mai cu seamă vasele limfatice sau cele venoase. Uneori ei produc supurație; alte ori acesta lipsese cu totul. În fine, trebuie să mai admitem, din cele ce șcim asupra microbilor din para și perimetrite, că agenții infecțioși pot trece chiar dincolo de mucose în țesutul celular sau în peritoneiul, care se află la exteriorul organelor. Când streptococul se localizează în organele genitale, afecțiunile sunt ușoare; când însă, ele strebat în sânge și celelalte organe, afecțiunile sunt grave. (Czerniewsky). În resumat, leziuni superficiale ale mucoselor, exudate difterice, infiltrația parenchimului, peritonite, coagulații venoase, abcese în parenchim și metastatice în organe, supurații peritoneale sau a țesutului celular vecin, sunt produsele microbilor. În fine, une ori leziunile locale sunt

neînsemnate sau lipsesc cu totul; deși starea generală suferă, în mod foarte simțitor.

Pentru a ne da seamă, de modul cum se produc aceste alterațiuni, și pentru a explica diversitatea de leziuni ce unul și același microb produce în diferitele cazuri, trebuie să considerăm cantitatea agenților infecțioși, specia lor și în fine, gradul de virulență. Acesta din urmă este și ea în strânsă legătură cu terenul pe care se dezvoltă microbii, cu toxinele secretate de ei, și cu condițiile care favorisază infecțiunea.

În adevăr, modul cum se face invazia septică și leziunile ce acesta produce, vor depinde, în mare parte, de aceste împrejurări.

Se știe, că cantitatea agenților infecțioși, adică numărul lor mai mare sau mai mic, are oarecare însemnătate, în privința producerii unei boli infecțioase. Acesta a fost mai cu seamă demonstrat de Chaveau, apoi de Bouchard, Watson-Cheyne, Fehleisen și alții. Ast-fel, Watson-Cheyne¹⁾ a experimentat influența numărului microbilor asupra intensității efectelor produse de ei, pentru proteu vulgar și pentru stafilococul pyogen aureu. El a găsit, că numărul microbilor are influență, nu numai asupra intensității simptomelor dar și asupra caracterului bolii. Două sute cincizeci milioane de stafilococi produc un abces la epurele de casă, și pentru al omori, trebuie injectat un miliard de acești microbi. Pentru proteu, $\frac{1}{10}$ de c.m. c. de cultură ucide repede epurele; $\frac{1}{4}$ de c.m. c. produce un abces întins și mórtea după 6 până la 8 săptămâni; $\frac{1}{500}$ c.m. c. n'are nici o acțiune vătămătoare.

¹⁾ (Senn. 98) și Bouchard. Thérapeutique de maladies infectieuses, 1889. Paris, p. 22.

Bockardt ¹⁾ a demonstrat, că peritoneul epurelui de casă tolerează bine un c.m. c. de gelatină care a fost liquefiată de stafilococi; mórtea nu se produce de cât cu 4 până la 6 c.m. c. De asemenea, cultura de streptococi este bine suportată și injecția trebuie de ordinar să fie repetată de mai multe ori, pentru a produce mórtea.

După Wegner, 6 c.mc. de cultură de streptococi este necesară, pentru a produce mórtea la epure și 25 cmc., pentru a ucide un câine.

Soluțiile mari de continuitate, dacă înlesnesc infecțiunea, acésta s'ar datori, după acești experimențatori, și numărului mare de microbi, care pătrund prin ele. În fine, se admite, că între microbi și celulele organismului se stabilește o concurență, în privința materiilor nutritive cu care și unele și altele se nutresc; deci, prin număr, microbi pot să întreacă în acésta concurență, pe celule și să le covârșească ²⁾. Cu cât sunt mai numeroși, adică cu cât dosa este mai mare, cu atât microbi vor putea mai lesne să producă leziuni locale și chiar generale (Bouchard) ³⁾; iar Charrin ⁴⁾ dice: «Dans les maladies virulentes, le nombre des assaillants entre en ligne de compte, plus qu'on ne le supposait jadis».

În privința speciei microbiene, este de notat, în mod foarte cert, o diferență însemnată, în leziunile produse de unii sau alții, dintre microbi.

¹⁾ Ibid, p. 85.

²⁾ Charrin. *Semaine médicale*, 1892, p. 85. De la concurrence vitale en bactériologie.

³⁾ *Semaine médicale* 1889, p. 106. Utilité pratique des notions pathogéniques.

⁴⁾ *Semaine médicale*, 1892, p. 493. Les défenses naturelles de l'organisme contre l'infection.

Ast-fel, pe când gonococul lui Neiser atacă numai mucósele și produce, prin el însăși, numai alterațiuni superficiale; streptococul pyogen din contra, are aptitudinea cea mai mare, dintre toți microbii, de a pătrunde și chiar de a străbate tunica musculară a uterului, pentru a produce leziuni profunde ale organelor.

Iată ce ȳice Bumm, privat docent la Würzburg, ¹⁾ în privința gonococului: «La femei ca și la bărbat, gonoreea este o afecțiune superficială a mucósei. Gonococii nu pot trăi, de cât pe epiteliu cilindric; ei pătrund în epiteliu până la țesutul conjunctiv, dar nu strebat în acesta. Epiteliul, care de la început cade din cauza supurației, se rēgenerază repede, devine mai gros și pavimentos. După acēstă transformare a epiteliului, gonococii numai pot pătrunde în el; ci se înmulțesc numai în secrețiile mucósei, unde pot persista luni și chiar ani. Ei produc supurație, numai la suprafața mucóselor; în țesutul conjunctiv, nu pot viețui. Prin ei însăși, gonococii nu ar fi capabili nici odată, de a produce leziuni sau afecțiuni septice. Chiar în peritoniu, dacă s'ar introduce acești microbi singuri și fără alte micro-organisme, nu causéză nici o inflamație; ci se inkistéză numai, ca orī-ce strein.» Rinecker și alții au injectat gonococi în țesutul celular, dar aceștia nu s'au dezvoltat; ci au dispărut complet.

Wertheim ²⁾ însă, este cu totul de altă părere și în contradicție cu Bumm. El admite, că gonococul se dezvoltă pe epiteliul pavimentos, că produce supurația și că pătrunde în țesutul conjunctiv. Pentru a basa aceste aserțiuni, Wertheim invocă rezultatele inoculărilor ce le-au făcut la șoreci, epuri de casă și câini.

¹⁾ Al 4-lea congres de gynecologie.

²⁾ Ibid.

A introdus cultură de gonococi în peritoniu și a obținut peritonite supurate. Apoi a găsit, în două abcese ale ovarului care nu comunica cu o colecție purulentă ce exista în trompă, gonococi; așa că el crede, că aceștia au trecut prin țesuturi, ca se ajungă în ovar.

Wertheim este singurul, care ar fi obținut, pe cale experimentală, peritonita blenoragică. Noi, la mai mulți purcei de India, am inoculat puroiul blenoragic în cavitatea peritoneală și în tot-d'auna, fără nici un rezultat. Animalele păreau a nu fi suferit de loc, în urma acestor inoculări.

De asemenea, în privința posibilității ce ar avea gonococul de a pătrunde epiteliul pavimentos, Touton, Dinkler, Jadassohn, Menge, etc., au ajuns la același rezultat pozitiv, pe care l'a obținut Wertheim. Inșă, în privința leziunilor profunde pe care, după acest din urmă experimentator, gonococul le ar putea produce, nimeni până acum, nu a confirmat aserțiunile sale. Din contra, sunt unii ca Charrier d. ex., care repetând experiențele lui Wertheim, n'a isbutit nici odată a obține rezultatele anunțate de acesta. El erede, că s'a strecurat erori, în experiențele acestui investigator. Cu toate acestea, i se pare, că existența peritonitei blenorigice este probată, în clinică. Cea ce s'a descris sub denumirea de pelvi-peritonită congresivă, menstruală, etc., nu ar fi după el, decât o peritonită consecutivă unei infecții blenorigice, care s'a propagat pe cale mucosă și în afară de graviditate sau stare puerperală. Dintre cele trei forme de peritonită pe care le admite Charrier, adică blenoragică, puerperală și mixtă, cea blenoragică ar fi acută; dar plastică nesupurativă și nu mortală. Existența peritonitei bleno-

ragice este pentru el evidentă, mai cu sémă în casurile, când nu se găsește nici o altă infecție.

Iată cum se comportă peritoneul față cu gonococii, după Sinclair¹⁾ «Le pus blennorrhagique passe des «trompes dans le péritoine, mais tandis que la contamination de cette séreuse par un abcès ordinaire «amène presque toujours des conséquences très graves, «ici tout se borne à une inflammation circonscrite, qui «enkyste le pus..... Le gonocoque ne trouve pas dans «le péritoine un milieu où il prolifère à son aise. Aussi, «son pus se comporte presque comme un corps étranger «aséptique, s'enkyste et même peut se resorber».

Mult mai întins în efectele sale, ar fi streptococul. Mucósa uterină ar fi un adevărat filtru electiv pentru acești microbi; adică s'ar opune la trecerea celor-alți microbi, dar ar lăsa liberă, trecerea streptococului pyogen. Acesta este părerea lui Cornil²⁾ și a lui Widal. Iată ce ȳice acesta din urmă, în privința puterei de străbateră a streptococului: «Dintre tóte speciile de micro- «organisme care se găsesc în cavitatea uterului, în casurile de infecție, streptococul pyogen parvine singurul «să se infiltreze în pereții organului. Acest fapt interesant a fost bine pus în evidență prin examenele «microscopice ce am făcut din pereții uterini. În două «casuri de infecție generalisată, preparațiile mucóseї «uterine ne a arătat la suprafața acesteia, micrococi «în lanț și bastonașe. Lanțurile singure pătrundeau în «mușchiul uterin, pe când cei-alți microbi stăteau la «suprafața mucóseї.»

¹⁾ Gonorrhocol infection in Women. Med. chron. Manchester, 1887, t. VII. *passim* 1887—88, t. VIII, p. 1 și 141 et un volum. London 1888, p. 79. Veđi Senn Bactériologie chirurgicale, 1890, p. 251.

²⁾ Fievre puerpérale et métrite puerpérale. Journ. des conn. médicales 1889, p. 403.

Fränkel, Nocggerath, Chauveau etc., admit ca și Widal că streptococul este unicul agent nociv al accidentelor puerperale. Doléris însă, este convins că mai multe specii de microbi pot fi cauza acestor accidente. El și Bonnaire, în urma lui Bumm, au observat infecții puerperale, cauzate de stafilococi. După dănsul, une-ori bacilul septic și bacterium coli ar avea de asemenea un óre-care rol, în acéstă afecțiune. Infecțiile inevitabile cum le numesce Doléris, adică preexistente parturiției, ar demonstra încă, acéstă multiplicitate a speciilor de microbi.¹⁾

Acésta este adevèrat; căci și Arloing a găsit bastonașe, în casurile de febră puerperală. De asemenea, Fränkel și Passet, cred că bacteriile saprogene pot să aibă un rol, în determinarea leziunilor din acéstă afecțiune. Chiar Widal a găsit, într'un cas, un bastonaș fórte virulent pentru animale și care determină repede la aceste, supurații întinse.

Dar este tot atât de cert, și acésta o ñicem împreună cu Cornil, că streptococul pyogen este cele mai adese ori în cauză. Ast-fel, nu trebuie să excludem pe cei-l'alți microbi, dar trebuie să dăm importanța cea mai mare streptococului, în desvoltarea afecțiunilor puerperale.

În fine, tot pentru a justifica influența speciei microbului asupra felului afecțiunilor, n'am avea decât să reamintim, că pe când microbii supurației, gonococii, produc accidente acute, acei ai tuberculosei imprimă un mers chronic fenomenelor morbide.

Vedem deci, ce rol imens póte avea specia micro-

¹⁾ Doleris susține acéstă varietate a speciei microbilor în producerea accidentelor puerperale fórte de mult. Dar chiar în acest an el a afirmat din nou părerile sale în acéstă privință.

bului, față cu felul leziunilor infecțioase din căile genitale. Pe când gonococul dă naștere la leziuni superficiale, streptococul produce afecțiuni grave.

Dar, nu tot-d'auna o formă anumită de leziune corespunde unuia și același microb.

O altă cestiune, care merită totă atențiunea noastră, este în adevăr aceia a polimorfismului leziunilor infecțioase, produse de una și aceeași specie de microb. Acest polimorfism, ca și pentru infecțiunile altor organe, există și în afecțiunile septică ale organelor genitale. Unul și același microb nu produce în tot-d'auna aceeași afecțiune, fie ca întindere, fie ca formă saū ca gravitate.

Bouchard ȑice, în acéstă privinȑă: «Un microbe pathogène d'une espèce déterminée peut ne rien produire, ou provoquer une lésion locale, ou amener la mort sans lésion. La lésion locale, si elle se developpe, pourra être unique, circonscrite ou diffuse, ou multiple. La maladie quant elle survient, pourra être insignifiante et passagère ou mortelle ou chronique..... Il y a une grande variabilité des effets d'un même microbe.»

Un exemplu, luat tocmai din infecȑia căilor genitale, va pune și mai bine în evidenȑă polimorfismul datorit unuia și aceluiași microb.

Ast-fel, Pasteur cel întâiū a descoperit un microb în lanȑuri, în puroiul infecȑiei puerperale. Mai târȑiū, Ogston și Rosenbach aū găsit acelaș microb, în pyoemia chirurgicală; ei l'aū numit *streptococcus pyogenes*. Fehleisen a găsit tot acelaș microb, în erysipel. Doyen și Widal aū demonstrat, că acesta este identic cu acel al febrei puerperale. Deci, acelaș microb, adică

streptococul, p \acute{o} te produce, c \acute{a} nd pyoemia chirurgical \acute{a} , c \acute{a} nd febra puerperal \acute{a} , c \acute{a} nd erysipelul.

Dar ac \acute{e} sta nu ar fi tocmai strani \acute{u} ; c \acute{a} ci unul \acute{s} i acela \acute{s} microb evolu \acute{a} nd \acute{i} n regiuni diferite, este natural s \acute{a} produc \acute{a} \acute{s} i manifest \acute{a} tiuni diferite. Cea ce \acute{i} ns \acute{a} este mai greu de explicat, este c \acute{a} \acute{i} n acea \acute{s} i afec \acute{t} iune streptococul produce lesiuni cu totul deosebite unele de altele, dup \acute{a} casul care il consider \acute{a} m. Ast-fel, pentru febra puerperal \acute{a} , am v \acute{e} du \acute{t} c \acute{a} \acute{i} n unele casuri el infiltreaz \acute{a} \acute{s} esuturile, dar nu determin \acute{a} nici o reac \acute{t} ie istologic \acute{a} \acute{s} i nu produce supura \acute{t} ie (form \acute{a} septicemic \acute{a}); c \acute{a} \acute{i} n altele, el d \acute{a} nascere la lesiuni supurative (form \acute{a} pyoemic \acute{a}); c \acute{a} une-or \acute{i} produce false membrane difterice (form \acute{a} difteric \acute{a}) \acute{s} i c \acute{a} \acute{i} n fine alte or \acute{i} , efectul s \acute{e} u se traduce prin tromboza vaselor (form \acute{a} flebitic \acute{a} ¹).

Dac \acute{a} am considera alte specii de microbi, am g \acute{a} si numero \acute{s} e exemple de ac \acute{e} st \acute{a} natur \acute{a} . Acestea \acute{i} ns \acute{a} nu ne interes \acute{e} z \acute{a} , de c \acute{a} t din punct de vedere al analogiei \acute{s} i vom reaminti numai, c \acute{a} pneumococul p \acute{o} te produce dup \acute{a} \acute{i} mprejur \acute{a} ri, pneumonia, otita supur \acute{a} t \acute{a} , angina cu false membrane, meningite²), etc.

Ac \acute{e} st \acute{a} variabilitate de efecte ale unuia \acute{s} i aceluia \acute{s} microb, se mai g \acute{a} sesce \acute{i} nc \acute{a} , \acute{i} ntr'un alt ordin de fapte. «Le microbe peut cesser de pulluler; il n'est pas mort pour cela. Il sommeille dans quelque organe puis un jour il se r \acute{e} veille \acute{a} la suite d'un traumatisme local ou de quelque d \acute{e} t \acute{e} rioration de la sant \acute{e} g \acute{e} n \acute{e} rale. . . . les pouss \acute{e} es tardives qui se font *in situ* ou dans des points \acute{e} loign \acute{e} s de la r \acute{e} gion primitivement infect \acute{e} e, sont les effets d'un r \acute{e} veil qui suit un

¹) Acad. de Med. Comunicarea lui Cornil \acute{i} n numele lui Widal, \acute{s} ed. de la 29 Mai \acute{i} 1888.

²) Hutinel, S. Med., 1892, p. 249.

«long sommeil; elles sont la justification clinique de cette conception que Verneuil a résumée en un mot: «*le microbisme latent*.¹⁾ Chez certaines femmes le retour périodique des règles ramenait périodiquement un érysipèle sans infection nouvelle». (Bouchard). Aceșli microbi care dorm, nu aũ fost nimicii, ci *atenuați* și am vedut că, în organele genitale, Winter a găsit multe specii de asemenea micro-organisme.

Pentru a explica aceste fapte care par a fi *a priori* atât de strani, ne vom adresa la cea ce s'a numit *virulența microbilor*. La rândul său, acesta depinde în cea mai mare parte, de terenul în care evoluază microbi.

Apoi, virulența microbilor este în strinsă relațiune cu toxinele ce ei secretează. «Cette question des poisons sécrétés par les microbes et dont dépend leur virulence est à l'ordre du jour. Affirmée sans preuves par Toussaint, indiquée par Chauveau comme expliquant mieux certains résultats d'inoculation, elle a reçu de Pasteur un commencement de démonstration expérimentale et vient d'être définitivement établie par Charrin, pour la maladie pyocyanique, par Roux et Chamberland pour la gangrène gazeuse, par Chantemesse et Widal pour la fièvre typhoïde, par Roux et Yersin pour la diphtérie». (Bouchard). Prin aceste toxine, microbi după Bouchard, impresionază celulele, viciază nutriția lor într'un mod durabil, influențază tipul nutritiv al lor și consecutiv produce sclerose, arterite, etc. In adevăr, Rosenbach, Orthmann, Gravitz,

¹⁾ Du parasitisme microbique latent. (Bull. de l'Acad. de Méd., 3 Août 1886, 2-e série, t. XVI, p. 105).

Bary, Scheurlen, Kreibohm și alții, au demonstrat, că substanțe chimice iritante, pot cauza supurație. Acesta s'a demonstrat, pentru mușchi și țesutul celular.

Deci, după cantitatea și felul toxinelor ce microbul va secreta, va varia și gradul său de virulență.¹⁾ Ear cu cât această din urmă va fi mai mare, cu atât și organismul va fi mai expus la infecțiunea generală. După Bouchard, leziunile locale stau din contra, în raport invers cu gradul virulenței; adică, când acesta este mare, leziunile locale sunt neînsemnate. După această lege, gonococul mai puțin virulent va produce deci, leziuni locale însemnate; ear streptococul accidente generale grave. Bumm și Widal explică gravitatea diferită a accidentelor puerperale, prin gradul de virulență a streptococului.

Relativ la substanțele toxice, ce microbii secretează, vom relata aici, ca fiind mai interesante pentru noi, cercetările lui Hugouneng și Eraud,²⁾ în privința gonococului.

Acești experimenatori, însemnând în bulion peptonizat, puroiul pe care l'au luat de la o blenoragie primă, în cele d'întăiu trei sau patru zile de la ivirea ei, au constatat în culturile obținute, prezența unei substanțe, care avea toate caracterile fizice și chimice ale substanțelor albuminoide. Ea avea o acțiune patogenică foarte curioasă, asupra testiculului. Această acțiune părea să se manifesteze exclusiv, asupra glandei seminale.

În adevăr, ei au injectat, după o filtrare prealabilă

¹⁾ Charrin. Aperçu sur le rôle de substances toxiques dans les phénomènes de l'organisme. Semaine médicale, 1892, p. 413. Variations des microbes. Fonctions cellulaires; fonctions bacter. L'organisme, ibid., p. 233.

²⁾ Acad. des Sciences. Séance du 20 Juillet 1891.

prin lumânările lui Chamberland, o soluție de această substanță sub piele, în uretra și în ochiul de la câne; dar n'a observat nici o acțiune specială asupra animalului. Când însă, ei au injectat aceste soluțiuni în testiculul unui câne tânăr, au observat după câte-va ore dezvoltarea unei orchite supra-acute, care a supurat și s'a terminat după trei săptămâni, alte ori după o lună, prin atrofia completă a testiculului. La câni bătrâni, orchita nu a supurat; dar s'a terminat prin atrofie. Aceste experiențe au fost reînnoite de mai multe ori și au dat în tot-d'auna, aceleași rezultate. În testiculul altor câni, ei au injectat pentru control apă, bulion sterilizat și peptonă; la toți ei au observat că toate aceste substanțe erau repede absorbite și nu au determinat nici o inflamație a organului.

Acești experimenterii cred că substanța flogogenă nu este secretată de microb, ci provine din peptona bulionului sub influența acestuia; căci, dacă mediul de cultură este o soluție de asparagină și de cenușă de carne, microbul se dezvoltă mai încet, iar din cultura lui nu se poate extrage substanța toxică, prin precipitație cu ajutorul alcoolului. În fine, substanța flogogenă nu exercită o acțiune diastasică asupra fibriinei și *in vitro*, ea nu atacă țesutul testicular.

Ei conchid, din experiențele întreprinse în ast-fel de mod, că această toxalbumină va putea aduce oare-care lumină, în patogenia orchitei blenoragice; din cauza acțiunii sale specifice asupra testiculului.

Fiind-că Bernutz și alții au descris orchita feminină, adică au comparat unele pelvi-peritonite și salpingite blenoragice cu orchita de aceeași natură de la bărbat, concluziile lui Hugouneng și Eraud s'ar putea aplica și la trompa sa și peritoniul pelvian al femeii.

Griffiths¹⁾ a găsit o ptomaină, în urina femeilor atinse de febră puerperală. Acesta este o substanță cristalină, solubilă în apă, alcalină și formeză un chlorhidrat și un chloraurat cristalin. Este foarte toxică; ucide un câne în 12 ore. Nu se găsește în urina normală.

Dacă explicăm acțiunea variată a unui microb, prin gradul său de virulență și această din urmă, prin cantitatea și felul toxalbuminelor ce el secretază, suntem conduși a ne întreba, care sunt cauzele care înlesnesc sau distrug virulența, adică aptitudinea microbului de a produce toxinele.

Aceste nu pot fi găsite, decât în constituția terenuului pe care se dezvoltă microbii: «Dans l'infection «l'agent infectieux n'est pas tout; pour qu'elle se réalise il faut la complicité de l'organisme..... Quand le «streptocoque modérément virulent, se multiplie dans «une plaie anfractueuse, dans des cloaques fétides, «dans la cavité utérine cruentée, sa virulence augmente et il peut provoquer des accidents graves qui «sont infiniment plus rares quant il vit sur une plaie «détergée et aérée.» (Bouchard).

Organismul dispune de mai multe mijloce de apărare, contra microbilor. Invelișul epitelial, secreția glandelor (în mod mecanic sau chimic prin puterea bactericidă a fermenților nefigurați), fagocitiți, lipsa de oxigen, influența nocivă reciprocă a bacteriilor, când acestea sunt de mai multe specii, etc., sunt atâte mijloce de protecțiune. Iar microbii sunt influențați din această cauză, în forma, mișcările, reproducția și secrețiile lor. Când însă, rezistența organismului este di-

¹⁾ Acad. de sciences, șed. 31 Oct. 1892.

minuată prin traume, frig, inaniniție, oboselă, etc., atunci, sub influența impresiunilor fizice, chimice și dinamice, cauzate de aceste cauze, vasele se strîmtează sau se dilată, nutriția este întărziată, desasimilația de asemenea și compoziția humorilor libere ca și cea a celulelor se schimbă; iar din lupta ce se încinge între organism și microbi, aceștia din urmă es învingători. Chiar după ce infecțiunea s'a efectuat, organismul încă luptă, prin inkystarea (colecții hematice, seróse și purulente) infecției, prin sânge, prin concurența vitală ce opun celulele microbilor și prin toxinele secretate de însuși microbii, care în cele din urmă și cu timpul finesc prin a-î ucide și pe aceștia. (Charrin¹).

Să considerăm unul din organele cele mai susceptibile de infecție, precum este d. ex. peritoneiul. Vom vedea, că serósa normală resistă foarte bine la invasia septică; dar de îndată ce ea este iritată, această resistentă este diminuată și atunci, serósa permite invasia infecției. In adevăr, experiențele lui Gravitz, Pawlowsky, Solovjeff și Orth demonstră acesta. Ei au încercat să provóce peritonite pe animale, întrebuintând pentru acesta substanțe iritante chimice, excrementițiale, microbi pyogeni, etc., și s'au convins, că serósa are o resistentă foarte mare la infecție, când este sănătósă. Alterația ei însă, ori-cât de ușóră ar fi, este suficientă pentru a înlesni infecția.

Dacă am făcut aici o digresiune, raportând cunoștințe generale de bacteriologie, acesta este pentru că, după cum am arătat într'un capitol precedent, fapte de asemenea natură găsesc o confirmație, în organele

¹) Le microbe. — La cellule. Propriétés communes. Semaine medicale 1892, p. 45.

genitale mai mult decât în oricare altă parte a organismului.

Suntem deci conduși a cerceta cauzele înlesnitoare ale infecției. Numai ast-fel ne vom face o idee exactă de variabilitatea leziunilor, produse de unul și acelaș microb și de adevăratele cauze ale infecției organelor genitale.

Cauzele adjuvante mediate sau ocazionale ale infecției. — Am vădut că microbii din organele genitale normale, chiar când aparțin la o specie patogenă, totuși ei nu produc leziuni infecțioase pe animale. Am admis însă, că acești microbi ar putea să-și recapete virulența lor obișnuită, în anumite condițiuni înlesnitoare desvoltării lor. Aceste circumstanțe sau cauze adjuvante sunt și mai propice evoluției lor stricătore, când microbii virulenți au fost introduși în mod spontan sau provocat în căile genitale; adică prin contaminare.

Nascările sunt cauzele prin excelență favorisătore desvoltării microbilor și prin urmare a afecțiunilor infecțioase. Starea fiziologică în care se găsește uterul, pentru a permite o liberă desvoltare a productului concepțiunei, plaga uterină rezultată din deslipirea placentei, lacerăția colului, resturile de placentă sau membrane și împreună cu aceste secrețiunile abundente ale canalului genital, contribuesc a da parturiției rolul de întâietate în favorisarea infecției. S'ar putea chiar compara infecțiunea post partum, cea ce s'a și făcut de foarte mulți, cu cea a plăgilor traumatice în genere, sau a soluțiilor de continuitate organice din restul corpului. Acésta pentru starea normală; în unele casuri de parturiție morbidă, aceste cauze nu numai că favoriséză o infecție, dar deștéptă și pe alta veche

care până atunci se afla în stare latentă, în căile genitale. Ast-fel, după Bumm, graviditatea și parturițiunea provoacă o proliferare foarte însemnată, a gonococilor latenți din organele genitale. În asemenea cazuri, infecțiunea este cum a numit'o Doléris, inevitabilă; ea este favorisată de condițiunile anatomo-fisiologice, care sunt inerente stărei puerperale.

Abortul este el singur un act morbid și deosebit că este cauzat adese ori de inflamații vechi ale organelor, ca blenoragia etc., sau de manoperi criminale, apoi el înlesnesce infecția și prin retenția resturilor de membrane, care se observă în unele cazuri. Ca și nascerea, abortul ajută de multe ori blenoragiei preexistente de a se urca mai sus în canalul genital și a produce metrite și salpingite. În jumătatea casurilor de salpingite ce Terillon a observat, un avort în a 2-a și a 3-a lună, a fost cauza favorisătoare a infecției.

Însă, cu totă multiplicitatea condițiunilor anatomo-fisiologice și chiar patologice, inerente nascerilor la termen și avorturilor, infecțiunea a devenit astăzi mult mai rară ca mai înainte, din cauza asepsiei și a antisepsiei.

Apoi, trebuie încă să mai menționăm, că în unele cazuri excepționale, se observă o toleranță și o rezistență extra-ordinară la accidente infectioase. Aceste nu se observă, cu toate că avortul sau nascerea au fost anormale și de natură a cauza infecția.

Ast-fel, Loisel¹⁾ din Lisieux a observat într'un caz, că capul unui fœtus a stat trei luni în mîtră, fără ca femeia să prezinte accidente apreciable de septicemie:

O femeie gravidă, ajungând la termen și având nas-

¹⁾ Soc. obst. de France. Paris 21, 22, 23 Avril 1892.

cerea grea, s'a adresat la un medic care a făcut versiunea pelvienă; însă într'un mod anormal. Copilul a murit. Medicul a tras un picior afară și l'a tăiat. A doua zi a tras pe cel-l'alt picior și l'a tăiat și pe acesta. A patra zi a extras trunchiul tăiând gîtul. Capul a rămas. Medicul a plecat recomandându-i să facă injecții antiseptice și să aibă răbdare. Femeea n'a făcut injecțiile și restabilindu-se puțin, și-a reluat ocupația. După trei luni, vedînd că nu mai încetază lochiele, s'a dus să consulte pe Doctorul Notta, care a constatat o fistulă vesico-uterină și un cap de foetus putrefiat, în mitră. Acesta a făcut extracția, dilatând uterul cu laminaria; extracția s'a făcut în mai multe zile. Nicî un accident infecțios, în timpul tratamentului; bolnava s'a vindecat.

Hergott a observat un cas de retenția unei placentă, care n'a fost recunoscută și tratată, de cît după șapte luni de la naștere. Femeea nu suferea, cînd a venit să l' consulte, de cît de metroragii repetate; așa că el a creșut mai întăi, că are de a face cu un fibrom uterin.

Noî, în serviciul Domnului profesor Severeanu, am observat un cas de retenție de placentă, la o femeie care a venit să ne consulte, după patru luni de la naștere :

Adela Nadler, de 26 ani, a venit în spital la 3 Septembrie 1891. Cînd a intrat, era debilă, avea scurgere purulentă vaginală și puține dureri hypogastrice și lombare. Uterul era mărit de volum și gîtul uterin de consistență puțin môle. La 23 Septembrie s'a chloroformisat și D-l profesor Severeanu a extras placenta din uter în modul următor :

Prin ajutorul mai multor pense Museaux fixe, a scoborât uterul până la vulvă. Apoi a făcut mai multe

debridări de o parte și de alta a orificiului gâtului uterin, care deși dilatat nu permitea însă introducerea degetelor, în cavitatea mitrei. Incisia nu a cauzat hemoragie mare; a introdus două degete în cavitatea uterină și a găsit în ea o tumoră neregulată. Pe acesta, a aplicat mai multe pense Museaux și a exercitat o tracțiune asupra lor, în timp ce cu degetele a desinserat tumora de fundul uterului. Extracțiunea a fost foarte laborioasă; căci existau aderențe foarte întinse între tumora și pereții mitrei.

A tamponat apoi cavitatea uterină cu tifon imbibat de alcool absolut fenicat 10⁰/0. La 11 Octombrie același an femeia a eșit complet vindicată.

Menstruația este una din cauzele adese-orî invocate, pentru a explica invazia infecției. Schultze¹⁾ și Bumm incriminează mult regulele. Acest din urmă crede, că mișcările violente, în timpul menstruației, ar putea provoca un reflex a curentului sanguin, grație căruia gonococii și alți microbi din colul uterin ar putea să se urce mai sus spre uter și chiar în trompe, pentru a le infecta.

Peritonita menstruală sau peritonita veche cu recrudescenți în timpul regulelor, n'ar fi astă-dî după mult, decât o infecție blenoragică favorisată de menstrue.

În genere, tot ce pôte turbura menstruația, ca deviațiile uterului, viciile de conformațiune, răceala, traumele, etc., înlesnesce desvoltarea infecției. De asemenea au fost incriminate în privința acesta, stabilirea și finele menstruației (menopausă); atunci s'ar produce inflamațiile virginală sau acelea ale menopauzei din

¹⁾ Zur Aetiologie und Prophylaxie der Genitalerkrankungen des Weibes (Wien. med. Blätter, 1882 No. 52.

causa necurăteniei și a lipsei de precauțiuni igienice la aceste epoce.

Traumele, ca în orî-care altă regiune a corpului, aū și aici rolul lor, în cea ce privesce infecțiunea. Ele produc soluțiunii de continuitate a mucósei saū a pereților organelor genitale, care pot constitui porți de intrare pentru microbi. «Que la vie des cellules vienne «à être suspendue ou amoindrie par le choc traumatique, dont l'action inhibitoire sur la nutrition a été «démontrée par les expériences si décisives de Brown-Sequard, alors le phagocytisme est entravé pendant «quelque temps, les microbes passent dans le sang «et arrivent au foyer dont la matière fermente.» (Bouchard).

Rupturile perineului, dar mai cu sémă acele ale colului uterin în timpul parturii, sunt traume care favoriséză introducerea microbilor. Laceratiile profunde ale colului, care intereséză chiar inserția vaginului, expun țesutul celular din jurul uterului direct la infecție și pot fi cauza flegmónelor pelviene.

În categoria traumelor intră manoperile abortive criminale precum și acele care se fac din eróre, în casurile când există saū nu există gestație. De asemenea sunt tot traume, tóte explorările organelor genitale când sunt făcute cu violență, saū operațiunile ca cateterismul uterin, scoborîrea uterului, cauterisările, dilatarea cu spongie preparată și laminaria, incisiunile, irigațiile, etc. Aceste sunt cu deosebire periculóse în casurile când există o afecțiune anterioră a uterului și mai cu sémă a anexelor «alors l'infection primitive «s'étend au delà des limites ou la réaction organique «l'avait jusque-là circonscrite» (Bouchard). De asemenea este periculósă și compresia prelungită a organelor

care este exercitată de capul foetului, în timpul născerii, când este urmată de necrosă sau de mortificație. Tot aici să mai menționăm încă, purtarea îndelungată a pesarelor, equitația, mașinele de cusut puse în mișcare cu picioarele și chiar exceselor de copulație.

Pentru aceste din urmă, ori-cât ar putea să fie de stricătoare prin o congestie vie ce ele provocă (Delbet), totuși vom ține împreună cu Montprofit ¹⁾ că: «un coït modéré accompagné de gonocoque sera toujours plus dangereux qu'un coït effréné aseptique. Les pelvi-peritonites congressives ou balistiques, qu'on a attribué à un coït effréné, sont plutôt attribuables à un coït impur; c'est-à-dire, dans lequel le rôle des infiniments petits est le principal».

Manoperele de masturbație ar fi după Schröder ²⁾, cauza strebaterii microbilor care produc metritele cronice ale nuliparelor.

Strauss ³⁾, la un adolescent de 16 ani «qui n'a jamais eu des rapports sexuels avec une femme», a găsit în puroiul unei uretrite, cauzată de masturbație, gonococi ⁴⁾. După el, acest fapt ar da dreptate celor care cred că blenoragia poate să se producă, numai printr'o simplă iritație și în afară de orî-ce contagiune. Ceia ce s'ar putea admite încă, este că gonococul poate să stea inofensiv în uretra sănătoasă și se producă blenoragia, când canalul ar fi iritat de o cauză oarecare. S'ar întâmpla cu gonococul acea ce se observă

¹⁾ Thèse de Paris.

²⁾ Malad. des org. gén. de la femme. Trad. franç. 6-e édition. 1885, Bruxelles, 1886, p. 117.

³⁾ Arch. de Med. expér. et d'anat. pathol., Mars 1889, S. M. 1889, p. 120.

⁴⁾ Nu se coloraă prin metoda lui Gram.

pentru pneumo-bacteria lui Fraenkel, care se găsește în salivă la ómenii sănătoși, dar care produce pneumonia, când o cauză óre-care diminuează rezistența organelor respiratorii în contra parazitismului infecțios.

Prolapsele vaginului și ale uterului exercită acțiunea nocivă, prin o apropiere a acestor organe de microbii exteriori, care sunt în totdeauna gata să le contamineză.

S'a încriminat mult de asemenea, stricturile canalului genital și a orificiilor acestuia, precum și deviațiile uterine. Aceste înlesnesc stagnarea secrețiunilor normale și patologice, care fără îndoială deșteaptă pe microbi din starea de adormire în care se găsesc. În adevăr, după Gyl. Wilie ¹⁾, Doléris ²⁾, Montprofit și alții, un drenagiū defectuos al uterului predispune la infecția acestui organ și a trompelor. Acest drenagiū este defectuos mai cu sémă, când uterul este în retroflexiune. O influență reciprocă există între salpingite și retroflexiunea uterului. Acésta din urmă póte fi provocată de salpingo-ovarite, când din cauza greutateii ce inflamația dă trompelor și ovarelor, aceste cad în cavitatea lui Douglas, trăgând după ele și uterul; iar salpingitele pot fi cauzate de retroflexiunea uterului, printr'un drenagiū defectuos a secrețiunilor sale.

Hymenul cu orificiul fórte strimt, favoriséză stagnarea liquidelor și prin urmare, infecțiunea. Ast-fel s'a explicat de unii producerea vaginitelor la copile, când infecțiunea nu este specifică.

Tot printr'o dificultate a scurgerii liquidelor, cancerile uterine, polipi și fibromele uterine pot înlesni

¹⁾ The medical Record, 24 Ianuar 1885.

²⁾ Nouvelles arch. d'obst., 1887.

infecția; căci aceste neoplasiї pot cauza oclusia orificiului gîtului uterin, deformeză cavitatea corpului mitrei și produc în ea diverticule care favoriséză stagnarea sîngelui și a secrețiilor morbide.

Este sciut în adevăr, că metrita este o afecțiune coexistentă, în neoplasiile uterului, dar mai cu sémă în fibromiome. Inșă pentru acésta ar contribui, nu numai condițiunile mecanice de circulație a liquidelor ci și alte cauze, precum mortificarea tumorilor saũ fenomenele dinamice vaso-motóre, care influențeză nutrițiunea elementelor organului. Delbet a insistat cu deosebire asupra acestor turburări circulatorii.

După Tait și Freund, infecțiunea ar fi mai frecventă la femeile, a căror organe sunt incomplect dezvoltate și prin urmare, vicios conformate. Ei cred acésta mai cu sémă pentru trompe; o dezvoltare incomplectă a lor ar predispuce mult la infecțiune.

Alte afecțiuni care intereséză organe mai îndepărtate, precum sunt tumorile abdominale și afecțiunile cardiace, dacă ar înlesni infecția, acésta nu s'ar putea explica, de cât prin stasa sanguină ce ele cauzează.

În privința afecțiilor generale, s'a acusat în óre-cari casuri de infecțiune, bólele discrasice; fie că aceste ar fi acute saũ chiar chronice, precum sunt diatesele. Printre cele dintăi, febrele eruptive ar fi acelea care ar avea un rol mai însemnat.

Febra tifoidă, morbilii, scarlatina și variola ar diminua rezistența țesuturilor și prin acésta ar favoriza infecțiunea. În adevăr, nu s'a găsit în organele genitale microbii specialii care aparțin acestor afecțiuni, precum este d. ex. bacilul lui Eberth; de aceea s'a recurs la o asemenea hipotesă, pentru a explica infecția în aceste casuri. (Delbet).

Iată un cas de *ovaro-salpingită morbilosă*, observat de Galliard. ¹⁾

Fată de 21 ani, virgină. În a 12-a zi a unei rugeole grave, complicată de menorigie, a fost coprinsă de o durere în regiunea iliacă dreaptă; în acelaș timp, febra a apărut din nou. Curând după acesta, s'a ivit simptome de peritonită generalisată și în a 25-a zi, a sucombat. La autopsie s'a găsit o peritonită cu streptococi, care a fost cauzată de ruptura unui abces mic al ovarului drept. Trompa corespondentă era îngroșată și dilatată. Ovarul și trompa din partea stângă erau indemne; asemenea și uterul.

Examenul bacteriologic a arătat în puroiul abcesului ovaric, numeroși streptococi pyogeni, câțiva diplococi și coci izolați. Nu s'a găsit stafilococi; nici bacilii sau gonococi.

Fiind-că, atât la vulvă și în vagin cât și în uter, nu s'a găsit nimic, Galliard crede că ovarita a fost datorită rugeolei.

Cel mult, o simplă exasperare sub influența rugeolei a unor leziuni vechi, ar fi pôte de admis, pentru trompa care era îngroșată și dilatată. Nu exista însă o sclerosă a trompei bolnave, care să denote o leziune veche și trompa cea-laltă ca și uterul erau normale. Pentru ovar, nimic nu indică o leziune veche; ci totul pledază pentru o leziune recentă și acută. În specie, Galliard se întreabă: Este o determinare a virusului morbilos? ori este o infecție secundară venită cu ocazia rugeolei? Resultatul examenului bacteriologic ar pleda după el, pentru această din urmă ipotesă.

Cei vechi dădău o importanță însemnată diateselor,

¹⁾ Soc. med. des hôpit., 22 Avril 1892.

în producțiunea inflamațiilor organelor genitale; chiar în țările noastre, se mai găsesc autori care stabilesc o relație intimă între bólele constituționale și unele inflamații ale uterului. Astfel, Martineau¹⁾ descrie metrite scrofulóse, artritice, herpetice, etc. După Delbet, acesta ar fi o exagerare și singurul rol ce ar putea avea asemenea bóle, ar fi de a întreține infecțiunea existentă.

Tóte cauzele adjuvante enumerate până acum, au fost fórt de mult timp cunoscute. Mai înainte, li se atribuia totul în desvoltarea inflamațiilor căilor genitale; astă-dí însă, aceste cauze nu se mai înséamnă de cât prin rolul ce-l pot avea față cu microbii, care ar fi adevărații agenți flogogeni.

În cursul anului curent, Hervieux a emis, la Academia de Medicină din Paris, o teorie cam stranie, în privința patogeniei accidentelor puerperale. El pretinde că aceste accidente pot une-orî să fie produse de emanațiuni mephitice, care se introduc pe calea pulmonară; adică prin inspirațiune. N'am fi raportat aici acéstă teorie, dacă ea nu ar găsi într-u cât-va o confirmare în următórea aserțiune a lui Bouchard și pe care însuși Hervieux a basat opiniunea sa: «Les «émanations de matières putrides, les substances chimiques volatiles qui se dégagent d'un foyer de putréfaction, et non les microbes, produisent une intoxication dont l'un des effets sur le système nerveux est d'empêcher la dilatation des vaisseaux favorable à la diapédèse. Dans ces conditions, le streptocoque, qu'il existe déjà sur notre tégument interne ou qu'il vienne de la contagion médiate, pourra pénétrer sans rencontrer les cellules qui englobent et détruisent

¹⁾ Leçons sur la Therapeutique de la métrite. Paris, 1887, p. 23.

«l'agent pathogène dans les conditions normales. L'infection pourra se réaliser.»

«De même, dans une salle d'accouchées, où se trouvent des malades atteintes de gangrènes utérines, vaginales, vulvaires, les produits chimiques volatiles qui se dégagent de ces matières putrides, peuvent produire cette intoxication favorable à l'infection»¹⁾.

În fine, să mai menționăm încă o cauză mediată a infecției. Acesta este de ordin bacteriologic și privitoare la asociațiile microbiene; adică infecția conjugată, combinată sau mixtă.

Se știe, că unii microbi și dezvoltă toată virulența lor, mai cu seamă când se găsesc în prezența altora, care sunt de specii diferite. În adevăr, iată ce ține Bouchard în această privință: «La renaissance d'un microbe est quelquefois due à l'invasion de l'organisme par un autre agent pathogène. Roger n'a-t-il pas récemment démontré que l'inoculation du bacillus prodigiosus rend possible chez le lapin le développement d'une espèce particulière de gangrène gazeuse à laquelle cet animal est réfractaire quand les deux microbes ne sont pas associés?»

Tot astfel s'ar întâmpla și pentru microbii din organele genitale.

Doleris și Bourges, după cum am arătat mai înainte, au găsit în puroiul unei parametrite, streptococul și proteul vulgar. Experiențele ce au întreprins (culturi și inoculări) le-au demonstrat, că departe de a fi un antagonism între aceste două specii de microbi, există din contra o asociație între ele care exaltă virulența lor reciprocă și care ucide epurii, mult mai repede

¹⁾ Bouchard a răspuns în acest mod la întrebarea ce i-a făcut Hervieux.

sub acelaș volum, decât când se inoculează isolat câte unul numai din acești microbi.

O sumă de metrite și salpingite blenoragice nu ar fi datorite microbului însuși a blenoragiei, adică gonococului; ci microbilor ordinari ai supurațiilor, care și-ar căpăta totă virulența lor, când se găsesc în prezența celui d'întăiu. Ast-tel încât, infecția nu ar fi de natură gonoreică; ci ar fi numai favorisată de introducerea gonococului lui Neisser; adică ea ar fi mixtă, după cum dic Bumm, Sängner și Gerheim¹⁾. Dacă germenii pyogeni se găsesc atât de des în puroiul gonoreic, acésta este din cauză că secreția genitală este alterată de gonococi și devine un bun mediū de cultură pentru cei-l'alți microbi. Gonococul n'ar face, decât să prepare terenul, pentru infecția streptococică. Iată un exemplu de blenoragie, care a cauzat o piemie analógă cu acea puerperală; el a fost relatat de Léon Perrin din Marsilia²⁾.

Blenoragie acută tratată de la început cu injecții astringente și electuare balsamice. După șase săptămăni, balanopostită gangrenósă. După douē luni de la începutul bólei, pleuresie diafragmatică, dureri într'o parte a toracelui, temperatură înaltă și vărsături. Ameliorație după 14 zile; când, în urma unei adenite inguinale, se ivesce un oedem a membrelor inferiøre, cu toate semnele unei flebite a venei femorale. După trei luni de la începutul bólei, artrită sterno-claviculară. În fine, ameliorație și după patru luni de bóla, pacientul s'a sculat.

Ipotesa infecției mixte nu este admisă de Wertheim. Acest experimentator crede, că gonococul ar putea fi

¹⁾ Gerheim (Ueber Mischinfection bei Gonorrhoe. Verhandl. der phys-med. Ges. zu Würzburg, 1888, Bd. XXI).

²⁾ Congrès intern. de dermat. et syphiligr. Paris, 5—10 Août 1889.

singurul cauza infecției. El basază aserțiunea sa pe următoarele experiențe : În cultură de gonococi vechi de 15 zile, a însemănat, după ce mai întâi le-a sterilizat prin căldură (55° — 60°), când spretococi, când stafilococi, și a constatat că aceștia din urmă microbi au o aptitudine mai mică de a se desvolta într'un asemenea mediu de cultură.

Am arătat însă într'un capitol precedent, că experiențele lui Wertheim nu sunt rigurose ; de altă parte sunt considerente de un alt ordin, care pledază pentru infecția mixtă.

În adevăr, se scie, precum acesta se atestă de foarte mulți, că microbul blenoragiei nu produce de cât leziuni superficiale ale mucoselor și nu pătrunde în parenchymul organelor ; pe când streptococul și stafilococul cauză din contra leziuni și afecțiuni infecțioase mult mai profunde. De altă parte, gonococul nici nu poate trăi după unii, de cât pe mucose cu epiteliu cilindric și după alții, numai în contact cu aerul. Ast-fel Bumm zice, că blenoragia se observă de 75 oră la sută în colul uterin și numai de $15\frac{0}{100}$ în corpul uterin. Deci, peritonitele, flegmonele peri-uterine și alte afecțiuni mai îndepărtate de organele genitale nu s'ar explica prin o acțiune directă a gonococului ; ci numai prin o influență indirectă ce el exercită asupra celor-l'alți microbi ai supurației. Apoi, în blenoragiile vechi gonococul dispare și se găsesc alți microbi care se desvoltă pe terenul preparat de gonococi ; așa că, nu gonococul cauză leziunile infecțioase ; ci microbii supurațiilor. Nockgerath ¹⁾ a observat la New-York, că $800\frac{0}{100}$ din

¹⁾ Ueber latente gonorrhoe, p. 11.

Arch. f. Gynäk., Bd. XXXII, Heft 2.

Răspuns la memoriul lui Kroner (Ueber die Beziehung der gonorrhoe zu der Generation etc. (Arch. f. Gynäk. Bd. XXXI, Heft 2).

ómenii însurați au avut blenoragie și din aceștia 90% nu erau vindecați. La ei bóla era latentă; dar totuși infectantă, prin microbii supurației a căror teren a fost preparat de gonococi; așa în cât, aproape toate femeile erau infectate.

Am văzut că febra tifoidă poate provoca infecția căilor genitale. Pentru a se asigura mai bine despre acesta, Vincent ¹⁾ a făcut óre-care experiență și a constatat, că animalele, inoculate separat cu streptococi și cu bacilul tific, resistă cele mai adese ori la infecție; pe când ele au murit, când au fost inoculate cu o dosă egală de ambi microbi. Ei nu sunt antagoniști în acțiunea lor; din contra evoluează mai bine, când sunt asociați.

În resumat, microbii au un rol însemnat în producțiunea lesiunilor inflamatorii, când sunt mai cu sémă ajutați de óre-care împrejurări. Dar, sunt încă multe necunoscute, relative la acest rol al microbilor, «sur «bien des points la démonstration n'est pas encore «faite». Pentru a face o lumină complectă asupra patogeniei afecțiilor infectioase ale organelor genitale, ar trebui, după cum am șis mai înainte, ca să putem produce aceste afecțiuni pe animale; ceea ce nu s'a reușit a se face încă, până astăzi.

¹⁾ Assoc. franc. pour l'avancement des sciences. Pau, 1892.
Puerperalité et microbisme préexistent due à une infection générale.

AFECȚIUNILE ORGANELOR GENITALE CAUSATE DE INFECȚIE ¹⁾

Organele genitale ale femeii pot fi atinse de afecțiuni diverse și de ordin diferit. Viciile de conformație, deviațiile și dislocările unui segment al acestor organe, inflamațiile, neoplasmale lor, etc., sunt atâtea tipuri diferite care alcătuiesc tabloul morbid al aparatului genital. Dintre aceste, numai leziunile iritative a căror evoluție are caracterul de a fi defensivă și limitată; adică inflamațiile, sunt datorite microbilor. Neoplasmale leziunile traumatiche, deviațiile, viciile de conformație, etc., pot fără îndoială să aibe raporturi foarte întinse cu infecțiunea; dar nici odată, relațiunea dintre cauză și efect. Un cancer uterin, un fibrom uterin, o dezvoltare incompletă a trompei, o retroflexiune, etc., pot să favorizeze o metrită, o salpingită, etc., dar nu pot ele însăși, să fie cauzate de infecțiune.

Bólele de origine microbieniă din organele genitale sunt frecvente; ele întrec chiar prin frecvența lor, pe toate celelalte. Acesta este pe de o parte, din cauză că germenii se găsesc pretutindeni și după cum am văzut, chiar în interiorul acestor organe; iar pe de alta, fiind-că conformația, sediul, structura și funcțiunile.

¹⁾ Auvard dă numele de genitalite inflamațiilor org. genitale produse de un agent infecțios.

aparaturii genitale sunt ast-fel, încât diferitele segmente din care el se compune au o susceptibilitate, cu totul specială, la infecțiune. În fine traumele, neoplasmele, etc., cele mai adese ori numără infecțiunea, în episodul lor morbid și ast-fel se mărește și se explică frecvența afecțiunilor microbiene.

Față cu inflamațiile organelor genitale în genere, frecvența acelor microbiene este atât de mare, încât astăzi, pentru mulți chirurși, nici nu ar exista inflamații, fără microbi. Pozzi dă chiar infecțiunea, ca un caracter al inflamațiilor, pentru a le distinge de celelalte afecțiuni ale organelor genitale; iar relativ la inflamațiile uterului, el ține că astăzi, toate aceste trebuiesc să fie considerate ca fiind de origină microbiană.

Dintre toate segmentele care compun aparatul genital, uterul este organul cel mai des atins de infecțiune; în adevăr, toată lumea cunoște frecvența mare a metritelor. Pelvi-peritonitele și flegmónele sunt mai rari; dar totuși, încă destul de frecvente.

În privința organelor genitale externe, aceste fiind lesne de explorat și mai accesibile simțurilor noastre decât acele interne, chirurșii foarte de mult au studiat afecțiunile lor. Ast-fel, vulvitele, vaginitele și metritele sunt foarte de mult cunoscute; ele au fost bine studiate de numeroși investigatori și dacă divergențe sau discuții între ei mai persistau încă în timpul din urmă, acesta era relativ numai la cauza lor. Astăzi și acesta nu mai poate divide chirurșii; căci infecțiunea pare a fi convins pe cei mai mulți.

Nu tot ast-fel s'a întâmplat cu afecțiunile anexelor, adică ale organelor din ligamentul larg, cu inflamațiile peritonului și cu acele ale țesutului celular din lighianul cel mic. Aceste organe fiind mai profund

situate și mai puțin accesibile la explorație, studiul afecțiunilor lor era mai anevoios. Ceia ce se simțea prin vagin în infundăturile acestui conduct și prin palpație abdominală a dat loc la foarte multe discuțiuni, în privința sediului inflamației. Autopsiile nu puteau aduce multă lumină în această privință; căci asemenea afecțiuni rare ori sunt mortale sau când femeile succumbă din cauza lor, leziunile sunt foarte învechite; așa că la necropsie, adese ori nu se găsește lesne sediul primitiv al inflamației. Astăzi însă, chirurgia modernă devenind mai îndrăsnită și permițând intervenția prin laparotomie în afecțiunile anexelor, s'a putut controla *de visu* aceia ce se simțea numai prin vagin sau prin peretele abdominal, precum și aceia ce se observa la autopsie.

Apoi, s'a putut examina în acest mod, nu numai afecțiile învechite, dar și acele mai recente.

La început, toate indurațiile inflamatorii ce se simțeau în infundăturile vaginale, erau raportate la uterul inflammat. Mai târziu, Nonat, a localizat inflamațiile din lighianul cel mic în țesutul celular din jurul uterului și le-a numit *flegmone peri-uterine*. Aceste afecțiuni sunt tot acelea pe care Virchow le-a numit *parametrite*, iar Simpsom *celulite pelviane*; Delbet le descrie actualminte sub numele de *flegmone ale tecii vasculare hypogastrice*. La 1857, Bernutz și Goupil au negat cu totul existența flegmonului peri-uterin, astfel precum l'a descris Nonat și au raportat — făcând numai oare-care restricțiuni pentru țesutul celular din ligamentul larg și pentru flegmonul acestui țesut — inflamația, în toate cazurile, la peritoneul pelvian. *Pelvi-peritonita*, iar nu flegmonul uterin, este după ei, inflamația care se observă în lighianul cel mic. Această

pelvi-peritonită a fost descrisă de Virchow sub numele de *perimetrită*. La 1872, Lawson Tait, prin laparotomiele ce a practicat pentru asemenea inflamațiuni, a atras atențiunea chirurgilor asupra leziunilor anexelor uterului și astă-đi sunt mulți chirurgi care substituiesc inflamațiilor descrise de Nonat și Bernutz, *salpingita* ¹⁾).

Vedem dar, că din cauza cercetărilor mai întinse și din cauza intervenției mai active ca în trecut, inflamațiile din pelvis au devenit mai cunoscute chirurgilor; însă, fie-care din acei care ajungeau să stabilească o localizare nouă a lor, a dat totă importanța acesteia, negând chiar existența celor mai vechi descrise. Astă-đi chiar, salpingitele tind a lua pentru uni, locul tuturor pelvi-peritonitelor și a flegmónelor.

Actualminte, asemenea exclusivism numai este permis. Din contra, trebuie să admitem că infecțiunea căilor genitale produce leziuni diferite și coprinde atât canalul genital cât și țesutul celular sau peritoneal din jurul său. Mai înainte, se dădea o importanță cu totul exagerată propagării inflamației prin vase și din această cauză, în mod firesc se admitea, numai existența flegmónelor. Astă-đi însă, propagarea prin continuitatea mucóselor a început a atrage atențiunea chirurgilor; ea pare chiar a avea rolul principal în dezvoltarea leziunilor infecțioase și consecutiv acestor vederi, salpingitele au luat locul de întâetate printre inflamațiile organelor genitale.

În adevăr, Pozzi și mai mulți alții, nu mai admit

¹⁾ Leziunile anexelor uterului erau cunoscute mai de mult și în 1860 Siredey (De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les maladies dites utérines, Th. de Paris), a pus destul de bine în evidență existența lor; dar numai de la Lawson Tait, adică de când se practică atât de mult laparotomia pentru inflamațiile din pelvis, salpingitele au luat locul de importanță ce li se cuvine.

pelvi-peritonita de cât ca făcând parte din complexul descris sub numele de *perimetro-salpingo-ovarită*. Ea nu ar fi decât o complicație a inflamațiilor organelor și une-orî terminația gravă a colecțiilor supurative din pelvis. Iar Bouilly și Segond cred că pelvi-peritonita nu este decât un episod al afecțiilor uterului și trompelor. Numai în starea puerperală, ea ar fi primitivă și ar constitui afecțiunea principală.

Inșă, Réclus¹⁾, Duret și Delbet au demonstrat, că pelvi-peritonita există, în sensul cum Bernutz și Goupil au descris-o; adică această afecțiune este primitivă în unele cazuri și constituie totă bóla. La dorința exprimată de Pozzi «quant à moi, jusqu'à ce qu'on m'ait montré les trompes saines et une collection purulente dans le péritoine, je croirai que la lésion tubaire et la pelvi-peritonite sont connexes, indissolublement liées et le terme de périmetro-salpingite que j'ai employé, marque cette dépendance réciproque», Réclus a răspuns prin observația următoare:

O femeie de 29 ani nasce; după două zile, fior intens și febră. Abdomenul foarte dureros și balonat; defecația și micțiunea dificilă. Slăbire mare și față alterată. După 7 săptămâni, intră în serviciul lui Réclus. Se constată atunci, o involuție incompletă a uterului și o tumefacție neregulată și rezistență în înfundătura lui Douglas. Laparotomie abdominală anterioară; incisie de la ombilic până la pubis. *Trompele examinate după extirpare, au consistența, aspectul și volumul, normale*. Aceste s'au extirpat; căci ovarele erau atinse de degenerescență sclero-kystica. *Cavitatea trompelor nu este dilatată; în ea, nu se găsesce nici puroi și nici serositate;*

¹⁾ Congrès français de Chirurgie. Paris, 1890, p. 425.

paviliónele nu sunt alterate. De asemenea, mucósa nu presintă nici cea mai ușórá alterație. Examenul microscopic nu a denotat nimic alta decât o ușórá îngroșare a tunicei seróse a trompelor.

Indărátul uterului se găsesce, după ce mai întâiú s'a deslipit o ansă intestinală și epiploonul care erau adherente la acest organ, o cavitate mare cât două pumni și plină cu puroiú. Punga se întinde în jos, dincolo de colul uterin; așa că pare a dedubla despărțitura recto-vaginală. Către partea anteriórá ea este separată prin ligamentele largi de o altă colecție purulentă mai mică, care este situată între mitrá și vesică.

Deci, exista câte o pungă plină cu puroiú înainte și indărátul uterului; ele erau separate între dânsele prin ligamentele largi intacte; ambele pungí erau independente de ovarele sclero-kystice; trompele normale.

Deci, trebuie să admitem, că tabloul inflamațiilor infectioase ale aparatului genital este astăzi compus din mai multe afecțiuni: vulvite, bartolinite, vaginite, metrite, salpingite, ovarite, pelvi-peritonite, flegmóne ale țesutului celular care înconjórá vasele hypogastrice și inflamații ale țesutului conjunctiv de la basa ligamentului larg.

După cum am arátat mai înainte, infecțiunea se presintă în aceste organe, sub două aspecte cu totul diferite. Unul din aspecte ni-l dá infecția puerperalá propriú ȃisá, cu accidentele ei acute și chiar mortale. În acésta, propagarea infecțiunii se face de obiceiú prin vase. De acea ea aste rapidă și cu localisări puține în organele genitale. Starea generalá priméză totul, iar lesiunile locale sunt une-orí neînsemnate, cel puțin în aparentă. Acésta este o infecțiune care se asemână.

în mare parte cu cea chirurgicală în genere, a plăgilor contaminate; de ea nu ne vom ocupa. Astăzi, ea se vede mult mai rar ca mai înainte. «La sépticémie puerpérale s'est totalement transformée depuis l'avènement de la méthode antiseptique. Les épidémies ont disparu; les cas rapides foudroyants sont rares et toujours isolés. On n'observe plus guère aujourd'hui que de formes atténuées, frustes, ou des formes à début retardé et à évolution prolongée sans localisations, ou avec localisations, telles que salpingites, broncho-pneumonies, phlegmatia alba dolens, etc.» (Labadie-Lagrave et Basset de Paris¹).

Un al doilea aspect al infecțiunii este când ea este mult mai lentă, se propagă prin mucosă și are o virulență atenuată. Atunci, ea produce întâi însemnate locale și starea generală nu se resimte, decât mai târziu. Cele mai de multe ori, leziunile sunt multiple și interesază pe rînd mai multe segmente ale canalului genital; ast-fel încât ori de câte ori există o salpingită, trebuie să găsim și o metrită, care a precedat-o. De asemenea, când pelvi-peritonita pare a domina tabloul simptomatic, salpingita împreună cu metrita o însoțesc. Dar tocmai fiind-că mersul infecțiunii este lent, se poate ca inflamația, care a precedat pe cea actuală, să se potolească cu timpul și să dispară aproape complet în fața porțiunilor ce a luat cea actuală; așa încât să observăm o salpingită, fără ca în același timp să existe și o metrită însemnată, concomitentă.

Infecțiunea lentă și atenuată, poate la rîndul său să se presinte sub două aspecte diferite. In unele cazuri,

¹) Intâiul congres de gyn. și obst. Bruxelles, 12—14 Sept. 1892.

ea constituie singură, totă afecțiunea îngrijitoare pentru bolnav și reclamă intervenția noastră. Un flegmon pelvian, o pelvi-peritonită sau o metro-salpingită primitivă cauzată de o infecție veche sau recentă, este în asemenea cazuri afecțiunea care ne preocupă. Alte-ori infecțiunea complică o afecțiune de un alt ordin; ea este atunci secundară. Ast-fel sunt kystele, fibromii uterini, cancerele, graviditatea ectopică, etc., care pot să se însoțească de metrite, salpingite și de supurații pelviene. În asemenea cazuri, invazia septică se face în interiorul său în jurul acestor tumori pelviane și are rolul unei complicațiuni. Acésta însă nu însemnă, că afecțiunea primitivă este cea care priméază totul și că infecțiunea devine neglijabilă, în fața turburărilor produse de tumori. Din contra, adese-ori afecțiunile infecțioase imprimă un nou mers celor primitive și devin prin turburărilor cele provocă, mai importante de cât dănele. Un fibrom uterin, care până a fi complicat de o infecțiune, nu producea de cât turburări ușore, provocă din contra enomenele foarte alarmante, când este atins de sfacel. Aceste fenomene se pot termina în asemenea cas chiar prin mörte. De asemenea, supurația unui kyst imprimă o fisionomie acestuia cu totul alta, de cât cea pe care o avea mai înainte de infecțiune.

Deci, inflamațiile microbiene precum și supurațiile, trebuiesc a fi considerate sub două mari forme, după cum ele sunt *primitive* sau *secundare*. Coexistența afecțiunilor de un alt ordin le imprimă caractere deosebite de acele pe care le presintă, când constituiesc singure totă bóla.

Ast-fel încât, atât din punctul de vedere patogenic cât și din acel clinic, am putea stabili clasificățiunea următoare, pentru afecțiunile microbiene ale căilor ge-

nitale de la femei: Un grup de afecțiuni care se propagă prin vase, aŭ un mers rapid și sunt caracterizate prin o stare generală care primază totul; aceste constituiesc *accidentele puerperale*. Un al doilea grup, ar fi format de acele care se propagă pe calea mucosă, aŭ mersul lent și leziunile locale predominante; în acest grup, ar intra *metritele, salpingitele, pelvipertonitele, flegmónele și supurațiile pelviene*. În fine, am putea încă divide acest din urmă grup în două altele: *primitive* și *secundare*.

Dacă am imita pe Péan, în clasificăția ce face a supurațiilor pelviene, am putea în loc de primitive și secundare să admitem infecțiunii *tipice*, în care nu există afecțiunii de alt ordin și infecțiunii *mixte*, în care pe lângă infecțiune există și o altă afecție a organelor.

O altă clasificare mai rațională și póte mai naturală, ar fi cea care s'ar basa pe etiologia bólelor infecțioase. Am putea stabili atunci, precum a făcut Sãnger pentru salpingite¹⁾, atâtea specii de infecțiuni câți sunt microbii care le produc; adică infecțiuni *blenoragice*, (gonococul lui Neisser), *tuberculóse* (bacilul lui Koch), *pyohemice* (streptococi și stafilococi piogeni), *actinomicice*, etc. Înăo asemenea clasificare nu s'ar putea susține, căci nu se cunósce încă exact leziunile proprii ale fie-cãruia din acești microbi; iar pe de altã parte, în multe cãsuri, după cum am vëduț, infecțiunea este mixtã și datoritã asociațiunei microbiene. În fine, câte-va infecțiuni sunt produse de microbi, nedeterminați; ast-fel este d. ex. infecțiunea virginelor sau cea vulvarã a copilelor, a căror patogenie este

¹⁾ The American journal of obstetrics. 1886.

încă obscură. În clinică, această clasificare ar avea și o mică valoare; căci de multe ori afecțiunile, produse de microbi diferiți ca specie, au aspecte identice. Astfel, un pyosalpinx are aceleași simptome și indică aproape aceiași intervențiune, când este produs de bacilul lui Koch, de gonococul lui Neisser sau de microbii ordinari ai supurației. «Plusieurs organismes spécifiquement distincts, donnent lieu anatomiquement et cliniquement à la même forme de la maladie. Ainsi, la blennorrhagie et la septicémie, suite de couches, ont exactement la même marche ascendante, la même forme anatomique, la même symptomatologie, le même traitement et cependant les organismes infectieux qui leurs donnent naissance sont distincts¹⁾».

Totuși, dacă am voi să stabilim o clasificare patogenică, acesta în stare actuală a cunoștințelor noastre ar putea fi următoarea: infecția datorită *microbilor ordinari ai supurației*, infecția cauzată de unii *microbi specifici*, ca blenoragia, tuberculoza, etc. și *infecție mixtă*; adică produsă de asociația microbilor ordinari ai supurațiilor cu cei specifici.

Nu vom face o descrițiune în parte a fie-cărei din inflamațiile infecțioase ale aparatului genital; acesta nu a fost scopul nostru, când am întreprins de a descrie în general infecțiunea genitală. Vom arăta numai, în mod sumar și în genere, caracterile principale a acestor inflamațiuni, adică acele care sunt în strînsă legătură patogenică cu infecțiunea. În acest mod, sperăm a ne da seamă mai bine de indicațiile unui bun tratament, care fără îndoială priméază totul.

În privința leziunilor macroscopice și microscopice

¹⁾ Blanche Edwards l. c., p. 119.

care sunt produse de microbii diferitelor forme de infecțiuni ale organelor genitale, ele pot fi de trei feluri : cavitare, parenchimatose și extra-cavitare. În acele cavitare, mucosa diferitelor segmente, din care este compus canalul genital, prezintă alterațiunile cele mai însemnate. Ast-fel sunt secrețiunile muco-purulente, hemoragiile septice, ulcerațiunile, ectropiul mucosei cervicale, fongositățile mucosei uterine, etc. Aceste alterațiuni ale mucoselor se complică cu timpul de o drenare defectuoasă a liquidelor normale și patologice din canalul genital; căci îngroșarea mucosei, acumularea de substanțe semi-liquide în canal, fongositățile, etc., strimțeză orificiile ce separă segmentele unele de altele și împiedică libera circulație a liquidelor. Atunci, infecțiunea este favorisată; ea tinde a se cantona și a se eternisa. Unul din segmente, precum este trompa, se dilată încetul cu încetul până ce ajunge a constitui o tumoră cu conținut semi-liquid purulent, sau în tot cazul septic.

Cu toate acestea, pyosalpinxele mari, sunt rare. Marchand a extirpat unul, care conținea $2\frac{1}{2}$ litri de puroi. Bouilly și Championnière a văzut fie-care câte unul de acestea. În genere, acele care conțin unul până la doi litri de puroi sunt mai numeroase ¹⁾.

Pereții însuși ai canalului genital sunt invadați de microbi și de produsele lor. Aceștia pătrund în adevăr, după cum Péraire a demonstrat pentru metrite, în intimitatea țesutului propriu al peretelui canalului și determină ast-fel leziuni parenchimatose. Acestea sunt

¹⁾ Soc. de chir., 12 Noembre, 1890.

Aceste pyosalpinxe se revelază de ordinar numai când sunt atinse de recrudescenți acute. Adese ori ele sunt confundate cu kysteles mici ovarice. (Championnière).

decî provocate de străbaterea microbilor virulenți în elementele proprii ale pereților uterului și trompelor, sau între ele. În genere, leziunile parenchimatose sunt mai apreciable la microscop, de cît cînd le privim cu ochiul liber. O îngroșare a peretelui său din contra, o subțiere și chiar o perforație, ca în pyosalpinxe, sunt mai vizibile. Abcesele interstițiale nu sunt frecvente.

În adevăr, foarte rar leziunile inflamatorii ale mucosei uterine se propagă la parenchymul organului. În loc de a se produce alterații vizibile, ca abcese și propagații prin limfatice ca în alte mucose; aici, dacă exceptăm starea puerperală, aceste leziuni sunt excepționale. Propagația prin limfatice este foarte rară și mai nici odată nu se găsesc abcese sub mucosa sa în interiorul peretelui uterului.

În serviciul D-lui profesor Severeanu am observat un caz de colecție purulentă situată în pereții uterini și fiind-că asemenea cazuri sunt extrem de rari, acesta ne-a determinat de a relata pe scurt istoricul bolnavei. (Obs. . . .).

O stare de sub involuție a uterului (oprire a involuției normale) este cauzată de infecția post-partum sau post-abortum; organul este hipertrofiat.

Rupturile colului din timpul născerii, în loc să se cicatrizeze, se ulcerază, cînd sunt infectate. Ele nu cauzează metritele în mod mecanic, cum a pretins Emmet; dar prin aceea că favorisează infecția ca și ori-ce altă plagă. De ordinar, ele sunt adevărate plăgi contuse și decî, mai propice din cauza acesta, pentru invazia microbilor.

Leziunile extra-cavitare sunt de 2 feluri, după cum peritoneul său țesutul celular circumvecin se resimte de inflamația cavitara și parenchimatosa. Peritoneul

pelvian este mai cu sémă atins în majoritatea casurilor. În adevăr, este fórte rar a se vedea metrite și salpingite intense, fără ca cel puțin să existe aderențe peritoneale. Acestea se observă mai des în regiunea pavilionului trompei; ceea ce, după cum am vădut, pledéză pentru trecerea infecțiunei din trompă în peritoniu prin orificiul extern al oviductului. Adherențele imobiliséză organele, le imprimă deviațiuni și situațiuni anormale, le unesc la organe vecine ca intestinul, vesica și rectul și în fine, contribuesc la întreținerea inflamației, atât prin turburările ce aduc în funcționarea organelor cât și printr'un drenagiū defectuos a secrețiilor canalului genital. Ele sunt cauza dismenoreei dureroase; ele turmentă pe bolnave în timpul mersului său când se obosesc printr'un exercițiū óre-care și pentru ele se intervine chiar, în unele casuri.

În fine, aderențele provócă une-orī o ruptură a pungelor purulente — precum sunt d. ex. pyosalpinxele — prin tracțiunea ce pot exercita asupra lor. Alte-orī, ele daū nascere la accidente acute de obstrucție intestinală sau de strangulație internă, când cuprind ansele intestinale.

Deosebit de acéstă peritonită adesivă sau proliferantă, serósa peritoneală mai este atinsă încă de supurații circonscrise, care sunt inkystate și isolate de organe prin aderențe. Colecțiunile purulente sunt adese orī mici, dar multiple.

O altă leziune importantă extra-cavitară, este inflamația țesutului celular din pelvis. Ganglionii de la originea arterei iliace interne sunt une-orī centrul inflamației, când infecțiunea a mers pe calea limfatică. De obiceiū, aceste inflamații supuréză și daū nascere la acele colecțiuni purulente, care proemină când în

rect, când în vagin, când spre peretele abdominal anterior; unde se și deschid. Din considerațiile ce am expus asupra anatomiei chirurgicale a organelor genitale, s'a vădit în destul care este sediul acestor supurații, pe unde ele se propagă și unde aș tendința de a se deschide, precum și modul cum trebuie să le explorăm. Intre alte simptome, ele se mai însemnă și prin acele de compresie sau de iritație asupra organelor din vecinătatea lor; iar mai târziu, de perforația vesiceii, a rectului, a vaginului, etc.

Aceste sunt, în mod foarte sumar, leziunile care sunt cauzate de evoluția microbilor. Deosebit de leziunile cavitare, parenchimatose și extra-cavitare, care se datoresc microbilor, ar trebui să mai considerăm încă o clasă: cea a leziunilor complexe.

În adevăr, după stadiul la care a ajuns bóla, vom putea avea de a face cu o metrită, cu o metro-salpingită, sau cu o metro-salpingo-ovarită. La început, leziunile sunt limitate la un segment al canalului genital; mai târziu însă, ele se întind în calea lor ascendentă la segmentele următoare și atunci, leziunile devin complexe.

Aceste sunt în mod foarte sumar, leziunile care sunt cauzate de evoluția microbilor.

În resumat, privind în mod general desordinele produse de infecție, vedem că ele aș drept rezultat afecțiunii inflamatorii ale mucóselor, deviațiunii, aderențe ale organelor și în fine, tumori supurate. Iar în privința tratamentului, trebuie să conchidem, că cele mai multe nu pot fi vindecate, decât prin extirparea totală a organului inflamât.

Debutul afecțiunilor infecțioase este de ordinar lent și insidios. Infecțiunea este de mult efectuată, când

bolnava, din cauza unei recrudescenții a bólei sale, care este provocată de menstrue, oboseală, răceală, avort, etc., consultă pe medic. Ast-fel, accidentele care se observă în urma unui avort, deși par a fi venit pentru prima dată cu ocazia acestuia, totuși 'și-au originea, cele mai adese ori, într'o blenoragie latentă anterioră. De acesta, bolnava nu 'și-a dat sémă; căci de mult era vindecată în aparență și pune totul pe séma avortului. Dacă înlăturăm accidentele acute puerperale, singură blenoragia pare a avea un debut acut, prin frecvența și durerea micțiunilor. Dar, când introducem laminaria în uter saũ un instrument óre-care și observăm producându-se fórte repede dureri vii, febră, grețuri și vărsături, de mult bolnava avea o metrită; infecțiunea provocata de noi, n'a făcut decât să mărescă pe acea veche saũ să o înlesnescă. În privința simptomelor care indică aparițiunea ei, am fi credem conform cu realitatea, dacă am dice că infecțiunea se arată în mod insidios la început și în casurile când ea se revelază prin fenomene alarmante, de mult exista; dar nu aștepta decât ocasiunea pentru a se manifesta.

Cortegiul suferințelor, care constituiesc ceia ce s'a numit syndromul uterin, se arată în tótă splendórea lui, când organele sunt infectate. Durerile, tulburările din partea rectulăi și a vesiceii, dificultatea menstruației cu tóte neregulele ei, scurgerile abundente vaginale, eliminație de lambouri mucóse, grețurile și vărsăturile, iaũ proporțiunii mult mai însemnate în inflamațiile căilor genitale, decât în cele-l'alte afecțiuni ale lor care sunt de un alt ordin; căci, după cum vom vedea, durata afecțiunilor infecțioase este fórte lungă; iar recrudescențele, fórte frequente.

Durerile iaă caracterul unor adevărate colici, când un pyosalpinx se vedează în mod intermitent prin uter. Acestea se observă rar; dar totuși, există. «Dans «un cas vraiment typique dont nous avons été le témoin» ăice Montprofit «bolnava avea dureri atroce; «ea nu putea să-și afle astămpăr; în fie-care moment «se învărtea în pat plângând și gemând; a fost coprinsă de un atac histeriform și numai după o oră, «ivindu-se o scurgere bruscă de puroiă prin vagin, «durerile aă dispărut ca prin farmec.»

În fine, în multe casuri de abcese pelviene, durerile sunt tot atât de violente și agită foarte mult pe suferinde, până ce chirurgul le deschide.

După Championnière, durerile vii din abdomen indică în tot-d'auna o leziune a anexelor; uterul în asemenea casuri nu este mult în cauză. În casurile de deviații uterine, durerile sunt produse tot de leziunile anexelor. De aceea, în majoritatea casurilor, trebuie tratate anexele inflamate; adică trebuie extirpate.

Starea generală se resimte de aceste suferințe multiple și prelungite; bolnavele sunt condamnate, une-oră la un repaos complet și cele mai adesea la o mișcare foarte relativă. Funcțiunile organelor nu se pot efectua, sau când totuși ele aă loc, infecțiunea se re-deșteaptă. Adese-oră, acesta vine atunci, cu o mai mare violență.

În casurile inveterate și însoțite de suferinți mari, bolnavele devin dyspeptice și anemice; aă o colóre terósă; sufer de palpitații și trăsurile feței lor sunt alterate. Într'un cuvânt, ele sunt atinse de un fel de septicemie cronică.

Mersul afecțiunilor infecțioase presintă caractere însemnate și de multe oră foarte precise. De ordinar, me-

trita, salpingita, dar mai cu sémă peritonita și flegmónele, aũ o durată desesperată. Acéstă eternisare găsesce o compensație în intervalele mari de linisce, cari separă recrudescențele; căci, unul din caracterele mersului, este și existența acestor recrudescențe. În adevěr, o infecțiune bruscă, saũ una latentă care a devenit repede alarmantă, se potolesce apoi încetul cu încetul și se cantonează în segmentul saũ în țesutul invadat. Acolo, lesiunile tind a deveni chronice; iar microbii găsesce un obstacol în inkystarea inflamației; atât ei cât și toxinele ce secretéază, nu pot trece din acéstă cauză în segmentul genital următor, saũ în țesutul învecinat. Dar după un timp, o circumstanță înlesnitóre, ca traumatismul, frigul, menstruele, nascerea saũ abortul se ivesce și atunci microbii se deșteptă din letargia lor; ei progreséază cu înlesnire în noul teren pe care aceste circumstanțe l'aũ creat și infecțiunea, care până acum era atenuată, și recapătă tótă puterea sa patogenă. De astă dată, ea se arată mai cu puțină furie; dar totuși progreséază ca lesiune, și din uter trece în trompă, saũ din acésta în peritoniũ. Apoi potolindu-se din nou, rămân după ea resturi ca adherențe, deviații de organe, puroiũ inkystat, etc., care numai permit bolnavelor un interval cu totul lipsit de suferințe, ca mai înainte. Și așa mai departe; până ce bolnava a ajuns să fie complect sterilă, a rămas cu o deviație uterină fórte supărátóre saũ a căpătat unul, și alte ori, mai multe abcese în pelvis, care prin deschideturile în organe, prin fistulele la care pot da nascere și prin operațiile la care expun, îi tulbură fórte mult liniștea și existența.

Blenoragia și infecția puerperală atenuată sunt mai

cu sémă acele care după un mers lent și întrerupt prin recrudescenți, conduc la asemenea sfârșit.

Cea ce contribuie la acésta, este tocmai caracterul ce-l aú de a fi infecțiunii superficiale; adică de a se propaga numai prin mucóse. Acestea, invadéză rând pe rând și de jos în sus, segmentele canalului genital până ce ajung chiar la peritoniu. Ele se cantonează și se inkystéză mai lesne și prin urmare sunt mai des urmate de adherențe, de deviațiuni, abcese inkystate, etc., care eterniséză bóla.

Sterilitatea prostituatelor este provocată și întreținută de aceste afecțiuni; ear în căsătorii lipsa de procreare, adese-orí nu recunósce altă caúsă. In casurile din urmă, blenoragia latentă este mai cu sémă de incriminat. Dese orí se întâmplă, că în timpul măritişului, copilul ce se nasce are oftalmie blenoragică. Bărbatul a avut, dar numai are în timpul căsătoriei blenoragie; acésta a devenit latentă. Copilul s'a infectat, muma de asemenea. Acésta rămâne sterilă; ea rămâne și cu o metrită saú metro-salpingită, de care târđiú va puté scăpa.

În privința semnelor fisice, adică care pot fi percepute prin simțurile nóstre, palpația combinată prin vagin și abdomen saú prin rect și abdomen, precum și inspecțiunea directă a organelor, dá rezultate de multe orí precise, asupra existenței infecțiunii și a leziunilor produse de dânsa. Acésta este mai cu sémă exact, când usăm de anestesia chloroformică, pentru a înlesni explorările nóstre; căci de multe orí durerile provócă contracțiuni ale pereților abdominali, care împedică perceperea exactă a sediului și a formei ce are bóla. Acésta se observă mai des la unele femei nervóse. De asemenea un vagin fórte lung, póte să împedece explorarea nóstră. În unele casuri, este necesar

pentru a examina bine organele, să exercităm mai întâi o tracțiune asupra uterului, prin ajutorul unei pense Musseaux, spre a'l pune ast-fel în stare de prolaps artificial și apoi să explorăm prin vagin și abdomen, organele.

Unii chirurghi insistă foarte mult asupra explorării digitale prin rect. Acesta cu drept cuvânt; căci ovarul cu trompele precum și ganglionii de la bifurcația iliacei primitive sunt mult mai accesibile prin rect, decât prin vagin.

«Dintre toate explorațiile ce se practică pentru a re-
«cunoște sediul și natura salpingitelor, nu este nici
«unul mai util ca explorarea rectală». (Terrillon).

În privința acestui mod de explorare, Hovard A. Kell dă bune povețe într'un ziar american. ¹⁾ El insistă de asemenea, asupra explorării rectale.

Dar, dacă explorarea dă rezultate în privința existenței unei inflamații septice, adese-orî, ea nu ne poate servi, pentru a localiza leziunea. În adevăr, diferențierea pelvi-peritonitelor, a salpingitelor și a flegmónelor pelviane, unele de altele, este de multe orî imposibilă. În toți timpii, s'a simțit prin vagin și prin palpație abdominală aceleaș caractere, în tumefacțiile inflamatorii. Chirurghi de altă dată avéu acelaș exercițiu al simțurilor ca și cei de astă-đi; poate chiar mai mult, căci se exercitaú mai adese-orî ca noi pentru a stabili diagnosele. Cu toate acestea, după ideia ce-și făcú de sediul și patogenia leziunilor inflamatorii, unii găséu un flegmon peri-uterin, acolo unde alții vedéu o pelvipertonită. Astă-đi mulți consideră ca salpingită, acea ce altă dată Bernutz credea că este un exudat pelvi-peritonitic. Plas-

¹⁾ Rev. Spitalul No. 21, 15 Noembre 1892. Resumat din Americ, Journ. de Dem. I.

tronul suprapubian cauzat mai înainte de flegmonul ligamentului larg, este considerat astă-đi de Terrillon și alții ca un bun semn de salpingită. O tumoră inflamatorie, care se simte în infundătura posterioară și care există în cavitatea lui Douglas, chiar astă-đi denotă pentru unii o pelvi-peritonită, un exudat peritoneal; iar pentru alții un pyosalpinx, care a căzut prin greutatea sa și s'a imobilizat prin aderenți, îndărătul uterului. O tumefacție în unele din infundăturile laterale ale vaginului, este pentru Guérin un adeno flegmon retropubian; iar pentru Championnière Lawson Tait, etc., o salpingită.

Un hydro-salpinx adese-oră se pôte confunda cu un pyo-salpinx și chiar cu un kyst al ovarului. Diagnosa este și mai greu de stabilit, dacă evităm de a practica puncția aspiratrice. În adevăr, acest mijloc de explorare este prescris de cei mai mulți și preconizat numai, când tumora aderéză la peretele abdominal sau la acel vaginal; de témă, ca să nu se producă accidente, ca rěvărsarea puroiului în abdomen, ivirea de noi aderențe, etc.

Iată o observație de dificultate de diagnosă între salpingită și adenoflegmon, relatată de Terrier.¹⁾ În acest cas, el a diagnosticat o salpingită dublă și în timpul laparotomieii, a găsit o masă ganglionară, care simula trompele dilatate.

O femeie de 21 ani, avea de doi ani dureri pelviene nu avusese nici abort, nici nascere și menstruele erau regulate. De la apariția durerilor, menstruele au început a veni neregulat; a avut chiar hemoragii. În Decembrie 1887, s'au ivit și simptome de peritonită

¹⁾ Soc. de Chir., 8 Iulie 1889

acută. Examenând-o atunci, Terrier a găsit îndărătul uterului și întinzându-se de ambele laturi o tumoră sinuoasă și neregulată, pe care a considerat-o ca fiind o salpingită bilaterală. A făcut laparotomie. Sub aderențe numeroase de ale epiploonului a găsit, înainte și către profunditatea S-1 iliac fixat înainte. Uterul și anexele erau ascunse în excavație și nu prezentați alterații. Îndărătul S-lui iliac, în mesocolonul iliac și îndărătul peritoniului, se afla o masă de volumul unui pumn, lobulată și formată de o grămadire de ganglionii. Aceștia formați tumora, care se simția prin vagin. A incizat peritoniul și a enucleat acești ganglionii. Terrier dice că, în acest caz, a găsit toate semnele obiective și raționale ale unei salpingite, de și trompele erau normale.

Pozzi a observat un caz analog. Creștând că are a face cu un abces pelvian, a făcut incisia sub-peritoneală și a ajuns la o masă ganglionară. Championnière a observat de asemenea, două cazuri identice.

Deci, în cea ce privesc diagnosa, unul din caracterele afecțiunilor infecțioase este, că diferențierea leziunilor unele de altele, localizarea exactă în un anumit segment genital sau țesut vecin, gradul la care ele au ajuns, felul și întinderea aderențelor, etc., nu pot fi determinate cu înlesnire. De această dificultate ne isbim, nu numai pentru stabilirea prognosticului unui asemenea afecțiunii, dar încă pentru tratamentul ei; căci suntem ținuți de a alege, dintre numeroasele procedee de a interveni, pe acel care convine mai bine felului bolii.

Progresul ce s'a făcut în patogenia afecțiunilor inflamatorii genitale, în anatomia patologică și terapiilor lor, este foarte însemnat; dar în privința diagnosei, adică a diferențierii lor unele de altele, nu s'a ajuns încă la destulă precizie.

TRATAMENTUL

Deși originea și natura infecțioasă nu este probată decât pentru afecțiunile, care sunt cunoscute sub numele de febră puerperală și pentru unele inflamații supurative, independente de starea puerperală; totuși, trebuie să acceptăm teoria infecțiunii ca adevărată, din punct de vedere al tratamentului, pentru cele mai multe din inflamațiile căilor genitale; căci, dacă rolul microbilor nu este încă bine determinat, în metritele hemoragice, catarhale, acele care însoțesc deviațiile uterine și fibromele, etc., totuși, el este foarte probabil. (Delbet). Deci, tratamentul lor va trebui să fie și patogen; iar nu numai simptomatic, precum se făcea mai înainte.

Unele din afecțiunile infecțioase ale organelor genitale se prezintă cu ast-fel de caractere, încât ne stă puțin de a le vindeca complet; cele mai multe însă, nu pot să fie de cât modificate și ameliorate. Dar, pentru toate, avem posibilitatea de a le împedica, în mersul lor și chiar de a le preveni. Deci, în casurile când nu putem obține o vindecare completă, ne vom sili să obținem o ameliorare; iar în tot-d'auna, tratamentul preventiv va trebui să fie obiectul preocupății noastre.

Profilaxie

Dacă admitem rolul patogen al micro-organismelor, pentru inflamațiile organelor genitale, este evident că profilaxia trebuie să merite întâetatea, în tratamentul acestor afecțiuni. Profilaxia în genere, are aplicațiunii mai cu sémă în bólele a căror patogenie și etiologie sunt bine determinate. Pentru afecțiunile infectioase, cauzele sunt microbi și circumstanțele înlesnitóre evoluțiunei lor; deci silințele noastre vor trebui să fie îndreptate, pentru a împedica contaminarea organelor și de a îndepărta cauzele adjuvante ale dezvoltării microbilor.

Asepsia mai întâi și antisepsia în urmă, sunt basa tratamentului preventiv. A îndepărta contactul organelor cu microbi și a-i distruge, când aceștia s'aú introdus în ele, este în adevăr, ceea ce profilaxia trebuie a avea mai cu sémă în vedere. Dacă vom adăuga la aceste și evitarea sau înlăturarea diferitelor împrejurări înlesnitóre evoluției microbilor, ne vom putea face o idee exactă de tot ceea ce și propune să atingă, o profilaxie bine înțelésă. Iar când cauzele favorisátóre nu pot fi evitate, precum se întâmplă acésta cu nascerile, aborturile, menstruația, etc., atunci să îndoim atențiunea noastră pentru a obține o bună asepsie și antisepsie.

Ast-fel, irigațiile vaginale cu diferite antiseptice înainte, în timpul sau după nasceri și avorturi; precauțiile de asepsie, înainte ca și în timpul explorărilor cu diferite instrumente sau în timpul unui simplu examen digital; asistența inteligentă a femeilor, care nasc sau avortéză; tratarea afecțiilor septice ale organelor din vecinătatea celor genitale, etc., sunt atâtea mijlóce profilactice.

Chiar tratamentul curativ, a unora dintre afecțiunile infecțioase care au coprins o parte din canalul genital, are de multe ori rolul, de a împiedica invazia infecțiunei, în segmentele mai îndepărtate. În adevăr, vindecarea unei blenoragii vagino-uretrale, preservă de metrită; amputația unui gît uterin hipertrofiat și ulcerat, împiedică propagarea infecțiunei prin limfatici și dezvoltarea unui flegmon pelvian; răzuirea cavității uterine însoțită de aplicațiunii locale antiseptice, pune la adăpost de salpingite și ovarite, etc.

În privința acestor din urmă, vom dice împreună cu Le Dentu, că terapia afecțiilor anexelor este solidară de cea a afecțiilor uterului, precum acestea sunt ele însuși solidare, în dezvoltarea lor, de afecțiile mitrei. Și întocmai precum pyelonefritele pot fi ameliorate numai prin tratarea cystitelor, tot ast-fel și vindecarea leziunilor uterului, are influență asupra afecțiilor trompei. (Bazy)¹⁾

Dintre practicile care sunt curative pentru unele afecțiuni și în acelaș timp preventive pentru altele, două au luat un avânt considerabil, de când afecțiunile infecțioase au căpătat un loc așa de însemnat, în patologia organelor genitale. Acestea sunt răzuirea uterului și operațiile plastice, ca acele ale lui Emmet și Schröder, asupra colului²⁾. Invasia ascendentă a infecțiunei, adică propagarea pe calea mucosă, admisă astăzi de cei mai mulți, a contribuit foarte mult la acest mod de tratare; căci din cauza ei, s'a întrevădit

¹⁾ Du traitement médical et en particulier du curettage utérine et de leur influence sur les lésions des annexes. Arch. gen. de Med. Juin et Juillet, 1891. V. Sem. Med. 1891, p. 352.

²⁾ Abrasiunea mucosei bolnave, adică operația lui Schröder, amputația colului și trachelorafia lui Emmet, sunt operațiile plastice care se practică asupra colului uterin.

posibilitatea pentru aceste practice, de a fi nu numai curatrice dar și preventive, a celor mai multe din infecțiile anexelor, ale peritonului și ale țesutului celular pelvian. În fine chirurgii, au fost și mult încurajați de benignitatea răzuirii sau a amputației colului; ceea ce a mai contribuit încă la generalizarea acestor operațiuni. Ast-fel încât, astăzi mai mult se discută asupra procedeuului, decât asupra indicațiilor și contra indicațiilor acestor operațiuni.

O asemenea practică a contribuit în mare parte, la lărgirea cercului operator, în afecțiunile căilor genitale; acesta era mai înainte atât de strîmt, încât afecțiunile uterului și ale anexelor lui, mai că nu erau de atribuțiunea chirurgilor.

Astăzi din contra, o simplă metrită, pe care o credem infecțioasă, o tratăm, precum zice Labadie-Lagrave, după aceleași principii, pe care le aplicăm în general la tratamentul inflamațiilor limfangitice. Precum într'un cas de înțepătură la deget, complicată de limfangită și adenită axilară, deschidem plaga și administrăm băi antiseptice; tot ast-fel, într'o metrită, dilatăm uterul și desinfectăm cavitatea sa.

În privința stabilirei unui bun drenaj al cavității uterine, care constituie o practică eminentă preventivă, acesta face parte din tehnica răzuirii uterului și deci nu avem a insista mai mult asupra ei.

Tot în scop preventiv, se face une-orî o operație preliminară, înainte de a se executa cea care se adresează direct la afecțiune. Ast-fel, pentru o bună asepsie se recomandă d. ex. a se face în tot-d'auna răzuirea mitrei, înainte de a practica Emmetul.

Răzuirea uterului nu reușește și nu este urmată de succesul dorit, dacă este insuficientă; nu se îm-

pedică reinfecția consecutivă, când leziunile sunt prea profunde, ca în endometrita glandulară a colului și când afecțiunile trompelor sunt prea înaintate.

Tratamentul paliativ

Prin acésta vom înțelege mai întâiú tóte practicele care, prin diferite medicații generale sau aplicațiuni topice, și propun de a combate unele simptome și de a obține o ameliorare; apoi chiar unele practice mai îndrăsnețe, adică micile operațiuni, care ca incisiile d. ex. amendéză pentru un timp óre-care fenomenele alarmante.

Tratamentul paliativ nu numai că póte ameliora starea bolnavilor și amenda pericolul; dar încă servă după mulți, ca un tratament preparatoriú al intervenției radicale. În adevér, se recomandă de cei mai mulți, de a nu se întreprinde laparotomia de cât după ce mai întâiú se potolesce furia cu care se arată la început sau în timpul recrudescenților, inflamația peritoneiului, a țesutului celular și chiar a trompelor.

Unul din argumentele care s'aú invocat pentru a susține acésta temporisare, înainte de intervenția radicală, este, că cu timpul microbii își pierd virulența lor și prin urmare operând târziu, nu ne expunem la auto-inoculări și la recrudescențele bólei infecțioase. În adevér, scim că microbii din leziunile care datéză de mult timp, nu mai sunt periculoși.

Casul relatat mai sus de abces parametric, în care Doléris și Bourges, practicând laparotomia după 2 luni de la dispariția accidentelor acute, aú constatat prezența streptococului și a proteului vulgar, demonstrează acésta, căci ei nu aú obținut cu acești microbii, nici

culturii pe substanțe nutritive, nici fenomene morbide când i-au inoculat la animale. Prezența streptococului le-a fost demonstrată numai prin colorarea puroiului: proteul însă, a putut fi cultivat. Acest rezultat negativ demonstrează că streptococul a pierdut cu timpul toată virulența și vitalitatea sa; deși este sigur, că el a cauzat inflamația pelvienă. Și fiind-că, nu proteul a fost acela care a distrus virulența streptococului, căci acești microbii nu sunt antagoniști, de sigur că trebuie să atribuim timpului îndelungat această acțiune. «De unde», zice el, «confirmarea științifică a indicației, în inflamațiile pelviene, de a amâna intervenția operatorie, până după dispariția simptomelor acute. Atunci, puroiul nu va mai conține microbii patogeni și prin operație, nu ne vom expune la auto-infecție».

Le Dentu de asemenea, recomandă să așteptăm ca fenomenele acute să treacă: «în genere intervențiile chirurgicale mari trebuie rezervate pe cât se poate pentru formele cronice ale inflamațiilor».

Repausul, atât al bolnavei cât și al organelor genitale, formează baza tratamentului paliativ.

Potolirea durerilor prin întrebuințarea substanțelor analgetice, întreținerea libertății tubului digestiv, revulsivile pe abdomen, irigațiile vaginale ferbinți (40°—45°), rezolutivele interne și odată cu aceste o antisepsie strictă vagino-uterină, sunt corolarul repausului, în tratamentul paliativ medical.

În acel chirurgical, vom cuprinde incisiile și dilatarea uterului.

Incisia (evacuarea puroiului). Deschiderea unei colecții purulente, din cavitatea pelvisului, printr'o simplă incisiune, este o practică foarte veche; dar care este usitată, destul de mult și astăzi. Se observă

adese-orî flegmone sub-peritoneale și pelvi-peritonite supurate, care proemină în afară și mai târziu aderază chiar la peretele exterior; așa încât ele amenință să se deschidă în mod spontan. În asemenea circumstanțe, o incisiune a peretelui exterior și a pungei purulente, se impune de la sine. Acastă incisie nu mai este atunci o operațiune, asupra căreia trebuie să mai reflectăm dacă este sau nu indicată și dacă o alta ar putea da rezultate mai satisfăcătoare, adică o operațiune de *alegere*; ci o practică de *necesitate*. Este destul ca incisia să fie posibilă, adică ca pungea să adereze pe o mare întindere la peretele exterior, și deschidătura să înlesnescă o evacuare largă a puroiului, pentru ca să ne determinăm de a usa de ea.

Apoi, asemenea cazuri se presintă mai cu seamă când supurația a ajuns la o perioadă foarte înaintată și deci, suntem siliți atunci de a recurge la o simplă incisie a focarului purulent; întocmai precum facem acastă în genere, pentru ori-ce abces flegmonos.

Regiunea care trebuie a fi incisată este de asemenea indicată de la sine, prin sediul însuși a proeminenței abcesului; adică de locul unde colecțiunea purulentă aderează la peretele exterior,

Abcesele pelviene proeminază mai adese în vagin și aici este locul unde se și practică mai des deschiderea lor. Manualul operatoriu este simplu. Se introduce mai întâiu un trocar și se estrage prin canula acestuia, o mică cantitate de puroiu. Apoi, conducându-ne de canula trocarului, incisăm peretele vaginului și acel al pungei. Inconvenientele unei incisiuni vaginale sunt, hemoragia cauzată de tăerea unei artere și fistula urinară, consecutivă incisiei uterului. Artera care se interesează mai adese-orî este una din vaginale;

acésta este atunci împinsă înainte de abces și de aceea suntem expuși a o interesa. Pentru a o evita, trebuie mai întâi, să ne dăm sémă de situația ei prin explorația vaginală; cea ce este une-ori posibil. În privința uterului, trebuie să incisăm vaginul cât mai îndărăt și să ne îndreptăm spre înfundătura vaginală posterioară.

Colecțiunile purulente mai proemină încă adese-ori și spre peretele abdominal; atunci este indicată o incisie în regiunea hypogastrică, inguinală, iliaca și chiar ombilicală; după cum se află situat și abcesul.

Rare-ori este necesitate, de o incisie fesieră sau crurală.

Însă în nici un cas, incisia prin rect nu este de recomandat; căci antisepsia canalului intestinal este foarte greu de obținut. Cu toate acestea, Byford a recomandat această incisie, în timpul din urmă (dilatarea și chiar incisia sfincterului urmată de deschiderea largă a pungei, care proemină în rect).

În fine, când colecțiunea este vastă, și proemină în două regiuni deosebite, d. ex. la hypogastru și în vagin, este indicat de a o deschide prin ambele părți; cea ce va înlesni și un drenagin mai eficace.

Deosebit de această incisie de necesitate — practică care nu se raportază în special la abcesele din pelvis, căci se întrebunțază dîlnic pentru ori-ce abces în genere — s'a mai recomandat și un alt mod de deschidere, care constituie o adevărată operație de alegere, pentru mulți dintre chirurșii moderni. Acésta este tot o simplă incisiune și nu o extirpare a pungei purulente; însă, regiunea în care se face este aleasă de chirurg, iar nu indicată, ca pentru cea precedentă, de însăși locul unde proeminéază colecțiunea. Apoi, după

incisia peretelui exterior și înainte de cea a pungei purulente, se mai manoperază încă și asupra țesuturilor care desparte ambii pereții. Deci, asemenea practică nu se reduce numai la o simplă incisie directă a unui abces; ci constituie o adevărată operație reglementată.

Technica lui Laroyenne¹⁾ din Lyon, se bucură în această privință, de oarecare reputație; așa încât operațiunea poartă chiar numele său. Acest chirurg face incisiuni în fundul vaginului și merge disecând pe marginile uterului, până la pungea purulentă. Infige în această un trocar lung și curb, pe care conduce apoi un cuțit — un fel de metrotom — destinat a lărgi incisiile. Goullioud, Munde, Reverdin, Landau, Gusserov, etc., susțin acest procedeu. Bouilly²⁾ recomandă de a se practica incisia sub anestesia chloroformică, pentru a putea exercita o bună presiune abdominală și a înlesni ast-fel scoborirea focarului purulent, până la peretele vaginal. El ar fi operat ast-fel șase bolnave și ar fi obținut succes în toate cazurile. Operația ar fi indicată după el, mai cu seamă în cazurile, când starea generală gravă nu permite laparotomia, când pungea este mică și când este situată de o parte a excavației pelviene (lesiune unilaterală).

Wiedow³⁾ a recomandat de a incisa în două timpuri, atât când se deschide colecția prin peretele abdominal, cât și când se operază prin vagin. El face mai întâiu incisia peretelui abdominal sau vaginal; apoi explorează abcesul. Dacă sunt aderențe care-l fixează de perete, deschide imediat și abcesul; dacă aceste aderențe lip-

¹⁾ Lyon med. 1886, t. 31, p. 240.

²⁾ Soc. de chir. Paris, 2 Juillet 1890.

³⁾ Zur operativen Behandlung des pyosalpinx. Cent. f. Gyn., 1885, p. 145.

sesc și intră de a dreptul în cavitatea peritoneală, se mărginesc numai de-a tampona plaga cu tifon anti-septic, propunându-și să deschidă punga purulentă mai târziu; adică după câte-va zile.

Hegar, Otto Zuckerkandl și Willems din Gand, preconisază incisiunea prin perineu (perineotomia). Acastă operație constă într'o incisie profundă, pe care o fac înaintea anusului, întocmai ca pentru abcesele prostatice. Ei dedublază apoi despărțitura recto-vaginală, ajung la infundătura peritoneală a lui Douglas, unde prin introducerea degetelor, explorează conexiunile tumorii și în fine o deschid.

Hegar, Kaltenbach, Pozzi, Bardenhauer, Trélat, etc., au recomandat de a deschide larg colecțiunile din lighianul cel mic, prin incisiunea care se usităză pentru ligatura arterei iliace externe (cale sub, extra, sau para-peritoneală). Acest procedeu repausază mai cu seamă pe deslipirea peritoneiului, care se caută a se obține înainte de a se ajunge la punga purulentă. După opiniunea majorității chirurgilor de la Soc. de chirurgie, care au discutat asupra acestui procedeu, nu trebuie să se numescă asemenea incisie o laparotomie, căci peritoneul nu se interesază.

Championnière, Delbet¹⁾, Bouilly²⁾ și alți cred, că incisia sub-peritoneală are inconveniente. Asf-fel, s'ar putea rupe peritoneul, când din cauza inflamației aceasta ar fi friabil și lardaceu. Apoi, traiectul ce trebuie să urmăim, este une-orî atât de profund, încât nu se poate face nici deschiderea largă a abcesului, nici drenarea lui.

S'a mai evacuat încă abcese pelviene și pe cale

¹⁾ Soc. chir. 1 Dec. 1886.

²⁾ Soc. chir. 14 Aprilie, 1886.

sacrală; adică mergând între sacru și știrbitura sciatică, sau resecând chiar o porțiune din osul sacru.

Însă, casurile de asemenea intervenție sunt încă foarte puține și din această cauză ele nu permit nici o concluzie, în privința eficacității sale.

Totuși, putem admite că abcesele, care tind să iasă din lighian prin știrbitura sciatică, sau care sunt în raport cu aceasta, pot fi justificabile de o asemenea tehnică. Wiedow a mers pe această cale, nu numai în casurile de flegmone, dar chiar și în acele de salpingite.

Aceste diferite procedări de deschidere au avantaje, dar și inconveniente. Pentru a aprecia valoarea exactă a lor, este necesar de a privi mai de aproape folósele ce pot da precum și pericolele la care expun; numai ast-fel, vom putea stabili o comparațiune între metoda radicală, adevărat curativă, adică laparotomia și aceste incisiuni.

Unul din inconvenientele cele mai însemnate a evacuării simple a puroiului, este, că nici unul din procedeele de incisie descrise, chiar după avisul autorilor lor, nu este indicat decât în cazuri foarte rare și aproape excepționale. Singurele incisiuni cari ar fi susceptibile de óre-care generalizare, ar fi acea vaginală și acea extra-peritoneală, care se practică de ordinar în regiunea inguinală. În genere, supurațiile situate profund în cavitatea pelvienă, acelea dezvoltate în afară de peritoniu, pelvi-peritonitele circumscrie în care supurația este sequestrată de neo-membrane, și hematoccelele supurate, pot indica deschiderea printr'o simplă incisie.

Mai este necesar încă, ca colecțiile purulente să fie recente, unice și unilaterale, pentru ca incisia să fie

urmată de o vindecare definitivă ; căci în cele vechi și în cele multiple, asemenea operație este numai paliativă. În adevăr, adese-orî se observă după o simplă incisie, că supurația persistă sau că se ivesc focare noi care comandă o expirație mai radicală ; adică extirparea prin laparotomie.

Pozzi ¹⁾ citază casul unei femei care a intrat în serviciul său pentru un pyosalpinx. Bolnava avea îndurații foarte însemnate a înfundăturilor vaginale, dureri foarte vii și a avut o serie de abcese pelviene, deși cu cinci ani mai înainte fusese operată tot în serviciul său de o colecție purulentă care se formase în micul lighian ; operația a constat atunci dintr'o simplă incisie a pungei purulente. Pozzi crede că în pyosalpinxe pereții se hipertrofiază și se scleroséză după ce se golesce puroiul printr'o simplă incisie ; din această cauză vindecarea nu ar fi definitivă și prin urmare ar trebui să recurgem de preferință la un mijloc mai radical, adică la extirparea organului bolnav.

Vedem dar, că după câte-va luni de la o incisie suntem nevoiți de a interveni din nou.

Incisiile mai expun și la óre-care pericole în timpul operației sau la accidente post operatorii. Ast-fel sunt hemoragiile, fistulele urinare, accidentele de retenție, când puroiul se vidéză incomplect prin deschiđetura făcută, fistule purulente în vagin, etc.

În fine, acele sub-peritoneale expun la ruperea peritonului în timpul operației (Bouilly) ; iar pentru incisiile vaginale, manoperile se fac cam orbesce și sunt laborioase.

Deci, ca și Terrier ²⁾ credem că incisiile sunt ope-

¹⁾ Soc. de Chir. 10 Dec. 1890.

²⁾ Soc. de chir. Paris 9 Iulie 1890.

rații paliative; iar nu radicale precum este laparotomia. Ele sunt insuficiente și nu evită pentru viitor o operație mai radicală.

Avantagiile pe care le-ar avea sunt următoarele :

Prin incisie se conservă mitra și anexele ei; deci, nu se suprimă funcțiunea de reproducere precum se face când se recurge la laparotomie și histerotomiă. În adevăr, în aceste din urmă operațiuni, adese-ori terminăm prin castrația uterină și tubo-ovariană.

Fiind operațiuni mici și putându-se executa fără chlo-roform, incisiile pot fi practicate la femeile slăbite, care din această cauză nu ar putea suporta o laparotomie. Însă, după Pozzi, Terrier, etc., febra și debilitatea nu contra-indică laparotomia. Mai mulți chirurghi au operat în plină peritonită și au obținut succese.

S'a pretins că incisia permite explorarea și prin urmare diagnosa; din acest punct de vedere ea nu poate fi comparată cu laparotomia, este adevărată operație exploratrice.

Resultă dar, că dacă incisiile sunt bune, laparotomia este excelentă.

Însă, în unele cazuri incisia este impusă, precum d. ex. când nu avem toate mijlocele de a practica o laparotomie (la țară).

Metoda lui Valton. (Evacuarea puroiului pe calea uterină). În 1887, Valton¹⁾ a preconizat, pentru a trata pelvipertonitele, dilatarea colului, răzuirea și drenarea cavității uterine. În 1888²⁾, el a insistat din nou asupra acestei practice, recomandând-o în genere pentru

¹⁾ Traitement de la pelvi-peritonite par la dilatation forcée. Acad. royale de Belgique, 30 Juillet.

²⁾ Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelviens. Soc. méd. de Gand., 1888.

tôte abcesele pelviene. În fine, la ultimul congres de gynecologie din Bruxela, Valton, a întreținut pe membrii congresului, asupra metodei sale de a trata supurațiile pelviene și a relatat succesele ce a obținut.

Acest chirurg, întrebuințază numai dilatația mecanică pe care o face cu un instrument special și nici odată nu se servește de laminaria, sau de bureți preparați; astfel precum se usităză de obicei pentru a lărgi cavitatea colului uterin. Asemenea, el prescrie întrebuințarea dilatatórelor lui Hegar. Apoi, pentru a evita orice pericol care ar rezulta din ruperea pungei și a revărsării puroiului în abdomen, el se ferește foarte mult de a exercita tracțiunii asupra uterului său de a face presiuni pe abdomen în scop de a scobori mitra.

În acest mod, i se pare, că dilatarea și drenarea cavității uterine pôte să fie executată fără pericol, chiar în casurile de pyosalpingite vechi și adherente; căci se evită accidentele serioase, ca cele descrise de Teinturier în tesa sa¹⁾; adică rupturile abceselor, în timpul manoperilor, ce se exercită asupra uterului.

Dolérís și Poulet din Lyon, au aplicat această metodă în mai multe casuri și au obținut rezultate satisfăcătoare.

Alții din contra, nu au reușit în modul acesta. Astfel, Fourme²⁾ a întrebuințat, într'un cas de dilatație kystică a trompei dilatația uterului; dar n'a obținut nici un rezultat. Făcând apoi laparotomia, a găsit, că porțiunea internă a trompei, era obliterată și transformată într'un adevărat cordon fibros. El crede că cele mai multe trompe prezintă obliterații analóge, când

¹⁾ Thèse de Paris, 1872.

²⁾ Întâiul congres intern de gyn. și obst. Bruxelles, 14—17 Sept., 1892.

sunt inflamate și conchide, că dilatația uterină este rare ori justificabilă.

Vulliet ¹⁾ a usat dese ori de acest procedeu, pentru pyosalpingite. El a obținut rezultatul dorit, numai când trompa se vida în mod intermitent prin uter și crede că tamponul intra-uterin, nu va aduce nici odată mari rezultate; el ar putea chiar să redeștepte inflamații noi.

Acastă metodă, pe lângă că e periculoasă, nu pare a fi nici rațională; căci ori cât de mult s'ar dilata cavitatea uterină, ostiul uterin al trompei va rămănea totuși prea mic, pentru a permite evacuarea complectă, a unui adevărat pyosalpinx. Chiar dacă evacuarea ar fi complectă, ea nu ar putea să se repeie mai des și să fie continuă; căci cu greu se pôte întreține cavitatea uterină dilată, în permanență.

În casurile, când pe lângă pyosalpinx ar mai exista și alte abcese în excavația pelviană, evacuarea prin uter, a conținutului din trompe, nu ne-ar ajuta întru nimic contra acestor abcese.

Apoi, colecțiunea purulentă este cele mai adese ori mai aprópe de ostiul peritoneal al trompei, decât de ostiul său uterin; iar une-ori trompa este chiar obstruată, între uter și colecțiunea purulentă.

Odată ce s'a evacuat puroiul, fiind-că nu se ajunge printr'un ast-fel de procedeu, de a se modifica însuși suprafața bolnavă a trompei prin lavagiū, răzuire, etc., acesta va reapărea mereū.

În fine, deosebit de tóte acestea, mai trebuesc ținute în sémă și accidente care pot fi cauzate de retenția puroiului.

Cu tóte acestea, o asemenea tehnică operatorie este

¹⁾ Ibidinem.

justifiabilă, în unele cazuri. Ast-fel, provocarea unei evacuări prin uter a pyosalpinxului, este rațională, când salpingita s'a deschis spontan pe această cale. Atunci, o dilatare a uterului ar permite nu numai evacuarea mai largă și mai rapidă, dar încă ar servi pentru anti-sepsia cavității uterine; în acest mod, am avea mai puțin tēmă de accidente septice, care ar decurge din scurgerea incompletă și anevoioasă a puroiului.

De asemenea, după cum ȳice Segond și Delbet, acest tratament mai este aplicabil, în periōda inițială a pyosalpingitelor. Atunci, tumora e mică și conține prea puțin puroiu; aderențele care o leagă la organele vecine, sunt de asemenea puține; ast-fel încât, chiar dacă nu s'ar reuși, totuși nu am avea să ne temem de nici un pericol.

În tot cazul, asemenea procedare nu este de loc indicată în flegmōnele peri-uterine, în pelvi-peritonite, etc, și este departe de a putea fi generalisată, la tōte supurațiile pelviene. Ea merită să fie prenumărată mai mult între mijlōcele preventive sau profilactice și cum ȳice Terrier «paliative.» Asemenea terapeutică este mai mult indirectă și departe de a fi curativă. (Segond).

Péan ¹⁾ ȳice, în această privință: «Supurațiile ușore ale trompelor pot să se vindece prin simplă dilatare a cavității uterine. Însă, când sunt inkystate, recente, mici și fără aderenți, este de recomandat castrația tubo-ovariană.» Deci, pentru el ca și pentru cei-l'alți chirurģi, este fōrte rare-orī indicat de a alege calea uterină, pentru a evacua puroiul salpingitelor.

¹⁾ Acad. de Méd., 8 Juillet 1890.



Tratamentul curativ.

Laparotomia. Acéastă intervențiune satisface la mai multe indicații de tratament, a afecțiunilor infecțioase genitale. De aceia, ea este în genere superióră celorlalte metode de tratare care îndeplinesc numai o singură indicație.

Extirparea complectă a leziunilor este fără îndoială una din indicațiile principale de tratare a afecțiunilor infecțioase. Din acest punct de vedere, laparotomia nu póte fi comparată cu nici una din celelalte operațiuni; căci ea singură permite suprimarea organului bolnav. Decí, laparotomia póte fi considerată ca o operațiune radicală și adevérat curativă, de óre-ce permite de a extirpa cea ce nu se póte vindeca.

O altă indicație pe care laparotomia póte să o îndeplinéscă, este distrugerea aderențelor și mobilizarea organelor inflamate. Acésta se face, nu numai odată cu extirparea unora din ele, dar chiar fără nici o extirpare, în unele casurí de durerí persistente și de deviațiuni fórte supărátóre. În adevér, chirurgii aũ deschis de multe óri abdomenul, numai în scopul de a mobilisa organele, de a le desinfecta și a le fixa în pozițiunea lor normală. În Francia, Terrillon, iar în America Polk, aũ recomandat acéastă operațiune și aũ practicat-o, în mai multe casurí, cu deplin succes¹⁾.

Alte óri, precum de ex. în unele casurí de abcese ale ovarului, se face prin laparotomie, numai o resecție parțială a organului și se caută apoi a se restabili acesta în poziția sa normală. S'aũ practicat astfel hysteropexii, scurtări de ligamente normale, etc.

¹⁾ Veđi «Semaine Medicales», 1887, pag. 222 și 298.

Schröder cel d'întăiū, a vorbit de resecția parțială a ovarelor și a trompelor (Salpingotomie). Martin, apoi Skutsch, Zweifel și Winkel, au practicat-o.

Acest din urmă, consideră asemenea operație ca fiind foarte bună, pe când Landau se pronunță contra ei; căci ar avea pericolul de a infecta peritoneiul.

Martin a practicat de 21 de ori resecția ovarelor și de 24 ori pe cea a trompelor. El a avut 2 casuri de mórte ¹⁾).

Asemenea practică, recomandată mai cu sémă de Martin, se urméză în casurile de salpingite catarhale și de deviațiuni ale uterului a trompelor și a ovarelor, când sunt cauzate de aderențe. Chirurgi își propun prin acésta, de a vindeca organele și de a le conserva; în loc de a le extirpa.

În casurile de supurații colectate, când extirparea este imposibilă, laparotomia permite de a le incisa larg, de a evacua conținutul lor și de a sutura pereții pungei la marginele plăgei abdominale.

Când din cauza ruperei colecțiilor purulente, cavitătea întregă peritoneală se află expusă în mod brusc la infecțiune, laparotomia mai servă încă, la desinfecția și antisepsia acestei seróse.

Deschiderea cavității abdominale mai este indicată, ca *ultima ratio* a supurațiilor învechite și care s'au terminat prin fistule în organele din vecinătate precum sunt: vesica, vaginul, rectul, intestinul, etc., când celelalte operațiuni, ce s'au practicat mai înainte, nu au dat rezultatul dorit.

În fine, laparotomia este singura operațiune, care permite chirurgului de a vedea și de a'și da sémă, în

¹⁾ Veđi S. Med., 1891, p. 220, 310, 417, 424.

tot momentul, de ceea ce face. Numai deschizând larg abdomenul se poate elucidă o sumă de necunoscute, relative la starea în care se găsesc organele inflamate; deci este singura operație, care poate fi exploratrice și care permite o diagnosă exactă.

Pentru a ne da seamă în mod cât mai exact, de folósele ce ne procură laparotomia, să privim mai de aproape rezultatele pe care le-am putea obține prin această operație pentru fie-care afecțiune în parte.

O extirpare completă a organului bolnav sau a leziunilor infecțioase, adică idealul la care tinde o laparotomie, se poate obține pentru colecțiunile supurate intra-peritoneale, care se produc în cavitatea naturală a unui organ sau în cavități peritoneale rezultate din înkystarea prin aderențe. În genere, toate supurațiile colectate, dar care sunt mobile sau ușor aderente, sunt justificabile de această intervenție. De asemenea, în casurile de supurații care se produc în interiorul său în jurul tumorilor, adică pentru infecțiunile secundare; afară numai, dacă kystul supurat se află în ligamentul larg sau dacă este indicat de a vida puroiul print'o incisie prealabilă și apoi de a extirpa tumora. În aceste din urmă cazuri, incisia poate fi preferată. Ovaritele supurate, Kyste ovarice supurate, dar mai cu seamă salpingitele, sunt de ordină afecțiunile, care pot fi justificabile de laparotomie.

În Salpingite, laparotomia, sau operația lui Lawson Tait ¹⁾ este cu deosebire rațională și eficace.

Nu este tocmai lesne de a stabili cu precisiuee indicațiile acestei operațiuni în salpingite.

¹⁾ Căci deși Hegar a practicat laparotomia cel d'întăiu în Salpingite, totuși Lawson Tait a vulgarizat-o (Segond).

Pentru uniți, ca Lawson Tait, Schröder și Rheinstoedter extirparea este indicată de îndată ce s'a stabilit diagnosa de salpingită; căci ei consideră această afecțiune ca fiind foarte gravă, din cauza posibilității unei rupturi a pungei și a revărsării puroiului în abdomen.

Pentru alții, ca Veit, Kaltenbach, Gusserov și majoritatea chirurgilor franceși, salpingitele nu trebuiesc a fi operate decât numai, dacă durerile și cele-lalte tulburări funcționale nu s'a putut amenda, prin tratamentul medical.

Cei d'întăi, visează pericolul ce ar rezulta din infecția bruscă a peritoneului și operază toate salpingitele; iar cei din urmă, țin seamă de suferințele bolnavelor și nu operază decât în anumite cazuri; adică numai după ce s'a convins că tratamentul medical nu a dat nici un rezultat. Acești din urmă, pretind că se abuzază de laparotomie.

Ast-fel, Leivers ¹⁾ asupra 100 de autopsii ce a practicat în timp de 13 luni la spitalul London Hospital, a găsit în 17, o colecție seroasă, sanguină sau purulentă a trompelor. Duncan atrage atențiunea asupra faptului, că 14 din aceste cazuri erau femei bătrâne, adică trecute de 40 ani și mai nici una n'a sucombat de leziunea tubară. Deci, după el, este evident că de și frecvente, totuși afecțiunile trompelor nu reclamă adesea laparotomia.

Iată cum Delbet stabilește indicațiile acestei operațiuni, în salpingite.

Când se poate diagnostica o salpingită supurată, ea trebuie operată cât mai curând. Supurația este indicată

¹⁾ Soc. regală de med. și chir. din Londra, Maiu 1887.

de sindromul următor: slăbire, rădicare vesperală de temperatură și sudori nocturne.

Aceste semne, după care se conduce Delbet, pentru a stabili existența pyosalpinxului, nu dau în tot-d'auna mare certitudine; din contra, une-orî ele conduc în eróre.

Alte-orî supurațiunea póte fi recunoscută prin pyometreoră, dacă secreția purulentă diferă ca abondență și calitate de leucorea ordinară sau dacă prin compresiunea ce am exercita pe o tumoră ce ar avea caracterele unei salpingite, am provoca o scurgere de puroiū prin orificiul gîtului uterin.

Curba termometrică d. ex. nu are în tot-d'a-una mare valóre, pentru diagnosa supurațiilor pelviene. Astfel, din 30 de casurî de supurații pelviene care aū fost observate de Cullingworth ¹⁾ din Londra, în 12, temperatura s'a arătat normală; de și mai târđiū prezența puroiului a fost pozitiv constatată.

În privința scurgerei brusce a unei cantități de puroiū care a fost precedată de o periódă de retenție însoțită de dureri, Terrillon crede că acesta se raportéză mai adesea la uter, decât la trompă. În adevăr, când oviductul, este puțin distins de puroiū și are orificiile libere, atunci scurgerea e mică; când este mare (kyst purulent), atunci orificiul uterin este obstruat și scurgerea nulă.

Iată însă, un exemplu de pyosalpinx dat de Routier ²⁾, în care diagnosa se putea face, prin scurgerea uterină de puroiū ce se provoca când se comprima tumora:

Femeie de 28 anî; după o nascere dificilă, a început

¹⁾ Soc. obst., Londra, șed. 5 Oct., 1892.

²⁾ Soc. de Chir., 12 Oct. 1887, raportul lui Terrillon asupra observației lui Routier.

să sufere la fie-care epocă menstruală, de o succesiune de crize abdominale, extrem de dureroase. Examinând-o în timpul unei crize, Routier a constatat o tumefacție destul de dură în flancul drept. Aceste fenomene datau de 5 ani. Introducând speculul, el a observat o scurgere de puroi prin col, care devenea mai abundentă când apăsa pe tumora din flanc. Avea febră. Laparotomie. S'a găsit în dreapta un abces al ovarului, care putea să se vizioneze în uter prin trompă. Terrillon dăce în privința acestui caz: «l'écoulement du pus par l'utérus, «influencé par la pression sur l'abdomen, pouvait à «lui seul suffire, a faire porter un diagnostic précis».

Acesta a fost cazul, care a permis lui Routier, de a atrage pentru prima dată atenția chirurgilor, asupra posibilității de a mări, în unele cazuri de pyosalpingite, scurgerea de puroi uterin, prin compresiunea regiunii ovarienă bolnavă.

În cazurile dubioase se poate usa de puncția exploratrice. Aceasta este permisă, dacă colecțiunea are aderențe întinse la peretele abdominal sau vaginal; căci atunci, nu ne mai temem de revărsarea liquidelor septice în peritoniu.

În fine, când puncția este contra-indicată și când nu se poate admite cu orice-care siguranță pyosalpinxul, se va încerca mai întâi tratamentul medical. Dacă după acesta durerile nu dispar, dacă tumora este voluminoasă și aderentă, atunci nu trebuie să se mai temporizeze; ci să se opereze.

Când salpingita se complică de peritonită, indicația de a practica laparotomia depinde de modul cum s'a produs această complicațiune. În adevăr, peritonita prin propagație are un alt aspect decât cea care este cauzată de ruperea pungei purulente. În cazul d'întăi, trebuie

să asceptăm potolirea inflamației peritoneale și apoi să operăm; în cazul din urmă, intervenția este grabnic indicată, adică chiar în timpul peritonitei, căci făcând laparotomia, putem antiseptisa tot odată și peritoneul.

Pentru Pozzi¹⁾ însă, febra și peritonita care complică salpingitele purulente, nu contra-indică în nici într'un cas laparotomia. El ar fi operat de mai multe ori în plină peritonită și ar fi obținut succes.

Grupul afecțiunilor, în care prin laparotomie se încercă vindecarea, distrugând aderențele, practicând resecția parțială a organelor bolnave și făcând antisepsia lor, etc., este foarte mic. Salpingitele catarale și ore-care ovarite au fost și pot fi tratate în acest mod.

În fine, afecțiunile, în care deschiderea abdomenului nu poate să dea alt rezultat decât cel mult o evacuare mai complectă a puroiului și să permită o sutură a pungei de marginele plăgei abdominale, sunt în genere acele care se produc în afară de peritoneu. Ast-fel, flegmónele, adeno-flegmónele supurate, hematoccelele supurate, supurațiile mixte intra și sub-peritoneale, etc., toate, pot beneficia de laparotomie.

În asemenea cazuri operația este indicată: când supurația nu proemină într-o regiune ore-care, pentru a fi accesibilă printr-o simplă incizie; când nu se poate deschide colecțiunea, mergând pe calea sub-peritoneală și când punga purulentă este ast-fel situată încât să pótă fi suturată cu înlesnire la peretele abdominal.

Deosebit de indicațiile și rezultatele pe care pótă să le dea laparotomia, ceea-ce mai trebuie să stabilim, este și calea pe unde trebuie să mergem, pentru a pătrunde în cavitatea peritoneală.

¹⁾ Soc. de chir., Paris 10 Dec. 1890.

Trei căi diferite pot fi urmate pentru acésta: prin vagin, prin peretele abdominal anterior și prin regiunea sacro-coccigienă:

Laparotomia anterioră, adică intrarea în cavitatea peritoneală prin peretele abdominal, este calea de preferat în majoritatea casurilor; acésta se practică mai des.

În Franția Bouilly, Terrillon și Picqué, au făcut laparotomiă prin vagin. În America Byford a recomandat foarte mult acéastă cale. Bonnacage ¹⁾ sub inspirația lui Picqué, a făcut o bună lucrare, asupra acestei laparotomii.

Calea vaginală este aplicabilă numai în unele casuri; căci de multe ori ea nu pôte fi executată și acésta pentru anumite cauze. Ast-fel, asemenea operație nu se pôte întreprinde, când volumul tumorei ce ne propunem a extirpa, este mai mare ca acel al unui ou sau măr mic; când există aderențe prea multe și uterul este fix; când tumora s'a dezvoltat mai mult spre abdomen decât în cavitatea pelvisului și când vaginul este prea strîmt, precum se observă acésta la virgine. De asemenea, calea vaginală nu permite manoperi multe la femeile nulipare sau la acele care deși au avut copii, au recăpătat însă contractilitatea și fermitatea vaginului. Acéastă operație mai este încă laborioasă și une-ori chiar imposibilă, când țesuturile perineale sunt infiltrate, sau când există cicatrici și resturi de inflamație, care nu permit dilatația canalului vaginal. Din contra, ea este aplicabilă dacă calea este largă,

¹⁾ Valeur et indication de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe. Thèse de Paris, 1889.

Heydenreich.—De l'incision vaginale appliquée à l'ablation des tumeurs de l'ovaire et de la trompe. S. M. 1889, pag. 265.

tumora mică, puțin aderentă și situată în cavitatea lui Douglas.

Chiar când este posibilă, deschiderea cavității abdominale prin vagin, are încă ôre-care inconveniente. Antisepsia este mai greu de făcut; manoperile sunt laborioase și insuficiente, căci nu se vede mai nimic în vagin și nu se pôte introduce în el decât o singură mână; în fine, expune la complicații neprevăduțe și une-orî iremediabile.

Acei care recomandă de a opera prin vagin, găsesc ușor multe inconveniente laparotomiei anteriore. După ei, operând prin vagin, s'ar evita eventrațiile consecutive laparotomiei anteriore ¹⁾; s'ar expune mai puțin decât prin acesta, intestinul și cavitatea peritoneală întrégă; nu s'ar putea interesa lesne vesica urinară; în fine s'ar favorisa stabilirea unui drenagiü rațional.

Dar aceste înlesniri, deosebit că sunt problematice, sunt și departe de a putea fi comparate cu acele pe care le presintă laparotomia abdominală anterioară; de aceea, tot acesta din urmă trebuie să merite preferința noastră, în majoritatea casurilor.

Prin regiunea sacro-coccigiană, adică resecând coccyxul și o porțiune din sacru după procedeul lui Kraske și intrând în pelvis pe la partea posterioară, se pare că manoperile asupra organelor genitale și asupra tumorilor supurate ar fi mai lesne de executat, decât prin incisiunea peretelui abdominal anterior. Organele ar fi atunci mai accesibile; iar ligaturile pediculelor,

¹⁾ Dar aceste sunt rarî. Ele sunt de temut când incisia a fost prea mare; se observă când suturile peretelui abdominal n'au fost făcute strat cu strat și când plaga nu s'a reunit prin prima intenție. Decî depinde de chirurg ca să evită această complicație tardivă. De altă parte, dacă cazul necesită o incisie mare care predis pune la eventrație, acesta indică tocmai că laparotomia vaginală nu se pôte face; căci atunci tumora este prea mare.

a vaselor și deslipirea aderențelor sau distrugerea lor, ar fi mult mai lesne de executat. Singurul inconvenient al laparotomieii posterioare ar fi că necesită mai multe delabrări decât cea anterioară.

Hysterectomia vaginală. Acastă operație, care prin opoziție cu cea a lui Lawson Tait (laparotomie) ar putea fi numită operația lui Péan¹⁾, a fost mult recomandată în timpul din urmă de căli-va chirurgi. Segond mai cu sémă a susținut cu multă convingere eficacitatea sa și a opus-o chiar, laparotomieii. Ast-fel, el a vulgarizat-o și de aceea, unii o numesc operația lui Péan-Segond.

Insă, acastă operație trebuie acceptată alătura cu laparotomia și făcută când acésta din urmă nu se póte practica sau când deși s'a practicat, totuși nu a fost urmată de o vindecare definitivă.

Afecțiunile inveterate cu aderențe fórte solide și multiple care fixéză uterul sau cele-lalte organe; supurațiile multiple complicate de fistule; afecțiile complexe precum sunt pyosalpinxele sau ovaro-salpingitele complicate de pachi-pelvi-peritonită și de supurații secundare ale țesutului celular, sunt justificabile de hysterectomia vaginală.

De asemenea, cancerale, fibro-miomele mici uterine, când sunt complicate de supurație precum și recidivele supurațiilor pelviene după laparotomie, indică adese ori hysterectomie vaginală.

În fine, operația lui Péan este rațională, când prin laparotomie nu se isbutește complet și acastă operație este incompletă.

¹⁾ Bull. de l'Acad. de Méd. 1890, p. 9. Comunic. la al 10-lea congres intern. la Berlin, Aug. 1890. Bull. Méd. 1890, p. 633.

După Segond, această operațiune ar presenta următoarele avantagii asupra laparotomieii; ar fi mai puțin gravă, mai eficace și nu ar fi urmărită de o cicatrice, care să expună la eventrație.

Însă pentru mulți ea are inconveniente serioase.

În adevăr, este greu de multe ori de a reduce uterul inclavat; se pot ivi hemoragii îngrijitoare și greu de oprit; ureterul poate lesne să fie tăiat sau coprins într-o pincetă hemostatică; și în fine, această operație nu poate fi exploratrice, precum este o laparotomie, adică nu permite o diagnosă exactă a leziunilor. Deosebit de aceste, adese-ori intervenția este incompletă; căci nu putem extirpa tumorile prea mari sau leziunile prea sus situate. În genere, operațiunea este laborioasă, nu permite de a vedea cu înlesnire tot ceea ce se face și manoperile ce necesită sunt întru cât-va împedicate de pensele ce stau în loc.

Totuși Segond o recomandă chiar în supurațiile enucleabile și o substituie în cele mai multe cazuri, laparotomieii abdominale anterioare.

El a practicat 102 hysterectomii, dintre care 55 pentru supurații și 47 pentru leziuni, care nu se însoțeau de supurații. Asupra acestui total de operațiuni a avut 9 morți, dintre care 3 de peritonită septică.

Jacobs a făcut 159 de laparotomii pentru supurații de ale anexelor și a avut 3,7% mortalitate. El a practicat numai 61 hysterectomii și mortalitatea a fost în aceste, de 3,2%.

OBSERVAȚIUNI

Obs. I. Kyst ovaro-salpingian unilateral supurat. Extirpare prin laparotomie. Vindecare.

Clara Goldschmidt din Bacău, în etate de 26 ani, măritată și de profesiune profesora, a intrat în serviciul primei clinici chirurgicale din spitalul Colțea a d-lui profesor dr. Severeanu, la 12 Mai 1892, pentru a fi operată de o tumoră abdominală.

Nimic demn de notat, în cea ce privesce antecedentele sale hereditare. Tatăl său era de o constituție robustă; el n'a suferit de nici o boală și a murit la o etate înaintată. Mama sa a murit la etatea de 36 ani; ea ar fi avut o hydropisie abdominală.

Bolnava n'a avut nici surori nici frați; ea a fost singură la părinți.

În timpul copilăriei sale, nu ar fi suferit de nici una din manifestățiunile scrofulose, ca erupțiuni, otoree, adenite, etc. La etatea de 12 ani, ar fi avut o febră tifoidă. La 18 ani, a suferit de o afecțiune pulmonară, care după diagnosa stabilită de un medic din localitate, ar fi fost o pneumonie. N'a avut alte boli; nu a suferit nici odată de tuse și n'a expectorat sânge; ast-fel încât în antecedentele sale personale nu se constată nici un simptom de tuberculosă a pulmonului său a altor organe.

Menstruația a apărut la etatea de 14 ani. În tot-d'auna, epocele catamendale erau însoțite de dureri și veneau foarte neregulate; această dismenoree, a durat câțiva ani. Regulele veneau une-oră la șase săptămâni, alte oră la trei luni odată. Mai târziu, menstruele au devenit mai regulate; dar totuși,

ele erau abundente, mai cu sémă în primele zile și duraū cel mai puțin opt zile.

La 21 ani s'a măritat; ea trăesce și astă-đi cu acelaș bărbat; n'a avut copii, nici nu a avortat. După măritiș, menstruele aū continuat a fi dureróse. Ingrijindu-se de acésta, a consultat odată pe un medic, care 'i-ar fi prescris repaosul în timpul menstruației, băi de șeđut cu flóre de fân și la interior un medicament, din care a luat câte douē linguri pe đi. După un an și jumătate de la căsătorie, a început a avea dureri și în intervalul menstruelor. Aceste dureri erau mai intense în regiunea hypogastrică; ele s'a însoțit în curând de grețuri și chiar de vărsături. In acelaș timp, abdomenul a început a se tumefia. Aceste turburări aū apărut pe nesimțite și fără nici o cauză apreciazabilă; suferind din ce în ce mai mult, bolnava a fost nevoită să se pună la pat și a zăcut șése luni. În tot acest timp, menstruația a fost complet suprimată. Medicii pe cari 'i-a consultat aū tratat-o ca pentru o pelvi-peritonită, cu repaos, opium la interior, unguent mercurial beladonat pe abdomen, etc. După ce s'a remis de acésta lungă bółă, menstruele aū apărut din nou; dar erau însoțite de dureri și grețuri. Apoi, în timp aprópe de doui ani, s'a simțit mai bine; deși din când în când, avea încă dureri în regiunea lombară și hypogastrică.

În vara anului 1891, a observat că începe să apară o tumefacție, în partea dréptă a regiunii hypogastrice; acésta tumefacție era durerósă, în timpul mersului și când o comprimă cu mâna. Medicii 'i-ar fi spus, că ovarul din acea parte este bolnav. Pentru acésta, nu a stat la pat decât o lună, după care timp făcându-se mai bine și-a reluat ocupația sa de profesóră. Însă a continuat de a avea din când în când, dureri, grețuri și vărsături.

În Martie 1892, adică cu trei luni înainte de a intra în spital, bolnava a început să aibe grețuri și vărsături mai repetate. Acestea se însoțeau și de accese de febră. În acelaș timp, durerile din lombe și hypogastru erau atât de intense încât o forțaū să se culce la fie-care cinc minute. Consultând pe dr. Baroni din Bacău, acesta 'i-a spus că trebuie să vină în Bucuresci, pentru a se supune unei operațiuni.

Nici ea, nici bărbatul său nu au avut vre-o afecțiune venerică, ca blenoragia sau altele.

Când a intrat în spital, femeea era mult slăbită de boală; țesutul muscular puțin dezvoltat; acel celulo-grăsos dispărut și colorea tegumentelor, foarte palidă. Nici un semn de infantilism.

În abdomen se găsește, prin inspecție și palpație, o tumoră aproape sferică, netedă și manifest fluctuantă. Exercitând oarecare presiune asupra ei, se provoacă puțină durere. Tumora este puțin mobilă. Tegumentele care o acoper sunt întinse, dar normale. Acastă tumoră ocupă regiunea hypogastrică și se întinde în sus, până aproape de ombilic, iar către părțile laterale, până la adăncăturile iliace; ea este mai proeminentă spre partea stângă a regiunii hypogastrice. Prin examenul vaginal, se constată următoarele:

Organele genitale externe sunt normale. Vaginul este puțin scurtat printr'o tumoră care ocupă totă înfundătura sa anterioară și care se continuă cu cea din regiunea hypogastrică. Gîtul uterin este scurtat; pare a fi puțin mai môle ca în starea normală și este deviat în jos, înapoi și spre stînga. În jurul orificiului său extern, există o ulceratie. Corpul uterin este micșorat de volum, împins în excavația pelvienă, spre partea dreaptă și dureros la presiune. Cavitataea gîtului și corpului uterin măsoară 7 c. m. Prin palpația abdominală combinată cu presiunea digitală în vagin, se constată că tumora este fluctuantă și foarte puțin mobilă. Vesica urinară este împinsă înainte și retractată; ea conține o mică cantitate de urină.

Bolnava acuză dureri în lombe, la hypogastru și în ambele cõpse. Din cauza acestor dureri, mersul este foarte obositor. Urinează dese ori și câte puțină cantitate. Are o foarte mică mișcare febrilă vespérală. Tõte cele-l'alte organe sunt normale. Cu o ñi înainte de operație, s'a făcut o puncție exploratrice în regiunea hypogastrică, cu o seringă mare de Pravaz și s'a extras puroi.

Laparotomie: La 15 Maiu, orele 10¹/₂, dupã ce bolnava luase cu o ñi mai înainte un purgativ și apoi o bae cu sulimat corosiv, D-1 profesor Dr. Severeanu, asistat de noi, a procedat la operație în modul urmãtor:

A incisat, strat cu strat pe linia mediană, peretele abdominal, în întindere de opt centimetri, începând cu două laturi de deget de asupra pubisului. A pătruns ast-fel în cavitatea abdominală. Tumora era complect acoperită de marele epiploon, la care adera puțin prin marginea sa inferioară. Nu există nici o aderență la peretele abdominal anterior. Introducând mâna în abdomen, pentru a explora tumora și conexiunile sale, a constatat că există câte-va aderențe la părțile vecine. A secționat aderențele epiploice, după ce mai întâiu le-a legat cu córdă. Apoi a încercat să extragă tumora; dar neputând isbuti, din cauza disproporției ce exista între mărimea ei și cea a plăgei, a mai prelungit incisiunea cu 7 c. m. în sus și ocolind ombilicul spre partea stîngă. Atunci, o compresiune forte, ce a exercitat pe marginile plăgei, a fost suficientă, pentru ca tumora să hernieze singură în tótă întregimea ei și ast-fel să se enucleze. A distrus apoi câte-va aderențe, care erau situate către partea antero-inferioară stîngă a tumorei; în urmă, a secționat pediculul, după ce mai întâiu a pus pe el o pincetă Richelot. A făcut o sutură în lanț a acestui pedicul; acesta ținea de marginea stîngă a uterului. Pentru o mai bună antisepsie, a atins atât părțile secționate ale aderențelor cât și acele ale pediculului, cu o soluție de acid-fenic 5%. După ce a extras ast-fel tumora, a explorat organele genitale interne și a găsit că uterul precum și anexele sale din partea dreaptă erau normale; tumora se desvoltase, în anexele din partea stîngă.

S'a curățat cavitatea pelvienă de coaguli de sînge, care se formase în timpul operației și în urmă, s'a închis plaga, coșându-se pe rînd mai întâiu peritoniu, apoi aponevroza, muschii și în fine pelea. Cusăturile saū făcut, parte întrerupte și parte continue; tóte, cu cat-gut. La unghiul inferior al plăgei, s'a drenat cavitatea abdominală, printr'o fâșie mică de de tifon jodoformat.

Pentru a nu interesa vesica în timpul manoperilor ce s'aū făcut spre a distruge aderențele, s'a introdus în ea o sondă de bărbați, care s'a menținut în loc, de la începutul și până la finele operației. Vesica imprima acestei sonde o direcțiune cu totul anormală. Ast-fel, pavilionul seū era lipit de cóspsa

sîngă și deviat foarte mult către partea posterioară a acestei cîpse ; cea ce ne denota, că vesica era împinsă de tumoră în sus și spre partea deștă. Pe cînd se cosea peritoniul, s'a observat că vesica se afla în apropiere de plagă și făcea chiar corp cu marginea dréptă a acesteia. D-nu profesor Severeanu, temându-se ca să nu fi interesat vesica în momentul cînd a secționat aderențele, a injectat acid boric în sondă prin ajutorul unui irigator. Vesica s'a distins; însă, liquidul nu a apărut nici în plagă, nici în abdomen și a eșit îndărăt prin sondă, tot așa de limpede precum a fost introdus. Acesta ne a demonstrat, că vesica nu a fost interesată, în timpul manoperilor noastre.

După ce s'a terminat sutura, s'a aplicat tifon iodofomat pe plagă și s'a aplicat un pansament cu vată fenicată.

Anestesia a fost făcută cu chloroform Radian, care s'a administrat în mod intermitent. La începutul anestesiiei, bolnava a avut cîte-va accese de tusă; dar mai târziu, s'a obținut o rezoluție complectă și fără nici un accident.

În total, operațiunea a durat trei quarturi de oră.

Peste 4i, bolnava a fost sondată la fie-care două ore. I s'a dat infusie de cafea cu cognac. Urina era amestecată cu sînge. La microscop s'a constatat numeroși globuli sanguini. La orele 2 T. 37°, la 4, 37°, 2. În tot timpul 4ilei, pulsul nu a întrecut cifra de 85. Spre seară, a vărsat de 2 ori. I s'a făcut atunci o injecție cu un centigr. de morfină.

La 16 Maiu, adică a doua 4i, T. 37° și P. 120 dimineața. la orele 2, T. 36,5°, P. 112; Séra T. 37°, P. 118. Sete și răgăituri. Urina este mai puțin sanguinolentă. Cîte-va vărsături. Spre séra i s'a aplicat o clismă purgativă (infusie de senă și sulfat de sodă). Vărsături; până la 12 din nópte. Atunci, din causă că avea dureri, i s'a făcut o injecție cu un ctgr. de morfină. A dormit după acesta, dar din cînd în cînd tot se mai deștepta; i se dădea atunci champanie, apă de Vichy și hapuri de gheață. Pe la orele 3 din nópte a avut trei scaune; apoi s'a simțit mai bine. Nu a mai avut vărsături. Sete continuă. Nici odată de la operație, vărsăturile nu au fost bilióse; ci numai apóse, adică vărsa acea ce bea.

La 17 Maiu D. T. 37,5°, P. 120; S. T. 37°,1, P. 108. Sete

mare. Urina foarte puțin sanguinolentă. Spre seară vărsături și un scaun. Noptea pe la 3 ore, a vărsat iarăși și a avut un scaun.

S'a schimbat pansamentul și s'a extras fășia de tifon jodofomat din unghiul inferior al plagei; nici o supurație. Pansamentul s'a găsit puțin imbibat de sânge uscat.

La 18 Maiū D. T. 37°, P. 100; S. T. 36°, 6, P. 90. Urina numai era sanguinolentă. Acusa încă o durere ușoară la epigastru.

La 19 Maiū D. T. 36°, 5, P. 100; S. T. 37°, 6, P. 100. Bolnava se simte bine; s'a schimbat pansamentul: plaga este reunită, afară de locul unde a fost tifonul. La prinz a luat puțină supă.

La 20 Maiū. T. 37°, P. 98. I s'a dat trei capsule de ol. ricini, care au fost urmate de trei scaune în timpul nopții. Puțină grătă și dureri ușoare abdominale.

La 21 Maiū, D. T. 37°, P. 100, De două ori pe zi s'a făcut spălături în vesică cu acid boric, în toate zilele după operație.

În zilele următoare, bolnava s'a simțit din ce în ce mai bine. Reunirea s'a făcut prin prima intenție, adică fără cea mai mică cantitate de puroi.

Examenuț tumorei. Volumul tumorii extrase este ceva mai mare ca acel al unui cap de foetus. Pondereea sa este de 1325 grame. Una din circumferențe are 44 cm. și cea-laltă diametral opusă, 36 cm. Suprafața tumorii este netedă și foarte regulată. Către partea sa dreaptă și posterioară se înserază o altă mică tumoră, care are mărimea unei mandarine. Inserția se face pe o mare întindere; așa că tumora mică este sesilă. La partea antero-inferioară a unghiului de unire a acestor tumori, se găsește o a treia tumoră, care are mărimea unei nuci.

Tumora principală presintă mai multe arborisații care sunt formate de vasele sanguine; câte-va plăci de substanță grăsoasă și resturi din aderențele ce contractase cu părțile vecine. Aceste aderențe o uneau cu marele epiploon, după cum s'a putut constata în timpul operației.

Tumora mijlocie presintă mai multe ridicături și adâncături,

aşa că are o suprafaţă neregulată. Ridicăturile sunt formate de granulaţii care au o consistenţă solidă, o culoare galbenă şi o mărime cât aceea a unui bob de mei, iar pe alocurea cât a unui bob de linte. Una din ele are forma şi mărimea unei mari alune; acesta este de asemenea galbenă şi cu conţinutul liquid. Câte-va din ele sunt formate de o aglomeraţie de mici kiste, care conţin un liquid transparent; ca mărime, acestea variază, de la cea a unui bob de mazăre până la cea a unei cireşe. Kystele se găsesc diseminate împrejurul locului de inserţiune a tumorii mijlocii. Pe această din urmă tumoră se găseşte un rest de aderenţă, care o unea de vesica urinară şi avea forma unui pedicul larg.

A treia tumoră este transparentă; are pereţii subţiri; şi ca şi cea precedentă, are o suprafaţă neregulată.

Tote aceste tumori sunt fluctuente şi liquidul ce conţin pare a trece din cea mare în cea mijlocie, când comprimăm una din ele.

Pe partea anterioară a tumorii celei mari, există o infiltraţie hemoragică în jurul unui punct de culoare foarte închisă. Aici este locul unde s'a făcut puncţiunea exploratrice, cu o ½ mai înainte de operaţie.

Secţiunea tumorii dă scurgere la un kilogram şi mai bine de puroiu puţin seros. Mai există încă şi foarte multe false membrane, în cavitatea sa. Punga mare comunică cu cea mijlocie printr'un orificiu, a cărui diametru nu era mai mare ca doi milimetri. Pereţii ambelor pungi sunt foarte subţiri; grosimea lor variază, între 1 şi 5 milimetri.

Examenul microscopic, făcut de noi, în laboratorul anexat pe lângă clinică şi controlat de D-l profesor Babeş, precum se atestă prin adresa D-sale de la 30 Maiu 1892, No. 174, a dat rezultatul următor: Kystul cel mare are pereţii sclerotici şi în parte pigmenţati. Kystele sunt căptuşite cu un strat de celule cilindrice aprópe cubice. De aci se prelungeşte nisele cavităţii comunicante în profunzimea peretelui care presintă la secţiune nisele grupe de atari kyste comunicante pline cu o substanţă hyalină şi căptuşite cu epiteliu cilindric. Aceste kyste însă represintă o parte foarte mică a peretelui; pe când partea cea mai mare e formată de un ţesut sclerotic for-

mând trabecule gróse uniforme, cu puține celule și cu câte-va vase sclerotice. Intre aceste trabecule se află ici, colo, câte un grup de celule embrionare și vase sclerosate, care sunt înconjurate de pigment sanguin amorf sau cristalisat. In alte părți se vede în locul celulelor embrionare nisce celule oblungi, rigide și mai mari care forméză un fel de trabecule; în mijlocul lor, există nisce celule gigante neregulate cu mulți nucleii diseminați.

In urma acestui rezultat al examenului microscopic, D-I profesor Dr. Babeș conchide astfel:

Tumora este dar fără îndoială, un kystom multiloculor, probabil al ovarului său chiar cu concurența trompei cu pereți sclerotici și cu semnele unei iritațiuni continue.

Experiențe întreprinse cu puroiul din kystele purulente.
In ziua de 15 Maiu 1892, la o cățea, după ce am anestesiast-o cu chloroform-chloral, am practicat laparotomia și am injectat în uterul sting, o picătură de puroiū pe care am luat-o din kystul cel mai mare. In scopul de a înlesni dezvoltarea infecției, am imprimat diferite mișcări seringei de Pravaz cu care am injectat puroiul, pentru ca ast-fel vârful acului, introdus în uter, să sgărie mucósa acestui organ.

Animalul s'a vindecat foarte repede și a trăit opt luni. Mórtea a fost cauzată de ger (congelatie) și la autopsie nu s'a constatat nici o alterație a uterului.

Tot la 15 Maiu acelaș an, am mai făcut încă, următóarele experiențe:

Am injectat, sub pelea din regiunea dorsală, la un epure de casă, o jumătate gram de puroiū, ce am luat tot din kystul cel mare. Nici un rezultat; epurele a rămas sănătos.

O picătură din acelaș puroiū, injectată sub pele de-asupra códei la un șórece alb, de asemenea n'a dat nici un rezultat.

Insemnătările ce am făcut pe agar-agar, bulion și gelatină n'aū dat nici o cultură, în timp de șapte zile.

Inșă, acele ce am făcut din puroiul care se găsea în kystul cel mic, aū dat culturī după 24 ore: Bulionul și gelatina, aū devenit turbure și un precipitat s'a depus la fundul lor. La microscop s'a găsit bacilī curbī, col. 4, rotunđi la extremități de 5 μ , alte-orī mai scurți.

Insemnăţările din kystul mediū aū dat pe agar-agar, colonii în plăci şi altele punctiforme regulate, rotunde ce se unesc între ele. Albe, uleióse. Pe strie s'a desvoltat un nor slab. Mirosul era aromatic. Pare a fi bacilul aromatic.

Zece centigrame de puroiū din kystul cel mare injectate în cavitatea peritoneală la un pureel de India, n'aū dat nici un rezultat. De asemenea la un alt pureel, injectând o dosă dublă de acest puroiū, n'am observat nici o turburare morbidă.

Un gram din cultura de pe gelatină (puroiū din kystul cel mic), inoculat la un epure, n'a dat nici un rezultat.

De asemenea şi când am inoculat patru picături din această cultură la un şórece alb. Acelaş rezultat negativ.

Nota. Nu numai la căţeaua de care am vorbit mai sus am încercat să provoc o infecţie directă a uterului şi trompelor, dar încă şi la altele servindu-ne de lichide purulente de origine diferite. La început, am vroit să introducem puroiū prin vagin în uter, adecă fără a supune animalele la o adevărată operaţie, dar încercarea ce am făcut în acéstă privinţă la două căţele, ne a demonstrat că asemenea inoculare este imposibilă, din cauza îngustimei şi a lungimei vaginului lor. Din acéstă caasă am recurs la laparotomie şi am introdus astfel de a dreptul puroiū în córnela uterine. Am întâmpinat şi cu acéstă mari diificultăţi; căci căniū rup pansamentul şi 'şi desfac ch ar plaga, ceia ce face ca să compromită operaţiunea.

Astfel, am inoculat prin laparotomie în uterul unei căţele, 50 c. gr. din o cultură pură de streptococi, ce am obţinut prin insemnăţarea pe bulion a unui lichid purulent, luat dintr'o articulaţie de la o femee cu infecţie purulentă. Dar animalul a murit după trei zile de peritonită; căci şi a rupt singur pansamentul şi cusăturile plăgei; astfel încât tot intestinul a herniat afară prin plagă. Este de regretat că acéstă experienţă nu póte servi de a trage vre-o conclusie; căci căţeaua era în stare puerperală, când am inoculat-o. În adevăr la 7 Iulie dimineaţa, a fátat şi la 9 Iulie am făcut laparotomia. Ast-fel, am inoculat puroiul într'un uter care era póte mai apt la infecţie. Dar mórtea accidentală a făcut ca acéstă experienţă să fie pierdută.

În cele-l'alte casuri, adică când animalele aū trăit un timp îndelungat după laparotomie, inoculările ce am făcut în uter cu lichide pathogene, aū rēmas fără rezultat. În adevăr, nu am putut obţinea nici odată o adevărată metrită saū salpingită. Am avut în tot-d'auna precauţiunea să fac un mic

traumatism a mucóseî uterine împreunând diferite mişcări seringei cu care injectam, dar cu toate sgărieturile ce acul seringei producea pe faţa internă a córnelor uterine, infecţiunea nu s'a desvoltat nici odată.

Astfel, unul din lichidele cele mai patologice de care ne am servit, a fost acel pe care l'am extras dintr'un genuchiu a unei femei, atinse de infecţie purulentă. Acesta conţinea streptococi. Inocularea ce am făcut cu acest puroi, în uterul unei căţele, la 17 Mai 1892, prin laparatomie, a rămas fără rezultat.

Deci, ca şi cei mai mulţi experimenatori, nu am putut produce nici o infecţiune experimentală a căilor genitale.

Obs. II. Salpingită supurată stîngă. Laparotomie; Vindecată.

Florică Niculescu de 22 ani, văduvă şi de profesiune croitoreasă, intră la 30 Iunie 1892, în serviciul primei clinici chirurgicale a d-lui profesor Dr. Severeanu din spitalul Colţea.

Tatăl ei a murit la etatea de 57 ani, după o scurtă suferinţă; nu pòte să precizeze natura acestei boli. În tot-d'auna a fost sănătos. Pe muma sa nu a cunoscut-o; căci era copilă când a murit; nu scie nimic despre ea. Nici unul din părinţii săi nu a suferit de tuberculosă pulmonară. A avut două fraţi şi opt surori; cu toţii au murit fiind mici. Nici unul nu a suferit de tuberculosă.

În copilărie, bolnava a suferit de variolă şi a avut adese-orî accese de febră intermitentă. Nu a avut accidente scrofulóse ca erupţiuni, adenite ganglionare, otoree, etc., nici vulvo-vaginită a copilelor. A fost în tot-d'auna sănătosă.

Menstruaţia s'a stabilit la etatea de 11 ani. Primele menstrue au fost abondente, puţin dureroase şi au durat opt zile. După această primă epocă a trecut însă trei luni fără ca să aibă nici o scurgere de sânge şi apoi menstruele s'au stabilit în mod regulat, apărând în fie-care lună. Ele durau în termen mediu cinci zile; mai nici odată nu au fost dureroase; cantitatea sângelui era normală.

La etatea de 14 ani, a stat la pat şase săptămâni, pentru o afecţiune abdominală. Acesta ar fi venit, după cum pretinde

dănsa, din cauza unei sfortări mari ce a făcut, pentru a ridica un cazan de 2¹/₂ vedre, plin cu rufe. Ar fi avut atunci, dureri violente în abdomen, grețuri, vărsături, și o metrorargie, care a durat vre-o 16 zile. Hemoragia s'a arătat cu cinci zile înainte de epoca când trebuia să apară regulele. Durerile erau mai pronunțate în partea stângă a regiunii hypogastrice. După ce s'a restabilit de această bôlă, menstruele au reapărut în mod foarte regulat și fără dureri; dar în intervalul lor, avea din când în când dureri la hypogastru, mai cu sémă când ridica ceva greu. Abia a trecut cinci luni de la această primă afecțiune și bolnava a cădut din noș la pat, din cauza durerilor la abdomen. A fost bolnavă atunci, trei săptămâni. În urmă și chiar după ce s'a măritat, a continuat a mai avea din când în când asemenea suferințe.

La 15 ani s'a măritat, dar a rămas curând văduvă; căci după două ani de căsătorie, soțul său a sucombat, în urma unei afecțiuni acute care a durat numai opt zile. Ea este și astăzi văduvă; nu s'a remăritat. Soțul său nu ar fi suferit nici înainte, nici după căsătorie, de vre-o afecțiune venerică; el era foarte sănătos. În tot-d'a-una, raporturile sexuale i-au cauzat dureri; din această cauză ea le evita pe cât mai mult. Atât în timpul căsătoriei, cât și a văduviei, a stat foarte adesea la pat, pentru durerile ce simțea în abdomen.

De doi ani încôce, aceste dureri s'au accentuat din ce în ce mai mult. La cea mai mică sfortare, simția îndată durere la hypogastru și acum un an a stat din noș la pat patru săptămâni, pentru această.

După ce s'a măritat a avut în tot-d'auna menstruele neregulate, dureroase și în genere abundente.

A suferit neconținut de leucoree. Chiar înainte de a se mărita, a avut scurgere vaginală; cu acesta a rămas de la prima afecțiune abdominală ce a avut, pe când era copilă. Une-ori cantitatea de liquid sero-purulent, era atât de abundentă, în cât era nevoită să umble cu o cărpă aplicată pe vulvă, ca și când ar fi avut menstruele.

Nu a avut copii, nici lepădături.

De altmintrelea, a fost în tot-d'auna sănătôsă. Nu a suferit de pept; a avut numai adese-ori accese de febră, care par a

fi fost în legătură cu afecțiunea abdominală, căci veneau mai cu sémă când durerile erau mai șimțitóre.

A fost în tot-d'auna croitorésă; încă înainte de a se mărita lucra tótă ziua și une-orí chiar nóptea, la mașina de cusut (acésta o punea în mișcare cu picióarele). Când munca prea mare i provoca dureri, ea se incíngea peste abdomen cu câtă o fașă, ceia ce o mai ușura.

Pentru a scăpa de aceste dureri s'a decis a veni la spital.

Când a intrat în secția nóstră, bolnava avea o stare generală care nu indica o suferință îndelungată. Sistemul celulo-grăsos și muscular erau potrivit dezvoltate. Starea organelor genitale era următórea: Gitul uterin mărit de volum și ulcerat; orificiul extern al acestuia, atresiat și canalul strímtat. Orificiul intern al canalului cervical era mai cu sémă strímt; pare că există acolo un sfínter. Corpul uterului mărit de volum. Fundurile de sac vaginale, libere; însă acel din partea stíngă, era dureros. Leucoree abundentă. Nu avea febră.

Ca simptome, bolnava acusă puține dureri la hypogastru și în lombe. Aceste erau mai pronunțate, în partea stíngă.

La 4 Iulie, D-I profesor Severeanu i-a pus o laminaria în colul uterin. A doua zi, a extras pe acésta și a introdus alta. A treia zi, s'a scos acésta din urmă; dar nu s'a mai pus alta, căci avea dureri fórte mari. Cea d'întăiú s'a umflat mult; dar numai într'un singur loc, adică acolo unde a fost în contact cu orificiul intern al canalului cervical, nu s'a dilatat tocmai bine.

În ziua întâiú, adică după ce s'a introdus prima laminarie, bolnava a avut dureri fórte intense în abdomen. În zilele următóre aceste dureri s'aú însoțit apoi de grețuri, vărsături și febră; turburări care aú devenit din ce în ce mai șimțitóre. S'a aplicat o vesicatóre în regiunea hypogastrică; s'a administrat supositorii cu morfină și pilule cu extract thebaic; mai târđiú, oncțiunii cu unguent cinerei pe abdomen.

La 23 Iulie, explorând abdomenul cu atențiune, am șimțit în regiunea hypogastrică și către partea stíngă, o tumefacție care făcea corp cu pubisul (plastron); în dreptul acestei tumefacții se găsea matitate și palpația era fórte durerosă. Am făcut atunci în acésta regiune, o puncțiune exploratice, cu o

seringă mare de Pravaz (veterinară) și am extras un liquid citrin sero-purulent.

Durerile erau foarte intense; ele erau mult mai pronunțate în piciorul stâng și în regiunea lombară stângă.

De la 4—23 Iulie mai în fie-care zi a avut fiori urmate de călduri; de asemenea grețuri și vărsături.

La 24 Iulie D-l profesor Severeanu, fiind absent din cauza unei maladii care l reținea în casă, și părăndumi-se că intervenția operatorie era imperios indicată, am făcut laparotomia.

După ce am administrat un purgativ bolnavei în prețuia operației și după ce am luat toate precauțiunile de asepsie și antisepsie, am vidat vesica și am procedat la operație, fiind asistat de domniii interni ai serviciului.

Am făcut pe linia mediană a regiunii hypogastrice, o incisie de 7 cm., strat cu strat a peretelui abdominal, până ce am ajuns pe tumoră. Acesta nu contractase de cât foarte puține aderențe cu peretele abdominal anterior. Am introdus apoi mâna în pelvis, pentru a explora conexiunile tumorii și am constatat că existau aderențe, parte recente, parte vechi, care uneau tumora de organele din juriul ei. În manoperile ce am făcut pentru a le distruge, punga s'a spart pe fața anterioară și o mică cantitate de puroiu (numai câte-va picături) a eșit din ea. Am atins imediat această soluție de continuitate, cu soluția acid fenic 10% și am pus o pensă cu presiune continuă, pe ea. Pe urmă, am protegiat ansele intestinale, care aveau tendință de a hernia prin partea superioară a plăgei, cu o compresă sterilisată. Apoi, temându-mă ca să nu provoc și alte rupturi prin deslipirea aderențelor și astfel să se infecteze peritoneul, am renunțat de a mai face extirpația totală a tumorii. M'am mărginit numai, de a atinge totă suprafața anterioară a tumorei și parte din peritoneul pelvian cu soluția de acid fenic 5%; și de a tampona cu tifon sterilisat totă cavitatea care exista între tumoră, intestine și peretele abdominal. Am lăsat plaga deschisă larg, aplicând câte-va cusături cu cordă, numai către partea superioară a ei și am pansat cu iodoform, tifon sterilisat și vată hidrofilă. Pensa cu presiune continuă a rămas aplicată pe soluția de continuitate a tumorei. Din constatarea ce am făcut *de visu* în timpul ope-

rației, ne am convins că colecțiunea era constituită de trompa stîngă care era distinsă de puroi. Procedând astfel, m'am propus de a provoca mai întăi stabilirea unor aderențe solide împrejurul tumorei, care să o isoleze de cavitatea mare peritoneală, și numai mai târziu, să deschid larg, pentru a evacua puroiul.

În ziua operației și a doua zi, bolnava a fost în aceeași stare ca și mai înainte. Durerile, grețurile, vărsăturile și febra au fost chiar ceva mai pronunțate.

La 26 Iulie, adevă a treia zi de la operație, am desfăcut pansamentul și am deschis larg pyosalpinxul. Prin această deschidătură s'a scurs o cantitate abundentă de puroi, foarte fluid. Am introdus în ea un tub de drenaj, de un calibru foarte mare și am făcut spălături în trompă cu soluția 50 cgr. $\frac{0}{100}$ de sublimat corosiv. Un adevărat traject se formase de la exterior până la trompă, care era complet izolat de marea cavitate peritoneală.

Pereții acestui canal erau de coloră închisă, aproape neagră; probabil, din cauza cauterizațiilor frecvente ale soluției forte de acid fenic.

După această deschidere a pyosalpinxului, am făcut dilnec irigațiunii prin tubul de drenaj cu soluția corosivată 1 $\frac{0}{100}$, în care era solvat și o cantitate de 5 oră mai mare de acid tartric. Bolnava a mers din ce în ce mai bine și durerile au dispărut chiar de a doua zi, după deschidere.

La 1 August, am încetat de a-i mai da îngrijirile mele; căci am plecat în concediu, dar am fost înlocuit de D-l Dr. Goilav care cu multă sîrguință, a urmărit antisepsia plăgei și a focarului purulent.

La 15 Septembrie 1892, când m'am întors din concediu, am găsit bolnava aproape complet vindecată; căci numai avea de cât o mică soluție de continuitate a peleii. De la acea epocă, a mai stat încă două săptămîni în spital, după care timp, a eșit cu plaga complet cicatrizată. Nu mai avea nici una din turburările de mai înainte și starea generală era complet satisfăcătoare.

Obs. III. Flegmon ante-uterin. Laparotomie; Vindecare.

Ghisela Feldștein de 19 ani, măritată și fără profesiune, căci se ocupă numai cu menagiul casei sale, a intrat la 14 Ianuarie 1892 în serviciul primei clinici chirurgicale a D-lui profesor Severenu din spitalul Colțea.

Nu se găsește nimic demn de notat, în antecedentele sale hereditare. Părinții săi trăesc și sunt sănătoși. A avut un frate și trei surori, care de asemenea trăesc și sunt sănătoși. O altă soră a murit de febră tifoidă.

În copilăria sa, a fost sănătoasă. N'a avut accidente de natură scrofuloasă; nici vulvo-vaginita copilelor.

Menstruele au apărut la etatea de 14 ani și au fost la început, normale; ele veneau în mod regulat, fără dureri și nu erau prea abundente. Înainte de a se mărita, nu a suferit de organele genitale; nu a avut scursore vaginală.

La etatea de 18 ani s'a măritat. Bărbatul său este actual-minte sănătos; însă înainte de a se însura ar fi avut blenoragie. În timpul căsătoriei, bolnava n'ar fi avut nici o scursore vaginală.

După 9 luni de la căsătorie, a născut un copil; această naștere a fost foarte ușoară. Atât înainte cât și după parturiție, mōșa care o îngrija, i-a făcut irigațiuni vaginale cu o soluție de acid fenic. Această mōșă mai îngrijea în acelaș timp opt alte bolnave dintre care una ar fi murit de accidente infecțioase.

La 8 zile după naștere, a început să simtă în abdomen și în lombe, dureri foarte violente, care erau mai pronunțate în partea dreaptă a regiunii hypogastrice. Tot-de-odată, abdomenul s'a tumefiat, au apărut grețuri, vērșături, fiori urmate de căldură și accese de palpitații. Scurgerea vaginală era foarte fetidă. Suferințele mărindu-se din ce în ce mai mult, s'a adresat atunci, la D-nii D-rī Max și Davidovič, cari i-ar fi spus că nu are retenție de placentă și că nuși pot da seamă de cauza acestei afecțiuni. Acești medici i-au administrat oncțiuni cu unguent mercurial pe abdomen și supositorii calmante. Mai în urmă a fost consultat, și D-l profesor Drăghiescu. D-sa i-ar fi spus că mōșa nu a îngrijit-o bine și că din această cauză s'a bolnăvit.

După cinci săptămâni de suferinți continue a consultat pe D-l Dr. Salter, care i-ar fi spus că are o colecție purulentă în abdomen și a consiliat-o de a merge la spital, pentru a se supune unei operațiuni.

În momentul intrării în spital, bolnava era foarte slăbită; nu putea merge de loc, avea dureri mari în abdomen, accese febrile, tenesm vesical, etc.

Abdomenul era tumefiat, mai cu seamă în regiunea hypogastrică, unde se provoca și o durere foarte mare prin palpație. În această regiune tumora făcea corp cu pubisul.

Explorația vaginală ne-a arătat următoarele: organele genitale externe normale. Vesica retractată și conținea o foarte mică cantitate de urină; ea era împinsă spre pubis și către partea stângă. Gitul uterin prezintă o mică eroziune; o cantitate minimă de muco-puroiū se scurgea din cavitatea sa. El privea în jos și îndărăt. Uterul fix și presiunea pe corpul său era foarte dureroasă; nu ne-am putut da seamă de volumul său. În infundătura vaginală anterioară și puțin către partea dreaptă am găsit o tumoră care se continua cu acea abdominală, era foarte dureroasă la pipăit și presenta o fluctuație manifestă.

Cele-l'alte organe erau normale.

În ziua intrării sale în spital, D-l profesor Severeanu i-a făcut o punctiune exploratrice cu aspiratorul lui Potain, pe linia mediană a regiunii hypogastrice. Prin canula trocarului, s'a extras o mică cantitate de puroiū sanguinolent.

La 17 Ianuarie, D-l profesor Dr. Severeanu, asistat de noi, a făcut laparotomia.

După ce s'a spălat regiunea de operat și s'a luat cele mai stricte măsuri de antisepsie, s'a anesteziat cu chloroform Radian și s'a procedat la operație în modul următor: S'a incizat în întindere de 7 c. m. strat cu strat peretele abdominal, pe linia mediană a regiunii hypogastrice și s'a intrat în cavitatea peritoneală. După acesta, D-l profesor Severeanu a vroit să introducă mâna în cavitatea pelviană; dar abia a introdus două degete și punga purulentă s'a spart dând scurgere la o mare cantitate de puroiū fetid. S'a făcut imediat spălături abundente, în cavitatea abdominală, cu apă sterilă, care conținea 6% clorur de sodiū. Apoi s'a cusut măr-

ginile plăgei abdominale numai către partea superioară și s'a pansat cu tifon sublimat.

A doua zi, s'a rădicat pansamentul și s'a lărgit mai bine soluția de continuitate a pungei purulente. S'a spălat apoi această pungă cu soluția de sublimat corosiv. Tenesmul vesical și durerile abdominale s'a amendat chiar din prima zi.

În zilele următoare, bolnava a mers progresând spre bine și după o lună de la intrare, adică la 14 Februarie a eșit pe cale de vindecare. Ea a mai venit la spital la 2—3 zile odată pentru a fi pansată, la mica plagă superficială ce îi mai rămăsese. Vedeând-o mult mai târziu, am constatat că era complet vindecată.

Obs. IV. Pyosalpingită dublă. Extirpare prin laparotomie; vindecare.

Maria Reinhold de ani 20, văduvă, domiciliată în Botoșani și de profesiune cusătoreasă, a intrat în spitalul Colțea (serviciul primei clinici chirurgicale), la 24 Decembrie 1892.

Nimic demn de notat, în antecedentele sale hereditare.

Are un frate, care suferă de tuberculosă pulmonară.

De șase ani este cusătoreasă; lucrează la mașină, cu picioarele. Adesea-oră lucra chiar noaptea și când se obosea prea mult, simțea dureri în regiunea hypogastrică.

La etatea de 2 ani, a suferit de vărsat. La 4 ani, a avut scurgere vulvo-vaginală, care ar fi durat până în prezent. A suferit adese-oră în copilărie de accese febrile palustre; n'a avut accidente scrofuloase.

Pe la 13 ani, a apărut menstruația; acesta a durat opt zile, s'a însoțit de dureri mari, din care cauză ar fi fost nevoită să stea două săptămâni la pat. Mai în urmă menstruele au venit regulat; dar în intervalul lor, a avut în tot-d'aana scurgere albă.

La etatea de 16 ani s'a măritat, și de atunci menstruele au devenit foarte neregulate, (la 8, 15, 20 de zile, etc); iar scurgerea purulentă vaginală, s'a mărit.

N'a rămas nici odată grea.

Bărbatul ei n'ar fi avut boli venerice; de asemenea, nici dânsa.

De un an și jumătate este divorțată și nu s'a remăritat.

În timpul epidemiei trecute de influență, ar fi căpătat și dânsa această bôlă; a tușit multă vreme, în urmă.

De doi ani, simte dureri în abdomen, ambele côpse și lombe; aceste dureri sunt mai pronunțate, în partea stângă a regiunii hypogastrice. Din cauza lor, bolnava este silită să stea la pat, în timpul menstruației.

Regulele sunt foarte abundente și în intervalul lor, există o leucoree abundentă.

Nu scim până la ce punct trebuie să avem încredere, în tot ce ne relatează această bolnavă, asupra antecedentelor sale; căci în serviciul cliniceii a intrat odată cu dânsa și un bărbat, care ne spune că a avut de curând relațiuni intime cu ea și că a căpătat chiar o blenoragie în urma ultimului raport sexual, ce l'a avut cu această bolnavă. El pretinde că dânsa a fost prostituată de meserie la Botoșani și că nimic din ceace ne narăză nu este adevărat. În adevăr, acest bărbat a intrat în serviciu pentru o blenoragie și o epididimită recentă; dar examinând puroiul din uretră, nu am găsit nici gonococi nici alți microbi. De altă parte, avem indiciu care pledază mai mult pentru natura tuberculôsă a epididimului; așa în cât, am fost siliți să excludem blenoragia la dânsul. De asemenea nici în puroiul vaginal nu am găsit gonococi, astfel încât, nici femeia, nu pare a fi avut blenoragie.

Starea prezentă. — Este debilă. Tușesce, dar nu se găsesc semne pozitive de tuberculôsă pulmonară. În spută nu are bacili. Tóte organele, afară de cele genitale, sunt sănătóse.

Regiunea hypogastrică, mai cu sémă în dreptul anexelor, este durerosă la palpație. Nu se observă, nici nu se simte vre-o tumefacție în abdomen. Prin percusiune, nu se constată nimic anormal.

În înfundătura laterală dreaptă a vaginului, se simte o tumoră foarte durerosă de mărimea unei mandarine, puțin mobilă și de consistență mai mult tare. În înfundătura stângă,

se găsește o altă tumoră, care prezintă aceleași caractere ca și cea-laltă.

Uterul este în anteflexiune, mobil și nedureros. Ambele tumori par a fi separate de uter și sunt formate de anexele sale.

Nu se constată nimic din partea rectului, sau a vesiceii.

Operațiunea. Din cauza durerilor mari ce simțea, bolnava a cerut cu insistență operațiune. Acésta s'a făcut de D-l profesor Severeanu, asistat de noi, la 11 Ianuarie 1893.

În timp de 7 zile înainte de operație, s'a aplicat zilnic un Prissnitz pe tot abdomenul și s'a făcut odată pe zi, irigațiuni vaginale corosivate. În preziua operației, s'a administrat un purgativ. În fine, după ce s'a ras pubisul, s'a spălat bine abdomenul cu alcool absolut și apoi cu săpun și soluția corosivată, s'a vidat vesica și s'a procedat la operație în modul următor:

Pe linia mediană a regiunii hypogastrice, s'a făcut o incisiune de 9 c. m. a tegumentelor, începând de la ombilic și terminând aproape de pubis. S'a incisat strat cu strat până la peritoniu. Fiind-că grăsimea care acoperea peritoniu era foarte abundentă, s'a excisat o parte din ea; apoi s'a incisat seroasă și s'a intrat în burtă. O mică cantitate de serositate sanguinolentă s'a scurs atunci prin plagă, din cavitatea pelvienă. Mușchii peretelui abdomenului fiind foarte contracturați și presiunea intra-abdominală mare, nu se putea introduce mâna întregă în abdomen; de aceea s'a mai prelungit incisia către partea superioară cu 4 c. m., ocolind spre stînga ombilicului. S'a aplicat apoi pensete cu presiune continuă pe marginile plăgei peritoniuului. Apoi D-l Dr. Severeanu a introdus mâna în excavația pelvienă; dar voind să izoleze tumoarea din partea dreaptă, a rupt câte-va aderențe slabe și atunci o mică cantitate de puroi s'a revărsat, în cavitatea abdominală. După ore-care manopere laborioase, căci exista o mare tensiune intra-abdominală, a reușit a enuclea tumora, distrugând aderențele numai cu degetele. Acelaș lucru a făcut pentru tumora din partea stîngă. Și din acésta s'a revărsat puroi în abdomen; dar de astă dată o cantitate mai mare. A pediculat apoi, fie-care din aceste tumori aproape de uter și a aplicat câte o pensă (Richelot modificată de Dr. Severeanu) pe

fie-care din ambele pedicule. Apoi a făcut sub pensă o legătură în lanț (2 legături) a acestor pedicule; a excisat cu fórfecele tumorile isolate și a cauterizat cu acid fenic 10% suprafețele secționare ale pediculelor. Nu existau de loc aderențe la uter; de asemenea nici la epiploon și nici la intestine; ci numai la peretele escavațiunei pelviene. S'a spălat cavitatea abdominală cu 7 kilograme apă sărată (Cl. Na.) $7\frac{1}{2}\%$; apoi s'a închis abdomenul, cusându-se mai întâiu peritoniu (cusătură continuă cu córdă), după aceea aponevroasă și mușchii (tot cusătura continuă cu córdă) și în fine, pelea și țesutul celulo-gresos (cusătura întreruptă cu mătase). Înainte de a se cósese, s'a atins cu acid fenic 5% tóte suprafețele secționare. La unghiul inferior al plăgei s'a lăsat o deschidătură în care s'a pus un tub de drenagiú, de grosimea unui condeiú. Operațiunea a durat o oră. Anestesia s'a făcut cu chloroform cloral. Nici un accident din cauza acesteia; nu s'a putut obține rezoluția mușchilor peretelui abdominal și din cauza contracției lor continue, operația a fost laboriósă.

În ziua operației, la 2 ore, T. 36°,8, P. 84; la 4 ore, T. 37; P. 90. Urina în cantitate de 150 grame. La ora 1, grețuri și dureri în abdomen; s'a administrat hapuri de ghiață. La 4 ore, s'a făcut o injecție de morfină (0,01). La 5 ore s'a scos 150 gr. urină. La 6 ore, T. 37°, P. 90. Are încă grețuri cu dureri și usturime în dreptul plăgei. La 8 ore T. 37°; sete mare, pentru care s'a dat limonadă și din nou glónțe de ghiață. Mai târziu a fost puțin mai liniscită.

A doua zi, T. 37°. Pulsul rar, plin și tare. S'a desfăcut pansamentul; s'a tăiat firul de córdă, cu care se fixase tubul de drenagiú și s'a scos acesta. În pansament și la extremitatea tubului s'a găsit o mică cantitate de sânge. S'a aplicat un pansament umed; greața mai persista încă; i s'a dat apă de Vichy și limonadă; Pe la orele 1 p. m., s'a ivit o ușóră scurgere de sânge prin vagin, care s'a însoțit de o óre-care durere în lombe. La ora 5 T. 37°,2. La 7 ore séra i s'a făcut o clysmă cu apă sărată; dar acesta n'a avut efect.

La 13 Ianuarie, adică a treia zi, T.D. 37°; T.S. 37°,5. Pansamentul fiind imbibat de serosităte sanguinolentă, s'a schimbat din nou. Se constată puțină tensiune abdominală, pentru care

îi s'a administrat un gram de calomel în 4 paquete. Peste 20 minute de la luarea unuia din aceste prafuri a vărsat. La 4 ore, i s'a dat alt praf; iar vărsături, dar mai târziu cu o oră. I se administrează hapuri de ghiață cu 2 picături de cocaină 50/0, pe ele. Se face o pulverisație cu eter în regiunea epigastrică, după care grețurile au încetat; bolnava a fost liniștită și a dormit. Peste 2 ore, a avut din nou vărsături; s'a făcut o clysmă purgativă, dar n'a avut scaune. Durerile și hemoragia prin vagin ca și în ziua precedentă. Noptea a fost neliniștită; iarăși grețuri și vărsături.

La 14 Ian. T. D. 37°; T. S. 37°, 4. I s'a făcut două clysmes; una la 7 ore seara, care fost urmată de efectul dorit, la 10 ore; cea-l-altă la 2 noptea, cu efectul peste o oră. Apoi a început a avea scaune, din oră în oră, până la 5 dimineața. În urmă, a dormit și n'a mai avut nici dureri, nici grețuri.

La 15 Ian. T. D. 37°, 4; T. S. 37°, 6. Bolnava nu se plânge nici de dureri nici de grețuri; e liniștită, are poftă de mâncare și este veselă. Noptea a fost bine, a dormit destul de liniștită.

La 16 Ian. starea generală excelentă. Seara îi s'a pus o clysmă de apă cu sare, care a avut efect după o oră, T. S. 37°, 2.

La 17 Ian. s'a desfăcut pansamentul; acesta nu era de loc îmbibat. S'a spălat ușor plaga cu un tampon muiat în sublimat corosiv și s'a scos 4 puncte de sutură (mătase); nici o picătură de puroiu. S'a pansat din nou presărându-se iodoform peste plagă.

Hemoragia vaginală a încetat. Peste două zile, s'a scos și cele-l-alte fire de sutură. Plaga s'a vindecat prin prima intenție.

La 1 Februarie, bolnava a eșit din spital, fiind complect vindecată. În acea zi, examinând organele genitale, am găsit: O mică cantitate de liquid purulent, în vagin. Gîtul uterin în poziție normală, mic și mobil. Uterul situat pe linia mediană, mobil, indolent și ușor anteflectat. Canalul cervical puțin strâmtat. Nimic anormal în abdomen.

Examenu tumorilor extirpate. — Fie-care din aceste este constituită din trompa și ovarul corespondent. Acea din partea dreaptă e mult mai mare de cât cea din stânga. Trompa

dréptă e dilatată, și această dilatație e mai pronunțată de cât în partea stîngă. Ea este flexuósă, are o grosime cât degețul cel mic și peretele său este îngroșat. Ciucurii pavilionului sunt lipiți prin aderențe slabe, la ovar. Acesta este mărit de volum și kystic. Unele kiste au mărimea unui ou de porumbel; conținutul lor este seros și în cât-va hematic. În nici unul, nu există puroi. În partea stîngă, există aceleași aderențe; însă pe o scară mai mică. De asemenea există kiste în ovar; acestea au mărimea unor alune, iar ovarul este mare, cât o nucă. Kystele conțin un liquid citrin. Atât puroiul din partea dréptă, cât și cel din stînga, care s'a scurs în abdomen în timpul enucleării, au provenit din kystele, cari s'au format prin aderențele ciucurilor trompei la ovare. În canalul propriu al trompelor, există o foarte mică cantitate de puroi. Orificiile uterine foarte mici și libere, ca în starea normală.

Prin examenul microscop al secțiunilor ce am făcut din ovare și trompe, D-l profesor Babeș și noi am constatat următoarele:

Ovarul¹⁾ în partea centrală, e format de un țesut fibros destul de bogat în celule. Vasele au pereții îngroșați. Pe părțile periferice celulele sunt mai abundente, seamănă cu acele ale unei tumori fibro-plastică. Vasele snt abundente, îngroșate, și flexuóse. Foliculii sunt comprimați de acest țesut proliferat. Totuși, se recunosc foliculii cu ovule pe părțile cele mai periferice.

Trompa dréptă are peretele îngroșat și vasele înconjurată cu o zonă de ținut embrionar. Există pe alocurea căți-va noduli inflamatorii, care conțin celule mari; dar nu gigantice. Mucósa este cu totul embrionară, îngroșată și se ridică sub formă de papile, lungi și ramificate, în interiorul lumenului. Aceste papile sunt acoperite cu epiteliu cilindric, palid, proliferat și pe alocurea, pe cale de necrobiósă.

Trompa stîngă presintă în genere aceleași alterațiuni; însă, infiltrația este mai puțin pronunțată.

În definitiv, s'a constatat prin acest examen o *Salpingită cronică cu vegetațiuni papilare și o sclerosă a ovarului*.

¹⁾ Acel care presenta alterațiuni mai înaintate.

Examenul bacteriologic al puroiului, care se găsea în cele două kiste formate de adesiunea pavilionului trompei la ovarul corespondent, a rămas cu totul negativ. În adevăr, în puroiul colorat, ce am examinat la microscop, nu am găsit nici un microb și de asemenea pe agar-agarul, în care am făcut însemnări, nu s'a dezvoltat nici un micro-organism.

Obs. V. Pelvi-peritonită supurată. Deschidere pe cale vaginală. Considerabil ameliorată.

E. N. mōșă, de 28 ani, văduvă, și domiciliată în Bucuresci. (Clientelă privată).

Tatăl său a murit la etatea de 32 ani, în urma unei afecțiuni acute, care n'a durat de cât trei zile ; A avut și dănsa, dambila. El a fost în tot-d'a-una sănătos. Nu a avut nici o afecțiune pulmonară, ca tuberculosă sau altele.

Muma sa a murit la etatea de 42 ani de tuberculoza pulmonară ; afecțiune de care a suferit mai mult timp și care a fost diagnosticată de D. Dr. Marcovici.

Părinții ei au avut 9 copii. Dintre aceștia patru au murit fiind mici ; patru trăesc și sunt sănătoși ; iar al noulea este bolnava, a cărui istoric morbid îi facem aici. Nici unul nu a suferit de tuberculosă.

În copilărie, E. N. nu ar fi avut nici o afecțiune serioasă. Menstruele au apărut la etatea de 14 ani ; aceste au venit fără dureri și au continuat de a fi foarte regulate și nedurerose, până la epoca când s'a măritat.

La etatea de 15 ani și două luni s'a măritat ; dar n'a trăit împreună cu soțul său de cât opt luni, după care timp s'a despărțit. Acesta trăesc, este sănătos, și când s'a însurat nu avea afecțiuni venerice. Nici în timpul căsătoriei el nu ar fi avut blenoragie, sau altă afecțiune venerică.

Puțin timp după căsătorie, a rămas grea și a născut un copil, care trăesc și este sănătos. Nascerea a fost grea. De la spargerea pungei apelor și până la nascerea copilului, a trecut trei zile. Foetul a fost extras cu forcepsul de Dr. Capșa ; iar pla-

centa după 24 ore tot cu dificultate. S'a făcut însă repede bine și nu ar fi avut nici o complicație alarmantă, cauzată de infecțiune.

Puțin timp după această naștere, a rămas din nou grea, tot cu acelaș bărbat; dar a 'avortat în a treia lună din cauza unei sperieturi(?). D-rul Marin Dumitrescu, care a căutat-atunci i-ar fi spus că are o retenție de placentă. Dănsa pretinde că ar fi observat după mai multe zile de la începutul avortului, că i-a eșit din vagin o carnositate. Arătând-o doctorului, acesta i-ar fi spus că este placentă. Această carnositate ca și secrețiunile vaginale respăndeau o odóre fetidă foarte pronunțată. Curând după acest avort, s'a restabilit; dar peste trei luni, din cauza unei răceli, după cum pretinde dănsa, a cădut bolnavă de o afecțiune, care a fost considerată de D-rul Marin Dumitrescu ca fiind o pelvi-peritonită. De acesta, a suferit aproape cinci luni. În tot timpul care a trecut de la avort și până la ivirea pelvi-peritonitei și în care a fost sănătoasă, E. N. pretinde că nu ar fi avut nici un raport sexual. Astfel, nici o afecțiune n'a putut să-i fie comunicată de către bărbatul său în tot acest interval.

După ce s'a restabilit și de această peritonită, a început a avea menstruele regulate și fără dureri; adică normale.

În anul 1886, a avut, nu scie din ce cauză, un flegmon ischio-rectal, pentru care a fost operată de D. profesor Severeanu. De acesta a zăcut trei luni.

Abia trecuse două luni de la complecta vindecare a acestui flegmon, și a cădut din nou la pat, pentru o afecțiune a organelor genitale interne, care i-ar fi venit din cauza unei răceli (în timpul când avea menstruele, s'ar fi culcat într'un beciu foarte recóre). D. Dr. Chabudianu care a fost consultat atunci, i-ar fi spus că suferă de mitră. A zăcut de această bolă 6 săptămîni.

Pe la finele lui Iunie 1891, menstruele fiind în întârziere cu patru zile, E. N. a cređut că este însărcinată și atunci a făcut o tentativă de avort (a introdus o laminarie în col). Sângele a apărut; dar n'a avut alte suferințe.

De la despărțirea cu bărbatul său a trăit în concubinagiū cu mai mulți alții. Unul din aceștia, ar fi avut o afecțiune

venerică, dar ea nu p^ote precisa de loc care anume. Crede însă că nu a fost blenoragie.

Afecțiunea actuală a început pe la finele lunei Septembrie 1891 prin grețuri, vărsături și lipsă de poftă de mâncare; în același timp a început să slăbească, dar nu avea dureri. Fiind-că aceste tulburări au venit în timpul menstruației și pe când făcea băi reci, dânsa crede că răceala 'i-ar fi cauzat bóla. La 18 Decembre al aceluiaș an, a început a avea fiori și căldură; vărsăturile au devenit mai frequente; tot deodată a început se simț^ă dureri în abdomen, lombe și în c^opsa dreaptă. D-l profesor Drăghiescu, care a fost consultat atunci, 'i-a administrat cataplasme, unguent mercurial pe abdomen, pilule calmante la interior și irigații vaginale cu apă ferbinte. Cu acest tratament a urmat 6 săptămâni, după care timp ivindu-se semne positive de supurație a fost consultat și D-l Dr. Leonte. Acest din urmă a încercat se deschidă prin vagin colecția purulentă, în două rânduri; dar nu a reușit din care cauză s'a consultat și D-l profesor Severeanu, care împreună cu cei-lalți doctori a deschis larg punga purulentă prin vagin.

Înainte de operație, bolnava era foarte slăbită. Avea dⁱlnic accese de febră și dureri violente în abdomen; aceste erau pronunțate mai cu seamă în c^opsa dreaptă. Era agitată, suferea de insomnie și avea un edem însemnat a ambelor membre inferioare. Prin vagin, se simț^{ea} în înfundătura laterală dreaptă și cea posterioară, o tumoră fluctuantă și foarte durer^osă. Uterul era deviat spre partea dr^eptă și forț^ă fix.

După ce a luat t^ote precauțiunile de antisepsie, D-l profesor Severeanu împreună cu D-l Dr. Leonte a expus fundul lateral drept cu ajutorul ramurilor speculului Simon și a înfipt în el un trocar Chassaignac de mare calibru. Prin canula acestui trocar s'a scurs o cantitate foarte mică de puroi^u. Atunci d-sa conduc^endu-se de canulă a făcut o incisie în sus a vaginului; dar îndată a fost oprit de o hemoragie violentă. Puroiul nu s'a scurs. Hemoragia care s'a ivit era îngrijit^ore; dar din fericire a fost oprită la timp prin aplicarea unei pense vaginale fixe ce se găsea din întâmplare acolo. Sângele curgea atât demult și repede, înc^ăt nu se pute vedea locul

pe unde eșea și numai o întâmplare fericită a făcut ca conducând pensa pe degetul care apăsa marginile incisiunei, D-I profesor Severeanu să nemerească tocmai vasul care era secționat și ast-fel să'l prindă cu pensa. Bolnava a pierdut o mare cantitate de sânge și starea sa era îngrijitoare. S'a lăsat pensa în loc și s'a tamponat bine vaginul. Pensa a stat aplicată trei zile, iar tampónele și canula trocarului 8 zile. În tot acest timp, a eșit prin anus o mică cantitate de puroi; de aceea s'a făcut spălături cu acid boric în rect.

Prin canulă nu se scurgea de loc puroi în tot timpul cât a stat în vagin. După 8 zile s'a scos tampónele și canula. Atunci D-I profesor Severeanu a prelungit incisiunea în jos făcând-o tot-d'odată și mai adâncă; o cantitate ca 250 gr. de puroi a eșit imediat prin plagă. Ambele operații au fost făcute fără chloroform.

Incisiunea D-lui profesor Severeanu a fost făcută în înfundătura laterală dreaptă. Acea a D-lui Dr. Leonte imediat îndărătul colului.

S'a făcut spălături zilnic în vagin, mai târziu numai la două sau trei zile, o-dată.

La 25 Iulie 1892, bolnava se găsea precum urmază :

Ca stare generală, nu era încă complet restabilă; dar mănca, dormea bine, putea se meargă și numai simțea altă durere de cât o amorțeală în membrul inferior drept. Tóte organele, afară de cele genitale, erau normale. A avut menstruele de trei ori de la operație; sângele a venit în forțe mică cantitate și fără durere.

Ușor rectocel; vaginul normal. Colul uterin mare, puțin móle privea în jos și înapoi. Nici o eroziune în jurul orificiului. Cavitatea uterului, lungă de 7 cm. Corpul uterin foarte puțin mobil, mărit de volum și puțin descins în vagin. Nici o durere la explorația bimanuală.

În înfundătura vaginală laterală dreaptă se simțea o indurație foarte pronunțată care se continua cu uterul. În cea stîngă, nu se putea bine preciza starea anexelor; dar se părea că și aici existau exudate.

Prin specul se observau imediat îndărătul gâtului uterin adică în înfundătura vaginală posterioară, un mic orificiu, în-

congiurat de mici muguri cărnoși, care era atât de mic încât abia putea să fie introdus un stilet foarte fin. Acest orificiū conducea într'un traject de 3 cm. lungime. Un stilet introdus în el nu ajunge în rect; totuși o comunicație cu acest intestin părea foarte probabilă.

În înfundătura laterală dreaptă și la 2 cm. departe de orificiul trajectului precedent, exista un alt orificiū, care permitea introducerea degetului celui mic. Prin această se intra într'o pungă care secreta puroiul. Histerometrul introdus în pungă, intra până la cinci cm. Puroiul care se scurgea din ea, era puțin și nu avea nici o odóre particulară.

Până la acea dată bolnava a fost șilnic spălată în vagin și în trajectele fistuloase, cu soluțiuni antiseptice.

La 1 August a plecat la Viena, pentru a consulta și pe chirurgii de acolo, în privința fistulelor; căci acestea o îngrijeau foarte mult. I s'a propus laparotomia; dar n'a acceptat această operație.

La finele lui Octombree 1892 a început iarăși a avea febră și dureri. Ea ar fi observat atunci că prin vagin ese materii fecale și că o mică cantitate din liquidul cu care făcea clysme apărea în vagin.

D-l Severeanu care a fost consultat atunci, a constatat o retenție de puroiū în punga veche, care produc simptomele alarmante. Însă, în partea stîngă se simția o tumoră dureroasă care în timpul palpației care făcea pentru ca să se asigure dacă este sau nu fluctuantă, s'a spart. Nu s'a ivit din cauza această nici un simptom alarmant; din contra, bolnava s'a ameliorat. Peste câte-va zile, D-l Severeanu a introdus o lamina-rie în orificiul pungei celei vechi și a restabilit ast-fel cursul puroiului. În înfundătura vaginală posterioară, stiletul pătrundea într'un traject foarte scurt, dar nu ajungea în rect.

De atunci bolnava nu a mai fost vădută de noi. Am aflat mai târziu că a plecat la Paris.

Obs. VI. Pelvi-peritonită supurată post-partum ;
Incisiune pe cale vaginală.

Elisa Galanter de 23 ani, căsătorită, menageră la casa ei, a intrat la 13 Decembrie 1892 în serviciul D-lui profesor Severeanu.

Nimic în antecedentele sale hereditare; nu se găsește tuberculosă nici la părinți nici la colaterali.

În copilărie n'a avut accidente serofuloase, nici vulvo-vaginita copilelor.

La 13 ani a apărut menstruația, în mod normal. La 20 ani s'a măritat. Pretinde că bărbatul său n'a avut, nici nu are, vre-o afecție venerică, ca blenoragia, etc. Dănsa însă, ar fi avut înainte de căsătorie și după aceasta, o leucoree; dar nici odată seursore purulentă abundentă, micțiunea durerosă, etc.

După 7 luni de la căsătorie, a rămas grea; facerea a fost normală și la termen. Leucorea ce avea mai înainte, a dispărut. Curând după această naștere a rămas pentru a doua oară grea și a născut la începutul lunii Noembrie 1892. În urma acestei de a doua nascere s'a îmbolnăvit și peste o lună a intrat în spital.

A fost asistată la facere de o mōșă; muncile aū durat patru ore și nascerea ar fi fost normală. Atât înainte cât și în urma nascerei, nu 'i-s'a făcut spălături vaginale. După nascere, mōșa 'i-a făcut irigații vaginale de două ori pe ȓi, cu ajutorul unui irigator de sticlă. Apa de care se servea, era caldă; dar nu fiartă și nici filtrată; însă punea într'ênsa acid fenic. Stropitōrea de cauciuc întărit a irigatorului, era introdusă în vagin tot-d'auna de mōșă; aceasta, mai înainte de a 'i face irigațiile, se spăla regulat pe mâini cu apă și săpun, însă fără nici un liquid antiseptic. Ea se servea de deget și nu de specul pentru introducerea canulei. După 3 ȓile de la nascere, femeea a fost luată cu frig și căldură; apoi a început să simță dureri în partea stângă a regiunii hypogastrice, care se iradiaū și către lombe. De asemenea, grețuri și vērșături. A șasea ȓi de la nascere, simțindu-se mai rău a consultat pe D. dr. Iaslovici, care 'i-ar fi spus că are o inflamație la mitră.

și i-a administrat onctiuni cu unguent mercurial pe abdomen, supositorii calmante și irigațiuni vaginale, cu apă curată, în care să pună o cantitate anumită de acid fenic. Bolnava nu s'a ameliorat; din contră a început a avea dificultate la micțiune și defecație și mōșa a fost nevoită să i scōtă urina prin sondă. Mai târziu, starea ei devenind din ce în ce mai gravă, a fost consultat și D. profesor Drăghescu, care a sfătuit-o să intre în spital pentru a fi operată, ceea ce a și făcut.

Când a intrat, bolnava era slăbită; avea abdomenul balonat și dureros; avea scaune dese și căldură. Scaunele conțineau o mică cantitate de puroi. Prin examenul vaginal s'a găsit colul uterului mic, aproape dispărut și rupt în direcție transversală. În cavitatea lui Douglas se simția o tumoră, care în unele puncte era mōle, elastică; dar nu dădea o senzație de fluctuație manifestă. În alte părți, era foarte rezistentă. Această tumoră umplea o mare parte din cavitatea lighianului; în ea, părea a fi înglobat și uterul. Prin examenul rectal, se observă o ușură scurgere de puroi; iar cu degetul se simțea tumora cu aceleaș caractere pe care le avea prin vagin. Vesica era retractată și împinsă înainte către pubis; ea conținea o cantitate foarte mică de urină. Speculul se introducea cu oarecare greutate în vagin, din cauza tumorii; colul abia vizibil și împins înainte către pubis. Nu exista pe el, nici o eroziune. Examenul cu sonda uterină ne-a denotat o lungime a cavității mitrei de 6 c. m. Palpând abdomenul în regiunea hypogastrică am constatat o tumoră care se continua cu aceea care se simția prin vagin și rect. Examenul bimanual prin vagin și abdomen ne-a dat o senzație manifestă de fluctuație. Temperatura a variat înainte de operație, între 37^o,9, și 38^o,1; astfel la 13 Dec. 37^o,9 dimineața, 38,1 sēra; la 14 Dec. d. și s. 38^o; la 15 Dec. d. 38^o,1 și s. 37^o,2 (s'a administrat în timpul zilei, un purgativ); la 16 Dec. d. 36^o,9. La 11 ore dimineața s'a procedat la operație, în modul următor:

După ce s'a ras vulva și s'a făcut spălăturile obicnuite cu apă și săpun, apoi cu soluția corosivată, s'a făcut o irigație în vesică cu acid boric. Apoi s'a fixat colul cu o pensă Museaux și cu un cuțit în formă de lopată model Severeanu s'a făcut o incizie transversală de 6 c. m. în înfundătura vaginală.

posterióră, imediat îndărătul colului. S'a intrat apoi cu degetul într'o pungă, care nu conținea decât o fórte mică cantitate de puroiú.

S'a constatat că acéstă pungă era situată între rect și uter; acest din urmă era împins înainte și fixat prin aderențe de cele-lalte organe. Degetul introdus în rect era fórte aprópe de cel introdus în pungă; dar nu s'a constatat locul pe unde exista comunicarea și pe unde eșia puroiul din rect. S'a spălat apoi punga cu soluția corosivată prin ajutorul irigatorului și s'a umplut cu tifon jodoformat.

În fine, observându-se o mică ruptură a perineului, care a fost cauzată de manoperile operatorii și de explorare, s'a aplicat pe ea patru puncte separate de cusătură cu córdă.

În tot timpul operației, bolnava a fost anestesiată cu chloroform chloral.

În ziua operației, din când în când grețuri; la 6 ore séra temperatura 37°5.

La 17 Dec. T. D. 37°5, S. 37°8; vărsături în două rânduri. S'a scos tifonul, s'a spălat punga și s'a introdus în ea alt tifon; nici o supurație.

La 18 Dec. T. D. 37°5 S. T. 38°2, sete mare.

La 19 Dec. T. D. 38°; S. 38°2. Bolnava s'a simțit mai liniștită.

La 20 Dec. T. D. 38°, S. 37°7; s'a pansat; bolnava mergea bine.

La 2 Ianuarie a eșit, fiind fórte ameliorată. Orificiul rezultat din incisie, era aprópe complect închis. Se simția încă o îndurație în înfundătura vaginală posterióră; dar nu se mai găsea o tumoră ca mai înainte. Starea generală bună; n'avea dureri. Fistula din rect părea să se fi închis.

Obs. VII. Retroversiune și prolaps al uterului. Hysterec-tomie vaginală.

Maria Kramer, de 26 ani, a avut primele menstrue dureróse; mai târziu acestea au devenit normale. La 22 ani s'a măritat

și după trei luni a rămas însărcinată. Nașterea a fost normală și la termen. La etatea de 24 ani a rămas de a doua oră grea, dar a avortat în a 3-a lună din cauza unei sperieturi (?). După trei luni de la acest avort a rămas iarăși grea și din nou a avortat; de astă dată în $1\frac{1}{2}$ lună, și din cauza unei căderi pe ghiață (?). Atunci ar fi avut dureri, hemoragie, și după deședile 'ia-r fi eșit din vagin o carnositate, cât o nucă, oblongă, măi ascuțită la una din extremități și de o odóre, fórte fetidă. D-l Dr. Andronescu care 'i-a dat îngrijirea sa pentru acest avort 'i-ar fi spus că carnositatea este un ou în $1\frac{1}{2}$ lună. De atunci și până când a venit în spital (intrată la 22 Noembre 1892 în serviciul primei clinice chirurgicale a D-lui profesor Severeanu), a fost neconținut bolnavă, suferind de o scurgere purulentă vaginală, de dureri hypogastrice și lombare. Adese ori, a fost nevoită să se pună la pat și în vara anului 1892, a mers mai de multe ori la spitalul Filantropia, pentru a consulta pe D-l Dr. Bastaki; acesta 'i-ar fi aplicat pe rind trei vesicatorii în regiunea hypogastrică.

După primele două sarcini a rămas văduvă, căci bărbatul seú a murit. Apoi a trăit în combinagiú cu un altul. Ambii bărbați nu ar fi avut nici o afección venerică. De asemenea, nici dânsa, nu ar fi avut blenoragie, saú altă bólă venerică.

Când a intrat în spital, bolnava era mult slăbită și avea dureri în abdomen și lombe. Șederea prelungită pe scaun îi provoca dureri mari la ședut și o excitație nervoasă generală. Suferea fórte mult de constipație, și avea o scurgere ușoră de puroiú prin vagin. Prin explorarea digitală s'a găsit colul descins, aprópe de vulvă; iar corpul în infundătura vaginală posterióră, voluminos și fórte dureros la presiune.

La 29 Noembre, D-l profesor Severeanu a practicat hysterectomia vaginală. Operațiunea n'a fost laborioasă și a fost urmată de un deplin succes. S'a extras atât uterul cât și ambele ovare.

Examenul macroscopic. Mitra, ambele ovare și trompele cãntãresc tóte împreună 138 grame. Corpul uterului este globulos, aprópe sferic. De la o inserție a trompei și până la cea-altă, distanța este de 5 c.m. Circumferința transversală către partea de mijloc este de 15 c.m. De la fundul mitre

și până la orificiul extern al gîtului ei, gîsim 11 c.m. pe fața anterioară și $9\frac{1}{2}$ pe cea posterioară. Orificiul vaginal al gîtului este transversal și fără nici o ulceratie sau erosiune. Ovarul din partea stîngă puțin mărit de volum. Ovarul din partea opusă precum și ambele trompe normale.

Pe fața posterioară a corpului mitrei există urme de câte-va aderențe peritoneale vechi.

Pereții uterului sunt îngroșați; ei măsoară $2\frac{1}{2}$ cm. Cavitatarea uterului până la orificiul intern al gîtului, are o întindere de $4\frac{1}{2}$ cm., acea cervicală, 4 cm.

Mucósa cervicală este palidă și nu pare a fi îngroșată. Acea a corpului este din contra îngroșată, are o colorație violacee și pe unele locuri echimotică. Se observă pe suprafața sa câte-va ridicături longitudinale, de o colóre foarte închisă. Alterațiunea se găsește pe tótă întinderea, afară de regiunea córnei uterine drepte, unde mucósa pare a fi normală. Nu există puroi în cavitatea mitrei. Ostiele uterine ale trompelor normale.

Prin secțiune, se găsește, în ovarul din partea stîngă, câte-va mici kyste, care conțin un lichid incolor și transparent.

Examenu microscopic făcut de D-I profesor Babeș pe preparațiile noastre a arătat următoarele: Mucósa uterină îngroșată cu epiteliul superficial mai compact, mai uniform și colorându-se mai bine. Subt epiteliu, există o zonă largă, cu elemente embrionare, cu multe vase dilatate și flexuoase. Stratul glandular este proliferat și tot-d'odată epiteliul glandular mai palid; între glande există mult țesut embrionar. Țesutul muscular palid; trabeculele nedistanțate; fibrele reduse și între ele mult țesut conjunctiv. Peritoniul îngroșat; sub peritoniu vasele mai abundente și înconjurate cu o zonă de țesut embrionar. Arterele cu pereții îngroșați.

Examenu bacterologic ce am făcut în laboratoriu alipit clinice, a rămas cu totul negativ. Insemnările din mucósa corpului și acea a colului, pe agar-agar și gelatină au rămas sterile. De asemenea, colorația prin procedeul lui Gram a secțiunilor din mucósă și parenchym, nu ne-a arătat la microscop, nici un microb. Acest rezultat a fost confirmat de D-I profesor Babeș.

Obs. VIII. Abces în peretele anterior al uterului;
incisie; Ameliorată

Ióna Cusian, de 28 ani, necăsătorită, și de profesiune servitoare, a intrat în serviciul primei clinici chirurgicale a D-lui profesor Severeanu de la spitalul Colțea, la 25 Septembrie 1891

Tatăl său tușește mult și are expectorație abundentă.

Din partea mamei și a colateralilor, nimic de notat.

Ca copilă, bolnava a suferit de exemă și othoreă; n'a avut vulvo-vaginita copilelor. Regulele ȳ-au apărut la 14 ani; acestea duraū de obiceiū trei ȓile, eraū dureróse, abundente, și adesea cu chiaguri. Tot-d'auna ele aū venit la timp.

Nu ar fi avut nici-o-dată boli venerice.

A fost o singură dată gravidă, (acum 4 ani); facerea a fost ușoră. Lehuzia n'a fost turburată de nici un accident infecțios. După facere, menstruele aū venit regulat și aū fost tot atât de normale ca și mai înainte.

Afecțiunea pentru care a intrat în spital, datéză de 9 luni. Fără nici o cauză apreciabilă ea a început să simtă óre-care durere și greutate în partea stîngă a regiunii hypogastrice. Curând apoi, a observat în acéstă parte, o tumoră de mărimea unui pumn, tare, durerósă și mobilă. Mai târđiū durerile s'aū mai mărit și s'aū însoțit de grețuri, vărsături bilóse și de accese febrile. Menstruele a început a veni neregulat, și în intervalul lor, avea scurgere purulentă prin vagin. Cu timpul, durerile aū devenit atât de mari, încăt bolnava era nevoită să stea mai tótă ȓiua culcată. Mersul ȳ exagera suferințele și din cauza acésta a încetat să mai lucreze.

În mai multe rënduri, ar fi pus rezolutive și emoliente pe abdomen. A încercat masagiul, dar nu l'a putut suporta; căci ȳ producea durere.

Cu trei săptămăni înainte de a veni la noi, a intrat din cauza acestor dureri, într'un spital, unde a stat vre-o cincispre-dece ȓile. I s'a aplicat o vesicătóre pe hypogastru; dar febra, greța și vărsăturile aū continuat ca și mai înainte.

În partea dréptă, durerile aū fost în tot-d'auna mai suportabile, ca în cea stîngă.

Când a intrat în serviciul clinice, bolnava nu era mult slăbită de bătă; ea era chiar robustă. În abdomen exista o tumoră care era foarte puțin apreciabilă la simpla inspecție. În partea stîngă a hypogastrului se observa urma unei vesicături. Prin palpație, s'a găsit că tumora era situată în regiunea hypogastrică; ea era dură, mobilă, nedurerosă și puțin neregulată. Pe linia mediană a acestei tumori, exista o depresiune care o despărțea în două lobi: cel din stînga, ceva mai mare decît un pumn, dur și neregulat; cel din dreapta, cît un pumn și mai puțin dur. Tumora putea fi mișcată din loc, printr'o presiune forte, laterală.

Diametrul sîm, măsurat de la pubis și până la ombilic, era de 13 cm. În sens transversal tumora măsură 23 cm.; prin percuție s'a găsit matitate, atât în decubitul dorsal, cît și în acel lateral.

Prin vagin se simțea cu mare greutate colul, căci era împins spre pubis. Orificiul colului abia perceptibil; ambele labii muiate. Corpul uterului nu se putea limita; el se continua cu tumora.

Fundul de sac posterior și lateral stîng erau ocupate de tumoră. Acesta dădea o senzație foarte pronunțată de fluctuație.

La 26 Septembrie, D-l prof. Severeanu a punționat tumora în regiunea hypogastrică, cu o seringă veterinară de Pravaz și a scos 6 seringe pline cu puroi.

A doua zi, d-sa a deschis larg abcesul, pe cale abdominală.

A încisat peretele abdominal în întindere de 10 c. m., pe linia mediană a regiunii hypogastrice și a interesat pe rînd, toate țesuturile până la tumoră. Către partea posterioară, acesta adera pe o foarte mare întindere la peretele excavației pelviane; din care cauză orî-ce extirpare era imposibilă. Dar la partea anterioară, nu exista aderente între peritoniul parietal și tumoră.

A încisat peritoniul parietal al marginelor plăgei de jur-împrejur cu fața anterioară a tumorei. Apoi a punționat tumora cu un trocar; prin canula acestuia s'a scurs atunci un kilogram de puroi fetid. În urmă, a lărgit incisiunea cu bisturiul butonat; ceia ce a ocazionat o mare hemoragie, din cauză că peretele cavității purulente era însuși peretele uterin.

După ce s'a făcut hemostasa, un ajutor a introdus sonda uterină prin vagin până în uter ; dar nu a putut pătrunde în cavitatea purulentă. Ne-am convins în modul acesta că nu exista nici o comunicație între cavitatea purulentă și cea uterină. Colecțiunea purulentă se formase saū în peretele anterior uterin, saū pôte în una din cavitățile unui uter bifid.

După ce s'a golit complet colecția de puroiū, s'a făcut irigațiuni abundente cu soluția corosivată în pungă și s'a tamponat acésta cu tifon iodoformat.

Operația a durat o oră. Anestesia a fost obținută cu chloroform chloral.

Bolnava a mers progresând spre bine, și la 29 Octombrie 1891 a eșit din spital, aprópe complet vindecată.

Obs. IX. Pelvi-peritonită supurată. Deschiderea colecției purulente prin vagin; Vindecare.

R. A., de 28 ani, domiciliată în calea Moșilor din capitală (clientă privată), fără profesiune (căci se ocupă numai cu menagiul casei), a recurs la îngrijirea noastră la 15 Septembrie 1892, pentru o afecțiune abdominală.

Tatăl ei suferă de mai mulți ani de fistule anale. Muma sa este sănătoasă.

A avut 8 frați, dintre cari unul a murit fiind copil, de o tuberculosă a ganglionilor mesenterici ; iar cei-l'alți trăesc și sunt sănătoși.

În copilărie, a avut o febră eruptivă și adese-orî accese de febră palustră ; n'a avut accidente scrofulóse, nici vulvo-vaginita copilelor.

Pe la 13 ani a apărut menstruația. Acésta a fost normală, până ce s'a măritat.

La etatea de 23 ani și câte-va luni s'a măritat, și după 10 luni a născut un copil, la termen. A suportat bine sarcina, și după facere nu a rămas bolnavă.

După 11 luni de la acésta nascere, a rămas grea pentru a doua oră. De astă-dată, a avut grețuri și óre-cari dureri, în

timpul gravidității. Nascerea a fost normală; nimic important în privința leuziei. A alăptat copilul timp de un an. În ultima lună a alăptării, a început a avea o scurgere purulentă vaginală, fără însă ca micțiunea să fie durerosă. Soțul ei avea atunci o blenoragie, și dânsa crede că scurgerea a căpătat-o de la el.

După ce a înțecat copilul, menstruele au reapărut. Acestea au venit pentru prima dată cu grețuri, vărsături și dureri; dar n'au durat decât două zile și nu au fost prea abundente. Curând după încetarea menstruelor, a suferit mai mult timp de dureri în diferite încheeturi, care au reținut-o câte-va zile la pat. Și fiind-că a continuat de a avea scursóre vaginală, a consultat în luna Septembrie 1891 pe Dr. Hepites, care examinând-o i-ar fi spus că are un ulcer pe gîtul mitrei. Însă dânsa nu s'a ameliorat cu tratamentul ce l'a urmat; din contra, a fost silită să se pună la pat, din cauza durerilor mari ce simția în lombe și ambele cõpse. Apoi a început a avea febră, vărsături biliöse și scurgere vaginală foarte abundentă. Suferea foarte mult de constipație și într'o zi, acesta necedând purgativelor, a făcut că creadă pe un medic, care a fost consultat atunci, că are o ocluzie intestinală.

Peste cât-va timp, fu consultat D-l profesor Drăghiescu, care a propus o răzuire a mitrei; dar bolnava n'a acceptat această operație și a urmat tratamentul următor: irigații antiseptice vaginale, aplicațiunii de tinctură de jod și tampõne de glycerină pe col, băi de sare de Franzensbad și de mare, etc. După câte-va luni de asemenea tratare, s'a ameliorat; așa încât prin Martie, a început să-și vadă de menagiul ei. Durerile și starea generală îngrijitoare s'au amendat; de asemenea, scurgerea vaginală s'a mai împuținat. A persistat însă, în regiunea ovarelor o durere suportabilă, care devenia mai simțitoare în timpul mersului.

La această epocă, a consultat pe Dr. Cantacuzino, care ar fi găsit că uterul este în retro-flexiune, foarte voluminos, dureros și fixat în această pozițiune de bride fibröse, ce se simțiau în infundătura vaginală posterióră.

În vara anului 1892, a făcut 20 de băi la Lacul-Sărat și bolnava ar fi venit de acolo complet restabilită; așa încât

pe la începutul lunii Septembrie acelaș an, crede că ar fi rămas însărcinată. Atunci, după îndemnul unei mōșe, ar fi încercat să avorteze înțepându-și colul uterin cu tigea unei plante. Din cauza acēsta ar fi avut o hemoragie și mari dureri, care s'aū însoțit mai în urmă de febră și vărsături. Fiind îngrijată de aceste turburări, a intrat în serviciul d-lui Dr. Cantacuzino, unde 'i-s'a stabilit diagnosa de perimetrită și 'i-s'a aplicat o vesicătore în regiunea hypogastrică. După două zile n'a mai vroit a sta în spital și a eșit fiind într'o stare mai rea încă decât când intrase.

La 15 Septembrie 1892 fiind consultat, am constatat următoarele:

Bolnava foarte slăbită. Avea dureri în lombe și ambele cōpse; inapetență complectă; grețuri, vărsături și constipație; palpi-tații și dureri în încheeturi. Accese de febră, fior, căldură și sudore.

Nimic anormal din partea organelor, afară de cele genitale.

Abdomenul puțin tumefiat și foarte dureros la presiune. Uterul în retroflexiune, fix și foarte dureros la presiune. Orificiul colului normal; nici o ulceratie sau eroziune nu există pe col. In infundătura vaginală posterioară, o tumefacție foarte proeminentă, durerosă și fluctuentă. Acēstă se întindea puțin și către infundăturile laterale ale vaginului; dar mai mult spre partea dreptă. Nimic din partea vesiceii. Prin rect, se constată foarte lesne tumefacția inflamatorie, din cavitatea lui Douglas.

Fără a mai face nici o punție exploratrice, atât era de evidentă fluctuația, am făcut o incisie transversală, de patru cm. pe partea cea mai proeminentă a colecțiunei purulente. M'am servit pentru acēsta, de două valve a speculului Simon-Bogemann și de un simplu bisturiu. O mare cantitate de puroi s'a scurs prin acēstă deschidere, și introducēnd degetul în punga purulentă, am constatat că ea avea mărimea unui ou de găscă. Am făcut irigațiuni antiseptice (alternativ cu corosiv, acid boric și acid fenic), atât în ziua operației cât și în zilele următoare și am tamponat punga purulentă cu tifon jodoformat.

Bolnava s'a simțit foarte bine chiar de a doua zi și încetul cu încetul starea generală s'a ameliorat; așa încât după două

săptămăni de la deschiderea abcesului, a părăsit patul. Totuși, am continuat cu irigațiile și cu tamponarea pungei la două și pe urmă la trei zile odată.

Pe la finele lui Octombrie, a avut menstruele; acestea au venit cu ore-care dureri. Din această cauză dănsa s'a îngrijat foarte mult și s'a pus din nou la pat, pentru a nu'l mai părăsi decât pe la finele lui Ianuarie. În tot acest timp de trei luni, atât starea generală cât și cea locală se ameliorează continuu și în mod foarte simțitor. Cu toate acestea, bolnava avea din când în când palpitații, inapetență, insomnie și mai cu seamă, era foarte îngrijată de starea sănătății sale. Numai după mai multe consultări, ce am făcut în diferite rânduri, cu d-nii Dr. Leonte, Severeanu și Theodorescu Florea, am reușit a o convinge, că este bine și că trebuie să părăsască patul.

La 1 Februarie am văzut pe această bolnavă. Vindecarea se menține. Starea generală bună; uterul în retro-flexiune, fix dar nedureros; colul normal. În infundătura laterală stângă a vaginului, se simte o indurație, pe care se vede cicatricea rezultată din deschiderea abcesului.

Punga, cicatrindu-se, pare să se fi deviat spre partea stângă. În infundătura posterioară se găsește o mică indurație; acesta pare a fi fundul uterului, sau vechi exudate fibróse care fixază acest organ în poziția sa viciósă.

Nici o scurgere vaginală.

La 8 Martie, am văzut pentru ultima oară pe această bolnavă și am constatat de asemenea, că vindecarea se menține. Totuși, ea este îngrijată și încă nu i-se pare că este complet restabilită; căci în timpul menstruelor simte orecare durere la hypogastru.

Nota. Mai trebuie să adăugăm, că în timpul când am dat îngrijirea noastră acestei bolnave, bărbatul său a suferit de o orchiepididimită blenoragică dintre cele mai tipice. El avea blenoragie de foarte mult timp.

Obs. X. Pyo-salpingită dublă. Laparotomie; Mörte

Rosa Mendel, de ani 32, văduvă, de profesiune cusătorésă, intră în serviciul primei clinici chirurgicale din spitalul Colțea. Ia 16 Februarie 1893.

Nimic demn de notat în antecedentele sale hereditare. Tatăl ei a murit în etate de 70 ani, de febră tifoidă; iar muma ei în etate de 55 ani. Nu pöte să precizeze de ce afecțiune. A născut 10 copii, dintre cari patru au murit fiind mici, cinci trăiesc și sunt sănătoși; iar unul ar fi scofulos (adenite cronice cervicale).

Ca copilă, a fost în tot-d'auna sănătösă. N'a avut accidente scrofulöse, nici vulvo-vaginita copilelor.

La etatea de 15 ani s'a stabilit menstruația. Acesta până la măritiș a fost normală. Inainte de a se mărita, n'a avut nici odată scursöre vaginală.

La etatea de 17 ani s'a măritat și a trăit cu bărbatul sëu 12 ani, după care timp s'a despărțit. Acest bărbat nu ar fi avut nici o afecțiune venerică.

La un an după ce s'a măritat, a născut un copil. Nascerea a fost normală; de asemenea și urmările ei. A alăptat singură copilul timp de un an și trei luni. După ce l'a înțareat a rămas din nou grea; însă a avortat în a treia lună. Nu se pöte precisa cauza acestui avort.

După trei zile de la expulsarea foetului, a simțit dureri mari în abdomen, pentru care a consultat un medic. Acesta îi-ar fi recomandat onecțiuni cu unguent mercurial pe abdomen. A stat atunci la pat 2 săptămăni; nuși pöte aduce aminte dacă abdomenul era tumefiat.

Un an după acesta a rămas din nou grea; dar a lepădat iarăși în a treia lună.

După 12 zile de la avort, a simțit din nou dureri în abdomen, pentru care a consultat un medic. Acesta îi-ar fi recomandat cataplasme pe abdomen și băi calde de ședut. De astă-dată, n'a stat la pat și după vre-o câte-va zile durerile au dispărut; dar nu totalmente, căci din când în când simția öre-cari dureri în abdomen.

După 2 ani de la acest avort, durerile au început iarăși a se mări. Timp de 5 luni n'a mai avut menstruele; însă nu a stat la pat. D. profesor Dr. Stoicescu, fiind consultat atunci, i-ar fi recomandat să mérégă la Franzensbad.

A plecat la aceste băi, dar s'a oprit la Viena, unde s'a arătat profesorului Braun. Acesta a făcut o puncție aspiratrice în abdomen și a scos sânge amestecat cu puroi.

După 8 zile de la această puncțiune, a avut o scursóre de puroi bruscă și foarte abundentă prin vagin. D-rul Braun i-ar fi scos atunci din vagin, o carnositate de mărimea unui pumn.

De atunci și până astă-zi a fost neconținut bolnavă.

Nu s'a mai măritat și a avut neconținut scursóre vaginală.

Cu zece luni înainte de a intra în serviciul D-lui profesor Severeanu, a început din nou să aibă dureri violente în abdomen, grețuri, vărsături și căldură. Aceste turburări, au silit-o să se pună la pat, pe care nu l'a mai părăsit până la intrarea sa în spital.

În intervalul acestor zece luni ar fi fost câte-va săptămâni în serviciul D-lui profesor Asaki, unde i s'a aplicat vesicatori pe abdomen. De asemenea Dr. Roth i-ar fi recomandat cataplasmе, tinctură de jod, etc.

Cu o săptămână înainte de a intra în spital a consultat și pe Dr. Drăghescu care i-a spus că trebuie operată și a recomandat-o D-lui prof. Severeanu.

Bolnava nu e mult slăbită. Starea generală e bună; Organele normale. Are dureri de mijloc și de abdomen care sunt mai intense și mai exagerate în timpul mersului.

Palpația abdominală este foarte dureroasă în regiunea hypogastrică dreaptă; dar nu se găsește nici o tumoră în această regiune.

Organele genitale externe normale. Colul uterului privesce îndărăt și spre stînga. Mitra în anteflexiune. În infundătura laterală dreaptă și în cea posterioară există o tumoră fluctuantă care e aderentă de uter. Explorațiunea provocă dureri mari. Anexele stîngi nu se pot explora din cauza acestor dureri.

La 17 Februarie, după ce bolnava luase cu o zi mai înainte un purgativ, și după ce s'a luat toate măsurile de antisepsie

și asepsie obicinuite ale serviciului, D-1 profesor Severeanu asistat de noi a procedat la operație în modul următor:

S'a făcut o incizie pe linia mediană de 8 c. m. Neputându-se introduce mâna s'a mai prelungit incisiunea cu vre-o 5 c. m. ocolindu-se spre stînga, ombilicul. Intestinul și epiploonul au herniat în mare cantitate prin plagă și nu s'a putut menține decât în o compresă afară din cavitate. Epiploonul era aderent de tumoră într'o întindere foarte mare. S'a desfăcut aceste aderențe cu degetul.

Introducându-se mâna, s'a constatat că uterul e pe linia mediană, mobil și că anexele din partea stîngă sunt normale.

În partea dreaptă se simțea o tumoră, care coprindea mai multe anse intestinale și fundul caecului. Între acestea era un lob mai pronunțat de volumul unei curmale care s'a enucleat și s'a extirpat.

În cavitatea lighianului în jos și înapoi către dreapta se simțea o tumoră môle, elastică, fluctuantă, foarte fixă, de volumul unei portocale și care avea conexiuni intime cu uterul. S'a scos în plagă tumora care engloba intestinalele și s'a desfăcut cu degetul aderențele dintre ansele intestinale.

În timpul operației s'a făcut o puncțiune prin vagin cu trocarul Chassaignac, în punga din micul lighian. Din acesta s'a seurs o cantitate ca de 150 grame de un liquid sero-sanguinolent. Tumora era atât de aderentă încât extirparea a fost imposibilă. S'a spălat apoi cavitatea abdominală cu soluție boricată 4‰, după aceea cu apă sărată 7‰. S'a făcut apoi cusătura în două etaje; unul profund pentru peritoniu, aponevrosă și mușchi, cu cîrdă; altul superficial al tegumentelor cu mătase. Apoi s'a pansat.

Anestesia s'a obținut cu cloroformu cloral Schering, administrat în mod intermitent (35 c. m. c.). Nicî un accident în timpul anesteziei; dar rezoluția s'a obținut cu multă dificultate.

Operațiunea a fost foarte laborioasă, din cauza multelor aderențe.

Deșteptarea după operație s'a obținut cu mare anevoință prin diferite mijloce, între care inspirațiuni prelungite de amoniac. Pacienta foarte agitată, neavînd nici cunoscînță, nici

de ceea ce face, făcând mișcări desordonate cu membrele și corpul. Temperatura a început a scădea imediat după operație; așa încât pe la ora 6 a ajuns la 35°,5. La ora 7 a succumbat prin deperdițiune.

Necropsia. La autopsie, am găsit o mică cantitate de serozitate sanguinolentă în cavitatea pelvienă.

Uterul este voluminos și globulos. Fața sa anterioară este liberă; cea posterioară aderă prin câte-va fâșii fibröse de trompa stîngă. Pereții uterului sunt mai groși decât în starea normală. Mucósa corpului este îngroșată, fongósă și de o coloré foarte închisă, echymotică. În cavitatea corpului uterin există o mică cantitate de puroi roșatic. În grosimea mucósei cervicale există câte-va ouă de a lui Naboth. Ostiele trompelor nu permit introducerea unui stilet, orî cât de mic ar fi el.

Trompa stîngă este puțin dilată și mai flexuósă ca în starea normală. Pavilionul său privesce îndărăt, cuprinde în concavitatea lui ovarul corespondent și aderă prin patru fâșii fibröse lungi la partea inferioară a feței posterioare a uterului. În cavitatea sa, aprópe de pavilion, există o cantitate mică de puroi roșatic. Terțul intern al trompei pare a fi normal.

Ovarul stîng este de mărimea și consistența normală. În substanța lui corticală există un mic kyst cu pereții colorați în galben.

Trompa dreaptă este mult mai alterată ca cea stîngă. Ea este foarte dilată și flexuósă; dar totuși nu întrece volumul unui deget. Acéstă dilatare este mult mai pronunțată către terțul extern; iar către cel intern, adică de inserție pe uter, trompa este aprópe normală. În cavitatea sa există o cantitate de puroi roșetic, mai mare ca în trompa stîngă.

Ovarul este voluminos, cât o portocală mijlocie. El conține mai multe kyste, dintre cari unul este mult mai mare ca tóte cele-lalte și conține un coagul de sínge. Acesta presintă o perforație care 'l face să comunice cu vaginul și o alta prin care comunică cu cavitatea lui Douglas. Aceste perforațiuni s'au făcut cu trocarul ce s'a introdus în vagin în timpul operației. Cele-lalte kyste conțin un lichid citrin transparent.

Acest ovar polikystic cât și salpinxul forma o singură tu-

moră, atât de bine erau lipite unul de altul. Această tumoră mai adera încă la apendicele vermicular, la caecum și la ultima porțiune a ileonului. Aderențele erau fibróse. Una din ele îngongióră o ansă a ileonului în așa mod încât este de mirat cum acest intestin nu s'a strangulat.

Atât în ileon, în caecum cât și în apendicele vermicular nu existau ulcerații sau alte alterațiuni.

Tumora de mărimea unei curmale, care s'a resecat în timpul operației a fost apendicele vermicular. Nimic în cele-lalte organe.

Din cavitatea apendicelui vermicular am făcut însemnări pe agar-agar și gelatină. S'a dezvoltat mai multe varietăți de bacterii saprogene.

Din puroiul conținut în trompa dreptă, am inoculat o mică cantitate, la un epure de casă și la un purcel de India. Purcelul a murit după patru zile cu fenomene septice. La necropsia lui am constatat un flegmon difus în regiunea unde s'a făcut inocularea și abcese multiple în ficat.

Insemnările făcute cu puroiul din trompă și acele făcute din organele purcelului mort au arătat dezvoltarea unei bacterii scurte cu sporii la una din extremități. Această bacterie se aseamănă cu cea care se observă în gangrena descrisă sub numele de bacillus putrificus coli (Bienstock).

Examenul microscopic făcut de D-l prof. Babeș a arătat următoarele:

Mucósa puțin îngroșată și infiltrată de celule mici. Glandele puțin dilatate. Musculatura nu arată nimic particular. Infiltrația nu trece dincolo de mucósă.

Porțiunea din trompă tăiată de la inserția acestuia pe uter prezintă între fibrele musculare puțină infiltrație celulară. Vasele sunt puțin proliferate și pereții arterelor îngroșați. Mucósa este îngroșată și prezintă multe celule mici.

Secțiunile din aceleași piese colorate prin procedeul lui Gram nu arată nici un microb.

Obs. XI. Flegmon peri-uterin supurat. Incisie pe calea vaginală; Ameliorare.

Alexandrina Economescu, în etate de 26 ani, măritată, și fără profesiune căci se ocupă numai cu menajul casei, a intrat la spitalul Colțea în serviciul primei clinici chirurgicale a D-lui profesor Dr. Severénu la 6 Martie 1892.

În antecedentele sale hereditare, nu se găsește nici o afecțiune care să aibă relațiune cu afecțiunea actuală. Tatăl său a fost de o constituție forte și a murit în etate de 70 ani. Muma sa a murit la etatea de 35 ani; nu se poate precisa afecțiunea care i-a cauzat mórtea; dar n'ar fi tușit nici odată.

Bolnava are o singură soră, care este măritată de șapte ani; acesta nu a avut nici copii, nici lepădături și este sănătoasă.

Pe la etatea de 4 ani, Alexandrina Economescu ar fi suferit de o angină difterică și mai târziu, adică peste un an, de o tușă convulsivă. A avut adesea ori accese de febră intermitentă. La etatea de 6 ani a suferit de o leucoree, care a durat mai multe luni; această afecțiune a fost probabil o vulvă-vaginită a copilelor.

Menstruele au apărut la etatea de 12 ani. La început acestea erau abondente și neregulate; une-ori ele veneau la două, la trei săptămâni și alte ori, la intervale mai mari. Nu avea însă nici odată dureri, în timpul lor.

La etatea de 14 ani a fost bolnavă, timp de vre-o 9 luni. Ea a stat atunci șase săptămâni în spitalul Colțea și alte șase, în spitalul Filantropia. Medicii care a căutat-o, i-ar fi spus că are inflamație la mitră și i-au administrat oncțiuni cu unguent mercurial, cataplasme; iar mai târziu vesicatori pe abdomen. În tot timpul cât a fost bolnavă, nu a avut de loc menstruele. Suferințele au constat în dureri la hypogastru, în lombe și în ambele cõpse. Abdomenul era tumefiat. Tõte acestea se însoțeau de grețuri și vărsături. Această afecțiune i-ar fi venit, țice dânsa, din cauza unei lovituri violente ce i s'a dat cu piciorul, în regiunea hypogastrică.

Mult timp după ce s'a restabilit de această lungă bõlă, a con-

tinuat încă a mai avea dureri din când în când la hypogastru și în ambele cõpse. Menstruele aũ reapãrut; dar aũ fost fõrte neregulate și dureroase.

De la începutul acestei bóle și chiar dupã ce se restabilise, bolnava a avut neconținut o scursõre abundantã vaginalã. Această leucoree a persistat și dupã mãritiș.

La etatea de 18 anĩ s'a mãritat. Menstruele veneau mai regulat în timpul cãsãtoriei; dar scurgerea vaginalã din intervalul lor a devenit mai abundantã ca mai înainte. Această scurgere a prezentat diferite caractere; ea era când serõsã, când purulentã și alte ori muco-purulentã. Dupã șase luni de la cãsãtorie, a avut din nou dureri violente în abdomen; acestea s'aũ însoțit de simptome de iritație peritonealã; și aũ silit-o sã stea la pat vre-o șase sãptãmãni. Aceleași fenomene s'aũ repetat dupã un an.

În tot timpul cãsãtoriei, nu a avut nici copii, nici lepãdãturi.

Bãrbatul sãu ar fi avut în mai multe rinduri blenoragie.

Cu douẽ sãptãmãni înainte de a intra în spital, ar fi rãcit. Era tocmai în timpul unei epoce catameniale și abia încetase menstruație când a simțit fiori de friguri și dureri în abdomen; aceste erau mai cu sãmã pronunțate în partea stãngã a regiunii hypogastrice. Curãnd dupã acesta, a început a avea grețuri și vãrsãturi; apoi, abdomenul s'a tumefiat. Aceste simptome erau așa de pronunțate, încãt chiar a doua ñi de la ivirea lor s'a și pus la pat. A pus cataplasme pe abdomen și a fãcut bãi de ședut cu tãrãțe de grãu; mijloce de alinare a suferințelor, de care a usat fõrte adese în alte rinduri, când a avut turburãri analõge acestora. Afectiunea însă a progresat din ce în ce mai mult și atunci s'a decis a ne consulta pe noi. Când am vëdut pentru prima datã pe acestã bolnavã, starea în care se gãsea era gravã și constatãnd cã în vagin exista o tumorã inflamatorie care amenința sã spargã și care reclama o intervenție urgentã, am consiliat-o a intra în spital; cea ce a și fãcut.

Iatã ce s'a constatat în ñiua intrãrii sale în spital (serviciul D-lui profesor Severeanu).

Bolnava era de o constituție robustã; avea sistemul mus-

cular și osos bine dezvoltate. Dănsa nu părea a fi mult slăbită de bătă. Cu toate acestea, avea accese febrile foarte pronunțate; dureri foarte mari în abdomen și un tenesm vesical însemnat. Durerile erau atât de violente, încât nu se potoleau nici chiar cu supositorii de morfină și bolnava era din cauza lor, într-o agitație continuă. Aceste dureri erau viu simțite în regiunea hypogastrică, în acea lombară stângă și în cóspsa stângă. Bolnava mai suferea încă și de o constipație pronunțată.

Abdomenul era balonat și explorarea prin pereții îi provocă dureri atât de mari, încât nu a dat nici un rezultat, în privința sediului și a naturei tumorei. Examenul vaginal denotă existența unei tumefacție foarte proeminentă în infundăturile vaginale anterioară și laterală stângă. Această tumefacție dădea o senzație de fluctuație manifestă și era foarte dureroasă la pipăit; ea prezenta pe trajectul unui vas pulsațiuni foarte ample și lesne de simțit. Uterul era deviat spre partea dreaptă și foarte fix. Cavitatea sa avea șapte centimetri de întindere. Din vagin se scurgea o materie muco-purulentă abundantă și foarte fetidă.

Celelalte organe erau normale:

A doua zi după intrarea ei în spital, D-l profesor Severeanu a operat-o în modul următor:

După ce s'a făcut anestesia cu chloroform Schering (metoda cantităților mari cu intermitențe) și s'a vidat complect vesica urinară, D-l profesor Severeanu, cu ajutorul aparatului lui Potain, a făcut o puncțiune în vagin; a condus trocarul pe deget și l'a înfipt în partea cea mai proeminentă a tumorii inflamatorii; adică în infundătura vaginală stângă. Prin canulă a eșit îndată, un puroi verde și foarte fluid. S'a întrerupt apoi aspirația și s'a introdus în vagin două ramuri ale speculului Simon Bozemann; iar către partea stângă un depărtător vaginal. Apoi, conducându-se de canula trocarului, D-l profesor Severeanu a incizat cu bisturiul punga purulentă și a mărit în urmă incisiunea cu bisturiul butonat. Prin această deschidătură, a introdus în pungă, un tub gros de drenaj pe care l'a fixat de perii de la vulvă. Prin el a făcut injecțiuni prelungite de soluție de sublimat corosiv 50 centigr. $\frac{0}{100}$

cu ajutorul unui irigator. În fine a terminat printr'o irigație cu soluția de acid boric.

Indată ce s'a deșteptat din somnul chloroformic, bolnava a simțit usturime în vesică și trebuință de a urina. Atunci s'a sondat și s'a găsit că urina era turbure, și că cele din urmă picături erau sanguinolente. Pentru a ne asigura dacă vesica era saū nu interesată, am introdus o soluție de acid boric prin tubul de drenagiū și lăsând sonda în vesică, am observat că liquidul antiseptic venea prin ea; cea ce ne-a denotat, că exista o comunicare a vesicēi cu pungă purulentă.

S'a administrat câte 3 grame de salol pe fie-care și și s'a făcut spălături repetate cu acid boric, atât în pungă cât și în vesică. S'a suprimat supusitoriele de morfină; căci bolnava numai acusa nici o durere.

În zilele următoare a mers din ce în ce mai bine; dar la 12 Martie s'a congediat și a eșit din spital, căci nu mai a voit să accepte ca să i se facă spălături în vesică și în punga purulentă.

Obs. XII. Salpingită stîngă supurată. Incisiunea peretelui abdominal și a cavității purulente; vindecare.

R. K. din Bărlad, de 40 ani și fără profesiune, căci se ocupă numai cu menagiul casei sale, a intrat în serviciul primei clinici chirurgicale a D-lui profesor Severeanu din spitalul Colțea la 1 Martie 1892.

Nu se găsește nimic important în antecedentele sale hereditare. De asemenea, din partea colateralilor, nu este nimic demn de a fi notat.

În copilărie a avut adese-ori accese de febră intermitentă; dar nici o altă bôlă.

Menstruele au apărut la etatea de 14 ani. Aceste au fost la început normale; căci nu duraū de cât 3—4 zile, venēū fără dureri și forțe regulat la fie-care lună.

La etatea de 17 ani s'a măritat și a avut 11 copii. Trei din ei au murit; unul de meningită tuberculôsă, altul de difterie

și al 3-lea de o coxită tuberculosă. Ceilălți trăese și sunt sănătoși. Bărbatul său de asemenea trăese și este sănătos; dănsul ar fi avut două surori care au murit de tuberculosă pulmonară.

N'a avut nici odată avorturi. Menstruele au fost mai totdeauna normale. Pretinde a fi suferit de reumatism și de dilatație de stomac.

La 17 Decembre 1891 a născut ultimul copil; adică al 11-lea. Facerea a fost normală. În primele 8 zile ale lehzuziei, a fost foarte bine; a noua și însă, a început să simtă dureri în abdomen. Aceste dureri erau mai pronunțate în partea stângă a hypogastrului. Curând după acesta, a început a avea accese de febră repetate. Doctorul pe care la consultat, i-a prescriș oncțiuni pe abdomen cu unguent mercurial beladonat și antipirină la interior; în urma acestor medicamente, durerile s'au mai potolit și temperatura a mai scăzut.

După două săptămâni de la naștere, simțindu-se mai bine, a părăsit patul și a umblat prin casă; dar după două zile, iarăși a început a avea dureri în partea stângă a regiunii hypogastrice. De asemenea, temperatura s'a urcat din nou. A cincea și, a fost nevoit să se pună iarăși la pat, și de astă dată nu l'a mai părăsit până când a intrat în spital.

Doctorii din Bărlad au diagnosticat o salpingită și pentru a împedica supurația i-au aplicat pungă cu gheață pe abdomen, în regiunea durerosă. Bolnava însă, slăbea tot mai mult pe fie-care și; durerile din ce în ce mai mari, temperatura era adese-ori ridicată; avea grețuri și vărsături. În timp de două luni, tot arsenalul terapeutic se întrebuințase, pentru a combate aceste tulburări; dar fără nici un rezultat. Atunci D-I profesor Severeanu fu chemat la Bărlad. D-sa a constatat o salpingită și deși nu simția bine fluctuația, a sfătuit-o să vină la Bucuresci pentru a o opera.

La 1 Marte a intrat în spital; dar după două zile a eșit preferând mai bine să se caute în oraș.

Bolnava era foarte slăbită. Abdomenul foarte dureros la pipăit, în regiunea hypogastrică. Prin examenul vaginal combinat cu palpeul abdominal, se simția, în infundătura laterală stângă a vaginului, o tumoră de mărimea unei chitre mari, fixă și du-

rerósă. Ea dădea o senzație de fluctuație foarte obscură. Uterul era deviat spre partea dreaptă, fix și se continua cu tumora. Nimic din partea anexelor uterine drepte. Gîtul uterin normal. O cantitate însemnată de albumină în urină; dureri abdominale, grețuri și vărsături. Cele-l'alte organe normale.

La 16 Martie, D-l profesor Severeanu, sub a cărei supraveghere continuă să afla bolnava, de la eșirea ei din spital, a găsit fluctuație în partea stîngă a hypogastrului. În această regiune D-sa a făcut a doua și o puncție explorative, cu o seringă de Pravaz și a extras o mică cantitate de puroi.

La 17 Martie D-sa, asistat de noi, a operat-o sub anestezie chloroformică. A făcut o incizie de 6 c. m. pe peretele abdominal, în locul unde făcuse mai înainte puncția. A incizat strat cu strat tegumentele, aponevroasă, etc., și apoi a deschis punga purulentă care era aderentă pe o mare întindere de peretele abdominal. O mare cantitate de puroi s'a scurs atunci, prin incisiune. După ce s'a spălat bine cavitatea și plaga cu o soluție corosivă de 0,50 ‰, s'a pansat cu tifon și vată sublimată. Cavitatea peritoneală nu a fost deschisă.

În zilele următoare, s'a schimbat regulat pansamentul și s'a făcut irigațiuni antiseptice abundente. În regiunea operată, a persistat mult timp o indurație; dar când supurația a încetat, a dispărut și acesta.

La 25 Aprilie, plaga era complet cicatrizată. Prin palpația abdomenului nu se mai simțea nici o tumoră și nici o indurație. Prin explorarea vaginală combinată cu palpația abdominală, totul revenise în stare normală. Uterul mai era însă, puțin fix și în dreptul anexelor stîngi, se simțea o mică indurație; dar nedurerósă.

În tot timpul zăcerei, a avut multă albumină în urină; dar de a 2-a și după operație, albumina a început să se împuțineze și în cele din urmă, acesta a dispărut cu totul.

Obs. XIII. Flegmon ante-uterin; incisie prin vagin;
vindecare.

Arghira Mușețeanu, de 45 ani, văduvă și fără nici o profesiune (menageră), a intrat la spitalul Colțea, în secția D-lui profesor Severeanu (divisiunea I Clinico-Chirurgicală) la 27 Septembrie 1890.

Muma sa a murit la etatea de 22 ani, de tuberculosă pulmonară. Bolnava nu avea decât șase luni atunci și a fost alăptată de o doică. Scie pozitiv de la tatăl său, că muma sa a suferit foarte mult timp de tuberculosă; chiar înainte de a se mărita ar fi fost bolnavă de această afecțiune.

Tatăl său a murit la vârsta de 60 ani; el ar fi răcit și ar fi zăcut patru luni de o afecțiune pulmonară, care în cele din urmă 'i-a cauzat mórtea. Bolnava nu scie dacă a suferit și el de tuberculosă; dar 'și aduce aminte că tușea adese-orî.

Unul din frații ei a murit la etatea de 26 ani, tot de tuberculosă pulmonară. Altul trăește, dar este foarte slab, de o constituție delicată și tușește adese-orî. Aceștia sunt singurii pe care 'i-a avut; căci nu au fost decât trei la 'părinți, adică bolnava și acești 2 frați.

A stat tot-d'auna în Bucuresci și nu a avut nici odată altă ocupație, decât de a vedea de menagiul casei sale.

La 16 ani a avut pentru prima óră menstruele. Atunci, în timp de o săptămână aprópe, a avut dureri continue, pentru care pune mereu cărămiđi calde pe abdomen. Cantitatea de sînge, ce a avut la această primă epocă, a fost mică. Menstruele au continuat de a fi tot astfel până ce s'a măritat, adică puține și în tot-d'auna însoțite de dureri mari; ele dursă cel mai puțin opt zile.

Ca copilă, nu a avut nici odată vre-o bólă serioasă; dar era debilă și avea adese orî dureri în abdomen.

La etatea de 22 ani, s'a măritat și după o lună de la căsătorie a rămas grea; dar a avortat în a patra lună. A suportat sarcina cu greutate; căci a avut continuu dureri în abdomen, grețuri și vărsături. Pretinde a fi avortat din cauza mirosului de racii ce ar fi simțit trecând pe lângă un birt;

peste nópte, i-a venit dureri și a început să peardă sînge. Hemoragia a durat o septămână și apoi a avortat. A stat atunci o lună în pat, în care timp a fost căutată de Dr. Butate. Avea dureri mari în abdomen. D-rul i-ar fi scos resturile de placentă, ce dicea că i-ar fi rămas în mitră. După ce s'a remis de acest avort, a rămas cu o scurgere de puroi vaginală.

Bărbatul său nu ar fi avut nici odată afecțiunii venerice. Raporturile sexuale erau în tot-d'auna dureroase (simția că o lovia cu ceva); chiar de la prima și a căsătoriei a avut această senzație dureroasă. A trăit împreună cu soțul său numai patru ani, după care timp s'a despărțit de el, din cauza unor neînțelegeri ce existau între ei. În tot timpul căsătoriei, nu a mai rămas grea. De atunci și până astăzi, a rămas văduvă; dar a avut raporturi sexuale cu un altul. Acesta ar fi avut bóle venerice; însă bolnava nu póte să precizeze dacă a avut blenoragie.

De când s'a măritat și în tot timpul văduviei, a avut adesea ori dureri abdominale și alte tulburări, din partea organelor genitale interne.

În anul 1884 ar fi avut o peritonită, pentru care a stat două luni în spitalul Xenocrat. Doctorul i-ar fi spus că are o apostemă în abdomen și i-a propus o operație; însă dânsa nu a acceptat. Mai târziu, adică cu două săptămâni înainte de a intra în serviciul D-lui profesor Severeanu, a fost primită în serviciul D-lui profesor Stoicescu din spitalul Colțea, unde a fost tratată cu vesicatorii pe burtă, injecții vaginale calde, etc. Din acest serviciu a trecut apoi în al nostru pentru a fi operată.

În momentul intrării în spital, bolnava era foarte slăbită. Avea dureri în regiunea hypogastrică, micțiunea dificilă, dureroasă și frecventă; în același timp, accese de febră care erau însoțite de flori, insomnie și lipsă complectă de poftă de mănăcare. Explorația vaginală ne a denotat că există în înfundătura anterioară o tumoră care avea volumul unei portocale mari, era fluctuentă și foarte dureroasă. Vesica urinară conținea o cantitate mică de urină și era împinsă în sus. Uterul puțin mobil, colul normal. Anexele imposibil de palpat, din cauza durerilor.

La 5 Octombrie D-I profesor Severeanu a puncționat tumora prin vagin cu trocarul aparatului lui Potain și a extras o mică cantitate de puroi. Apoi, conducându-se de canula trocarului a incizat tumora cu bisturiul. Prin dischiștarea ast-fel făcută, s'a scurs 400 grame de puroi galben, gros și fără miros fetid. Nu a drenat, ci a spălat numai punga, făcând irigațiuni abundente cu soluția de corosiv 50 ctgr. ‰. Acastă deschidere s'a făcut fără ca bolnava să fie anestesiată.

Imediat după operație, s'a constatat că curgea urină prin vagin; dar durerile și junghiurile au dispărut complet, chiar de a doua zi.

În zilele următoare, s'a continuat a se face irigații antiseptice, în punga purulentă; acesta a diminuat foarte repede. S'a administrat dilnic, câte 3 grame salol la interior. Temperatura a scăzut și bolnava s'a restabilit foarte curând, atât ca stare generală cât și ca stare locală; însă, a rămas cu o mică fistulă vesico-vaginală.

În mai multe rânduri, adică la 18 și 27 Octombrie; la 16 și 28 Noembrie și la 22 Decembrie, s'a cauterizat această fistulă cu termo-cauterul Paquelin.

Dar, fistula persistând, s'a decis operațiunea; cea ce s'a și făcut la 20 Ianuarie 1891. S'a anestesiât cu chloroform și s'a operat avivând marginile fistulei și făcând apoi cusătura lor cu fire de mătase; s'a pus în vesică o sondă Sims. Acastă operație nu a reușit. Dar fistula devenind mult mai mică, s'a cauterizat marginile ei în mai multe rânduri cu nitrat de argint și la 9 Martie a eșit din spital fiind complet vindecată. Numai avea de loc incontinență de urină; ci numai ore-care frecvență a micțiunii.

În tot timpul cât a stat în spital, nu a avut de loc menstruele. Însă, aceste au venit mai târziu, dar în foarte mică cantitate.

La 28 Septembrie 1892, a venit să ne consulte pentru dureri ușoare ce simțea în regiunea lombară din partea dreaptă și pentru o mică scurgere de puroi ce avea prin vagin. Cu toate acestea, ea mănâncă, dörme bine și umblă foarte mult. Starea generală pare a fi bună. Töte organele sunt normale. Vesica conține o mare cantitate de urină. Fistula este complet

vindecată. Mitra este mică, puțin fixă și în anteversiune; gîtul uterin privesce înapoi și în jos. Anexele din partea dreaptă, sunt normale. În partea stîngă, se simte o ușoară tumefacție, care este durerosă când se explorează prin palpeul bimanual (vaginal și hypogastric). Vaginul este normal.

Obs. XIV. Salpingită dublă.

Alexandrina Georgescu, de anî 20, prostituată, din comuna Brăila, intră în serviciul primei clinici chirurgicale de la spitalul Colțea al D-lui profesor Dr. Severeanu, la 26 Ian. 1893.

Părinții ei trăesc. Tatăl său, în etate de 50 anî, a fost în tot-d'aună sănătos. Muma sa suferă de pept, tușescă și expectorează sînge. Acesta a avut 11 copii, dintre care 6 trăesc și sunt sănătoși.

Ca copilă a suferit de angină difterică și de scarlatină.

Menstruele au apărut la etatea de 12 anî; ele au fost foarte durerose și abundente, ast-fel încât a trebuit să stea opt zile la pat. De atunci, regulele au venit la fie-care două săptămăni, dărau cîte 8 zile și erau durerose; ast-fel încât trebuia să stea la pat în primele 2—3 zile.

La 14 anî s'a măritat și a trăit cu bărbatul 4 anî. Nu a purces grea nici odată. Bărbatul său nu a fost bolnav de nici o afecțiune venerică.

În intervalul menstruelor, a avut leucoree, pentru care D-l Dr. Minovicî din Brăila i-a recomandat spălături vaginale cu ceai de mușetel și cu un fel de praf auriu care se roșia cînd îl punea în apă.

În urmă, devenind prostituată, a căpătat un ulcer sifilitic, blenoragie și metrită, pentru care a intrat în serviciul D-lui Dr. Clement de la spitalul Colentina, unde i-s'a făcut o răzuire a uterului.

A stat 6 săptămăni în spital, după care timp a eșit vindecată. N'a mai avut leucoree vre-o 3 luni și menstruația a devenit regulată.

După 5 luni, a intrat din nou în serviciul prostituatelor din spitalul Pantelimon pentru o angină sifilitică, o bartolinită supurată și plăci mucose. Pentru angină s'a făcut cauterisări cu nitrat de argint și tinctură de jod; iar bartolinita, a fost deschisă de către internul serviciului. I s'a administrat fricțiuni cu unguent mercurial. A stat cinci săptămâni în spital și a eșit vindecată.

După cât-va timp, simțind din nou dureri în abdomen, a intrat în serviciul D-lui profesor Severeanu.

Examinând organele genitale, se observă următoarele: colul privesce îndărăt, este conic și are un orificiū mic, transversal. Uterul este în anteflexiune foarte pronunțată și deviat puțin spre stînga. Anexele din ambele părți, mărite și dureroase. Se simte cu foarte mare greutate aceste anexe, din cauza contracțiunilor abdominale și a durerilor ce provocă examenul.

La furculiță, are un ulcer simplu. Din orificiul excretor al glandei lui Bartholin stingi ese puroiū și ceva mai jos de acest orificiū se observă o cicatrice. Acesta este urma incisiunii făcute pentru bartolinita, de care a suferit mai înainte.

Nevoind să accepte operație, a fost concediată din serviciū la 16 Februarie.

La 10 Februarie am făcut însemnări pe agar și gelatină din conductul excretor al glandei lui Bartholin, care conține puroiū. Culturile isolate, ne-a permis de a isola două varietăți de coci ovoiși și cu spori la extremități, dar nepathogeni.

Puroiul, luat direct din canal și examinat la microscop, nu conține gonococi.

La 27 Februarie 1893, am făcut însemnări pe agar-agar și gelatină, din secrețiunea vaginală.

Pe agar, s'a dezvoltat două varietăți de bacterii; iar pe plăcile de gelatină s'a izolat patru varietăți de bacterii și bacili și două varietăți de coci. Una din bacterii este patogenă și lichifiantă; două sunt saprogene.

Injectând sub pelea unui purcel de India și a unui epure, secreție vaginală prealabilmente subțiată cu apă sterilisată, am determinat un abces local, fără fenomene generale.

Prin examenul puroiului din acest abces și prin însemnările

facute din el, am găsit bacterii, care s'aũ dezvoltat bine pe agar, sub formă de plăci uleióse cenuşii. Acestea lichifiază gelatina și forméză un precipitat cenuşiu, la fundul eprubetei.

Obs. XV. **Hypertrofia buzei posterioare a gítului uterin.**
Hysterectomie. Vindecare

Maria Peța, de ani 47, măritată și fără profesiune (se ocupă de menagiul casei), a intrat în serviciul primei clinici chirurgicale a D-lui profesor Dr. Severeanu din spítalul Colțea, la 23 Ianuarie 1893.

Nimic demn de notat în antecedentele sale hereditare.

În copilărie, n'ar fi suferit de nici o bolă.

La etatea de 15 ani, a apărut menstruația, în mod normal.

La etatea de 18 ani s'a măritat. A avut 11 copii și trei lepădături; în total 14 nasceri. Avorturile au alternat cu nascerile normale; nu se póte determina care a fost cauza lor.

A fost în tot-d'auna sănătósă. De asemenea și bărbatul său. Nici unul, nici altul, n'au avut boli venerice.

De patru ani a început a avea o scurgere purulentă vaginală, accese de febră din când în când și hemoragii. A avut și grețuri, dar nici odată simptome de adevărată peritonită. În regiunea hypogastrică, simția adese-oră puțină durere, care se amenda prin repaos. De curând, a început să simță că-í ese la vulvă o tumoră, în timpul defecației. Durerile luând proporțiuni mai mari, a fost nevoită ca să stea la pat vre-o două luni; dar nesimțind nici o ameliorare, s'a decis să intre în spítal.

Prin examenul vaginal se găsește o tumoră de mărimea unui ou, ovoidă, môle și elastică, care ține de labia posterioară a colului uterin. Labia anterioră este normală. Colul este îngroșat pe totă circumferența lui. Uterul este mărit de volum și întinde până la promontoriu, este foarte mobil, resistant și așezat pe linia mediană. Cavitatea uterină măsoară 7 c.m.

În partea dreaptă se găsește ovarul de mărimea unei nucí,

mobil și nedureros. În partea stângă, nu se poate simți anexe.

Din vagin se scurge o cantitate abundentă de puroi, amestecat cu sînge.

Organele genitale externe sunt normale.

La 6 Februarie 1893 s'a extirpat pe calea vaginală uterul și anexele din ambele părți.

Examenul pieselor extirpate. Fața anterioară a uterului, începînd de la fundul organului și până la marginea liberă a labiei anterioare a colului, măsoară 10 c.m.; fața posterioară, de la fund și până la marginea liberă a labiei posterioare hipertrofiată, 15 c.m. Tot segmentul posterior al uterului, dîndă-rătul inserției trompelor, este de $2\frac{1}{2}$ ori mai voluminos ca cel anterior. Corpul mitrei este globulos și aprópe sferic. Orificiul colului este transversal și foarte întredeschis. Labia inferioară este foarte hipertrofiată, așa încît formeză o adevărată tumoră; acesta este mai voluminosă spre extremitatea sa liberă, decît la baza de inserție. Mucósa care o acopere este de o colóre roșie deschisă.

Mucósa colului și a corpului uterin sunt îngroșate, fongóse și de o colóre echymotică. Suprafața de secțiune a uterului, are un aspect normal; cea a labiei hipertrofiate, are acelaș aspect; țesutul uterin se continuă cu acel al acestei labii, deadreptul și fără nici o linie de separație.

La 6 Februarie am făcut însemnări pe agar și gelatină din cavitatea corpului uterin. La 7 Februarie nu s'a dezvoltat nimic. La 11 Martie tot nimic.

De asemenea prin examenul microscopic nu am găsit nici un microb în grosimea mucósei saú a pereților uterului.

