Inv. 14105
Nr. 30560.

CURS CLINIC

DE

PATOLOGIE CHIRURGICALA

DE

Dr. I. KIRIAC

CAROLI
UNIVERSITATIS

VOLUMUL IV

Donațiunea Maiorescu
113868

TRATAT SPECIAL

DE

GYNECOLOGIE

CU 183 FIGURI IN TEXT

BUCURESCI
STABILIMENTUL GRAFIC I. V. SOCECŬ, STRADA BERZEI No. 59
1899 (Septembre).

RPR

BIBLIOTECA CENTRALA
A
UNIVERSITAŢII
DIN
BUCUREŞTI

No. Curent 30.560 Format .....

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

Secţia ..... Raftul .....

...TECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ
BUCUREȘTI
NOTA 30560

CONTROL 1957

Biblioteca Centrală Universitară
BUCUREȘTI
Cot. 30560 fuller
Inventar 113868

B.C.U. Bucuresti
C113868

D-Sale Domnului
Titu Maiorescu
Omagiu de înaltă stimă și
profundă recunoștință din
partea autorului
G. Kiriac

PREFAȚA

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

In volumul II, după ce am descris chestiunile generale ca tuberculosa, pustula malignă și tumorile, am trecut la afecțiunile luate după sistemele organice. Aci am studiat bólele chirurgicale ale pieleĭ, țesutuluĭ celular sub cutanat, aponevroselor, muschilor, tendónelor, arterelor, venelor, vaselor limfatice, ganglionilor, nervilor etc. In ambele aceste volume, am căutat se tratez cât se póte de complect tóte chestiunile, punêndu-le în curent cu ultimele cercetărĭ. Nu am perdut însă din vedere folosul practic și clinic. De aceia, la fie-care capitol am adăogat figurĭ demonstrative, maĭ tóte originale și luate din serviciul meŭ. Acolo unde mi-a fost cu putință, am întreprins experiențe, pentru ca lucrul să fie și maĭ clar și maĭ doveditor. Ast-fel aŭ fost experiențele cu arma Mannlicher și Martini, experiențe asupra resistențeĭ muschilor, ten-

dónelor, nervilor, precum și asupra mecanismuluĭ reunireĭ acestor organe după rupere.

Am avut mângâerea morală, ca aceste douĕ volume să fie bine apreciate de Academia Română, în urma unuĭ raport făcut de D-nul dr. prof. Babeș [1]):

Anul trecut, am complectat întréga chirurgie curentă prin al III-a volum. Aci, tot pentru folosul practic și clinic, am căutat ca luând un organ, să descriŭ absolut tóte bólele de carĭ dînsul e capabil a fi atins. In tratatele clasice nu se găsesce o asemenea dispositie a materieĭ. Consecința este, că un medic saŭ student e silit, pentru a'șĭ forma o idee justă de bóla ce are în față, să caute în diferite volume și să resfoiască mereŭ la paginĭ, perdêndu-șĭ un timp fórte prețios. In volumul nostru acest inconvenient nu există. Aci, avênd de esemplu a face cu un organ, se găsesc descrise tóte bólele împreună cu caracterele și punctele esențiale, prin carĭ să se póte deosebi unele de altele. Ast-fel fiind lucrul, diagnosticul diferențial se va stabili cu cea maĭ mare ușurință. Studentul face în acelaș timp cunoscință cu tot ce se pótă întâlni pe un organ saŭ regiune, fără a fi silit a merge la alte volume sau la alte paginĭ. Așa am urmat cu descrierea tutulor bólelor membrelor superióre și inferióre.

Dar cu acest al III-a volum, care coprinde tótă chirurgia ce ḑilnic întâlnim în practică, am creḑut necesar să expun metóda după care bolnavul trebue să fie examinat. Acésta formézĕ în adevĕr cheea chirurgieĭ: fără dînsa nu se póte ajunge a recunósce bóla. Am pus multă pasiune în acéstă chestiune. Sunt pe deplin convins că, pe lângă absoluta originalitate a lucruluĭ, am reușit să fac o semiologie chirurgicală clasică și așa precum nu există în nicĭ un tratat strĕin, fie el cât de bun.

Trecênd la partea principală a volumuluĭ, am căutat să

---

[1]) Veḑĭ prefața din vol. III.

însoțesc aprópe fie-care bólă cu figurĭ originale și diferite scheme, iarășĭ cu scopul ca descrierea să fie folositóre ca practică și clinică. Ast-fel fracturile, luxațiile și tumorile sunt representate în mod clar și demonstrativ.

In acest volum, ca și în primele douĕ, profitând de observațiunile și experiența mea spitalicéscă, am cutezat a'mĭ da opiniunĭ proprĭĭ asupra diferitelor chestiunĭ și maĭ la fie-care capitol; dînsele se vor aprecia de cititor.

Aș fi putut să mĕ opresc aci.

Presența mea însă în capul unuĭ serviciŭ special de gynecologie de o parte, iar pe de alta dorința de a înzestra literatura nóstră medicală și cu un tratat de bóle de femeĭ, m'aŭ hotărît a'mĭ impune nouĭ sacrificiĭ și o nouă muncă, pentru publicarea acestuĭ volum.

Sciut este avîntul cel mare ce a luat studiul gynecologieĭ în tóte țĕrile. Maĭ cu deosebire în Germania, nu există oraș cât de mic, unde gynecologia să nu fie obiectul a o mulțime de cercetărĭ. Grație acestuĭ lucru, descoperirile cele maĭ valoróse, atât ca practică cât și teorie, aŭ plecat din acéstă țară, respândindu-se apoĭ în celel'alte centre de cultură.

In acest al IV-lea volum, am căutat să daŭ tótă extensiunea cuvenită tutulor chestiunilor, silindu-mĕ a le pune cât posibil în curent cu ultimele cercetărĭ.

Avênd la dispositie un material destul de bogat, am înzestrat volumul acesta cu o mulțime de figurĭ originale; prin ele am înlesnit maĭ cu eficacitate descrierea și înțelesul bólelor.

Avênd ocasiunea a pune în practică anume procedee și metóde de tratament, — ca în răzuirea uteruluĭ, metritele gâtuluĭ, fistulele vesico-vaginale, fibróme, prolaps și cancer uterin, etc. — le-am expus la diferitele capitole, împreună cu vederile mele.

In afară de acestea, aplicarea apeĭ oxigenate în tratamentul cancerulŭĭ uterin, mĕ face a crede — prin re-

sultat ce am obținut — că acest nouŭ agent e chemat a juca unul din cele maĭ importante roluri, nu numaĭ în procesele inflamatoriĭ ci și neoplasice.

Am început volumul acesta cu considerațiuni generale asupra celor maĭ arḑătóre cestiuni de actualitate, coprinḑênd pe de o parte studiul inflamațieĭ organelor genitale interne ale femeeĭ, iar pe de alta o paralelă întreasepsie și antisepsie.

Am preferat acéstă inaugurare, pentru a convinge și maĭ mult pe cititorĭ de rolul ce gynecologia trebue să jóce în învĕțămînt, precum și de asiduitatea ce în special studenții trebue să depună în studiul acesteĭ ramurĭ.

Dr. I. Kiriac.

TABLA DE MATERIE

Gynecologia . . . . . pag. 1 — 3

Considerațiuni generale asupra inflamațiunilor organelor genitale femeescĭ . . . . . „ 3 — 28

Scurte considerațiuni asupra antisepsieĭ și asepsieĭ. Rolul sublimatuluĭ corosiv în Laparatomiĭ „ 29 — 62

PARTEA I

Bólele vulveĭ

Leziunile traumatice ale vulveĭ . . . . . pag. 65 — 66

Bólele munteluĭ Venus . . . . . „ 66 — 69

Bólele buzelor marĭ . . . . . „ 69 — 85

Bólele perineuluĭ . . . . . „ 85—101

Bólele prepuțuluĭ, clitorisuluĭ, buzelor micĭ și furculițeĭ . . . . . „ 101—110

Bólele vestibululuĭ, meatuluĭ urinar cu tuberculul și imenul . . . . . „ 110—132

Despre vulvite . . . . . „ 132—148

Bólele neoplasice maligne ale vulveĭ . . . „ 148—154

Despre vaginism . . . . . „ 154—166

PARTEA II

Afecțiunile canaluluĭ vaginal

Considerațiuni generale și leziunile traumatice ale vaginuluĭ . . . . . pag. 167—178

Leziunile inflamatorĭi ale vaginuluĭ:

Vaginite. . . . . „ 178—188

Tumorile vaginuluĭ . . . . . „ 180—202

Fistulele vesico-vaginale. . . . . „ 203—239

PARTEA III

Bólele uterului

Considerațiunĭ generale asupra desvoltăreĭ și viciurilor de conformație a organelor genitale femeescĭ . . . . . pag. 239—249
Considerațiunĭ generale anatomo-patologice asupra uteruluĭ . . . . . „ 249—256
Leziunile traumatice ale uteruluĭ . . . . . „ 256—262
Leziunile inflamatorĭi ale uteruluĭ:
Despre metrite în general . . . . . „ 263—321
Tumorile uteruluĭ . . . . . „ 321—362
Fibrómele uteruluĭ . . . . . „ 332—408
Cancerul gâtuluĭ uterin . . . . . „ 408—460
Cancerul corpuluĭ uterin . . . . . „ 460—470
Deviațiunile uteruluĭ . . . . . „ 470—510
Prolapsul uterin . . . . . „ 510—551
Inversiunea uteruluĭ . . . . . „ 551—575

PARTEA IV

Bólele ligamentelor largĭ

Considerațiunĭ generale . . . . . pag. 575—578
Flegmonul ligamentelor largĭ . . . . . „ 578—600
Pelvi peritonita . . . . . „ 600—610
Hematocelul retro-uterin . . . . . „ 610—628

PARTEA V

Bólele anexelor

Considerațiunĭ generale asupra trompeĭ și ovaruluĭ . . . . . pag. 628—634
Considerațiunĭ generale asupra inflamațiuneĭ anexelor . . . . . „ 634—640
Despre salpingite . . . . . „ 640—664
Bólele ovarelor. Considerațiunĭ generale . . „ 664—671
Despre ovarite . . . . . „ 671—678
Simptomatologia, diagnosticul și tratamentul Salpingo-ovaritelor . . . . . „ 678—720
Sarcina extra-uterină . . . . . „ 720—753
Kiștiĭ ovaruluĭ, paraovaricĭ și dermoizĭ . . „ 753—842

GYNECOLOGIE

GYNECOLOGIE

(γυνή-γυναικὸς, femee și λόγος, cuvênt, discurs, descriere).

Prin ginecologie nu se înțelege studiul general asupra organismuluĭ femeeĭ, precum nicĭ descrierea tuturor bólelor ce se pot desvolta pe dînsa.

Adevĕrul este că femeea — prin educațiunea sa, prin modul de a trăi, prin profesiunea și starea particulară a sistemuluĭ sĕŭ nervos — e capabilă nu numaĭ a avea bóle speciale, dar și să imprime un caracter cu totul deosebit chiar bólelor generale, ce sunt comune cu ale sexuluĭ masculin. Sciut este că chlorosa și anemia sunt maĭ comune la femee; cancerul limbeĭ și al buzeĭ inferióre constitue apanagiul bărbaților. Pe de altă parte, o fractură de es. a gambeĭ, se complică maĭ ușor la bărbat de un delir tremens iar la femee de un acces isteric.

Plecând dar din acest punct de vedere, ar trebui o patologie anume, coprinḑênd tóte bólele ce pot afecta pe femee. Lucrul însă esĭe inutil: acésta ar însemna să se repete aceleașĭ fapte, ce se observă în bólele sexuluĭ masculin. In adevĕr, în ceea-ce privesce bólele generale, evoluția lor este aceeașĭ la ambele sexe, cu deosebire de unele micĭ incidente. Dar acésta nu constitue un cuvênt, pentru a crea o patologie chirurgicală a nume pentru bărbat și alta pentru femee. Cu drept cuvênt decĭ s'a stabilit, că în descrierea tutulor bólelor comune, să se arate numaĭ influențele venite din partea sexuluĭ și carĭ pot mo-

difica mersul saŭ tratamentul aceleaşĭ bóle. Lucrurile acestea tredue să le cunóscă orĭ-ce chirurg. In ceea-ce ne privesce, noĭ am căutat să le descrim cât se póte maĭ pe larg în cele treĭ volume ale nóstre, maĭ ales la marele capitol al traumatismelor în raport cu stările generale, ca sex, etate, etc.

Ast-fel restrâns subiectul, ginecologia îşĭ propune a trata numaĭ acele bóle cu totul speciale şi carĭ sub nicĭ un cuvênt nu se pot întâlni la bărbat. Cu alte cuvinte: *ginecologia are de scop studiul bólelor, ce aŭ ca origină organele genitale ale femeeĭ.*

Este însă sciut, că marea destinaţiune a femeeĭ constă în faptul de a procrea, de a da nascere unuĭ alt semn al nostru; în alţĭ termenĭ a asigura perpetuarea specieĭ.

Ar trebui dar ca ginecologia să se ocupe şi de acest mare fenomen ce se petrece în fiinţa femeeĭ, ca unul ce are punctul de plecare în organele sale genitale, în uter. Acésta însă constitue o sciinţă cu totul a parte, numită *obstetrică*. Dînsa nu are absolut nicĭ cea maĭ mică legătură cu noua sciinţă numită *ginecologie*.

Ginecologia decĭ este sciinţa care se ocupă exclusiv cu tóte bólele organelor genitale femeescĭ; în afară însă de gestaţiune — ex vacuo.

Prin urmare, tóte fenomenele începênd din momentul concepţiuneĭ până la expulsiunea fĕtuluĭ, aparţin *obstetriceĭ*. Tóte fenomenele ce se petrec în organele genitale femeescĭ de la nascere până în adêncĭ bĕtrâneţe, precum şi acele ce urméză după eşirea fĕtuluĭ din pântecele mameĭ sale, sunt sub domeniul *ginecologieĭ*.

Dar ginecologia nu se ocupă numaĭ cu bólele organelor genitale ci şi cu cele circumvecine. Ast-fel, tot în domeniul sĕŭ intră şi tratamentul bólelor băşiceĭ uduluĭ, a perineuluĭ şi rectuluĭ. Dînsa caută să vindece fistulele vesico-vaginale, rupturile perineuluĭ, fistulele recto-vaginale produse în timpul facerilor, etc. Putem la rigóre să dăm o extensiune şi maĭ mare ginecologieĭ, întroducênd în domeniul sĕŭ şi bólele mameleĭ, a corpuluĭ tiroid, precum şi ale gâtuluĭ, căcĭ tóte aŭ legătură fórte strânsă cu organele genitale interne. Nunumaĭ modificaţiunile fisiologice produse în uter cu ocasiunea graviditĕţeĭ, aŭ rĕsunat asupra mamelelor, dar şi stările sale patologice: un fibron uterin şi chiar un kist ovaric, se însoţesc fórte adesea de o crescere de volum a sânuluĭ şi chiar secreţiune lăptósă în mamele, ca şi o sarcină.

Tot ast-fel e şi cu corpul tiroid: desvoltarea sa e simţitor influenţată de activitatea genitală a femeeĭ, dând o grosime maĭ mare gâtuluĭ. Nu e fără importanţă cunóscerea acestuĭ lucru, ce

se datoresce spiritului de observaţie a mareluĭ chirurg Malgaigne Eată propriile sale expresiunĭ luate din Tillaux: „Ceĭ vechĭ credeaŭ că gâtul devenia maĭ gros la femee imediat după primele raporturĭ sexuale, şi acéstă idee s'a conservat în popor până în ḑilele nóstre. Ast-fel unele bĕtrâne (matróne) mĕsóră încă circonferenţa gâtuluĭ uneĭ fete în ajunul şi a doua ḑi după nuntă; altele merg maĭ departe şi pretind, că pot să recunóscă virginitatea prin procedeul următor: Se ia cu un fir circonferenţa gâtuluĭ la partea sa de mijloc; îndoim lungimea firuluĭ; punem cele doŭĕ extremităţĭ să fie ţinute cu dinţiĭ incisivĭ, iar cu ansa saŭ cercul firuluĭ căutăm a îmbrăţişa capul. Dacă acéstă ansă trece liber pe d'asupra creştetuluĭ capuluĭ, este semn prost; dacă din contra ansa e strâmtă, se conchide în favórea virginităţeĭ. Fisiologiştiĭ aŭ dispreţuit aceste tradiţiunĭ poporane; eŭ însă susţin, că fără a le acorda o mare valóre, nu sunt lipsite de óre-care fundament. Aşa, în afară de o guşă saŭ vre-o diformitate, tot-d'auna am găsit ansa firuluĭ fórte strâmptă la tinerele fete de 15—20 anĭ ale căror moravurĭ nu puteaŭ fi bănuite; din contra, la femeile măritate de maĭ mulţĭ anĭ, gâtul e de sigur maĭ larg; şi mi s'a părut, că el se lărgesce maĭ ales prin faptul graviditătĕeĭ şi al facereĭ. Este un subiect de cercetărĭ, care nu ar fi fără interes.“

Uzagiul însă a făcut că ginecologia să rĕmâe în limitele ce am arătat, dênsa fiind destul de bogată în materie şi fără acéstă adăogire.

I.

Consideraţiunĭ generale asupra inflamaţiuneĭ organelor genitale femeescĭ.

Femeia, prin constituţiunea şi destinaţiunea sa, e capabilă să aibă orĭ-când o bólă a organelor genitale. Acestea, în adevĕr, prin dispositia şi menirea lor, sunt expuse la fie-care moment a se inflama, la fie-care moment a contracta bóle unele maĭ diverse ca altele.

De la nascere şi până în adîncĭ bĕtrâneţe, femeia e amenin-ţată a 'şĭ vedea organele genitale bolnave, atât în urma causelor fisiologice cât şi patologice.

Femeia, chiar din primiĭ anĭ aĭ copilărieĭ sale, póte fi atinsă de inflamaţia organelor genitale, în urma unor circumstanţe ade-

sea obscure, Copile micĭ de 2—3 anĭ, de multe orĭ ne oferă inflamaţiunĭ acute în părţile genitale, datorite necurăţenieĭ, câte o dată oxyurilor, iar altă dată uneĭ stărĭ generale rĕŭ caracterisată, dar cunoscută sub numele de diateză. Guéneau de Mussy şi Martineau, aŭ insistat asupra acestor condiţiunĭ constituţionale, arătând puterea ce ele aŭ de a favorisa transmisiunea agentuluĭ morbid, precum şi întreţinerea uneĭ stărĭ cronice inflamatorie în organele genitale.

Observaţiunile clinice par a demonstra că la femeile scrofulóse, blenoragia are mare predilecţiune a produce vaginite şi vulvite acute, caracterisate prin secreţiunĭ abondente şi verzuĭ; din contra, la cele artritice şi erpetice, agentul morbid se stabilesce maĭ voios într'un punct maĭ depărtat al canaluluĭ genital cum ar fi gâtul uteruluĭ, cavitatea uterină, şi chiar trompele, producênd d'a dreptul o stare inflamatorie cronică.

In afară de acésta, bólele generale febrile ca: rugeola, scarlatina, difteria şi însuşĭ influenza, pot fi urmate, de apariţia inflamaţiuneĭ organelor genitale, ast-fel precum aŭ arătat Lawson-Tait, Wölker, Gottschalk, Gallard, etc.

Maĭ mult, cercetările bacteriologice moderne ale luĭ Hallé, Veillon, Babeş, Weeks şi alţiĭ, aŭ găsit pe vulva micelor copile — de alt-fel sănătóse — bacilul pseudo-difteric, streptococul nepatogen, stafilococul albus şi chiar colibacilul.

Trecênd etatea primeĭ copilăriĭ, tînĕra fiinţă atinge perióda funcţionăreĭ fisiologice a organismuluĭ sĕŭ, caracterisată prin apariţiunea menstruelor, începênd une-orĭ chiar de la 10 anĭ. In timpul acesta, inflamaţiunea organelor genitale se póte desvolta cu cea maĭ mare uşurinţă—menstruele formând adevĕratul şi cel maĭ bun aşternut al procesuluĭ inflamator. Insuşĭ saprofiţiĭ, ceĭ maĭ banalĭ microbĭ ce în mod normal se găsesc în vagin, pot în timpul menstruelor să capete calităţĭ diferite natureĭ lor, şi să dea nascere la inflamaţiĭ destul de violente. O femee cu o scurgere cronică, care în condiţiunĭ obicinuite nu are puterea de a contagiona, devine fórte periculósă în timpul menstruelor saŭ imediat după ele. Este adevĕrat, că nu tóte virginile sunt bolnave în perióda menstruală; dar multe din ele, călcând precauţiunile igienice, îşĭ pot începe cariera suferinţelor, graţie acesteĭ predispoziţiunĭ către inflamaţie, datorită fluxuluĭ menstrual.

Şi dacă la acesta adăogăm diferitele imprudenţe, precum şi obiceiul netast ca masturbaţiunea, lesne vedem cât de uşor o asemenea inflamaţiune să póte desvolta în acéstă periodă a vieţeĭ.

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

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

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

și primejdióse, cu cât se petrec în detestabilul obiceiŭ, care adĭ e la modă și cunoscut sub numele de *voyage de nôces*. Vin apoĭ escesele venerice, negligența în timpul menstruelor și necruțarea femeeĭ în acéstă periodă. Tóte acestea la un loc, constitue un grup puternic pentru desvoltarea de inflamațiunĭ, ce adesea se însoțesc de complicațiunĭ grave și chiar compromițătóre vieței.

Dacă prin miracol femeia ar fi scăpat d'a se bolnăvi în urma acestor diferite evoluțiunĭ ale vieții sale, dînsa are însă o altă ocasiune mult maĭ mare pentru a cădea bolnavă. Acésta începe din momentul concepțiuneĭ până la expulsarea fĕtuluĭ. In timpul graviditățeĭ, întréga sferă genitală a femeeĭ intră într'o evoluțiune nouă. In special mucósa gâtuluĭ uterin, aceea a vaginuluĭ și vulveĭ, se înmóe, se ramolesce, grație uneĭ secrețiunĭ maĭ abondente. Dar în urma acestuĭ lucru, celulele epiteliale îșĭ perd din coheziunea lor și devin maĭ puțin resistente pentru a se opune invaziuneĭ microbilor. Fenomenul acesta este de o importanță colosală în chestiunea infecțiuneĭ blenoragice, formând punctul cel maĭ înalt de doctrină. Maĭ mult, secrețiunile vaginale, în starea obicinuită, se bucură în mare parte de proprietățĭ acide, ce nu sunt favorabile desvoltăreĭ microbilor; în timpul sarcineĭ, aceste secrețiunĭ iaŭ un caracter alcalin și decĭ maĭ propriŭ crescereĭ agenților patogenĭ. Cercetările luĭ Doederlein sunt demonstrative în acéstă privință. Acest autor n'a găsit absolut nicĭ un microb în vaginul femeilor gravide avênd reacțiunea acidă; din contra, la acelea cu secrețiunĭ vaginale alcaline, a găsit streptococ și stafilococ în proporție de 10%.

Ast-fel stând lucrurile, lesne putem vedea, cât de expusă este o femee însărcinată a căpăta inflamațiunĭ genitale, în urma celor maĭ neînsemnate cause, grație stăreĭ speciale a mucóseĭ ca și a secrețiunilor sale vaginale.

Dar dacă tóte cercetările și observațiunile aŭ probat, că inflamațiile organelor genitale la femee sunt fórte frecuente și destul de rebele în urma nenumeratelor cause, sub influența cărora dînsa să găsesce, puerperalitatea însă e maĭ presus ca orĭ-care din ele și de o gravitate fără margiuĭ. Inflamația la care acéstă stare dă nascere, nu se mărginesce numaĭ într'o acțiune locală; ea se propagă la părțile și organele cele maĭ depărtate; ea merge adesea până la infecțiunea generală a organismuluĭ, când póte provoca distrugerea individuluĭ, mórtea femeeĭ. Autorĭ de mare autoritate, ca: Martin, Zweifel, Witte, Bald, Buhl, Price, etc., recunosc, că maĭ tóte inflamațiile trompeĭ, ovaruluĭ saŭ a ambelor de-o-

dată, se datoresc infecțiuneĭ puerperale. Noĭ din 75 laparotomiĭ ce am fost siliți a face pentru leziuni de anexe, maĭ tot-d'a-una am constatat că începutul bóleĭ, s'a declarat după faceri saŭ avorturĭ. In adevĕr, din acest numĕr, numaĭ 11 n'aŭ avut copiĭ; la tóte celealte am găsit maĭ multe faceri și avorturĭ. Dar și asupra celor nulipare, putem afirma că și ele aŭ avut avorturĭ; și lucrul s'ar fi descoperit, dacă s'ar fi insistat cu tot din adinsul asupra acesteĭ chestiuni. Rĕmâne însă clar din observațiunile nóstre, că neregularitățile în menstrue și maĭ ales abondența lor, ne probézĕ la sigur existența de avorturĭ. Dar orĭ-cum ar fi, opiniunea nóstră e destul de sprijinită că, în imensa majoritate a casurilor, facerile și avorturile ocupă prima linie în favórea desvoltăreĭ anexitelor. Detaliul acestor observațiĭ se va vedea în descrierea casurilor, la capitolul tratamentuluĭ anexitelor prin laparotomie.

Am vĕdut întru cât-va, modificațiunile la carĭ sunt supuse secrețiunile și mucósa organelor genitale în timpul graviditățeĭ. Ele însă nu sunt singurele ce se produc în acéstă posițiune interesantă pentru femee. Uterul în special devine cu totul de necunoscut, atât priu aspectul sĕŭ exterior cât și prin modificările tutulor părților sale constitutive: Plecând de la mucósă, glande, fibre musculare, conjunctive, vase limfatice și cele sanguine, totul e coprins de o crescere deměsurată, de o ipertrofie generală, de o schimbare profundă în afară de orĭ-ce imaginațiune și pătrundere a minteĭ nóstre, dar carĭ tóte îndeplinesc rolul cel maĭ misterios al natureĭ. Eĭ bine, imediat după nascere, întreg acest colos de metamorfosă, constitue pentru femee punctul cel maĭ culminant când ea póte fi atinsă de cel maĭ mare flagel, ce fórte rar iartă. Și dacă n'ar fi decât acea plagă enormă ce rĕmâne în uter după deslipirea placenteĭ, din care resultă o infinitate de gurĭ deschise adânc situate; dacă n'ar fi de cât cantitatea colosală de vase limfatice peste mĕsură ipertrofiate și înmulțite, așa în cât întregul uter ar părea transformat într'o masă limfatică, încă ar fi de ajuns pentru a ne face o idee de porțile enumĕrate, prin carĭ orĭ-ce microb póte să străbată numaĭ să voiască. Insă nu e numaĭ atât. La femeile gravide însăși capilarele se desvoltă atât de mult, că formézĕ lacurĭ sanguine; sângele deci circulă cu maĭ multă repeziciune și în masă. Dar cercetările sciințifice aŭ arătat că, cantitatea sângeluĭ în asemenea circumstanțe nu e în raport cu calitatea sa. Ast-fel s'a demonstrat, că femeile gravide, aŭ un sânge fórte sărac în globule roșiĭ, căcĭ el este maĭ bogat în cele albe. Femeia deci se găsesce în stare

de leucocitosă. Insă nimic nu favorisézĕ maĭ mult pululaţiunea microbilor intraţĭ în organism, ca reunirea acestor doĭ factorĭ de *iperemie* şi *anoxemie*. Prin urmare femeia, nu numaĭ în timpul, dar şi după facere, e expusă la cele maĭ periculóse inflamaţiunĭ; şi acésta duréză atât, cât cere revenirea la starea normală a tutulor elementelor ipertrofiate, formând ceia-ce se numesce involuţiunea uterină. Şi când scim că acéstă involuţiune une-orĭ nicĭ chiar după 6 sĕptămânĭ nu e complectă; şi când ne gândim că unele femeĭ părăsesc patul chiar după opt ḑile, putem deduce consecinţele acesteĭ imprudenţe, iar alte-orĭ ale mizerieĭ.

Nu este atât blenoragia saŭ alte infecţiunĭ carĭ daŭ nascere salpingitelor , ovaritelor şi altor supuraţiunĭ, cât próstele condiţiunĭ igienice în carĭ nasc femeile, saŭ desfiderea principiilor sciinţifice de a nu sta în repaus atât, cât involuţiunea să se fi putut efectua.

Sciut e că agentul infecţiuneĭ puerperale, nu este numaĭ streptococul analog cu al erisipeluluĭ, descoperit de Pasteur în 1879, ci şi stafilococul, care s'a găsit de Babeş şi alţiĭ, fie singur orĭ asociat cu streptococul. Kroenig a găsit şi gonococul ca producător al infecţiuneĭ. Roger a arătat intervenţiunea unor asociaţiunĭ microbiene de streptococ, stafilococ, coli bacili, etc. Dar şi însuşĭ alţĭ microbĭ cu totul inofensivĭ, ca simpliĭ micrococĭ în lanţ, saŭ cocĭ în puncte isolate, încă sunt capabilĭ după Doleris, să producă acéstă infecţiune teribilă. In fine prof. Babeş, Landau, Rosenbach, etc., aŭ găsit simpliĭ saprofiţi, carĭ de şi n'aŭ nicĭ o acţiune patogenă, aŭ fost în stare să aducă mórtea, prin intrarea lor în organismul uneĭ femeĭ după facere.

Iată dar la ce marĭ pericole femeia este expusă atât în timpul sarcineĭ, ca şi după facere, Ea póte, să contracteze stărĭ inflamatorĭĭ de o virulenţă şi extensiune din cele maĭ inspăimântătóre.

Dar dacă ne-am închipui că o femee a avut norocul, să se strecóre prin mijlocul atâtor cause nenumĕrate pentru a 'şĭ salva organele genitale de procesul inflamator, încă maĭ are altă ocasiune de a se îmbolnăvi, în afară de orĭ-ce causă patologică. Ast-fel în perióda de bătrâneţe, atuncĭ prin urmare când numaĭ e vorba nicĭ de raporturĭ sexuale, nicĭ de consecinţa parturiţiuneĭ, femeea încă póte fi coprinsă de inflamaţiunea organelor genitale, datorită uneĭ involuţiunĭ senile. In acéstă perióda a vieţeĭ, factorĭ etiologicĭ de natură particulară, aducând atrofia şi metamorfosa regresivă a organelor sale genitale, daŭ nas-

cere uneĭ inflamaţiunĭ specifice, numită inflamaţiune senilă. Acésta formézĕ *vaginitele femeilor bătrâne.*

II.

Vĕdurăm o mică parte din colosul şi imensitatea causelor, ce predispune pe femeĭ la inflamarea organelor genitale. De n'ar fi însă decât acéstă desvoltare frequentă a inflamaţiuneĭ, încă lucrul n'ar fi aşa de grav, dacă acéstă inflamaţiune ar rĕmânea cel puţin localisată acolo unde s'a desvoltat.

Din nenorocire lucrurile nu se petrec astfel. Mucósa care căptuşesce organele genitale ale femeeĭ, formézĕ un tot şi un ce continuŭ, mergênd de la părţile cele maĭ esterióre şi superficiale, până la cele maĭ interióre şi profunde. Mucósa care căptuşesce buzele marĭ şi cele micĭ merge, cu uşóre modificărĭ, dar fără nicĭ o întrerupere de învălesce vaginul, gâtul uteruluĭ şi cavitatea sa. Maĭ mult, trompele nefiind considerate embriologicesce de cât ca o continuaţiune a uteruluĭ, sunt şi ele căptuşite tot de aceeaşĭ mucósă, plecată iarăşĭ de la părţile esterióre.

De aci lesne deducem că, cea maĭ uşóră inflamaţiune desvoltată de exemplu pe buzele micĭ, se póte propaga pe calea continuităţeĭ nu numaĭ în părţile vecine, dar şi în vagin, în colul uteruluĭ, în cavitatea uteruluĭ, iar de aci tocmaĭ în pavilionul trompeĭ; şi încă procesul morbid póte merge şi maĭ departe, copleşind ovarul şi serósa miculuĭ basin, graţie conexiuneĭ ce trompa are cu aceste organe.

Decĭ inflamaţiunea cea maĭ uşór ă şi cea maĭ localisată la început, póte copleşi cu o repedĭciune extra-ordinară tótă sfera organelor genitale, atât interne cât şi externe. De aci dificultatea de a descrie inflamaţiile separate a diferitelor segmente, căcĭ maĭ tot-d'a-una cine ḑice vulvită, ḑice vaginită, iar cine ḑice acésta, ḑice şi metrită, salpingită, salpingo-ovarită şi pelviperitonită, etc.

Dar faptul devine şi maĭ grav prin aceea că, inflamaţiunea nu urmézĕ cel puţin un drum regulat în mersul sĕŭ; ea face salturĭ, putêndu-se propaga la distanţe marĭ, lăsând părţile intermediare prea puţin atinse saŭ chiar de loc.

Acésta se datoresce unor anumite dispositiunĭ anatomice, şi devine de o importanţă colosală maĭ ales în inflamaţiile specifice.

In adevĕr, agentul morbid plecat de exemplu de la vulvă, póte trece prin vagin fără a se opri aci; dênsul se stabilesce însă de a dreptul în uter. Causa este că vaginul fiind sărac în

glande, este în acelaşĭ timp dotat de un epiteliŭ pavimentos destul de resistent, pentru a-l face să lupte contra agentuluĭ morbid. Acesta astfel refusat de vagin, cu plăcere se stabilesce în gâtul uteruluĭ, unde găsesce tot ce-ĭ trebue pentru crescerea şi desvoltarea sa. Aci există o mucósă subţire, glande numeróse, vase limfatice şi o vascularisare destul de mare, carĭ împreună cu vilositățile arboreluĭ vieţeĭ, nu numaĭ că atrage microbul, dar îl întroduce în părţile cele maĭ profunde, procurându-ĭ cu profusiune tóte elementele ce se cer pentru satisfacţiunea sa. Există însă în acest loc o barieră representată prin istmul uterin, care e destinat a opri agentul morbid în mersul sĕŭ. Dar acest obstacol adesea este insuficient, şi în tot casul ilusoriŭ cel puţin pentru toxine, căcĭ după cum am arătat, bóla póte să copleşéscă uterul, anexele, cavitatea miculuĭ basin, etc.

Vedem dar că la femee, pe lângă causele nenumĕrate favorabile la desvoltarea inflamaţiuneĭ, dînsa oferă acest trist privilegiŭ de a avea tóte condiţiunile, pentru ca bóla să ia tendinţă iresistibilă către progresiune şi un mers ascendent, fără ca aprópe nimic să se opue în drumul sĕŭ. Pentru acésta, uniĭ autorĭ reunesc într'un singur grup tóte inflamaţiunile organelor genitale sub numele de *inflamaţiunĭ a mucóseĭ genitale.*

Auvard a avut o frumósă inspiraţie dând numele acesteĭ inflamaţiĭ, de *genitalită*, în care intră vulvita, vaginita, metrita, etc. Noĭ propunem numele de *organogenită* saŭ *panorganogenită*, ce ar representa şi maĭ bine ideia de inflamaţie totală.

Cu tóte acestea, păstrând usul clasic, vom descrie aparte inflamaţiunea fie-căruĭ segment al organelor genitale interne şi externe, avênd totuşĭ în vedere aceste consideraţiunĭ generale.

III.

Etiologia. Problema cea maĭ mare de resolvat şi putem ḑice singura, este de a se sci, dacă aceste inflamaţiunĭ sunt ele simple, adică fără niciŏ specificitate, saŭ 'şĭ datoresc existenţa unuĭ anume agent infecţios şi în particular de natură blenoragică.

După cercetările moderne, nu se maĭ admite o inflamaţie *sine materia*, căcĭ un asemenea proces nu póte exista fără presenţa uneĭ fiinţe organice, a unuĭ corp concret, numit microb. Dar de aci a conchide că tóte inflamaţiile sunt specifice, ar fi o eróre. Observaţiunile ne arată în mod generic că, dacă tóte inflamaţiile pot fi contagióse, nu tóte însă sunt specifice şi în speţă blenoragice. Bacteriologicesce vorbind, pentru ca o ase-

menea inflamație să fie specifică, adică virulentă, ar trebui nu numaĭ să se găséscă microbul special, dar să se reproducă în mod indefinit, pe calea inoculațiunilor, aceeași bólă cu aceleași caractere clinice și leziuni anatomice. Dar tocmaĭ acest lucru nu s'a putut obține, căcĭ dacă majoritatea rĕspunde la acéstă cerință, unele însă aŭ dat resultate negative pe calea inoculațiunilor. Decĭ nu putem atribui tóte inflamațiunile la acțiunea specifică a unuĭ anume microb patogen-blenoragic.

Nu încape îndoială, că în imensa majoritate a casurilor, adevĕrata patogenie a acestor inflamațiuni se datorește gonococuluĭ fiind maĭ ales vorba de femeĭ adulte. Cum rĕmâne însă cu acele casurĭ observate la micile copile, saŭ la fete tinere, unde nicĭ nu ne este permis a ne gândi la un raport sexual, ce ne-ar fi putut explica inflamațiunea prin contagiune. Cu drept cuvênt dice Lawson Tait: dacă în 99 de casurĭ putem considera vulvitele ca inflamațiunĭ specifice, există însă al 100 lea cas, pe care considerându-l ca atare, am comite o enormă greșélă.

Lucrul nu este imposibil ca și aceste inocente ființe să se pótă inocula cu microbul specific prin contact direct ca: rufe, degete, etc., etc., dar în multe circumstanțe nimic din tóte acestea nu se póte invoca, și totuși inflamațiunea nu există maĭ puțin. S'a stabilit decĭ, că în afară de inflamațiile specifice datorite presenței microbuluĭ luĭ Neiser, există încă și altele catarale, după cum le considerau vechiĭ autorĭ, datorite unor microbĭ patogenĭ, cu totul deosebițĭ de ceĭ dintâiŭ. In acéstă din urmă categorie intră vulvitele simple nespecifice ale tinerelor fete, vulvitele provocate prin migrarea oxiurilor, prin lipsa de îngrijirĭ igienice, travaliul dentițiuneĭ, limfatismul, masturbațiunea, primele raporturĭ sexuale, violul, tentativele de coit, eczema, etc., etc.

Tóte aceste inflamațiunĭ se datoresc unor microbĭ banalĭ, în fruntea cărora se află saprofițiĭ, stafilococul aureus saŭ albus, etc., carĭ pușĭ în anume condițiunĭ, pot da nascere la inflamațiunĭ câte odată destul de violente, dar fără nicĭ o specificitate. Și maĭ cu deosebire s'a constatat, că în organele genitale există aceĭ microbĭ numițĭ saprofițĭ, germenĭ carĭ nu sunt capabilĭ a ataca țesuturile normale asupra cărora eĭ trăesc ca parasițĭ; dînșiĭ însă aștéptă momentul favorabil pentru a evolua, dând nascere uneĭ inflamațiunĭ, uneĭ vulvite. Acest moment îl găsesc în modificațiunile anume aduse mediuluĭ, fie prin aparițiunea menstruelor, a uneĭ iritațiunĭ sexuale, a uneĭ ușóre escoriațiunĭ, saŭ mâncărimĭ, etc.

Unele bóle infecțióse generale, ca: rugeola, scarlatina, etc.

aducênd o debilitate în organele genitale externe, procură și ele după cum am arătat, ocasiunea unor asemenea microbĭ, până aci inofensivĭ, nu numaĭ de a se desvolta și a provoca inflamațiunĭ supurative, dar chiar a căpăta proprietățĭ streine natureĭ lor. Eĭ pot ast-fel să dea nascere la inflamațiunĭ difuse și chiar gangrenóse. Și cu tóte astea, inflamațiunile acestea n'aŭ nicĭ un caracter de specificitate ca acela de exemplu al gonococuluĭ luĭ Neiser, de și une-orĭ malignitatea lor e fórte mare.

In resumat admitem *inflamațiunĭ simple, catarale, specifice blenoragice* și *specifice de altă natură*, (difterică, scalatinósă). Dintre tóte, inflamația specifică blenoragică e cea maĭ importantă.

Aci lucrul s'a demonstrat până la evidență, arătându-se nu numaĭ bacilul specific, dar și reproducerea bóleĭ prin inoculațiune. Faptul acesta care a adus o adevĕrată revoluție în știință, se datorește luĭ Neiser în 1879. Dînsul a arătat că unica causă a blenoragieĭ stă în presența unuĭ microb special, care și aḑĭ pórtă numele sĕŭ: Gonococul luĭ Neiser. Până la dînsul lumea era dominată de ideile deja vechĭ emise de marele sifiligraf Ricord, cum că blenoragia nu are nicĭ un caracter de virulență, cum că ea póte lua naștere fără nicĭ o contagiune, ci d'a dreptul în urma unor cause obicĭnuite a orĭ căreĭ inflamațiunĭ banale. Trebue însă recunoscut că Ricord nu combătea atât virulența blenoragieĭ în ea însăși. Marea sa luptă era pentru a distruge analogia ce se credea că există între blenoragie și sifilis. Se scie că Hunter stabilise lucrul acesta prin 1800, că blenoragia și sifilisul represintă una și aceeași bólă, dar presintată sub douĕ forme, dintre carĭ blenoragia represintă sifilisul membranelor mucóse. Dar dacă acéstă concepțiune a celuĭ maĭ mare observator astăḑĭ nu s'a adeverit, nu e maĭ puțin adevĕrat că dreptate mare s'a făcut luĭ Hunter, cel puțin în ceea ce dînsul susținea, că blenoragia este o bólă generală, bólă constituțională. In adevĕr, 80 și maĭ bine de anĭ lupta a fost condusă contra ideilor luĭ Hunter. Și când Ricord își sacrificase tótă viața pentru a demonstra că blenoragia este o simplă inflamație locală a uretreĭ, și când victoria părea în splendórea eĭ, tocmaĭ atuncĭ descoperirea luĭ Neiser vine de arată triumful sĕŭ efemer, și întórce lumea la convingerea, de astă-dată definitivă, asupra virulenței blenoragieĭ.

In 1882, Neiser prin neobositele sale cercetărĭ, a arătat până la evidență patogenia și natura virulentă a acesteĭ afecțiunĭ, gra-ție experiențelor demonstrative ce nu maĭ lăsaŭ nicĭ o îndoială. De atuncĭ lumea a început să se ocupe de specificitatea scur-

gerilor organelor genitale. De aci a resultat cele mai frumóse și mai instructive teorii de doctrină, împreună cu aplicațiunile lor practice. Astădi blenoragia e pusă în rangul infecțiunilor virulente, în clasa bólelor microbice, și deci în marea familie a bóleler constituționale, așa precum prevĕzuse marele geniŭ al luĭ Hunter.

Dar iată cum stă lucrul în acéstă privință. Bumm prin 1889 a susținut cel dintâiŭ că gonococul luĭ Neiser nu e capabil a atinge de cât epiteliul cilindric; el rĕmâne steril în fața epiteliuluĭ pavimentos precum și a țesutuluĭ conjunctiv. In aceste țesuturĭ gonococul nu se póte multiplica și deci nu e în stare a produce vre-o leziune. Mai mult, de îndată ce epiteliul cilindric e atins de gonococ, repede devine pavimentos și prin urmare rĕmâne impropriŭ pentru desvoltarea microbuluĭ; inflamațiunea specifica deci se opresce neputând progresa mai mult. Conclusiunile luĭ Bumm eraŭ: Nu putem avea vaginite blenoragice, din causă că epiteliul vagineĭ fiind pavimentos se opune la strĕbaterea microbuluĭ. Și dacă în vagin constatăm presența de secrețiunĭ, ele se datoresc secrețiuneĭ uteruluĭ saŭ ale gâtuluĭ sĕŭ, iar nu luĭ însușĭ, căcĭ el, vagin, n'are trebuință să secreteze și nicĭ că ar putea face acésta de óre-ce nu posedă glande. Cel mult Bumm admitea că gonococul se póte introduce în epiteliul fraged saŭ tandru al vaginuluĭ tinerelor fete, și să determine inflamațiunĭ. La femeile adulte însă, al căror epiteliŭ pavimentos, e destul de îngroșat, vaginul se refusă la strĕbaterea microbuluĭ; de aceea la dênsele vaginitele sunt excepțional de rare.

Vom rĕmâne surprinșĭ când vom vedea că acest punct de doctrină, cu totul modern și bazat pe cercetărĭ microscopice fine, a fost deja de mult confirmat printr'o experiență celebră de Cullerier. Acest distins sifiligraf a făcut la spitalul Lourcine din Paris, următórea experiență, pe care o găsim în *lettres sur la syphilis de Ricord.* Dînsul a introdus puroiŭ virulent de blenoragie în vaginul uneĭ femeĭ și l'a lăsat să stea acolo un timp fórte îndelungat. L'a reluat după aceea cu o lancetă și inoculându'l a obținut cu el resultate positive, pe când vaginul care a fost numaĭ simplu supus la acéstă infecțiune, n'a fost cătușĭ de puțin infectat.

Ricord de asemenea a stabilit sub formă de propositiune, că muco-puroiul blenoragic depus pe o mucósă neulcerată, resultatul inoculațiuneĭ tot-d'a-una rĕmâne negativ. Dar să revenim:

Bumm mai stabilise că inflamația și supurația epiteliuluĭ pavimentos, în orĭ-ce cas nu se póte produce numaĭ prin simplul

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

Nu există prin urmare vaginită, peritonită, perimetrită saŭ abces ovaric de natură gonoreică în mod exclusiv, din causă că nici unul din aceste organe nu posedă epiteliŭ cilindric cu un singur strat și așa de tipic precum se găsesce în uter. Și tocmaĭ pentru acest cuvînt uterul este organul de predilecțiune al desvoltăreĭ și pululațiuneĭ gonococuluĭ. Dar ceea-ce dedea o convingere extraordinară aserțiunilor luĭ Bumm și făcea pe cel maĭ pesimist să se declare partisan al acestor ideĭ, eraŭ experiențele sale cu totul decisive. In adevĕr Bumm face injecțiuni în peritoneŭ și anexe, carĭ sunt organe lipsite de celule cilindrice ; eĭ bine, de și a reușit să determine inflamațiuni violente, totuși prin tóte cercetările sale, microbul gonoreic nu s'a putut găsi.

Dar în același timp apare Wertheim în 1891. Acest autor arată că se póte reproduce gonococul, maĭ sigur și maĭ ușor de cât prin procedeele vechĭ, întrebuințând alte mediurĭ de cultură și anume serum amestecat cu agar ; că acest gonococ e capabil să desvolte inflamațiuni atât în peritoneŭ cât și în țesutul conjunctiv. De atunci observațiunile s'aŭ multiplicat din an în an, demonstrându-se acțiunea patogenă a microbuluĭ gonoreic maĭ în tóte felurile de epitelii, precum și în tóte țesuturile.

Astădĭ toți autoriĭ admit posibilitatea inflamațiuneĭ gonoreice a epiteliuluĭ pavimentos. Fritch, Menge, Zweifel și alțiĭ, aŭ afirmat pe rând existența uneĭ proctite gonoreice. Bokardt a găsit gonococul în abcesul rinichilor ; Wellander în abcesele periuretrale ; Sänger într'un abces al ovaruluĭ ; Kammerer în exudatul purulent al uneĭ artrite, iar Fritch în țesutul conjonctiv sub-mucos al uneĭ proctite gonoreice, în care de la mucósă până la membrana musculósă, totul era semănat de gonococĭ. La rândul lor Dohrn, Rosinski și Leyden aŭ arătat gonoree bucală la nouĭ născuți eșiți din mame gonoreice. Kroenig a observat la un copil de treĭ săptămâni, eșit iarăși dintr'o mamă gonorcică, o blenoree oftalmică urmată de coriză, iar apoĭ de otită medie gonoreică. In fine Welander și Barlow aŭ probat existența cistiteĭ gonoreice, prin descoperirea gonococuluĭ luĭ Neiser în celulele epiteliale ale acestuĭ organ. Apoĭ Wertheim practicând injecțiuni intra-peritoneale cu culturĭ pure de gonococĭ, a obținut o formă uscată de pelvi-peritonită ; examenul istologic a arătat că microbiĭ străbătură prin epiteliul turtit, în spațiurile limfa-

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

De aci resultă, că dacă gonococul nu s'a putut găsi în tóte țesuturile, causa era că mijlócele technice și modul cum se făceaŭ culturile diferiaŭ de cele actuale, carĭ sunt mult maĭ perfecționate ca maĭ nainte. In special prepararea de agar cu serum uman luat din liquidele cavităților închise seróse, precum sunt: pleuritele, ascitele, idrocelul, etc., constitue mediul cel maĭ bun pentru cultivarea gonococuluĭ. In adevĕr, acolo unde microscopul nu arată existența nicĭ unuĭ gonococ, făcându-se însă culturĭ cu acest amestec, gonococit devin evidenți.

Prin urmare nu este exact, că gonococul ar avea o acțiune specifică și exclusivă asupra glandelor și organelor cu epiteliŭ cilindric și format dintr'un singur strat, preeum susținea Bumm; din contra, el intră în categoria microbilor comuni, bucurându-se de tóte proprietățile lor și putându-se desvolta în orĭ-ce țesut.

Un alt fapt de o importanță iarăși capitală datorit luĭ Wertheim, este și următorul: Dînsul prin experiențe de laborator și observațiuni clinice, protestéză și contestă existența supurațiunilor mixte susținute de Bumm. Din 116 casurĭ de piosalpinx, Wertheim a găsit de 72 orĭ bacteriĭ; de 32 orĭ gonococĭ; de 6 orĭ streptococĭ și odată stafilococ; dar nicĭ odată în același timp și gonococ si alțĭ microbĭ piogenĭ.

Iate acum și experiențele de laborator:

Intr'un bulion de cultură de gonococĭ bine sterilisat, a constatat că streptocociĭ nu se desvoltaŭ de cât în mod miserabil saŭ chiar de loc, iar stafilocociĭ prosperaŭ mult maĭ încet de cât într'un bulion de cultură próspătă. De aci ar resulta, că vechea credință cum că gonocociĭ ar prepara terenul altor bacteriĭ, n'ar fi de loc justificată; probă incompatibilitatea asociațiuneĭ gonococuluĭ cu alțĭ mierobĭ. Cu tóte acestea sunt autorĭ, carĭ încă admit infecțiunile mixte. Intre alțiĭ, Witte, — găsind la microscop în pyosalpinxe odată gonococĭ și streptococĭ, odată gouococĭ și bacilĭ, iar altă dată gonococĭ și staphylococĭ, — sepronunță în favórea infecțiuneĭ mixte.

Cu tóte acestea, în urma experiențelor fórte demonstrative ale luĭ Wertheim, precum și a observațiunilor clinice, mulțĭ autorĭ, între carĭ maĭ ales Noegherath, căzând într'o altă extremitate cu totul opusă aceleea a luĭ Bumm, nu s'a sfiit a pune sub dependința blenoragieĭ tóte afecțiunile ginecologice. Deși conclusiunile acestuĭ autor, ḑice Martin din Berlin, aŭ fost considerate

ca brutale, aducênd o adevĕrată stupefacțiune, totuși ginecologiĭ încep a se convinge aḍĭ din ce în ce maĭ mult, că ele sunt perfect juste, afară de câte-va escepțiunĭ de alt-fel rarĭ, Decĭ infecțiunea gonoreică la femee trebue judecată în mod maĭ sever, de cum s'a făcut până acum.

In ceea-ce ne privesce, credem că ar fi un mare abuz a pune tóte afecțiunile organelor genitale ale femeeĭ pe socotéla infecțiuneĭ blenoragice. Avem convingerea, că multe din ele recunosc drept causă fecondațiunile sterile, arătate deja de Lawson Tait în patogenia unora din metrite. In urma unor asemenea avorturĭ, putem ḍice microscopice, rĕmâne o pórtă deschisă pentru intrarea și stabilirea microbilor banalĭ, dar carĭ numaĭ puțin sunt capabilĭ a da nascere unor inflamațiunĭ destul de serióse, fără cu tóte acestea să fie de natură specifică virulentă. La capitolul Metrite, vom insista maĭ mult asupra acestuĭ punct.

Din cele arătate, trebue óre a se considera cu totul distrusă teoria luĭ Bumm? Nicĭ de cum. Microbul gonoreic încă are să lupte contra inimiculuĭ sĕŭ, representat prin celulele epiteliale. Vaginul în special resistă și nu cedează de cât în anume condițiunĭ. Autorĭ de cea maĭ înaltă autoritate, ca Sänger, Fritsch și alțiĭ, aŭ fost nevoiți să recunóscă, că vaginul pentru a fi copleșit de agentul gonoreic, trebue ca stratul sĕŭ epitelial să se găséscă într'o stare de descuamațiune, saŭ să fie provĕḍut de o tandrețe, de o subțiime și fineță alta de cât cea normală. Decĭ desvoltarea gonococuluĭ, nu stă în strânsă legătură cu o anume specie determinată de epiteliŭ. Este destul ca acesta, orĭ-care ar fi natura sa, să se găséscă într'o stare de frăgezime, moliciune și umiditate pentru ca să devie propriŭ creșterei și pululațiuneĭ gonococuluĭ. Nisce asemenea condițiunĭ se găsesc la fetele tinere, la femeele însărcinate, saŭ la acelea cu o constituție debilă, alt-fel zis limfatică.

Ricord pare a fi prevĕḍut, prin marele sĕŭ geniŭ, acest lucru când ḍicea: o femee limfatică, blondă și palidă, póte fórte ușor să capete blenoragia, maĭ ales în urma uneĭ depărtărĭ de regim, oboseleĭ, exceselor de raporturĭ sexuale, usagiuluĭ órecăror bĕuturĭ, ca șampania, berea, saŭ a unor alimente escitante ca sparanghelul, etc.

Pentru blenoragie, ca și pentru orĭ-care altă inflamație, ḍice acest autor în scrierile sale asupra sifilisuluĭ, se cere o predispositiune, se cere acest imens necunoscut care domină tótă patologia. Ceea-ce probéză acest lucru este, că blenoragia nu se capătă

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

Dar noi cunóștem acum în ce constă acest secret: într'o modificare anumită a celulelor epiteliale a vaginului, în diferitele stări fisiologice, constituționale, saŭ provocate. In afară de aceste condițiuni speciale, și adi a rĕmas lucrul stabilit, că vaginul încă este refractar agentului blenoragic. Deci locul sĕŭ de predilecțiune și acolo unde el la început se stabilesce, sunt glandele. Prin urmare, putem avea vulvite blenoragice, căci vulva posedă glande destul, numeróse; dar vaginite nu, căci vaginul nu posedă asemenea organe. De aceia, mai cu deosebire în trei anume organe, presența gonococului este aprópe constantă.

Eraud e cel dintâiŭ care a arătat infecțiunea meatului urinar, dând nascere unei scurgeri uretrale. In casul cel mai ușor, avem manifestarea unei roșeli și umflături, dar care póte să mérgă până la o adevĕrată îngroșare a canalului, datorită unei inflamațiuni intersticiale. Martineau a atras la rândul sĕŭ atențiunea asupra stabilirei gonococului, în foliculii pre-uretrali și peri-uretrali terminându-se une-ori prin adevĕrate supurațiuni. Dar cu mult înaintea acestor autori, deja Graaf stabilise că la femee, sediul blenoragiei virulente se află în foliculii cari învecinesc uretra.

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

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

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

BIBLIOTECA CENTRALĂ

113868

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

IV.

Să vedem acum care este calea, saŭ mai bine ḑis mecanismul, prin care organele genitale ale femeeĭ atât interne cât și externe se infectéză. Modul cel mai comun și brutal, putem ḑice, este punerea în contact direct a gonococuluĭ, orĭ puroiuluĭ blenoragic cu aceste organe. Realisarea lucruluĭ se póte obține prin maĭ multe căĭ, precum: contagiune familiară, spitalicéscă, scolară, coit impur, tentativă de viol, etc., etc.

Un cas clasic de contagiune familiară ce am observat și pe care 'l am arătat în Vol. III la Cap. artritele blenoragice este următorul: Am fost chemat într'o ḑi de un student în medecină, pentru a îngriji o rudă a sa, ce suferia de blenoragie acută, cu manifestărĭ vagĭ articulare. După cât-va timp mi se arată de părinți, cu multă surprindere, fetița lor în etate de 4 anĭ, ce era coprinsă de o scurgere vaginală fórte abondentă. In adevĕr prin examen constat o vulvită destul de intensă. Făcând ancheta descoper că bolnavul nostru, avea obiceiul să urineze în acelașĭ vas, în care se punea și fetița cu șezutul, pentru a'și face necesitățile corporale. In aceste condițiunĭ s'a produs inocularea, dând fetiței o vulvită specifică. Dar n'a fost numaĭ atât: ambiĭ genunchĭ s'aŭ prins maĭ târziŭ de durerĭ violente, pentru carĭ copila a trebuit să fie căutată multă vreme.

Cele-lalte moduri de contagiune se înțeleg de la sine. Intrebuințarea aceloraș rufe, a bureților, obiectelor de toaletă, de pansamente etc. sunt tot atâtea mijlóce ale virusuluĭ, de a trece de la o persónă contaminată la alta sănătósă. Maĭ ales trebue evitat obiceiul, dacă nu moda, de a îndeplini actul defecațiuneĭ în positiunea șeḑândă pe acelașĭ scaun comun, precum se vede la unele oteluri, școlĭ, spitale, etc.

Din parte-ne, noĭ chirurgiĭ trebue să fim cu multă atențiune ca să avem degetele perfect aseptice, și să ne ferim ca scoțând degetul din vagin, să examinăm rectul, saŭ imediat să trecem la altă bolnavă, căcĭ ast-fel putem inocula nu numaĭ și acest din urmă organ, dar să propagăm bóla de la o femee la alta, determinând o adevĕrată epidemie. Acésta ar forma un noŭ mod de inoculație, numit al chirurgului.

Dar nu numaĭ prin deget se póte efectua contagiunea, ci şi prin orĭ-ce alt obiect. S'aŭ citat casurĭ de inoculaţie prin ajutorul termometruluĭ, precum şi printr'un pesar, după cum a arătat Fritsch.

In tóte aceste casurĭ, transmisiunea se face prin atacarea celulelor mucóseĭ, graţie acţiuneĭ iritante a virusuluĭ, pus în contact direct cu dênsele.

De aci infecţiunea póte, prin copleşire treptată şi progresivă, să înainteze către părţile profunde ale organelor genitale, graţie continuităţeĭ mucóseĭ, şi să ajungă până la gâtul uteruluĭ. Aci, dopul acela mucos, de o consistenţă cleiósă şi lipsit de albumină, pe cât e de refractar microbilor obicinuiţĭ, pe atât e de slab în faţa gonococuluĭ. Pentru el decĭ nu există obstacol, şi póte *ad libitum* să rĕmâe aci, sau ceea-ce e şi maĭ grav să trécă chiar peste ultima barieră, ce e representată prin istm, saŭ a se stabili d'adreptul în cavitatea uteruluĭ, pe endometru. De acolo mereŭ pe calea continuităţeĭ, el ’şĭ urmézĕ drumul, trecênd prin orificiul tubeĭ, pentru a ataca trompa, pavilionul, iar apoĭ însuşĭ peritoneul. Relativ la copleşirea acestor organe atât de profunde, s'aŭ emis şi alte părerĭ. S'a susţinut, că gonococul odată ajuns la gâtul uteruluĭ, este transportat în trompă printr'o adevĕrată aspiraţiune. Rolul acestuĭ fenomen e mare în actul fecondaţiuneĭ. Sunt în adevĕr animale, şi faptul se observă la unele mamifere (vacĭ, cătele, epe, etc.) unde după actul copulaţieĭ, de şi ejaculaţia e fórte abondentă, totuşĭ vaginul femeleĭ rĕmâne perfect uscat: tot lichidul seminal a fost absorbit de uter, întocmaĭ ca o pompă. Fenomenul acesta straniŭ îl oferă şi unele femeĭ, carĭ iarăşĭ bucurându-se de acéstă putere aspirantă, vaginul lor rĕmâne uscat, cu tótă ejaculaţiunea cea maĭ abondentă. In asemenea cas, lesne se înţelege cum gonococul, póte direct să străbată în părţile cele maĭ profunde ale organelor genitale, fără să maĭ aibă trebuinţă de acel pelerinagiŭ sistematic şi succesiv, ceam arătat. Alţiĭ fac să intervie mişcarea antiperistaltică a celulelor cu cilĭ vibratilĭ, de carĭ e provĕdut uterul; în casul acesta, gonococul ca şi sperma este împins până la orificiul trompeĭ. In fine uniĭ cred că gonococul este condus de însuşĭ spermatozoidul, ca şi cum ar fi pus în spinarea sa, orĭ ar face parte integrantă din el. S'a maĭ invocat încă un mecanism în acéstă privinţă, arătat într'un memoriŭ a luĭ Klein. E probabil, că în caz de strîmptorare a istmuluĭ uterin, sforţurile şi contracţiunile dureróse ale uteruluĭ, neputênd învinge obstacolul spre a da afară mucositătile, acestea

refluéză saŭ maĭ bine ḑis se întorc înapoĭ, avênd tendința să reintre în trompe; dar odată cu ele străbate și gonococul, al căruĭ resultat este provocarea uneĭ salpingite brusce și acute. Modul acesta de a vedea e considerat ca o pură ipoteză, neputêndu-se a fi confirmat prin vre-un fapt clinic, saŭ constatare anatomo-patologică. De alt-fel, experiențele luĭ Klemm aŭ probat că lichidele injectate în uter, nu pot trece în trompă, chiar de ar fi supuse la o presiune fórte mare. Dar or-cum ar fi, stenosa gâtuluĭ uterin e un pericol pentru femee, și în consecință trebue tratat. Tóte durerile în timpul menstruelor, une-orĭ destul de serióse, sunt efectul acesteĭ stărĭ morbide.

Altă dată, în loc ca invasiunea gonococuluĭ să se facă prin mijlocul acestuĭ lanț celular, care în definitiv e cel maĭ blând, se efectuéză prin căile limfatice. In casul acesta, virusul ajuns în cavitatea uteruluĭ, este luat de aceste vase, și trecênd prin țesutul conjunctiv, prin cel mucos și cel muscular, atacă serósa (perimetriul) și ajunge tocmaĭ în anexe.

Dar calea cea maĭ periculósă a transportuluĭ gonococuluĭ, este când dînsul intră direct în masa sanguină. In acest cas infecțiunea ia un caracter cu totul fulgerător și care, dacă nu aduce mórtea individuluĭ, de multe orĭ transformă femeia într'un adevĕrat invalid. Aci nu va maĭ fi vorba de metrite, salpingite, ovarite, anexite saŭ pelviperitonite; ci de un resunet al bóleĭ în organe mult maĭ depărtate, în organe splachnice, absolut esențiale vieței. Femeia în aceste condițiunĭ e lovită ca și de trăsnet, de un adevĕrat cataclism, de o scenă dramatică din cele maĭ sfâșietóre. Nu voiŭ uita nicĭ-o-dată chemarea mea urgentă la un otel, pentru a da îngrijirile uneĭ nenorocite ființe, care după un act violent de coabitație, se găsia în ghiara morței. Dînsa, pentru o nenorocită sumă de banĭ relativ ridiculă, avusese contact cu un individ, care în credința luĭ barbară, îmĭ mărturisise că voia să scape de o blenoragie acută, făcênd escese venerice cu dînsa. Am găsit acéstă femee disgrațiată de sórtă, în prada uneĭ pelviperitonite supra acute, ce'ĭ amenința viața. Abia a avut norocul să scape, rĕmâind însă în urmă, cu consecințele triste ale profesiuneĭ sale. Dar alte dăți, în urma acesteĭ inoculațiunĭ se produc, după cum am ḑis, resunete depărtate în organe cu totul strĕine de sfera genitală. Ele constitue ceia-ce în patologie numim *metastasa blenoragică*. Forma cea maĭ fericită — dacă și acésta póte fi ast-fel calificată — este artrita blenoragică. Dînsa une-orĭ monoarticulară iar altă dată poliarticulară, póte totuși se fie înlăturată. Nu insist asupra

pronosticului acestor complicațiuni, lucrul fiind pe larg arătat în volumul III. Alte dăți infecțiunea se stabilesce în téca tendónelor, a nervilor, saŭ în muschi, dând nascere la sinovite, perinevrite saŭ miosite. Wilms a arătat un cas de endocardită blenoragică, datorită efectului gonococului. Mai mult, Seifert a arătat un cas fórte interesant cu privire la o femee gonoreică, care avênd o inflamație a mameleĭ prin metastasă, a găsit în puroĭ diplococĭ, presentând tóte caracterele gonococului.

Care e mecanismul acesteĭ inoculațiuni sanguine? Fără nicĭ o îndoială o plagă. Acésta se póte produce în urma unor intervențiuni chirurgicale, când vasele deschidêndu-se, gonococul póte intra direct în calea sanguină. Ast-fel ar fi un examen intempestiv al vaginului, saŭ uretreĭ cu degetul, specul, saŭ cateter. Neluând precauțiunile necesare, putem provoca o mică plagă a acestor organe cu unghia, saŭ însuși instrumentul. De asemenea în urma unuĭ coit violent, se póte obține acelaș efect, rupênd imenul, saŭ determinênd o sgărietură în dreptul furculițeĭ or aiurea. Resultatul e acelaș: inoculație bruscă iar apoĭ metastasă. Există în acéstă privință o observație fórte demonstrativă a luĭ Resnikov care merită a fi citată. O femee virgină în nóptea nunții cade bolnavă. Patru dile după aceia e coprinsă de artrită a umeruluĭ, a cótelor și genuchilor. Bărbatul se însurase avênd o blenoragie acută.

Pentru explicarea rapidității acesteĭ metastase, s'a admis străbaterea gonococuluĭ printr'o plagă, iar în specie prin ruperea imenuluĭ (Luther).

V.

Să nu credem însă că s'a isprăvit tóte causele ce pot determina inflamația organelor genitale interne ale femeeĭ. Dînsa se maĭ póte bolnăvi și în afară de diferițiĭ agenți simpli saŭ specificĭ, veniți de la exterior, și intrând întâĭ prin canalul vaginouterin. O femee fără a fi în perióda menstruală, fără a fi culpabilă de nicĭ o imprudență, fără a fi gravidă saŭ parturientă, fără în fine să fi fost infectată de amantul saŭ bărbatul sĕŭ, dînsa este expusă la inflamația și chiar supurația organelor genitale interne, pe o cale cu totul diferită. De când laparotomiile se fac pe o scară întinsă contra acestor afecțiuni, maĭ toți chirurgiĭ aŭ constatat aderențe intime ale intestinelor cu anexele, transformate în tumorĭ. Maĭ nicĭ-o-dată n'a fost laparotomie pe care s'o fi făcut

contra anexitelor, fără să nu fi fost silit a lupta contra deslipireĭ anselor intestinale de aceste organe. Astădĭ atenţiunea autorilor este cu seriositate atrasă asupra acesteĭ chestiunĭ importante. Astădĭ tendinţa este a se invoca o nouă causă a inflamaţieĭ şi supuraţieĭ anexelor; dînsa se atribue trecereĭ microbilor din intestine la aceste organe, în mod direct. In special raporturile trompeĭ cu apendicele ilio cecal, explică în mod suficient inflamaţia şi supuraţia anexelor din acea parte, precum şi presenţa coli-baciluluĭ, în puroiul trompeĭ saŭ ovaruluĭ. Vallin şi Clado aŭ arătat în ligamentul apendiculo ovarien presenţa de limfatice, comune la ambele organe. Lesne decĭ înţelegem posibilitatea transmisiuneĭ microbilor întestinalĭ la anexele uteruluĭ. Şi cu atât fenomenul se va îndeplini maĭ uşor, cu cât intestinele vor fi prealabil bolnave şi se vor lipi de anexe.

De aceia enteritele, apendicitele, abcesele foseĭ iliace şi or-ce alt proces inflamator al ţesutuluĭ celulo-conjunctiv şi al seróseĭ peritoneale a miculuĭ basin, pot or când să determine inflamaţiunĭ şi supuraţiunĭ anexiale, în afară de or-ce altă causă arătată până acum. De altfel cercetările bacteriologice a multor autorĭ ca Hartman şi Morax; Jayle, Witte, Menge şi alţiĭ, aŭ arătat că în anexitele supurate s'aŭ găsit fórte multe casurĭ, unde coli-bacilul nu numaĭ că s'a aflat în colecţiile purulente asociat cu diferiţĭ microbĭ ca gonococul, stafilicocul şi streptococul, dar une orĭ n'a existat de cât el singur. Acésta probéză până la evidenţă rolul microbilor intestinalĭ, asupra inflamaţiĭ organelor genitale interne ale femeeĭ. Imĭ exprim regretele mele profunde că nu am avut la dispositie un laborator cât de mic, pentru a fi demonstrat cu prisosinţă faptul acesta. Sunt convins că mare parte din anexite, se datoresc microbilor intestinelor cu trompele şi ovarele. Maĭ sunt convins că la acésta contribue în mare parte aplicarea corsetuluĭ care, exercitând o presiune pe întréga masă intestinală, înpinge aceste organe în micul basin şi le înlesneşte ocasiunea de a'şĭ transmite direct flora microbică, fie trompeĭ saŭ ovaruluĭ cu carĭ capătă relaţiunĭ intime. Dar daca nu 'mĭ a fost posibil a verifica acest lucru prin cercetărĭ de laborator, afirm însă prin observaţiunile clinice, că aprópe în tóte laparotomiile, am găsit aderenţe între intestine şi anexele inflamate. Când voiŭ relata în extenso tóte aceste observaţiunĭ la capitole respective, cititorul se va convinge de adevĕr. Dar într'un cas maĭ cu sémă, faptul a fost atât de evident, în cât separaţiunea apendiceluĭ vermicular intim unit cu suprafaţa anexeĭ din drépta, n'a fost cu pu-

tinţă fără rezecţiunea sa. Fig. 1 represintă o probă din cele maĭ demonstrative. Iată în scurt observaţia:

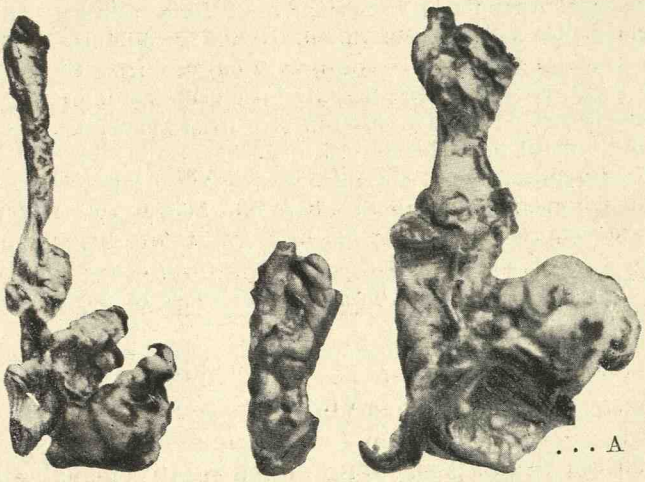


Fig. 1. Dublă anexită (personală).
Anexa stângă. Apendicele vermicular. Anexa dréptă cu abces în trompa A.

Ortanza Ştefănescu 25 anĭ. Menstruată 14 anĭ. Primele raporturĭ sexuale le-a avut înaintea menstruelor. A avut o facere dificilă şi asistată de o móşă de la ţară. Rĕmâne cu metroragiĭ ce a durat 5 lunĭ, maĭ târziŭ a avut şi un avort. Prin Martie (postul Paşceluĭ) e cuprinsă de durerĭ abdominale. Intră în serviciul nostru la 15 Maiŭ 98. Doreşte să-ĭ trécă: durerile din regiunea sacrală şi ipogastrică, durerĭ ce se manifestă prin nisce arsurĭ violente, ce nu-ĭ permite a munci. Maĭ doresce încă să-ĭ trécă emoragia abondentă.

La 30 lunie 98 facem laparatomia. Incisia 11 c. m. Peritoneul deschis, constatăm anexele din drépta formând o tumoră enorm de mare, pe care stă solid aderent apendicele vermicular. Se deslipesce cu multă prudenţă. Conexiunile între tumoră, uter şi basin, eraŭ aşa de intime în cât eram pe punctul a refuza terminarea operaţieĭ. Cu tóte acestea se dă bolnaveĭ un plan înclinat şi se începe ruperea aderenţelor, căutând a se separa maĭ întâiŭ tumora de faţa posterióră a uteruluĭ. Aci în adevĕr cavitatea luĭ Douglas era cu desăvârşire ocupată de o masă informă, formată din caderea ambelor anexe şi sudarea lor inextricabilă. După ce înaintăm până la óre-care distanţă, începem a ne dirija către latura uteruluĭ, atacând tot-d'a-una tumora de la bază la superficie, deslipind bucăţĭ largĭ de aderenţe, carĭ sângeraŭ destul de abondent. Dificultatea cea mare a fost în deslipirea rectuluĭ, atât în părţile sale laterale cât şi a peretelueĭ săŭ anterior. O dată aderenţele din fosa iliacă distruse, tumora este adusă în plagă. Se trage cu o pensă cu dinţĭ de fundul uteruluĭ. Se aplică în dreptul cornuluĭ un fir dublu, dar care tae ţesuturile. Se aplică un altul după care tumora se rezeacă. Se fac spălaturĭ largĭ cu sublimat, şi se tamponéză plaga cu tifon iarăşĭ

fiert tot în sublimat și se lasă câte-va minute în loc. Se procede la extirparea anexelor din stânga, ce erau fórte profunde și părând a fi vârâte în grosimea ligamentelor largi. In timpul manipulărei se sparge o pungă plină cu puroiŭ ce se varsă în pântece. După mai multe manipulări se extirpéză și aceste anexe ca și cele precedente. Apendicele vermicular fiind fórte inflamat, deformat și de grosimea unuĭ police se esciséză, aplicându-se un fir dublu la bază. Se reduce bontul prin două fire Lembert. Noĭ spălături cu sublimat. Făcându-se o nouĕ inspecție se complectéză operația, deslipindu-se rectul de uter mergând cu degetele până la coccix. Se fac noĭ spălături și o nouĕ tamponadă. Operația se termină fixându-se uterul de abdomen prin două fire. Se închide abdomenul prin 6 suturi musculo-peritoneale și opt cutanate. Se face o injecție cu 800^{c}gr. serum și o injecție sub cutanată cu ergotină. Séra altă injecție cu ser de 1200 gr. Organele extrase sunt representate în fig. 1.

In prima și a doua ḍi fenomene de idrargirism, diaree și salivație.

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

VI.

Tot ce am arătat până acum a fost relativ mai ales la efectul ce blenoragia acută saŭ sub acută a bărbatuluĭ, are asupra organelor genitale femeeștĭ.

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

Ce se înțelege prin starea latentă a blenoragieĭ? Noeggerath o definește astfel: Este o stare care se caracterisă prin acest fapt că, de unde individul nu simția nicĭ o deranjare în ființa sa de anĭ indelungați, acéstă stare încetéză brusc, în urma uneĭ iritațiunĭ a organelor sexuale, și că atuncĭ să arată simptomele uneĭ blenoragiĭ sub acută saŭ acută.

După Luther, dacă am înlocui cuvêntul de stare latentă a gonoreeĭ, prin aceia de stare latentă a gonococuluĭ, chestiunea devine și mai clară. In practică lucrurile se petrec astfel: iată un om care vindecat de blenoragia ce a avut odinioră, se găsește de mai mulțĭ anĭ în prefectă sănătate. El se însóră, face copiĭ, trăesce bine cu nevasta, amêndoĭ sunt sănătoși și nimic nu turbură căsnicia lor. Dar iată că într'o ḍi focul se aprinde. Femeia ca din senin se pomenește, din curată ce era, cu o scurgere displăcută și revoltătóre. Alte dăți lucrul invers se produce: bărbatul este care se plânge de un asemenea mosafir necăutat și incomod. In alte circumstanțe, un curtizan se plânge mediculuĭ de o blenoragie fórte violentă; și cu tóte acestea dînsul afirmă că a avut relațiĭ cu o femee măritată, cu

nevasta amiculuĭ sĕŭ, care nu are absolut nimic; și ca probă este că atât dînsa cât și bărbatul sunt perfect sănătoșĭ.

Dar se observă casurĭ și maĭ extra-ordinare ca acestea. Iată unul destul de important și nostim în acelașĭ timp, pe care îl reproduc din scrierile luĭ Ricord „Un om de 30 de anĭ, *medic*, se afla în continență maĭ mult de șase săptămănĭ, și ultimele sale raporturĭ sexuale nu eraŭ suspecte. O circumstanță forțată îĭ permise să petrécă o ḑi întrégă în dragoste platonică—*tête à tête*—cu o femee tînără pe care o iubea. De la 10 ore diminéța până la 7 ore séra, dênsul făcu sforțurĭ zadarnice, să învingă resistența acesteĭ femeĭ, a căreĭ virtute nu a cedat. Dar în tot timpul acesta, confratele nostru a stat într'o stare de excitațiune fără răgaz. Treĭ ḑile după aceia, doctorul se pomeni cu o blenoragie din cele maĭ violente, din cele maĭ dureróse și care a durat 40 de ḑile.

Iată cum se exprimă Ricord în scrisorile sale: Nimic maĭ comun de cât a găsi femeĭ, carĭ aŭ comunicat blenoragiĭ din cele maĭ intense, din cele maĭ persistente, cu consecințele blenoragieĭ din cele maĭ variate și cele maĭ grave; și cu tóte acestea dînsele nu eraŭ afectate, de cât de cele maĭ ușóre catarurĭ uterine fără nicĭ o importanță. De aci resultă acéstă frecuentă credință a bolnavilor, credință fórte adesea legitimată, că aŭ căpătat blenoragia de la o femee perfect sănătósă".

Dar care din medicĭ n'a primit la consultațiile sale, bărbațĭ fórte fidelĭ și părințĭ modelĭ, dar carĭ cu blestemul pe buze insultă sórta ingrată, ce pentru o singură escapadă, l'a pedepsit cu o teribilă blenoragie ?

Și adevĕrul este că pare a fi un făcut, ca prima cursă, să serve drept lecție bărbatuluĭ infidel (?) Faptul de sigur e fórte curios că o femee măritată, de și—cam ca tóte—posedă scursorĭ leucoreice, totușĭ póte coabita cu bărbatul sĕŭ, fără să-ĭ comunice nimic ; pe când aceiașĭ femee trădând pe bărbatul sĕŭ—fie chiar dintr'un capriciŭ—dă ca suvenire, îndrăsnețuluĭ curtezan, o blenoragie de multe orĭ fórte violentă, care de sigur e cea maĭ mare rĕsbunare a celuĭ înșelat.

Dar culmea este atuncĭ când în urma uneĭ trădărĭ, cade victimă și inocentul bărbat. Se întâmplă în adevĕr ca femeia trădătóre, să infecteze și pe amant și în acelașĭ timp și pe bărbat, și totușĭ dînsa să rĕmâie sănătósă.

Următórea observațiune luată din Ricord este fórte demonstrativă. „O tînără pereche, invitase la masă pe un amic al băr-

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

In prima și a doua ḍi fenomene de idrargirism, diaree și salivație.

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

VI.

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

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

Ce se înțelege prin starea latentă a blenoragieĭ? Noeggerath o definește astfel: Este o stare care se caracterisă prin acest fapt că, de unde individul nu simția nicĭ o deranjare în ființa sa de anĭ indelungați, acéstă stare încetéză brusc, în urma uneĭ iritațiunĭ a organelor sexuale, și că atuncĭ să arată simptomele uneĭ blenoragiĭ sub acută saŭ acută.

După Luther, dacă am înlocui cuvêntul de stare latentă a gonoreeĭ, prin aceia de stare latentă a gonococuluĭ, chestiunea devine și mai clară. In practică lucrurile se petrec astfel: iată un om care vindecat de blenoragia ce a avut odinioră, se găsește de mai mulți anĭ în prefectă sănătate. El se însóră, face copiĭ, trăesce bine cu nevasta, amêndoĭ sunt sănătoși și nimic nu turbură căsnicia lor. Dar iată că într'o ḍi focul se aprinde. Femeia ca din senin se pomenește, din curată ce era, cu o scurgere displăcută și revoltătóre. Alte dăți lucrul invers se produce: bărbatul este care se plânge de un asemenea mosafir necăutat și incomod. In alte circumstanțe, un curtizan se plânge mediculuĭ de o blenoragie fórte violentă; și cu tóte acestea dînsul afirmă că a avut relațiĭ cu o femee măritată, cu

nevasta amiculuĭ sĕŭ, care nu are absolut nimic; și ca probă este că atât dînsa cât și bărbatul sunt perfect sănătoșĭ.

Dar se observă casurĭ și maĭ extra-ordinare ca acestea. Iată unul destul de important și nostim în acelașĭ timp, pe care îl reproduc din scrierile luĭ Ricord „Un om de 30 de anĭ, *medic*, se afla în continență maĭ mult de șase săptămănĭ, și ultimele sale raporturĭ sexuale nu eraŭ suspecte. O circumstanță forțată îĭ permise să petrécă o ḍi întrégă în dragoste platonică—*tête à tête*—cu o femee tînără pe care o iubea. De la 10 ore diminéța până la 7 ore séra, dênsul făcu sforțurĭ zadarnice, să învingă resistența acesteĭ femeĭ, a căreĭ virtute nu a cedat. Dar în tot timpul acesta, confratele nostru a stat într'o stare de excitațiune fără răgaz. Treĭ ḍile după aceia, doctorul se pomeni cu o blenoragie din cele maĭ violente, din cele maĭ dureróse și care a durat 40 de ḍile.

Iată cum se exprimă Ricord în scrisorile sale: Nimic maĭ comun de cât a găsi femeĭ, carĭ aŭ comunicat blenoragiĭ din cele maĭ intense, din cele maĭ persistente, cu consecințele blenoragieĭ din cele maĭ variate și cele maĭ grave; și cu tóte acestea dînsele nu eraŭ afectate, de cât de cele maĭ ușóre cataruri uterine fără nicĭ o importanță. De aci resultă acéstă frecventă credință a bolnavilor, credință fórte adesea legitimată, că aŭ căpătat blenoragia de la o femee perfect sănătósă".

Dar care din medicĭ n'a primit la consultațiile sale, bărbațĭ fórte fidelĭ și părințĭ modelĭ, dar carĭ cu blestemul pe buze insultă sórta ingrată, ce pentru o singură escapadă, l'a pedepsit cu o teribilă blenoragie ?

Și adevĕrul este că pare a fi un făcut, ca prima cursă, să serve drept lecție bărbatuluĭ infidel (?) Faptul de sigur e fórte curios că o femee măritată, de și—cam ca tóte—posedă scursorĭ leucoreice, totușĭ póte coabita cu bărbatul sĕŭ, fără să-ĭ comunice nimic ; pe când aceiașĭ femee trădând pe bărbatul sĕŭ—fie chiar dintr'un capriciŭ—dă ca suvenire, îndrăsnețuluĭ curtezan, o blenoragie de multe orĭ fórte violentă, care de sigur e cea maĭ mare rĕsbunare a celuĭ înșelat.

Dar culmea este atuncĭ când în urma uneĭ trădărĭ, cade victimă și inocentul bărbat. Se întâmplă în adevĕr ca femeia trădătóre, să infecteze și pe amant și în acelașĭ timp și pe bărbat, și totușĭ dînsa să rĕmâie sănătósă.

Următórea observațiune luată din Ricord este fórte demonstrativă. „O tînără pereche, invitase la masă pe un amic al băr-

fiert tot în sublimat și se lasă câte-va minute în loc. Se procede la extirparea anexelor din stânga, ce erau fórte profunde și părând a fi vârâte în grosimea ligamentelor largi. In timpul manipulărei se sparge o pungă plină cu puroiŭ ce se varsă în pântece. După mai multe manipulări se extirpéză și aceste anexe ca și cele precedente. Apendicele vermicular fiind fórte inflamat, deformat și de grosimea unuĭ police se esciséză, aplicându-se un fir dublu la bază. Se reduce bontul prin douĕ fire Lembert. Noĭ spălăturĭ cu sublimat. Făcându-se o nouĕ inspecție se complectéză operația, deslipindu-se rectul de uter mergând cu degetele până la coccix. Se fac noĭ spălăturĭ și o nouĕ tamponadă. Operația se termină fixându-se uterul de abdomen prin douĕ fire. Se închide abdomenul prin 6 suturĭ musculo-peritoneale și opt cutanate. Se face o injecție cu 800^{c}gr. serum și o injecție sub cutanată cu ergotină. Séra altă injecție cu ser de 1200 gr. Organele extrase sunt representate în fig. 1.

In prima și a doua ḍi fenomene de idrargirism, diaree și salivație.

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

VI.

Tot ce am arătat până acum a fost relativ maĭ ales la efectul ce blenoragia acută saŭ sub acută a bărbatuluĭ, are asupra organelor genitale femeeștĭ.

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

Ce se înțelege prin starea latentă a blenoragieĭ? Noeggerath o definește astfel: Este o stare care se caracterisă prin acest fapt că, de unde individul nu simția nicĭ o deranjare în ființa sa de anĭ indelungațĭ, acéstă stare încetéză brusc, în urma uneĭ iritațiunĭ a organelor sexuale, și că atuncĭ să arată simptomele uneĭ blenoragiĭ sub acută saŭ acută.

După Luther, dacă am înlocui cuvêntul de stare latentă a gonoreeĭ, prin aceia de stare latentă a gonococuluĭ, chestiunea devine și maĭ clară. In practică lucrurile se petrec astfel: iată un om care vindecat de blenoragia ce a avut odinioră, se găsește de maĭ mulțĭ anĭ în prefectă sănătate. El se însóră, face copiĭ, trăesce bine cu nevasta, amêndoĭ sunt sănătoșĭ și nimic nu turbură căsnicia lor. Dar iată că într'o ḍi focul se aprinde. Femeia ca din senin se pomenește, din curată ce era, cu o scurgere displăcută și revoltătóre. Alte dățĭ lucrul invers se produce: bărbatul este care se plânge de un asemenea mosafir necăutat și incomod. In alte circumstanțe, un curtizan se plânge mediculuĭ de o blenoragie fórte violentă; și cu tóte acestea dînsul afirmă că a avut relațiĭ cu o femee măritată, cu

nevasta amiculuĭ sĕŭ, care nu are absolut nimic; și ca probă este că atât dînsa cât și bărbatul sunt perfect sănătoșĭ.

Dar se observă casurĭ și maĭ extra-ordinare ca acestea. Iată unul destul de important și nostim în acelașĭ timp, pe care îl reproduc din scrierile luĭ Ricord „Un om de 30 de anĭ, *medic*, se afla în continență maĭ mult de șase săptămănĭ, și ultimele sale raporturĭ sexuale nu eraŭ suspecte. O circumstanță forțată îĭ permise să petrécă o ḑi întrégă în dragoste platonică—*tête à tête*—cu o femee tînĕră pe care o iubea. De la 10 ore diminéța până la 7 ore séra, dênsul făcu sforțurĭ zadarnice, să învingă resistența acesteĭ femeĭ, a căreĭ virtute nu a cedat. Dar în tot timpul acesta, confratele nostru a stat într'o stare de excitațiune fără răgaz. Treĭ ḑile după aceia, doctorul se pomeni cu o blenoragie din cele maĭ violente, din cele maĭ dureróse și care a durat 40 de ḑile.

Iată cum se exprimă Ricord în scrisorile sale: Nimic maĭ comun de cât a găsi femeĭ, carĭ aŭ comunicat blenoragiĭ din cele maĭ intense, din cele maĭ persistente, cu consecințele blenoragieĭ din cele maĭ variate și cele maĭ grave; și cu tóte acestea dînsele nu eraŭ afectate, de cât de cele maĭ ușóre cataruri uterine fără nicĭ o importanță. De aci resultă acéstă frecventă credință a bolnavilor, credință fórte adesea legitimată, că aŭ căpătat blenoragia de la o femee perfect sănătósă".

Dar care din medicĭ n'a primit la consultațiile sale, bărbațĭ fórte fidelĭ și părințĭ modelĭ, dar carĭ cu blestemul pe buze insultă sórta ingrată, ce pentru o singură escapadă, l'a pedepsit cu o teribilă blenoragie ?

Și adevĕrul este că pare a fi un făcut, ca prima cursă, să serve drept lecție bărbatuluĭ infidel (?) Faptul de sigur e fórte curios că o femee măritată, de și—cam ca tóte—posedă scursorĭ leucoreice, totușĭ póte coabita cu bărbatul sĕŭ, fără să-ĭ comunice nimic ; pe când aceiașĭ femee trădând pe bărbatul sĕŭ—fie chiar dintr'un capriciŭ—dă ca suvenire, îndrăsnețuluĭ curtezan, o blenoragie de multe orĭ fórte violentă, care de sigur e cea maĭ mare rĕsbunare a celuĭ înșelat.

Dar culmea este atuncĭ când în urma uneĭ trădărĭ, cade victimă și inocentul bărbat. Se întâmplă în adevĕr ca femeia trădătóre, să infecteze și pe amant și în acelașĭ timp și pe bărbat, și totușĭ dînsa să rĕmâie sănătósă.

Următórea observațiune luată din Ricord este fórte demonstrativă. „O tînĕră pereche, invitase la masă pe un amic al băr-

batuluĭ. Prânzul fiind terminat, pofta de mâncare nu fusese satisfăcută. S'a hotărît să se maĭ adauge ceva. Bărbatul plécă de la masă; pogóră cele patru etage, și se duce la băcanul de alăturĭ, să complecteze prânzul amical. Dar vaĭ! el nu se întórce destul de repede. In timpul acesteĭ scurte absențe, infidela sa jumătate, comitea adulterul cu perfidul sĕŭ amic. Bărbatul intră, prânzul se sfîrșește. După ce se consumă și adjuvantele, ca obicĭnuita cafea cu cogniac etc., amicul se retrage. La rândul sĕŭ voinicul bărbat, intră în drepturile sale și consumă actul conjugal. Treĭ zile după aceia, bărbatul stupefiat, se presintă luĭ Ricord cu o blenoragie în flórea eĭ. Dînsul însoțit de femeia sa, jură că nu a avut nicĭ o relație cu altă femee de cât cu a sa. La examenul cel maĭ atent, Ricord nu găsește în organele genitale ale femeeĭ absolut nimic de suspect. Prescripțiunea făcută — zice Ricord — ambiĭ indivizĭ plécă, lăsându-mĕ în nedomirire asupra acesteĭ blenoragiĭ virulente a bărbatuluĭ. A doua zi însă — zice Ricord — vĕd femeia că revine pentru a mĕ întreba, dacă în adevĕr sunt sigur că ea nu e bolnavă. O examinez din noŭ, și din noŭ ĭĭ afirm că e fórte sănătósă. Dînsa ĭmĭ povestește atuncĭ istoria trădăreĭ de maĭ sus, și adaogă că deliquentul este aci și mĕ rógă a'l examina. El avea aceiașĭ sórtă ca și bărbatul!"

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

Secrețiunile organelor genitale ale bărbatuluĭ și femeeĭ se acomodéză, se aclimatizéză, astfel că formézĕ pentru fie-care din eĭ un fel de imunitate reciprocă. Acéstă observațiune clinică de o mare importanță, a făcut pe marele Ricord, să dea sfatul, rĕmas clasic, tinerilor de a se căsători, dacă voesc să scape de nisce scurgerĭ neînsemnate ce tot-d'-auna rĕmân în urma blenoragieĭ, dar carĭ mereŭ îl plictisia și pe el și pe dînșiĭ. Și adevĕrul este că și noĭ recomandăm acest lucru, — după ce bine înțeles facem prealabil maĭ multe dilatațiunĭ și spălaturĭ vesico-uretrale antiseptice. Resultatul e surprinzător, căcĭ totul dispare ca prin farmec. Farmecul însă constă, tocmaĭ în acéstă acomodare saŭ aclimatare microbiană.

In acest fericit menagiŭ însă, intervine un factor străin? lucrul se schimbă. Fie remușcarea, fie excitațiunea, saŭ maĭ probabil intervențiunea unuĭ noŭ mosafir microb, totul se răstórnă. Amantul se bolnăvește. Pentru ce? pentru că microbiĭ vaginalĭ aĭ femeeĭ, n'aŭ avut nicĭ o legătură de amiciție cu ceĭ uretralĭ aĭ seducătoruluĭ. Și astfel fiind, unul din ceĭ douĭ com-

plicĭ trebue să cadă bolnav. Victima pe drept cuvînt, în imensa majoritate a casurilor, este amantul. De ce nu însă și femeia? Pentru că dînsa are privilegiul d'a se bucura de presența în vaginul său, a unuĭ strat de celule, carĭ resistă agentuluĭ morbid lăsat de amant. Acésta póte e singura consolațiune a bărbatuluĭ înșelat de multe orĭ pe nedrept (?). Din cele arătate, s'a putut interverti vechiul adagiŭ: *că cea maĭ frumósă femce nu póte da maĭ mult de cât are, în aceia că în chestie de blenoragie, ea póte da chiar și ce nu are.* Și în adevĕr, femeĭ perfect sănătóse, sunt în stare a gratifica cu o blenoragie pe prea iubitul lor amant, rĕmâind totușĭ pure pentru bărbatul lor. Nu cred să mĕ înșel, zice Ricord, dacă așĭ susține că femeile daŭ de 20 orĭ blenoragia, în schimbul uneia ce primește.

Dar să vedem acum în ce chip cercetările moderne esplică faptele acestea, în aparență atât de bizare? Neisser și Wertheim, ceĭ maĭ acreditațĭ autorĭ, admit aceiașĭ idee deja emisă de Ricord, care constă în presupunerea că, în casnicie, gonocociĭ soților se înfrățesc în mod perfect. Soțiĭ, zice Wertheim, pot la urma urmelor să se obicinuiască în totul cu gonocociĭ lor, așa că în definitiv, numaĭ póte fi vorba de *cociĭ Domnuluĭ și Dómneĭ X ci de cociĭ comunĭ aĭ soților X!* Dar dacă un al treilea individ se insinuéză în menagiŭ, la sigur va fi pedepsit ca un adevĕrat tâlhar. Dar în definitiv de unde vin acești gonococĭ, și cum se face că o persónă vindecată, după maĭ mulțĭ anĭ să capete o nouă blenoragie acută?

S'a presupus că în momentele supreme, mucósa genitală intră într'o reacțiune destul de vie. In urma escitațiuneĭ și congestiuneĭ, gonocociĭ iritațĭ, ar eși din locurile unde stătuseră ascunșĭ. Astfel după uniĭ, acești gonococĭ ar veni din gâtul uteruluĭ; după alțiĭ eĭ s'ar pogorî din trompe, saŭ ar eși din glanda luĭ Bartholin, saŭ în fine din meatul urinar. Tóte sunt simple ipoteze.

Faptul concret stă în următórea experiență datorită luĭ Wertheim. Acest neobosit autor, a făcut culturĭ pure dintr'o gonoree cronică a unuĭ bărbat, datând de doĭ anĭ. Dînsul a inoculat aceste culturĭ în uretra unuĭ alt bărbat. La acesta s'a determinat imediat o blenoragie fórte acută. Dar aceiașĭ cultură inoculată la primul, n'a dat absolut nicĭ un efect. Iată dar o probă din cele maĭ convingĕtóre, că o persónă obicinuită cu microbul sĕŭ, rĕmâne refractară aceluiașĭ produs, care asupra altuia a dat resultatele cele maĭ positive. Dacă însă se introduce puroĭ

de la al II-lea individ—unde se determinase inflamaţia blenoragică—la primul, atunci şi acesta capătă aceiaşi afecţiune identică, cu tot cortegiul său. Este deci evident că, acésta cultură pură luată de la primul, făcênd o călătorie şi determinând pe al doilea o inflamaţie francă, lucrézá acum şi asupra sa, şi 'l infectézá, pe el, care a servit ca punct de plecare al culturelor, până aci negative asupra luĭ.

Conclusiunea practică ce putem trage din aceste esperienţe este: Un bărbat cu femeia sa, aŭ gonocociĭ lor conjugalĭ carĭ trăesc în perfect menagiŭ. Dar iată că se introduce un seducător şi femeia comite infidelitate. Gonococul aceştia până aci inofensiv pentru bărbat, devine în urma unor secrete ale naturei (?), un agent provocator al blenoragieĭ seducătoruluĭ. Femeia, graţie constituţiuneĭ vaginuluĭ său, rămâne scutită de infecţie, chiar în casul când amantul ar fi fost bolnav. Dacă acum bărbatul are raport cu femeia sa după un scurt timp de la adulter, el póte căpăta o scurgere uretrală, chiar şi atunci când înşelătorul n'ar fi făcut de cât să'şĭ depună vechiĭ săĭ gonococĭ latenţi, dar revoluţionarĭ în raport cu aĭ luĭ. Şi cu atât maĭ mult contaminaţiunea se póte efectua, cu cât raportul bărbatuluĭ cu femeia după comiterea crimeĭ, se va fi făcut înainte de 24 saŭ 36 de ore. După cercetările bacteriologice moderne s'a stabilit că, gonococul îşĭ conservă tóte calităţile sale virulente, în tot acest interval de timp.

Ar maĭ fi încă o şansă (?) pentru bărbatul înşelat de nu se bolnăvi şi anume: dacă femeia în momentul trădăreĭ ar fi fost coprinsă de o afecţiune inflamatorie generală (!) In adevĕr, este demonstrat că gonococul e fórte sensibil la condiţiunile de temperatură; cea maĭ bună temperatură pentru desvoltarea sa este 36°. El móre la o temperatură de 39° ce ar dura 12 ore. La o temperatură de 40° el nu resistă de cât 6 ore. Finger n'a reuşit să inoculeze puroiul blenarogic la persóne, ce aveaŭ o temperatură de 39 şi 40 de grade. Resultatul a fost tot-d'a-una negativ.

Deci singura speranţă a bărbaţilor ar fi, ca femeile înşelându'ĭ, să fie coprinse în acel moment de vre-o bólă generală febrilă, saŭ cel puţin de febră intermitentă!? Dar din nenorocire, amorul şi maĭ ales trădarea aduce emoţiunĭ, ce scad maĭ mult temperatura de cât să o ridice!? Prin urmare speranţa bărbaţilor trădaţĭ rămâne o simplă iluziune; singura scăpare ar consta, într'o vecínică supraveghere şi neobosit control (!?).

SCURTE CONSIDERAŢIUNI ASUPRA ANTISEPSIEI ŞI ASEPSIEI

Rolul sublimatuluĭ corosiv în laparatomiĭ.

I.

Operaţiunea cea maĭ gravă în ginecologie, este de sigur representată prin laparatomie. Intréga revoluţiune sciinţifică modernă, şi-a concentrat tóte cercetările, pentru a înlesni chirurgilor mijlocul, de a deschide marea serósă peritoneală fără pericol, şi numaĭ în profitul bolnaveĭ. Bacteriologia ne-a demonstrat pe de o parte că, cel maĭ puternic antiseptic este sublimatul corosiv $^{1}/_{1000}$, iar pe de alta, că străbaterea cea maĭ comună şi lesniciósă a microbilor în organism, este calea limfatică.

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

Dar peritoneul este cea maĭ mare serósă din organism; în el decĭ vor fi cele maĭ multe limfatice, şi prin urmare el formézĕ organul cel maĭ apt, pentru a absorbi cu profusiune orĭ-ce microb. Atuncĭ nimic maĭ logic şi maĭ natural de cât ca, în momentul deschidereĭ acesteĭ seróse, să se aplice pe dînsa antisepticul cel maĭ reputat, pentru a extermina cu siguranţă microbiĭ ce ar fi reuşit, saŭ ar căuta să reuşéscă a se întroduce în organism, depunându-se pe suprafaţa peritoneuluĭ expusă aeruluĭ exterior.

Principiul acesta este exact, dacă şi astădĭ am fi conduşĭ de aceleaşĭ ideĭ, carĭ aŭ domnit în sciinţă acum 20, 30 anĭ, şi carĭ

aŭ fost punctul de plecare al stabilireĭ celeĭ maĭ marĭ doctrine, numită *antisepsie*.

Noĭ nu avem să insistăm asupra acesteĭ chestiunĭ, căcĭ se găsesce pe larg descrisă în primul nostru volum[1]). Vom reaminti însă că după credința generală, în aerul atmosferic se afla tot pericolul pentru organism; căcĭ aci se credea că există toțĭ germeniĭ patogenĭ, toțĭ microbiĭ capabilĭ a da nascere conrupțiuneĭ plăgilor, iar de aci infecțiuneĭ generale a organismuluĭ.

Bazațĭ pe acest principiŭ, s'a instituit o mulțime de mijlóce, carĭ nu aveaŭ de cât un singur scop și anume: împedicarea acestor microbĭ din aer de a se depune pe suprafața plăgilor. De aci pansamentul celebru al luĭ Lister, care constă într'o mulțime de piese cu o anume funcțiune, dar a căror totalitate era menită să protegeze plaga, de a se pune în contact cu germeniĭ exteriorĭ.

Guérin la rîndul sĕŭ, condus de aceleașĭ credințe, introduse un alt factor fórte simplu dar tot atât de logic, ce constă în a înveli, cu o cantitate cât de mare de vată, membrul purtător de plagă. Efectul era ca și în pansamentul luĭ Lister: un ce cu totul mecanic, împedicând contactul microbilor cu plaga, dînșiĭ fiind reținuțĭ de stratul maĭ mult saŭ maĭ puțin gros de vată.

Nu a fost greŭ ca autoriĭ timpuluĭ să recunóscă, că rĕŭ n'ar fi, dacă s'ar găsi și mijlocul de a ucide aceștĭ microbĭ, în casul când ar fi reușit să se fi depus deja în plagă, saŭ să fi străbătut prin pansamentele nóstre. De aci noĭ cercetărĭ și noĭ descoperirĭ de substanțe chimice, cu puterĭ microbicide. Astfel se răspândi în practica chirugicală acidul fenic, alcoolul, camforul, sublimatul, nitratul de argint, acidul boric etc., etc.

Cel maĭ important însă dintre antiseptice de care s'a servit Lister, și prin care a revoluționat întréga sciință, a fost acidul fenic—întrevĕdut după aserțiunile francesilor de către Lemaire, în emulsiunea de coaltar, cu care dînsul făcea experiențe în pansarea plăgilor.

Cu acest agent, ca și cu ceĭ-lalțĭ, chirurgiĭ formaŭ soluțiunĭ maĭ mult concentrate de cât slabe, și le aplicaŭ direct pe suprafața plăgilor, căutând a omorî microbiĭ, ce credeaŭ că există în mod fatal în aceste perderĭ de substanță.

In fine drept ultime prcauțiunĭ, se inventéză și se instituesc

1) Vol. I, pag. 167—181 și 479—492.

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

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

Acésta este antisepsia chirurgicală, ce a adus cele maĭ marĭ folóse suferinḑilor; dênsa este care a scăpat viața atâtor ființe condamnate la o mórte sigură; dînsa este care a stârpit septicemiile din vechile spitale — unde chirurgiĭ aveaŭ desgust a maĭ face visita, iar bolnaviĭ spaimă de a intra, cunoscute fiind de toți desastrele complicațiuneĭ plăgilor; dînsa a redat societățeĭ atâtea mame, carĭ odată ce intraŭ în spitalele de maternitate pentru a nasce, maĭ tot-d'auna acolo rĕmâneaŭ; dînsa este în fine, care atuncĭ ca și aḑĭ, răspândesce cu profuziune sănătate bolnavilor, și a făcut din chirurgie, partea cea maĭ positivă și póte chiar cea maĭ sigură a medicineĭ.

Pasteur și Lister sunt cele douĕ figurĭ mărețe, pentru carĭ nicĭ însăși nemurirea, nu e suficientă a-ĭ recompensa, pentru cel maĭ mare bine, ce omul a putut face omenireĭ.

II.

Dar lumea sciințifică n'a rĕmas mulțumită numaĭ cu aceste prime descoperirĭ. Astăḑĭ circulă alte principiĭ nouĭ, carĭ ar avea intențiunea să răstórne antisepsia.

Maĭ întâiŭ, bacteriologia a arătat chirurgilor, că nu trebue să aibă așa mare fricĕ de aer; căcĭ nu el conține microbiĭ ceĭ maĭ vătămătorĭ organismuluĭ. Stafilocociĭ, streptocociĭ, colibacilul, microbiĭ tetanosuluĭ, aĭ febreĭ tifoide etc., se găsesc maĭ mult pe vestmintele, pe mâinele nóstre, pe tegumente, în apa cu care spălăm rănile, precum și în pămînt, maĭ mult de cât în aerul atmosferic și chiar de cât în acela din salónele de spital.

Deja decĭ unul din piedestalele antisepsieĭ — care consta în purificarea aeruluĭ prin pulverisătóre—este sdruncinat, dacă nu chiar distrus. In casul cel maĭ favorabil, dînsul e considerat ca inutil, de óre-ce infecţiunile chirurgicale nu se maĭ fac prin aer, ci prin contactul direct, saŭ după cum este obiceiul a se zice, prin germenĭ contagĭ.

Ca un corolar al acesteĭ descoperirĭ, deducem o aceeaşĭ inutilitate pentru al II-lea stâlp al antisepsieĭ—acela al aplicăreĭ de substanţe antiseptice asupra plăgilor—ca ne avênd contra cuĭ să lupte, şi maĭ puţin pe cine să omóre.

Prin urmare, singura nóstră datorie este ca, înainte de a atinge bolnavul, să avem tóte obiectele destinate a intra în joc în timpul operaţieĭ, în starea cea maĭ perfectă de curăţenie, representată prin distrugerea tutulor microbilor de carĭ în mod natural sunt împregnate. In prima linie mâinele operatoruluĭ vor trebui cu rigurositate curăţate, spălate, unghiile tăiate, şi aşa de bine îngrijite prin cele maĭ puternice liquide antiseptice, în cât introduse într'un bulion de cultură, să nu dea naştere absolut la cea maĭ mică urmă de desvoltare de colonĭĭ microbiene. La rândul lor, instrumentele, obiectele de pansament, apa, bluzele, hainele operatoruluĭ şi tegumentele operatuluĭ etc. etc., vor fi puse în aceleaşĭ condiţiunĭ de sterilitate perfectă, fără a ne preocupa mult de purificarea aeruluĭ. Acésta este baza fundamentală a metódeĭ moderne în operaţiunile chirurgicale, numită *asepsie.*

Nu este decĭ trebuinţă a fi armaţĭ când procedăm la operaţie de agenţĭ antisepticĭ; este destul ca noĭ, împreună cu tóte instrumentele şi cele-l'alte obiecte de pansament, să fim curaţĭ, sterilĭ, asepticĭ.

Dar asepsia are în favórea sa alte date sciinţifice mult maĭ importante şi positive. Se constatase deja de Ranke şi Demarquay în 1874, încă pe când antisepsia era în flórea sa, că o mare parte din plăgĭ, ce se vindecase prin cea maĭ perfectă reunire primitivă, conţineaŭ un óre-care numĕr de stafilococĭ şi streptococĭ, şi totuşĭ aceştĭ microbĭ, nu împedicase reunirea per primam, şi nicĭ se însoţise de cea maĭ mică ascensiune termică, saŭ picătură de puroiŭ.

Noĭ înşine în 1889, am făcut următórea experienţă fórte demonstrativă. In maĭ multe laparatomiĭ, unde obţinusem cea maĭ ideală reunire per primam şi cu o temperatură de 37°, aşa în cât bolnavele păreaŭ ca şi cum n'ar fi fost atinse, totuşĭ scoţând firele de mătase ce treceaŭ prin peritoneŭ — căcĭ în acel timp în-

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

Lucrurile acestea, cari contrariau fórte mult pe Lister, produsese o perturbațiune în spiritul chirurgilor, cari începuseră a se îndoi atât de acțiunea patogenă a microbilor, cât și de eficacitatea antisepsieĭ. Cu tóte acestea, fenomenul este în perfect acord cu ultimele cercetări sciințifice; așa că departe de a aduce vre-o încurcătură, luminéză și mai mult rațiunea de a fi a asepsieĭ, consolidând bazele sale fundamentale.

Azi este demonstrat că, microbiĭ pot exista în organism până la o limită saŭ doză óre-care, fără a-și manifesta prin nimic presența lor la exterior, fără cu alte cuvinte bolnavul să aibă febră, și fără ca reunirea plăgilor prin prima intenție să fie împedicată. Nu vom numěra multele experiențe ce s'aŭ făcut în acéstă privință: reamintim numai una a luĭ Watson-Cheyne elevul luĭ Lister, ce se găsesce deja reprodusă în primul nostru volum[1]). Acest autor a instituit experiențe fórte interesante, arătând că simptomele observate pe bolnav, variază după numěrul microbilor injectați. In adevěr dînsul a ajuns la rezultatele următóre, cu proteus vulgaris și stafilococ. Ast-fel, 225 milióne microbi omóră un iepure în 24 ore; 56 milióne determină mórtea în 6 săptămâni, prin producerea unuĭ abces întins; iar 8 milióne nu produce de cât un mic abces fără gravitate. Mai jos de acest numěr, nu se mai obține absolut nimic. Deci s'a stabilit că, organismul toleréză *o anume doză* de microbi în interiorul sěŭ, fără nicĭ un prejudiciŭ, grație intervențiuneĭ leucocitelor. S'a constatat în adevěr în interiorul acestor organe, presența de microbi. Fenomenul acesta a fost punctul de plecare a celeĭ mai fecunde teoriĭ, numită *fagocitosă* și datorită observațiunilor geniale ale luĭ Metschnikoff. Dînsul a studiat asupra animalelor acéstă mare luptă între elementele organismuluĭ și bacteriĭ, luptă în care leucocitele pot fi învingětóre săŭ învinse. Prin urmare, aceste leucocite cu nucleĭ multipli și provědute cu mișcări amiboide, se grămădesc din primele ore, în locul invaziuneĭ microbilor, incorporându-și toți stafilocociĭ. In virtutea uneĭ anume proprietăți și mecanism intim, microbiĭ sunt înghițiți de leucocite; eĭ lipsiți

1) Vol. I, pag. 18.

de hrana necesară, finesc în cele din urmă prin a muri, după un timp mai mult saŭ mai puțin îndelungat. Ast-fel se găsește scăpată integritatea țesutuluĭ, supus invasiuneĭ microbice.

Atuncĭ însă când victoria rĕmâne din partea microbilor, avem producerea bóleĭ prin formațiune de abces, cu tóte consecințele cunoscute, putând degenera până și în septicemie. S'aŭ făcut pentru demonstrarea acesteĭ teoriĭ o mulțime de alte experiențe, până și în cavitatea peritoneală, și s'a ajuns la conclusiunea că: păstrând doza anumită pentru fie-care animal, inoculațiunile microbiene rĕmân inofensive; numaĭ atuncĭ când virulența și cantitatea devin exagerate, consecințe vătămătóre se pot provoca.

Deducțiunea practică în operațiunĭ este: vom căuta prin tóte mijlócele posibile să nu oferim bolnavuluĭ ocasiunea de a-și mări numĕrul microbilor, precum nicĭ să introducem un maĭ mare numĕr, și maĭ ales altiĭ de speță diferită. Și calea cea maĭ bună pentru realisarea acesteĭ cerințe, este asepsia perfectă, ideală.

Este sciut în adevĕr că une-orĭ, nu atât pululațiunea acelorași microbĭ aflați în organism, se însoțesc de consecințe rele, cât maĭ cu sémă adăogirea altora de o speță diferită. Cu alte cuvinte lucrul de care trebue să ne temem este, ca prin mâinele și obiectele nóstre, să nu provocăm o *asociațiune microbienă*.

Eată ce dice Stassano în articolul sĕŭ publicat în Archives des sciences medicales: „O altă causă însemnată de slăbire a resistenței locale a țesuturilor ca și a organismuluĭ întreg, este asociațiunea microbilor, câte o dată chiar de microbĭ ce prin eĭ înșușĭ sunt cu totul inofensivĭ, precum e micrococus prodigiosus. In adevĕr, asociind pe aceștia cu baciliĭ cărbuneluĭ simptomatic, reușim să inoculăm la iepurĭ bóla acésta, pentru care eĭ normal sunt refractarĭ. De asemenea se slăbesce în mod considerabil prin asociațiunea micrococuluĭ prodigiosus, resistența iepureluĭ pentru stafilococ, și a șóreceluĭ pentru bacilul piocianic. Și tocmaĭ prin asociațiunea bacilului luĭ Nicolaïer cu stafilocociĭ puroiuluĭ, luat din plăgile tetanicilor, Carle și Rattone, aŭ reușit să inoculeze tetanosul în mod succesiv la o serie de iepurĭ, până-ce în urma numeróselor treceri de la un animal la altul, stafilococul bacilului luĭ Nicolaïer separându-se, inoculațiunile nu maĭ dădură loc la tetanos, ast-fel precum aŭ demonstrat frumósele și ingeniósele experiențe ale luĭ Vaillard și Vincent asupra microbiologieĭ tetanosuluĭ.“

Astăzĭ este lucrul demonstrat, că până și însușĭ tuberculoșiĭ

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

Deci, bolnavul lăsat în condițiuni normale numai cu microbii sĕi, el are arme destul de puternice pentru a lupta contra lor; armele sunt representate prin cea mai bine-făcătóre proprietate de care sunt înzestrate leucocitele: a înghiți și a devora în óre-care limite microbii, constituind fagocitosa. Mecanismul intim al acestui mare fenomen constă în aceia că, vasele permit prin pereții lor o transudațiune a plasmei sanguine, în dreptul părților lezate și unde există microbi. La rândul lor leucocitele ies și ele prin a nume spațiuri numite stomate; și în tocmai ca printr'un fel de atracțiune și sensibilitate specială, ele merg direct la câmpul de luptă și se precipită asupra microbilor pe cari caută a-i înghiți. Exudațiunea ce s'a produs imediat în plaga operatorie, servă ca un curent eliminator, căutând a asvârli afară produsele de secreținne a microbilor, ce ar fi scăpat de la acțiunea fagocitelor; și ne permițându-le ast-fel a intra în pululațiune, dînșii vor putea fi înghițiți de o nouĕ invasiune de leucocite. Și tot ast-fel lucrurile se petrec, până când întregul isvor de microbi este stins, pe de o parte prin înghițirea lor de fagocite, iar pe de alta prin vărsarea la exterior a produselor toxice, prin mijlocul serositățeĭ saŭ plasmeĭ sanguine. De aceia noi în pansarea plăgilor, trebue să favorisăm pe cât mai mult posibil libera scurgere a liquidelor, depărtând ori-ce causă de retențiune. De aceia asepsia interzice întrebuințarea substanțelor antiseptice forți, căci ele avênd proprietăți irtitante, distrug acest joc al leucocitelor, și deci microbii rĕmâind stăpâni pe situație, daŭ nascere la puroiŭ și tóte celelalte complicațiuni. După cum vedem, există o relațiune strânsă între exudațiunea de limfă plastică și ieșirea leucocitelor, ce se dirig în același loc ca și dênsa. Fenomenul acesta de atracțiune al leucocitelor de către serositate în câmpul microbian, constitue cea mai nouĕ teorie ce s'a descoperit, și care pórtă numele de *chimiotaxie*.

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

mătóre, din causă că dînsa ar paralisa fenomenul de chimiotaxie, prin acțiunea sa iritantă.

Dar mai cu deosebire chimiotaxia este împinsă la gradul cel mai mare în peritoneŭ. Aci natura prevĕzătoare, a învestit acéstă serósă cu un numĕr atât de considerabil de leucocite, în cât cu drept cuvînt, peritoneul e considerat ca o masă largă și întinsă de vase limfatice. Aci, în momentul deschidereĭ cavităţeĭ peritoneale, chimiotaxia e în apogeul sĕŭ; aci, pe lângă exudaţiunea și eșirea fagocitelor, există un numĕr extraordinar de leucocite, ce intră instantaneŭ în joc înaintea celor-lalte, adică a leococitoseĭ și a exudaţiuneĭ. Dînsele desagregându-se și intrând în ceea-ce se numesce *leucolysă*, își varsă în peritoneŭ substanța microbicidă ce conțin, și constitue ast-fel o nouă armă din cele mai puternice, cu care organismul luptă în mod victorios, contra tentativeĭ de invasiune a microbilor.

Prin urmare, acum mai mult ca orĭ-când, chirurgul e dator a nu întrebuința nimic care ar împedica acest factor al natureĭ. Dînsul, pe lângă precauțiunea de a nu introduce noĭ microbĭ, e dator a adăoga, ajutând pe cât e posibil, a nume agenţĭ, carĭ sunt recunoscuţĭ ca amicĭ fidelĭ aĭ puterei de atracțiune a leucocitelor, aĭ chimiotaxieĭ.

S'a demonstrat prin experienţe, că liquidele antiseptice în dosele cele maĭ micĭ, sunt defavorabile acestuĭ fenomen. Nu maĭ vorbim de sublimatul corosiv, de acidul fenic și alţĭ antisepticĭ mai mult saŭ maĭ puțin puternicĭ; dar însuși acidul boric care e cel maĭ slab dintre tóte, încă e o piedică fagocitoseĭ, chimiotaxieĭ.

Pentru acésta, ceĭ maĭ mulţĭ chirurgĭ se mărginesc a nu introduce nimic în peritoneŭ, ci a lucra în mod cu totul aseptic și cu desăvârșire uscat. Iar când se simte necesitatea de a se face óre-care spălăturĭ intra-peritoneale, ele se practică cu apă prealabil fiartă, sterilisată. Dar chiar și însuși acest agent, cu tótă inocența sa, încă după experienţele luĭ Stassano reese că, irigaţiunile peritoneale cu apă de curând sterilisată și caldă, și prin urmare neaerată, micșoréză resistența peritoneală.

Iată în scurt experienţele sale: El a luat 6 cobaĭ și le-a injectat la fie-care în peritoneŭ câte 2 c. m. c. de apă fiartă, convenabil răcită într'o siringă specială care împedică aerațiunea; din contra, la alţĭ 6 cobaĭ, tot de aceiași greutate și mĕsură, a injectat iarăși 2 c. m. c. de apă fiartă, dar de astă dată aerată după răcire. Imediat la 2 cobaĭ din prima serie și la alţĭ doĭ din

a doua serie, a inoculat în peritoneul lor, dosa mortală minimă de vibrioni cholerici. La ceĭ-lalți 4 cobaĭ din prima serie, a injectat la doĭ 3/4 din dosă; la al cincilea 1/2, iar la al șéselea 1/4 din dosă. La ceĭ-lalți patru din a doua serie, pe lângă dosele injectate la prima experiență, a maĭ adăugat câte o dosă întrégă la fie-care, așa în cât se găsiaŭ într'un grad de toxicitate mult maĭ mare de cât frații lor din prima serie. Dar cu tóte acestea cobaiĭ din prima serie, purtătorĭ de apă lipsită de aer, aŭ suferit o resistență mult maĭ mică, în raport cu ceĭ lalți purtătorĭ de apă aerată. In adevĕr, primiĭ aŭ sucombat înaintea secundilor, deși aceștia aveaŭ o dosă de intoxicație odată și jumĕtate maĭ mare.

Iată dar un noŭ principiŭ al asepsieĭ: 1. Să nu introducĭ nimic în peritoneŭ, de cât obiecte absolut sterile și uscate; iar al doilea, că în casurĭ de forță majoră, spălăturile peritoneale să nu se facă nicĭ cu substanțe antiseptice, dar nicĭ cu apă fiartă sterilisată și neaerată. Dar atuncĭ cu ce?

Factorul cel maĭ favorabil pentru buna funcționare a chimiotaxieĭ ar fi bulionul peptonisat, saŭ serum artificial. Majoritatea chirurgilor recurg la acest al doilea factor, ca fiind maĭ ușor de obținut, și în acelașĭ timp suntem maĭ siguri de purificarea sa — apa fiind prealabil supusă la o fierbere înaltă; cu bulionul nu avem aceeașĭ siguranță, căcĭ ar trebui să fie într'o stare perfectă de sterilisare, dacă voim a nu introduce în peritoneŭ otravă, în loc de balsam bine-făcător.

III.

Acestea sunt în scurt principiile precum și bazele fundamentale ale asepsieĭ. Maĭ trebue însă mult până când să se reușéscă înlocuirea definitivă și complectă a antisepsieĭ. Pentru moment, ambele doctrine staŭ în picióre; chirurgiĭ sunt împărțiți în antisepticĭ și aseptici. Din cele ce vor urma, credem că metóda ce întrebuințăm în serviciul nostru și pe care o voiŭ descrie, aparținênd și uneia și alteia din aceste douĕ doctrine, ar representa o *metódă mixtă-eclectică*. Sciŭ că sunt și alți chirurgĭ, carĭ aŭ preconisat întru cât-va acest principiŭ, de óre-ce aŭ recurs la spălăturĭ peritoneale cu substanțe antiseptice, ca soluțiunĭ boricate, salolate, etc. dar nu cu sublimat corosiv, și în orĭ ce caz abia se menționéză uzajul acestuĭ agent, dar în dose infinitizimale.

Cred că sunt singurul care am avut curagiul a întreprinde

acéstă experiență, de a face spălături peritoneale cu sublimat $^1/_{1000}$, considerate de toți autorii ca cele mai periculóse.

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

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

Mĕ temeam ca nu cumva nisce asemenea spălături să producă exudate, carĭ sunt origina cea mai sigură a aderențelor.

Muscatelo din Turin, citat de Stassano, făcênd nisce experiențe relativ la acéstă chestiune zice: „aderențele peritoneale se formézĕ fie ca consecință a iritațiuneĭ cauzate asupra epiteliuluĭ peritoneuluĭ, prin soluțiuni antiseptice chiar fórte slabe de sublimat, acid fenic saŭ acid boric; fie în urma atingerilor repetate a mâinelor operatoruluĭ asupra anselor intestinale, fie a expoșițiuneĭ prea lungĭ a meseĭ intestinale la acțiunea uscată a aeruluĭ. In asemenea circumstanțe, aderențele și-ar lua origina într'un strat de exudat, ce s'ar forma împrejurul punctuluĭ lezat al peritoneuluĭ; în ochiurile fibrinóse a acesteĭ exudațiuni, numeróse limfocite și câte-va rarĭ leucocite polinucleare ar rĕmânea închise aci, și împinse fiind către periferie, s'ar transforma în urmă în celule conjunctive și ar da apoĭ loc la formațiune de țesut cicatricial".

Sciam și bănuiam totul; dar nevoia și felul operațiilor m'aŭ îndemnat la acésta. Nevoia a fost representată prin lipsa absolută de cea mai rudimentară sală de operație ce mi s'a dat. Eŭ, pentru respectul sciinteĭ, nu descriŭ condițiunile în carĭ am operat timp de patru anĭ. Când decĭ am fost silit să deschid pântecele femeilor în asemenea condițiunĭ, și m'am găsit în fața unor leziunĭ desesperante și supurațiunĭ profuse ale basinuluĭ, n'am putut face toaleta peritoneuluĭ, după ridicarea organelor bolnave, de cât recurgând la cel mai puternic antiseptic, la sublimatul corosiv. M'am condus în acéstă afacere, de marele principiŭ chirurgical că: *aux grands maux les grands remèdes.*

Este adevĕrat că la început, fiind și eŭ stăpânit de aceiași

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

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

Am practicat 110 laparatomii cu acéstă metódă și n'am pierdut absolut nicî o bolnavă. Este adevĕrat că în statistica ce dau, se menționézĕ două casurî mortale; dar ele nu se datoresc sublimatului, ci altor împrejurărî cu totul streine. Ast-fel: un caz a fost relativ la ablațiunea unuî fibro sarcom al uterului, bolnava fiind deja în cachexie; iar al doilea caz e cu privire la un enorm chist papilar intra ligamentar, unde din causa dificultăților, operațiunea a rĕmas chiar neterminată. In schimb însă, întregul rest al laparatomiilor, s'a terminat cu cel mai mare succes.

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

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

Noî credem că succesele ce am obținut, își pot găsi fórte ușor esplicațiunea lor. Mai întâiŭ de tóte noî, fierbând compresele în sublimat corosiv, iar în urmă puindu-le într'o altă soluție și răcindu-le în mod convenabil, pentru a putea manipula cu ele în peritoneŭ, facem cu acésta uz de *asepsia umedă*, astădî singura recomandată de rigóre și practicată de toți chirurgiî. In adevĕr până mai de una-dî, laparatomiile se făceaŭ în mod cu totul aseptic uscat. S'a constatat însă că se determina o iritațiune și chiar desquamațiune a stratuluî epitelial al peritoneuluî; de aci consecutiv aderențe. Și drept probă despre acésta găsim, în articolul luî Stassano, o comunicare a luî Sänger la congresul de ginecologie din Viena în 1895, care a afirmat că, de când a părăsit pansamentul peritoneuluî cu tifon sterilisat uscat, și a revenit la ceia ce se numesce *asepsie umedă*, făcênd largî iriga-

țiuni abdominale cu apa fisiologică a lui Tavel (7½ gr. clorur de sodium și 2 gr., 50 ctg. carbonat de sodiŭ pentru un litru de apă sterilisată caldă), n'a mai avut ocasiunea să se plângă de oclusie intestinală, în afară de un singur caz de aderența uterului la peretele abdominal, și acesta dintr'un numĕr fórte mare de laparatomii. Aceste resultate veniaŭ să confirme opiniunea lui Walthard în privința folóselor asepsiei umede, asupra procedeelor de asepsie uscată și antisepsie. Modul acesta de a vedea se găsesce pe deplin demonstrat și prin statistica lui Taufer. Acest autor din 443 de operați în timpul perióde antiseptice, a avut ḑece casuri de oclusiune intestinală, adică o proporție de 2,25%; pe când în perióda de asepsie umedă, pe un numĕr de 348 operați, n'a întâlnit de cât douĕ casuri de ileus, adică 0,57%.

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

Rĕmâne acuma al doilea punct, care de sigur e și cel mai greŭ și mai important. Cum se face că aceste largi irigațiuni ale nóstre cu sublimat 1/1000, departe de a fi vătămătóre, aŭ fost încoronate cu deplin succes? Eŭ nu am avut la dispositie institute și laboratóre pentru a recurge la experimentațiuni proprii, saŭ a controla pe cele făcute de alții. Nu am deci în favórea mea de cât faptul brut, faptul practic. Cu tóte acestea, cred că fenomenul s'ar putea sprijini pe unele experiențe destul de demonstrative, făcute de Stassano și alți autori, relativ la o proprietate necunoscută, dar de cea mai mare valóre a mercuriului și a sărurilor sale, ce pare a fi clar că, aceste substanțe introduse în organism, favorisézĕ în modul cel mai eficace chimiotaxia. Și dacă lucrul stă ast-fel, atunci am putea ḑice și noi, că soluțiunea nóstră de biclorur de mercur introdusă momentan în cavitatea peritoneală, îndeplinesce în tocmai același rol, pe care diferiți autori l'aŭ controlat pe calea experimentală, dar în direcțiuni deosebite. Dar iată ce găsim în Stassano: „De curând Gaglio, studiind acțiunea albuminatelor de mercur asupra leucocitelor, a susținut că mecanismul acțiunei medicamentóse interne a mercuruluĭ, ar putea fi datorit unei stimulațiuni a activității leucocitelor. Este tocmai un an, ḑice Stassano, de când am întreprins studiul modificațiunilor intime ce mercuriul provócă în animale, plecând iarăși de la presumțiunea că acest mineral, nu lucrézĕ în mod salutar asupra sifiliticilor, de cât făcênd să crésca apărarea fagocitară. Argumentul principal pe care se bazézĕ acéstă presumpțiune — care continuă să mĕ conducă în cercetările ce urmăresc de atunci în acéstă

privință cu resultate încurajatóre de laborator — este extrema eficacitate a acțiuneĭ medicamentóse a acesteĭ substanțe, în raport cu doza cu totul infinitizimală ce se administréză, de la $^{5}/_{250000000}$ până la $^{1}/_{50000000}$ din greutatea omuluĭ, considerat în termen mediŭ de 50 kilograme. Observațiunea clinică de alt-fel a unuĭ mare număr de leziunĭ sifiltice, ce vedem că dispar după 4—5 injecțiunĭ de $^{1}/_{2}$ ctgr. până la 1 ctgr.; din necesitatea unuĭ tratament mult maĭ prelungit de injecțiunĭ, pentru a împedica leziunile sifilitice ale ochiuluĭ, care precum se scie este organul cel maĭ puțin provĕdut de leucocite; și succesele recente obținute prin injecțiunĭ de mercur în alte afecțiunĭ, ca în lepră, în leziunile cutanate tuberculosice, etc., vin în sprijinul ipoteseĭ mele". Și maĭ departe iarăși dice: „Intr'o lucrare a D-șóreĭ Kowalevski, am primele fapte experimentale în sprijinul ipoteseĭ mele, relativ la mecanismul acțiuneĭ mercuriuluĭ în dose micĭ în sifilis. Aceste fapte ce am interes a menționa în acest articol, pentru că ele vor arăta póte mecanismul intim al acțiuneĭ curative a substanțelor chimice în infecțiunĭ, sunt următoarele: biiodurul și biclorurul de mercur în dose inofensive, produc o fórte mare leucocitosă, precedată de o fasă de leuccliză; aceștĭ doĭ compușĭ, exercită o fórte puternică acțiune atractivă asupra leucocitelor. Aceste douĕ fapte pot în adevĕr să încurajeze cercetarea uneĭ substanțe, care înzestrată într'un mare grad de aceste douĕ proprietățĭ — a atrage și a stimula celulele migratrice — să fie capabilă să măréscă apărarea întreguluĭ organism, în infecțiunile generalisate. . . . . etc., etc."

Dar iată acum nisce experiențe făcute de Stassano, care probézĕ cu destulă artă, calitatea chimiotaxică a mercuruluĭ și decĭ folósele introducereĭ acestuĭ agent în organism. „In sprijinul acesteĭ speranțe, dice autorul, pot să daŭ câte-va resultate obținute în cursul experiențelor ce urmăresc de un an, asupra proprietăților preventive, ce serul animalelor dobândesce, în urma unuĭ tratament maĭ mult saŭ maĭ puțin lung de mercur, administrat în dose minime: proprietățĭ preventive ce este ușor de a mĕsura, prin gradul resistenteĭ ce ele imprimă peritoneuluĭ animalelor, cobailor de exemplu, în fața maĭ multor infecțiunĭ. Ast-fel am putut să constat că, 1 cm. c. de ser de la unul din iepurĭ, ce suferise tratamentul mercurial în micĭ doze zilnice fără a suferi, ci maĭ mult câștigând prin creșterea greutățeĭ în timp de o lună și jumĕtate, conferia obicinuința locală a peritoneuluĭ, până către o dosă de 10 orĭ mortală de colibacilĭ, inoculată 4 ore după in-

jecțiunea seruluĭ, și până către 2 orĭ dosa mortală de vibrionĭ cholericĭ, injectată în acelașĭ timp cu serul".

Dacă am insistat și am căutat să reproduc aceste interesante experiențe, este pentru a proba eficacitatea și puterea binefăcătóre ce mercuriul și compușiĭ sĕĭ, aŭ asupra organismuluĭ. Acest lucru decĭ o-dată stabilit, cred că el nu numaĭ ne explică succesele operatoriĭ ce am obținut prin irigațiunile nóstre, dar autorizĕ în mod obligator întrebuințarea acestuĭ agent, care ar îndeplini același rol ca și serul artificial, pentru a dispune peritoneul la luptă, saŭ pentru a-ĭ veni în ajutor, întărind instantaneŭ activitatea fagocitelor sale, în casul când lupta cu infecțiunea este deja angajată.

Tot ce s'ar putea obiecta metódeĭ nóstre, ar fi póte că doza este prea mare de $^1/_{1000}$. Lucrul e posibil; dar faptele nóstre clinice ne-a probat, că putem fără nicĭ un pericol să-l întrebuințăm în acéstă proporție. De alt-fel, aceste spălăturĭ repedĭ și momentane, nu daŭ ocasiunea sublimatuluĭ să aducă alterațiunĭ peritoneale, căcĭ dînsul nu este lăsat în loc, ci scos repede prin comprese. Este vorba decĭ de o simplă acțiune de presență, și numaĭ în scopul de a curăța detritusurile și revărsarea de puroiŭ, prin spargerea abceselor și pungelor miculuĭ basin în timpul operațieĭ. In condițiunile acestea, noĭ credem că sublimatul are preferință asupra seruluĭ artificial, căcĭ pe lângă puterea sea de a escita și a atrage leucocitele — prin urmare a favoriza chimiotaxia — maĭ are și calitatea de a fi un antiseptic din ceĭ maĭ puternicĭ. Metóda nóstră maĭ are și acest ultim avantagiŭ că, ferbând în clocote soluția de sublimat, iar apoĭ răcindu-o convenabil tot cu o aceeașĭ soluție, obținem un lichid antiseptic, perfect sterilisat dar în acelaș timp și aerat.

In urma acestor considerațiunĭ, metóda nóstră îndeplinind cerințele atât ale asepsieĭ umede cât și ale antisepsieĭ, cred că merită atențiunea chirurgilor, și de aceia propunem a fi pusă în practică și de alțiĭ, fără nicĭ o temere, maĭ ales în laparatomiile făcute contra supurațiunilor pelviene. Așĭ fi dorit să fac cel puțin următórea experiență:

I. Să introduc în cavitatea peritoneală a epurilor, saŭ cobailor, soluție de sublimat $^1/_{1000}$ cu siringa, pentru a găsi doza tolerantă saŭ mortală;

II. Simultaneŭ saŭ maĭ târziŭ, să introduc culturĭ cu anume cantitate de stafilococĭ saŭ altĭ microbĭ, și să se vadă efectul ce s'ar obține la animalele cu, și fără aceste injecțiunĭ de sublimat.

In lipsă de mijlóce însă, am făcut experienţe numaĭ într'o direcţie, carĭ însă nu mi-a probat maĭ puţin, atât eficacitatea cât şi lipsa de toxicitate a sublimatuluĭ. Iat'o:

Anul acesta, voind a proba, dacă nu cumva spălăturile cu sublimat sunt tolerate numaĭ în casurĭ de inflamaţiunĭ şi supuraţiunĭ ale abdomenuluĭ, când peritoneul, în mare parte bolnav, şi-ar fi perdut proprietăţile sale fisiologice, am întreprins în Ianuarie, la institutul de gynecologie, următórea experienţă: Făcênd pe maĭ multe purcele transplantărĭ şi transmutărĭ de ovare, maĭ înainte de a închide abdomenul, am practicat şi aci spălaturĭ destul de largĭ în cavitatea peritoneală, cu sublimat $^1/_{1000}$. Eĭ bine, n'am constatat asupra animalelor absolut nicĭ cel maĭ mic fenomen de intoxicaţie, precum nicĭ vre o altă stare îngrijitóre. Tóte animalele s'aŭ vindecat la perfecţie şi trăesc şi adĭ. Ba încă, le-am pus în contact cu vierĭ, cu carĭ aŭ practicat actul copulaţieĭ, pentru a vedea dacă sunt în stare să rĕmâne însărcinate.

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

Cu ocasia congresuluĭ de ginecologie ţinut la Marsilia în Septembre 1898, am fost trimis ca delegat de On. Eforie, a expune congresuluĭ acéstă metódă ce'mĭ aparţine. Iată textul comunicăreĭ ce am făcut şi pe care îl reproduc întocmaĭ:

LE LAVAGE DU PÉRITOINE AU SUBLIMÉ

PAR

Le Dr. I. KIRIAC

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

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

Qui ne connaît les accidents auxquels donnent lieu les lavages intra utérines post partum au sublimé, à la dose même inférieure de $1^0/_{00}$? Même les laveges du vagin au sublimé se font plus rarement, soit à cause des phénomènes d'intoxication, qu'on observe quelques fois, soit à cause de la cystite souvent assez rebelle que produit ce toxique, chaque fois qu'il vient en contacte avec le méat urinaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les lavages ont été d'une manière générale parfaitement supportés, bien que le titre de la solution fût de 1 $^{0}/_{00}$.

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

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

Voici la formule que j'emploie:

Sublimé
un gramme

Eau distillée
un litre

Alcool
60 grammes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pendant ce temps nous remettons la malade en situation horizontale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE I

OPÉRATIONS SUR LES ANNEXES

§ I. Laparatomies exploratrices.

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

§ II. Opérations éffectives sur les annexes.

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

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

§ III. Enlèvement des annexes.

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

Annexectomies.
Op. 20 Déc. S. 11 Janv. 1896.

19. *Maria Ciucurescu*, 30 ans.
Ovarite scléro-kystique gauche.
Annexectomies.
Op. 9 Mai. S. 10 Juin 1896.

20. *Lina Constantin*, 28 ans.
Double salpingo-ovarites.
Annexectomies.
Op. 19 Juin. S. 6 Juillet 1896.

21. *Lina Rădulescu*, 19 ans.
Doubles salpingites.
Annexectomies.
Op. 27 Fév. S. 15 Mars 1897.

22. *Sia Petrescu*, 35 ans.
Double ovarites suppurées. Fig. 1.
Annexectomies.
Op. 24 Mars. S. 18 Avril 1897.

23. *Lina Constantinescu*, 21 ans.
Double annexites suppurées. Fig. 2.
Annexectomies.
Op. 31 Mars. S. 26 Avril 1897.

24. *Lisaveta Christescu*, 25 ans.
Ovario-salpingites doubles. Fig. 3.
Annexectomies.
Op. 21 Avril. S. 13 Mai 1897.

25. *Alexandrine Clinceanu*, 24 ans.
Double ovarites scléreuses. Fig. 4.
Annexectomies.
Op. 5 Juillet. S. 22 Juillet 1897.

26. *Florea Ionescu*, 30 ans.
Double annexites suppurées. Fig. 5.
Annexectomies.
Op. 8 Juillet. S. 25 Août 1897.

27. *Anica Petrescu*, 20 ans.
Hidro-salpinx droit. Ovario salpingite gauche. Fig. 6.
Annexectomies.
Op. 25 Juillet. S. 21 Août 1897.

28. *Penelope Ionescu*, 40 ans.
Double annexites suppurées. Fig. 7.

Annexectomies.
Op. 6 Août S. 25 Août 1897.

29. *Ioana Busa*, 20 ans.
Pyo-salpinx droit et ovarite gauche. Fig. 8.
Annexectomies.
Op. 12 Août. S. 25 Août 1897.

30. *Marcela Marcelian*, 26 ans.
Double ovarites scléreuses. Fig. 9.
Annexectomies.
Op. 1 Oct. S. 29 Oct. 1897.

31. *Maria Coliseva*, 26 ans
Ovarites doubles kystiques. Fig. 10.
Annexectomies.
Op. 3 Nov. S. 29 Nov. 1897

32. *Caterine Peprat*, 18 ans.
Double ovarites kystiques. Fig. 11.
Annexectomies.
Op. 17 Nov. S. 13 Déc. 1897.

33. *Ana Hozulac*, 43 ans.
Salpingo ovarite gauche. Ovarite suppurée droite.
Annexectomies.
Op. 3 Dec. S. 15 Janv. 1898.

34. *Rada Ionescu*, 33 ans.
Double annexites.
Annexectomies.
Op. 25 Janv. S. 12 Mars. 1988.

35. *Ana Ion*, 38 ans.
Hydro-Salpingo doubles. Fig. 12.
Annexectomies.
Op. 8 Avril. S. 16 Mai 1898.

36. *H..... G..... Giurgiu*, 38 ans.
Double salpingo ovarites scléreuses.
Annexectomies.
Op. 1 Avril S. 20 Avril 1898. Dans mon sanatorium:

37. *Tudora Banica*, 27 ans.
Oclusion congénitale du vagin; hérdie des ovaries dans le canal inguinal.
Annexectomies.
Op. 16 Mai. S. 14 Juin 1897. Fig. 13.

38. *Stanca Gheorghe*, 23 ans.
Double annexites.

Annexectomies.
Op. 20 Mai. S. 25 Juin 1897.

39. *Maria Ion*, 21 ans.
Salpingo-ovarites doubles. Fig. 14.
Annexectomies.
Op. 15 Juin. S. 20 Juillet 1897.

40. *Gheorghina Marin*, 19 ans.
Annexites doubles scléro-kystiques. Fig. 15.
Annexectomies.
Op. 17 Juin. S. 10 Juillet 1897.

41. *Florea Savulescu*, 30 ans.
Double annexites.
Annexectomies.
Op. 1 Oct. S. 3 Nov. 1896.

42. *Charlotta Petrescu* 38 ans.
Double annexites plastiques. Fig. 16.
Op. 3 Sept. S. 12 Oct. 1897.

§ V. Ablations des annexes et hystéropéxie simple.

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

43. *Rebeca Steinberg*, 30 ans.
Ovaro-salpingites double. Fig. 17.
Annexectomies et hystéropéxie
Op. 19 Mars. S. 16 Avril 1898

44. *Joséphine Ganescu*, 24 ans.
Metrite chronique et ovaro-salpingites
double. Fig. 18.
Annexectomies et hystéropéxie
Resection de l'epiploon.
Op. 9 Janv. S. 1 Février 1898.

45. *Christina Baloc*, 30 ans.
Double annexites scléro-kystiques.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 15 Janvier. S. 7 Fevr. 1898.

46. *Maritza Bodana*, 21 ans.
Salpingo-ovarites double kystiques. Fig. 19.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 24 Janv. S. 12 Février 1898.

Drainnage du peritoine avec une compresse enlevée après 8 jours.

47. *Ana Dondea Costica*, 20 ans.
Double salpingo ovarite kystiques. Fig. 20.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 28 Janv. S. 17 Fevr. 1898.

48. *Ana Stragea*, 33 ans.
Salpingites kystiques double.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 31 Janv. S. 25 Mars 1898.

49. *Ana Poenaru*, 20 ans.
Salpigno ovarites double, Fig. 21.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 6 Fev. S. 11 Mars 1898.

50. *Caterina Dima*, 33 ans.
Salpingo ovarites double.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 20 Fev. S. 22 Avril 1898.

51. *Maritza Popescu*, 30 ans.
Double ovarites scléreuses. Fig. 22.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 26 Fev. S. 22 Mars 1898.

52. *Victoria Zolde*, 13 ans.
Double ovarites scléro-kystiques. Fig. 23.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 27 Fév. S. 22 Mars. 1898.

53. *Ióna Ion*, 18 ans.
Doubles ovaro-salpingites supp. Fig. 24.
Annexectomies et hystéropéxie.
Op. 18 Mars. S. 16 Avril 1898.

54. *Sara Schön*, 30 ans.
Double annexites.
Annexectomies et hystéropéxie. Fig. 25.
Op. 24 Avril. S. 2 Mai 1898.

55. *Maritza Trandafirescu*, 30 ans.
Double annexites scléreuses.
Annexectomies et hystéropéxie. Fig. 26.
Op. 26 Mai. S. 28 Juin 1898.

56. *Anica Marinescu*, 17 ans.
Double annexites.
Annexectomies et hystéropéxie. Fig. 27.

Op. 28 Mai. S. 25 Juin.

57. *Ortansa Stefanescu*, 25 ans
Double ovarites. Hydro-salpinx g. Fig. 28.
Annexectomies et hystéropéxie.
Resection de l'apendice vermiculaire.
Op. 30 Juin. S. 26 Juillet 1898.

58. *Petra Ión Cernat*, 32 ans.
Double ovarites-salpingites Fig. 29.
Annexectomies et hystéropéxie
Op. 18 Mai. S. 25 Juin 98.

CHAPITRE II

Tumeurs des ovaires.

59. *Anica Moha*, 60 ans.
Kyste de l'ovaire droit. Fig. 30.
Ovariotomie,
Op. 16 Août 1897.

60. *Pauna Ion*, 24 ans.
Kyste pappilaire de l'ovaire droit. Fig. 31.
Extirpation de la tumeur, de l'uterus
et des annexes, gynéctomie.
Op. 17 Oct. S. 9 Nov. 1898.

61. *Hélèna S. Toma*, 19 ans.
Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Fig. 32.
Ovariotomie.
Op. 26 Nov. S. 18 Dec. 1897.

62. *Dumitra Ioniță*, 19 ans.
Kyste de l'ovaire dr. Fig. 33.
Ovariotomie.
Op. 18 Juin. S. 1 Août 1898

63. *Ioana Constantin*, 27 ans.
Kyste dermoide de l'ovaire. Fig. 34.
Ovariotomie.
Op. 12 Mars. S. 6 Avr. 1897.

64. *Raritza Stanescu*, 20 ans.
Kyste dermoide de l'ovaire gauche Fig. 35.
Ovariotomie.
Op. 28 Nov. S. 21 Dec. 1897.

65. *Elisa Barony*, 30 ans.
Kyste papillaire de l'ovaire droit. Fig. 36.

Ovariotomie.
Op. 14 Mai. S. 10 Juin 1896.

66. *Tudora Cosumbescu*, 47 ans.
Kyste de l'ovaire uniloculaire. Fig. 37.
Ovariotomie.
Op. 30 Nov. S. 16 Janvier 1896.

67. *Anica Alexandru*, 45 ans.
Kyste papillaire multiloculaire Fig. 38.
avec ascite.
Extirpation partielle de la tumeur.
Op. 10 Avr. *Morte après 44 heures.*

68. *Radu Dumitru*, 30 ans.
Kyste papillaire multiloculaire de Fig. 39.
l'ovaire droit.
Extirpation.
Op. 19 Mai. S. 11 Juin 1897.

69. *Stanca Tzoncu*, 60 ans.
Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Fig. 40.
Ovariotomie.
Op. 20 Mai. S. 11 Juin 1897.

70. *Maria Rădulescu*, 30 ans.
Kyste para ovaricque gauche. Fig. 41.
Extirpation.
Op. 18 Juil. S. 3 Août 1897.

71. *Ilinca Nicu*, 20 ans.
Kysto-sarcome de l'ovaire gauche. Fig. 42.
Extirpation.
Op. 19 Juil. S. Août 1897.

72. *Ilianca Andreï*, 30 ans.
Kyste de l'ovaire gauche.
Ovariotomie.
Op. 4 Août. S. 24 Août 1897.

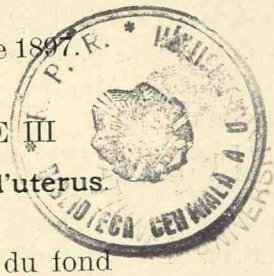
73. *Maria Nae Cristea*, 24 ans.
Kyste multiloculaire. Fig. 43.
Extirpation.
Op. 12 Mars. S. 26 Avril. 1897.

74. *Păuna Ion*, 24 ans.
Kyste papillaire de l'ovaire droit.
Extirpation de la humer de l'uterus
et des annexes. Cervipéxie.
Op. 16 Oct. S. 9 Nov. 1897.

75. *Rosa Schultz*, 57 ans.
Kyste papillaire intraligamentaire.
Extirpation de la tumeur, de l'uterus et des annexes.
Op. 30 Oct. S. 13 Nov. 1897. Fig 44.

76. *Dumitra Ionitză*, 22 ans.
Kyste de l'ovaire.
Ovariotomie.
Op. 2 Juillet. S. 30 Jul. 1898

77. *Lina Stefănescu*, 40 ans.
Sarcome de l'ovaire gauche. Fig. 45.
Laparatomie, extirpation.
Op. 31 Oct. S. 21 Novembre 1897.



CHAPITRE III

Tumeurs de l'uterus.

78. *E. Vintilescu*, 25 ans.
Tumeur fibro-cartilagineuse du fond de l'uterus.
Extirpation.
Op. 6 Mai. S. 9 Juin 1896.

79. *Serbana Păun*, 45 ans.
Gravidité avec hematromètre.
Extirpation totale de l'uterus (Porro).
Op. 25 Avril. S. 25 Mai 1896.

80. *Maritza Pavel*, 29 ans.
Sarcome de l'uterus.
Laparatomie exploratrice.
Op. 21 Oct. S. 16 Nov. 1895.

81. *Ileanca Stamate*, 45 ans.
Sarcome de l'uterus et ascite.
Laparatomie exploratrice.
Op. 4 Nov. S. 1 Dec. 1896.

82. *Maria Preoteasa*, 45 ans.
Fibrome uterin.
Hystérectomie.
Op. 20 Mars. S. 2 Juin 1896.

83. *Eleonora Bai*, 37 ans.
Fibro-sarcomo de l'uterus.
Laparatomie exploratrice.

Op. 17 Avr. S. 13 Mai 1896.

84. *Penca Dumitrof*, 35 ans.
Kysto-sarcome de l'uterus.
Laparatomie exploratrice.
Op. 22 Mai. S. 9 Juillet 1896.

85. *Ernestina Eliaş*, 34 ans.
Fibromes multiples de l'uterus.
Laparatomie exploratrice.
Op. 5 Juin. S. 27 Juin 1896.

86. *Ana Coman*, 37 ans.
Fibrome intersticiel de l'uterus.
Opération de Battey.
Op. 12 Nov. S. 14 Dec. 1896.

87. *Antiţa Călinescu*, 41 ans.
Myome uterin.
Hystérectomie sus vaginale.
Op. 21 Janv. S. 20 Febr. 1897.

88. *Maria Isvoranu*, 46 ans.
Fibrome intersticiel de l'uterus. Fig. 46.
Hystérectomie sus vaginale.
Op. 2 Févr. *Morte le 5 Febr. 1898.*

CHAPITRE IV

GYNÉCTOMIES [1])

§ I. Gynéctomie abdominale totale.

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

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

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

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

Annexites double et metrite parenchimateuse. Fig. 47.
Gynéctomie abdominale totale succesive.

89. *Lutza Dondae*, 38 ans.

[1]) Nous donons ce nom à l'ablation complète des organes génitaux internes de la femme.

Op. 13 Décembre. S. 23 Janvier 1898.

90. *Tinca Costache*, 30 ans.
Double salpingo-ovarites suppurées. Fig. 48.
Gynéctomie abdominale totale.
Drainnage du péritoine avec une compresse de $^{74}/_{45}$ enlevée après 7 jours.
Op. 20 Mars. S. 14 Avril 1898.

91. *Ioana Bencea Bucur*, 36 ans.
Epitheliome du col de l'uterus. Fig. 49.
Gynéctomie abdominale totale.
Op. 9 Avril. S. 7 Mai 1898.

92. *Ana Mih. Popescu*, 23 ans.
Metrite parenchimateuse et double annexites scléreuses. Fig. 50.
Gynéctomie abdominale totale.
Op. 20 Mai. S. 25 Juin 1898.

93. *Elisabeta Niculescu*, 23 ans.
Annexites double suppurées.
Gynéctomie abdominale totale.
Opérée le 19 Déc. 1897.
Le 21 Déc. la malade était mourate à cause d'une septicémie. Imédiatement j'ai fait une nouvelle laparatomie, quand j'ai trouvé du liquide sero-sanguinolent. Larges lavages et tamponement du basinne avec une grande compresse enlevée après 5 jours. La malade sort guérie le 22 Janvier 1898. Fig. 51.

94. *Elena Georgescu*, 42 ans.
Metrite cronique et double ovaro-salpingites. Fig. 52.
Gynéctomie abdominale totale.
Op. 29 Avril. S. 28 Mai 1898.

§ II. Gynéctomies abdominales sus vaginales

95. *Sara Horovici*, 26 ans.
Ovaro-salpingites double suppurées. Fig. 53.
Gynéctomie sus vaginale.
Op. 23 Mai. S. 14 Juin 1897.

96. *Maritza Keller*, 26 ans.
Double salpingites et ovaire kistique gauche. Fig. 54.
Gynéctomie sus vaginale.
Op. 26 Avril. S. 21 Avril 1897.

97. *Dumitra Dumitrescu*, 25 ans.
Metrite cronique parenchimateuse et double annexites. Gynéctomie sus vaginale. Op. 15 Déc. S. 16 Janv. 1898. Fig. 55.

98. *Filoftea Spirescu*, 24 ans.
Salpingo-ovarite doubles suppurées. Gynéctomie sus vaginale. Op. 12 Janv. S. 29 Janv. 1888.

CHAPITRE V

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINES.

99. *Maritza Ionescu*, 25 ans.
Double annexectomies. Drainnage du peritoine avec une compresse de $^{65}/_{36}$ enlevée après 8 jours. Op. 19 Janv. S. 5. Mars 1898. Fig. 56.

100. *Stefania Mihăilescu*, 30 ans.
Gynéctomie totale abdominale. Drainnage avec une compresse de $^{56}/_{41}$ enlevée le 5-ème jours. Op. 28 Mars. S. 22 Mai 1898. Fig. 57.

101. *Matilde Veluta*, 31 ans.
Cette malade a été encore une fois opérée en 1897 d'une grossesse extra-utérine quand nous lui avons enlevé seulement l'annexe malade. Elle est revenue après une anée de nouveau avec une grossesse extra-utérine. Cette fois-ci je lui ai fait une gynéctomie totale abdominale. Op. 1 Juillet. S. 22 Avril 1898. Fig. 58.

102 *Lina Niculescu*, 20 ans.
Gynéctomie sus vaginale. Drainnage avec une grande compresse enlevée après 3 jours. Op. 27 Déc. S. 25 Janv. 1898.

103. *Maritza Cristescu*, 25.
Gynéctomie abdominale totale. Drainnage du peritoine avec une grande compresse enlevée après 6 jours.

Op. 16 Juillet 1898.

104. *Lénca Brica*, 40 ans.

Extirpation et double annexectomies.

Op. 16 Juin. S. 3 Juillet 1897. Fig. 59.

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS

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

Elle consiste dans la fixation de la paroie antérieure de la vessie à l'abdomène. La paroie postérieur de la vessie nous la fixons à la paroie antérieur de l'utérus. Après cela, nous faison l'hystéropéxie proprement dite, mais après avoir enlevé de sa face antérieur ainsi que de la surface correspondante du péritoine parietal de l'abdomen, un morceau de substance au moins de $^3/_3$ cent. carrés. Nous avons donné à cette opération le nom de: *hystéro-cysto-ventro-péxie.* Le cliché de la figure No. 2 montre la méthode.

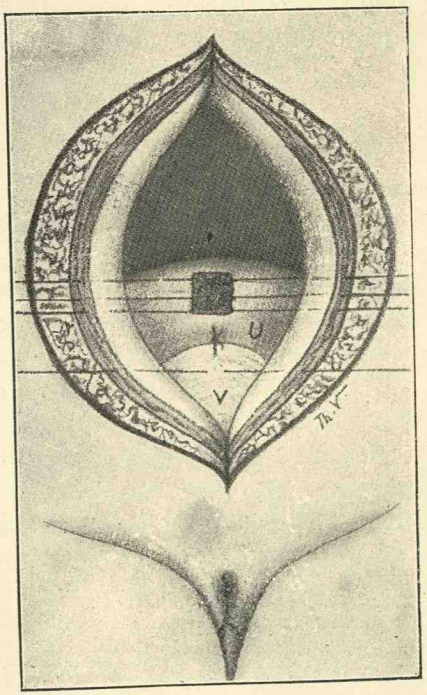


Fig. 2. Hystero-cysto-ventro-pexie. U. Uter. — V. Vesica. (Méthode de l'auteur).

§ I. Hystero-cysto-ventro-péxie.

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

Numĕrotaţia figurilor numaĭ corespunde cu *acelea* din textul volumuluĭ, fiind cu totul schimbate. Ele însă se vor găsi la diferite Capitole respective ca sarcină extra-uterină, anexite, kistĭ ovaricĭ, fibróme uterine etc.

PARTEA I

BOALELE VULVEI

Se înțelege prin vulvă — *pudendum muliebre* — un spațiŭ coprins între buzele cele mari și imen — la virgine, saŭ caroncululele mirtiforme la femee. După unii autori, acest spațiŭ vulvar, representat prin o spintecătură, se întinde de la penil saŭ muntele Venus, până aprópe de orificiul anal. După alții, vulva nu conține de cât părțile ce constitue organele genitale externe propriŭ dise, exceptând vaginul ce e separat prin membrana imen orĭ caronculele mirtiforme.

Astădĭ se consideră ca aparținênd vulveĭ, tot ce e coprins de la muntele Venus până la anus, adică: *Muntele Venus, buzele marĭ, buzele micĭ, glanda vulvo-vaginală, clitorisul, imenul, meatul urinar* și *perineul.* Pentru simplificarea lucruluĭ, s'a împărțit tóte organele ce constitue vulva în treĭ planurĭ, ast-fel precum se vede în fig. 3.

Planul I. Muntele Venus, buzele marĭ și perineul.

Planul II. Clitorisul, buzele micĭ și furculița.

Planul III. Vestibulul, meatul urinar, imenul.

In *bólele vulveĭ* vom studia *leziunile traumatice, neoplasmele* și *leziunile inflamatorii.*

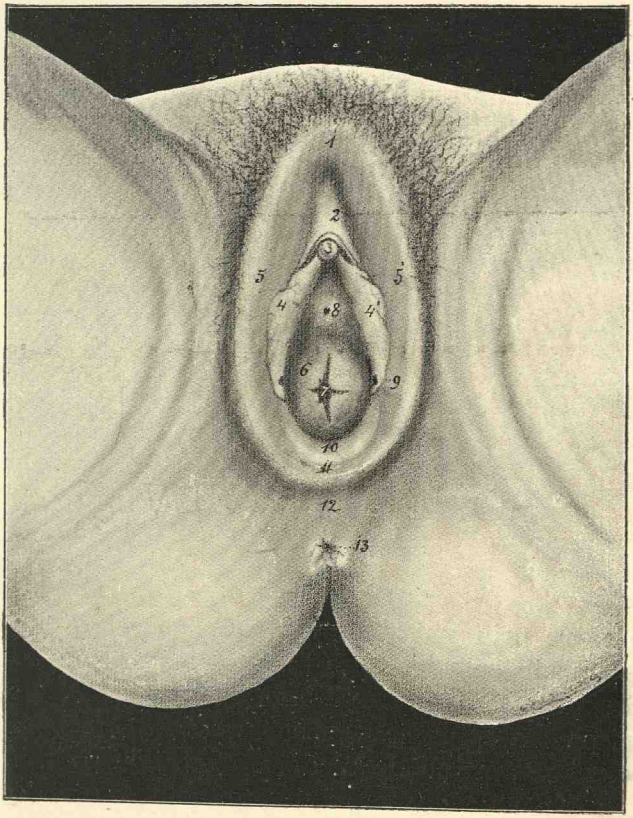


Fig. 3. Părţile organelor genitale externe
(personală).

1. Muntele Venus. 2. Prepuţul. 3. Clitorisul. 4. Buzele micĭ. 5. Buzele marĭ. 6. Hymenul. 7. Orificiul hymenuluĭ. 8. Meatul urinar. 9. Orificiul glandeĭ luĭ Bartholin. 10. Furculiţa. 11. Gropiţa naviculară. 12. Perineul. 13. Orificiul anal.

Cap. I. Leziunile traumatice ale vulveĭ.

Aceste afecțiunĭ sunt representate prin *contusiunĭ*, *plăgĭ* și *rupturĭ*. Ele recunosc patru cause: traumatisme *accidentale*, *conjugale*, *obstetricale* și *chirurgicale*.

Contusiunile vulveĭ n'aŭ nicĭ o importanță specială. Se exceptézĕ însă cele de gradul al II-lea, carĭ pot produce ruperea vaselor din porțiunea buzelor marĭ, când póte da naștere unuĭ trombus. Acest trombus însă nu oferă nicĭ volumul, nicĭ gravitatea celuĭ consecutiv facerilor, saŭ stărilor puerperale. Vom reveni.

In ceia ce privește plăgile și rupturile accidentale, ele se observă maĭ rar, din pricină că organele genitale sunt destul de bine protejate prin rădăcina cópselor. Decĭ numaĭ în casurĭ speciale, cum ar fi o cădere pe o bară de lemn saŭ fer, în situația numită de călărie, numaĭ atuncĭ zic, cópsele fiind depărtate, organele genitale ar putea fi expuse accidentelor. Se maĭ observă asemenea plăgĭ în introducerea bruscă a unuĭ corp strĕin în mod voluntar, involuntar, în scop criminal, saŭ în urma uneĭ perversiunĭ sexuale, etc.

Aceste plăgĭ se însoțesc adesea de emoragiĭ fórte serióse, putând compromite viața. S'a observat casurĭ de plăgĭ prin lovicurĭ de corn de boŭ, carĭ smulgând părțĭ întregĭ din vulvă aŭ fost însoțite de emoragiĭ mortale. Pe lângă acésta, pericolul maĭ stă și în facilitatea cu care asemenea plăgĭ se pot infecta, grație numeróselor vase de tot felul, ce se află în grosimea buzelor marĭ și micĭ.

Traumatismele conjugale sunt acelea carĭ provin din deflorare, coit brutal și viol. Ele se resfrâng maĭ ales asupra imenuluĭ, putându-se deslipi saŭ rupe în una saŭ maĭ multe bucățĭ. Une orĭ însă traumatismul fiind fórte violent, rupturile imenuluĭ se pot întinde și asupra organelor vecine ca buzele micĭ, vagin, furculiță, mitră și chiar perineŭ. Tóte aceste leziunĭ staŭ în raport cu strîmtorarea organelor genitale, cu puterea bărbatuluĭ, cu erecțiunea prea puternică a penisuluĭ, cu starea de surescitațiune peste mĕsură, cu opunerea femeeĭ când nu voește a ceda, saŭ în fine cu punerea femeeĭ în posițiunĭ anormale și bestiale etc., etc. In asemenea circumstanțe, devastările devin colosale, maĭ ales dacă individul e rĕŭ crescut, lipsit de educație și se află și în stare de beție.

Reproduc din Auvard câte-va observațiunĭ împrumutate de la Chevallereau

unde se póte vedea ravagele întinse, ce niște asemenea traume sunt capabile a produce.

1. Casul luĭ Sinaisky. Femee tînără ce avu durere vie și emoragie abondentă la primul coit. La examenul practicat cât-va timp după acésta, s'a găsit o ruptură a comisureĭ posterióre a vulveĭ, ce comunica direct cu rectul d'asupra sfincteruluĭ anal.

2. Casul luĭ Albert. Tînără Arabă de 11 anĭ, la care primele raporturĭ cu bărbatul sĕŭ, un voinic de 16 anĭ, produse ruptura comisureĭ posterióre și a funduluĭ de sac al vaginuluĭ, puind pe acesta din urmă în comunicare cu cavitatea abdominală.

3. Casul luĭ Zeiss. Ruptura despărțitóreĭ vaginale în timpul coituluĭ, femeia fiind sprijinită pe cóte și genunchĭ.

4. Ruptura vaginuluĭ la o femee nulipară de 48 anĭ.

5. Fistulă vesico-vaginală la o Georgiană de 24 anĭ, practicând pentru prima óră coitul cu bărbatul sĕŭ.

6. Casul luĭ Esipoff. Ruptura uretreĭ în timpul coituluĭ, la o tînără femee de 19 anĭ cu imperforarea imenuluĭ. Douĕ litrurĭ de sânge s'aŭ găsit în vagin și uter.

7. Casul luĭ Diemerbrok. Ruptura vaginuluĭ la douĕ tinere Holandeze de curând măritate, și carĭ ambele aŭ murit de emoragie etc., etc.

Traumatismele obstetricale. Se observă în distociĭ, aplicare de forceps, basiotriburĭ și alte instrumente, de persóne neexperimentate. Ele ocupă furculița și adesea se întind pe perineŭ producând une-orĭ adevĕrate desastre.

Traumatismele chirurgicale. Se observă în casurĭ de manopere dificile, necesitate de diferite afecțiunĭ ale uteruluĭ saŭ vaginuluĭ voind a face, de exemplu, ablațiunĭ de tumorĭ marĭ, isterectomia etc. Dar acestea sunt maĭ puțin pericolóse, de óre-ce se fac într'un mediŭ antiseptic și cu o regularitate maĭ mare, putându-se astfel ușor remedia.

In or-ce cas antisepsia și emostasa, fie prin punere de pense, tampon saŭ suturĭ, vor fi aplicate pe scara cea maĭ largă, spre a preveni accidente regretabile și chiar mortale.

Cap. II. Afecțiunile primuluĭ plan.

§ 1. Bólele muntelui Venus.

Muntele Venus este ridicătura celulo-adipósă așezată înaintea pubisuluĭ și extremitatea superióră a vulveĭ. Afecțiunile sale nu presintă o mare importanță specială, totuși trebue să le cunóștem.

Muntele Venus, pe lângă că e compus din țesut celulo-gresos, așezat la partea inferióră a regiuneĭ ipogastrice și d'asupra vaginuluĭ, maĭ este pe lângă acésta acoperit de foliculĭ pilosĭ, și

conține glande sebacee și sudoripare. Acésta îl face a fi susceptibil a căpăta tóte bólele comune, propriĭ unuĭ asemenea țesut. Astfel putem observa flegmóne desvoltate *insitu*, saŭ să fie resultatul propagăreĭ uneĭ asemenea inflamațiĭ din regiunea abdomenuluĭ, a vulveĭ, or a uneĭ fistule vesico-abdominale etc. Putem observa furuncule, antraxe, diferite neoplasme ca epitelióme, propagate de la organele vecine, și în special de la vulvă, vagin, etc. Dar tóte aceste afecțiunĭ nu merită un studiŭ a parte; ele nu presintă nimic de particular în afară de cele descrise în vol. II. Printre tumorĭ vom menționa numaĭ ipertrofia și ipergenesa demăsurată a țesutuluĭ celulo-gresos. Acésta la unele femeĭ grase, dă naștere la un lipom difus saŭ incapsulat așa de mare, că se lasă în jos acoperind chiar vulva. In acest cas se produce în punctele de contact diferite iritațiĭ, și chiar escoriațiĭ și ulcerațiĭ. Contra lor vom opune îngrijirile igienice, iar la rigóre exterparea lipomuluĭ.

Fibrómele sunt escesiv de rarĭ; ele aŭ ca origină periostul pubisuluĭ. Tot în acéstă regiune putem observa tumorĭ sanguine (ematome) în casurĭ de contusiunĭ saŭ căderĭ pe un corp dur: regiunea prinsă între douĕ forțe, vasele se rup, iar ematomul se produce.

Lăsând dar tóte aceste afecțiunĭ la o parte, ne vom opri puțin asupra unor bóle de piele maĭ importante și frecuente, ce se pot observa pe muntele Venus și unele părțĭ ale vulveĭ.

Une orĭ aceste bóle trec nebăgate în sémă; altă dată însă produc o stare intolerabilă, fie din causa mâncărimelor, saŭ a unor pretinse diformităților. Acestea jenéză pe unele femeĭ cochete și de profesie — de óre ce la ele, organele genitale, de și destinate a rĕmâne ascunse, adesea însă se arată!

Ca afecțiunĭ maĭ principale avem:

Pitiriasis versicolor. Este datorit microsporuluĭ furfur. Se observă pe femeĭ cașectice, în special ftisice. Dupĕ Lawson Tait însă, fete fórte sănătóse și fórte curate pot fi atinse. Iarăși acest autor, nu admite origina exclusiv parasitară, căcĭ dînsul dă observațiunĭ unde pitiriasul nu a fost contagios, de óre-ce nu s'a putut transmite de la femee la soț. Acéstă afecțiune de și inocentă, devine însă fórte desagreabilă pentru femee, prin aceia că pielea se acopere de niște pete brune, roșiĭ, maĭ ridicate, putându-se propaga pe cópse și chiar restul corpuluĭ.

Tratamentul clasic, pe lângă îngrijirile igienice, constă în

spălături cu o soluție de iposulfit de sodă $^{30}/_{500}$ (Tilbury Fox fără însă a procura o vindecare definitivă.

Alopecia. Constă în căderea părului ocupând tótă regiunea, saŭ numaĭ unele teritoriĭ. Se datorește presenței microsporuluĭ Audouini. Dupĕ Lawson Tait însă, ar fi vorba de o simplă nevrosă. Sunt douĕ varietățĭ: căderea părului sub formă de plăcĭ — *alopecia areata* — și căderea părului în mod lent și uniform, făcêndu-l din ce în ce maĭ rar și subțire. Acésta resultă dintr'o lipsă de nutriție a bulbuluĭ pilos, și póte să afecteze tótă suprafața corpuluĭ, și să ridice fir cu fir întregul pĕr la femeile cele maĭ tinere și frumóse.

Daŭ un fragment din următórea observație luată din Lawson Tait:

„F. I. măritată la 20 anĭ. Am cunoscut acéstă damă din copilăria sa, și nu'mĭ am putut representa o ființă maĭ sănătósă și frumósă. Superbul sĕŭ pĕr nu forma una din cele maĭ micĭ atracțiunĭ a mărei sale frumusețĭ. La 22 anĭ naște un copil. După 13 zile avu un frison, apoĭ febră și urmată în urmă de desquamațiune. Dupĕ 6 săptămânĭ dînsa îșĭ perduse tot frumosul sĕŭ pĕr, sprincenile și genile. Dupĕ 3 lunĭ tot pĕrul axileĭ și al pubisuluĭ a dispărut la rândul sĕŭ. Tóte părțile corpuluĭ, alte dățĭ acoperite cu un frumos pĕr, astăzĭ nu posedă decât un subțire tuleiŭ galben!“

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

Lichen simplu. Une orĭ acéstă afecțiune caracterisată printr'o iperemie, papule saŭ chiar pustule a foliculelor pilosĭ, se desvoltă isolat pe organele genitale. Adesea iritația și mâncărimea ce produce, e de o violență extremă. Contra acesteĭ afecțiunĭ, Lawson Tait recomandă, pe lângă cele alte îngrijirĭ igienice, spălături locale cu o soluție de acid fenic destul de concentrată spre a fi suportată, iar în urmă supudrarea cu praf de amidon, licopodium, etc.

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

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

pină, rupându-şĭ cărnurile până le sângerare. Suferinţele lor cresc maĭ ales la căldura patuluĭ.

„Am cunoscut o damă, zice Lawson Tait, care nu putea dormi decât pe scaun, avênd părţile genitale expuse în plin aer! era în adevĕr singura poziţie în care dînsa putea să obţie somnul.“

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

Din parte-mĭ am cunoscut un inginer cu o eczemă cronică a scrotuluĭ, care în desesperare, de 6 orĭ a voit să se sinucidă, nemaĭ putând suporta mâncărimea şi usturimea ce-ĭ provoca bóla.

Am avut maĭ multe casurĭ de eczemă cronică, ale căreĭ mâncărimĭ şi usturimĭ prin nimic nu le-am vindecat, de cât prin atingere cu soluţie de nitrat de argint $2^1/_2$ —$5^0/_0$.

Daŭ acésta ca un tratament eroic şi aprópe infailibil. Iarăşĭ un bun rezultat mi-aŭ dat cataplasme, făcute din calce stinsă (var). Să nu uităm a examina urina bolnavelor, ştiut fiind că, maĭ tóte afecţiunile pruriginóse ale organelor genitale externe, sunt în legătură cu diabetul, şi apar de ordinar la femeĭ în timpul menopauseĭ. Clinica a arătat în adevĕr că fórte rar femeile tinere aŭ eczemă; de unde se presupune că menstruaţia se opune la apariţiunea diabetuluĭ. In timpul menopauseĭ, diabetul apare, iar cu dînsul urinele încărcându-se de zahăr, produc acele mâncărimĭ insuportabile la femeĭ. Şi ca probă ar fi că, cel maĭ bun remediŭ e tratamentul cu opiŭ chiar pînă la 0,30, care vindecă eczema şi mâncărimele numaĭ prin micşorarea zaharuluĭ.

In ceea ce priveşte râia (gale) şi pediculi pubis, e de prisos a maĭ insista, leziunile fiind cunoscute şi de fórte mică importanţă. Corpul delictuluĭ fiind prins, e destul o fricţiune cu pomadă sulfurósă, or soluţie de sublimat pentru ca bóla să dispară imediat.

§ 2. **Bólele buzelor marĭ.**

Buzele cele marĭ, resultă dintr'o îndoitură a tegumentuluĭ extern, şi formézĕ douĕ ridicăturĭ verticale şi simetrice de fie-care parte a vulveĭ. Ele desemnézĕ un oval, a căruĭ mare extremitate corespunde la muntele Venus, iar mica extremitate se perde în jos, unde reunindu-se, formézĕ comisura posterióră a vulveĭ saŭ furculiţa. In centrul acestuĭ oval se află cele-l'alte planurĭ ale vulveĭ, pe carĭ spre a le vedea, trebue să departăm buzele marĭ, maĭ ales la virgine. Buzele marĭ se asémănă decĭ cu douĕ perdele

așezate în laturile vulveĭ. Ele aŭ o bază în continuare cu pielea cópseĭ, formând sghiabul genito-crural; o față externă cutanată, una internă mucósă și o margine liberă convexă. Fețele interne subțiriĭ, netede și normal umede, sunt în contact unele cu altele la fete și femeĭ neuzate. De aceia pentru a vedea organele ce ele acoperă, trebue să depărtăm cópsele, precum și marginea lor liberă, prin ajutorul degetelor. Se știe că buzele cele mariĭ aŭ o compositie analógă cu a scrotuluĭ. Ceia ce ne intereséză, și lucru asupra căruia Tillaux a insistat, este că sub piele și țesutul celulo-gresos, se află un țesut muscular neted, analog cu dartosul la om. Acest țesut forméză un buzunar, al căruĭ orificiŭ mult mai strîmpt ca fundul, rĕspunde la inelul inguinal inferior. Inainte el e liber de aderențe cu fața profundă a pieleĭ; dar înăuntru și înapoĭ aderă intim cu mucósa și aponevrosa perineală superficială. Acest buzunar numit sacul dartoic al luĭ Broca, conține în cavitatea sa o bulă saŭ ghem de grăsime, ce póte da une-oriĭ nascere la lipom; maĭ conține încă terminațiunea ligamentuluĭ rotund al uteruluĭ, precum și prelungiriĭ din canalul luĭ Nück. In acest sac se fac revĕrsările sanguine numite trombus, precum și acumulațiuniĭ de lichid numit idrocel al femeeĭ.

Buzele cele mariĭ ne oferă o mulțime de afecțiuniĭ. Asupra unuĭ mare numĕr din ele nu ne vom opri, neavênd nimic de particular, de óre ce tot ce am scris în volumul al doilea la capitolul „Bólele pieleĭ“ se pot raporta și aci [1]). Ast-fel sunt aftele, eczema, furunculele, antraxele, acnea, lupus, și chiar elefantiasul. In ce privesce afecțiunile sifilitice, ca șancăr primitiv, plăcĭ mucóse etc., le vom menționa cu ocazia diagnoselor diferențiale între diferite bóle locale. Nu ne vom opri de asemenea asupra vegetațiilor vulveĭ, ce aŭ ca sediu principal buzele mariĭ. Aceste tumoriĭ sunt simple ipertrofiiĭ papilare, recunoscând drept cauză, iritațiuniĭ provenite din scurgeriĭ blenoragice saŭ chiar simple leucoreĭ, ca la femeile gravide oriĭ la cele cariĭ nu se spală, fiind vecinic murdare. Uniĭ le consideră ca fiind de natură sifilitică și resultând din plăcĭ mucóse negligiate. S'a obiectat, este adevĕrat, că aceste tumoriĭ ar fi contagióse, aducêndu-se ca probă faptul că se desvoltă în puncte simetrice pe părțile cu cariĭ se află în contact; dar acésta e o simplă supositie, căcĭ agentul virulent încă nu s'a găsit. Vegetațiile vulveĭ iaŭ une-oriĭ o desvoltare extraordinară, semănând cu murele saŭ crestele de cocoș, or conopide, și presentând nisce despică-

[1]) Vol. II, pag. 166.

turĭ profunde prin carĭ se scurge un lichid fetid şi fórte iritant Ele pot copleşi nu numaĭ vulva şi perineul, dar strĕbat şi în vagin, mergênd pe părețiĭ sĕĭ laterali până la gâtul uteruluĭ. In casul acesta extirparea e fórte dificilă şi plicticósă, însoțindu-se de emoragiĭ colosale. Excisiunea cu fórfecele curbe şi cauterisare cu Paquelin, e mijlocul cel maĭ bun. Se maĭ recomandă atingerea cu acid cromic, soluția Plenki, acid nitric fumans etc. La femeile gravide, pansamentul cu apa luĭ Labaraque dă bune resultate. Extirparea însă şi în acest cas, se póte face fără nicĭ un pericol de avort, de şi după facere ele pot să dispară. Un lucru demn de remarcat şi pe care trebue să'l avem în vedere este: Buzele marĭ sunt acoperite cu pĕr pe fața lor externă şi maĭ ales pe marginea liberă, unde câte odată iaŭ o lungime fórte mare. Aceste şuviţe de pĕr sunt vectoriĭ ceĭ maĭ puternicĭ aĭ diferiților microbĭ şi materiĭ virulente. Tóte secreţiunile vaginale se opresc în acest pĕr Ele, în deosebĭ la femeile murdare, aglutinéză pĕrul fir cu fir, formând un mănunchiŭ. Adesea orĭ bólele virulente se contractéză numaĭ prin mijlocul pĕruluĭ infectat. In adevĕr, chiar dacă femeea s'a vindecat de blenoragie saŭ şancăr, a rĕmas însă virusul impregnat pe pĕr, care la cea maĭ uşóră sgârietură a penisuluĭ în timpul coituluĭ, bóla se póte inocula. Intre altele se citéză în Lawson Tait un asemenea cas tip. Este vorba de o femee Australiénă, care, fără să fi avut şancăr, a inoculat însă unuĭ bărbat un ulcer fagedenic aşa de virulent, că a trebuit să i-se facă amputaţia penisuluĭ. La femeile murdare, chiar microbiĭ simplĭ ast-fel depuşĭ pe pĕr, pot căpăta o virulenţă fórte mare, dând nascere la scurgerile cele maĭ infectante. De aceia, nu numaĭ în timpul operaţieĭ, dar chiar ca igienă şi salubritate publică, trebue a se lua marĭ precauţiunĭ. Şi e probabil că în religia Mahomedană, distrugerea pĕruluĭ de la vulva femeilor, a fost făcută dintr'un mare spirit de prevedere; în orĭ ce cas e de o logică vădită.

Dintre bólele maĭ principale şi de un interes ginecologic vom studia următórele:

§ 3. Varicele, tumorile varicóse şi trombusul.

In buzele marĭ există fórte multe artere, venite din ruşinósa externă, perineala inferióră şi epigastrica. Numĕrul venelor însă e mult maĭ considerabil, ceia ce face că şi plăgile din aceste regiunĭ se însoţesc de emoragiĭ une-orĭ mortale. La persónele predispuse, la cele grase, şi maĭ cu deosebire în timpul sarcineĭ,

aceste vene suferă dilatațiuni de diferite grade, dând nascere la varice și tumori varicóse. Aceste varice dacă une-ori ni se presintă sub forma unor simple venositățĭ, dând un aspect puțin albăstriŭ mucóseĭ vulvare, alte dați însă dilatațiunile iaŭ un volum mult mai mare, ocupând tótă grosimea buzelor, a păreților vaginalĭ și munteluĭ Venus. In acest cas, tumorĭ varicose se formézĕ, ajungênd până la mărimea unor nucĭ. Ruperea unor asemenea varice și respândirea sângeluĭ în țesutul celular al buzelor marĭ, constitue o tumoră sanguină numită *hematom* saŭ *trombusul vulveĭ*.

Dar acéstă afecțiune, cunoscută deja de Jean-Henri din Bâle în 1734, se observă în special în timpul, saŭ imediat după facere, de unde și numele de *trombus obstetrical*. Causa este o presiune prelungită a capuluĭ saŭ șezutuluĭ fetal, angajat în strîmtórea inferióră a basinuluĭ, precum și a contracțiunilor uteruluĭ și a marelor sforțurĭ din partea bolnaveĭ. In asemenea circonstanțe, părețiĭ venelor varicóse fiind subțirĭ și alterați, se rup, iar sângele colectându-se, formézĕ o tumoră maĭ mult saŭ maĭ puțin mare, după volumul vasuluĭ rupt. Nu tot-d'auna însă e absolut necesar ruperea unuĭ vas. Une-orĭ sângele hematomuluĭ provine dintr'o adevĕrată transudare, saŭ cel mult din ruperea unuĭ vas de fórte mic calibru. Acésta a și făcut pe uniĭ să susție că, lipsa de plasticitate a sângeluĭ — representând hemofilia, ar juca un rol maĭ mare de cât acela al varicelor, ce n'ar fi atât de importante.

Trombusul ni se presintă ca o tumóră ocupând una saŭ ambele buze marĭ. Alte dați însă ocupă și buzele micĭ, iar une-orĭ se respândesce în țesutul celular al vaginuluĭ: el póte umple acest canal, să strĕbată în perineŭ și să intre chiar în interiorul basinuluĭ. Hervieux arată următórele tipurĭ descrise de toțĭ autoriĭ (Legueu):

I. **Trombus vulvar,** are sediul clasic în buzele marĭ și probabil în sacul dartoic al luĭ Broca. Punga, une-orĭ de mărimea unuĭ oŭ de găină, iar alte dați mult maĭ exagerată, atingênd volumul unuĭ cap de adult, își are părețiĭ formați din grosimea buzelor marĭ și sunt maĭ subțirĭ înăuntru.

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

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

nal a părților laterale și posterióre; mai rar în păretele anterior. El se întinde către buza cea mare, dar nu se pogóră în general sub ridicătorul anusului. In sus el se póte întinde la baza ligamentelor largi și infiltrându-se în țesutul celular sub peritoneal, să se ridice une-ori în lungul păretelui abdominal posterior până la stâlpii diafragmului. Ematocelul peri-uterin și extra-peritoneal, complică adesea trombusul vaginului.

Sforțurile și presiunile fetale, de sigur jócă un rol important în producerea trombusului. Dar acésta nu e suficient, ci se cere o slăbire prealabilă a păreților vasculari, o predispoșiție individuală. Și ca probă avem că, nu în tóte casurile se observă trombus, de și ori-ce facere e însoțită de muncă. Predispoșiția însă existând, vedem apărând trombusul, fără a fi precedat de sforțuri, ci chiar în afară de perióda de gestațiune. Ast-fel Velpeau a arătat că la femeile varicóse, o simplă explorație a vulvei, o cădere pe perineu, un esces de coit, pot fi causa unui *trombus* numit acum *neobstetrical*. S'au citat de asemenea trombus spontanat, chiar în urma actului de defecațiune, precum și cu ocasiunea isbucnirei unui rîs, ori strănut, ceva mai puternic.

In afară de graviditate, varicele vulvei sunt fórte rari. Cât pentru cele-l'alte tumori sanguine, ca tumorile erectile, acestea sunt așa de rari, în cât nici nu există o descriere specială. Pentru a le recunósce, ne vom reaminti caracterile descrise în Vol. II la capitolul „Tumori erectile".

Simptomele. In casuri de varice nu avem nimic de adăogat la cele descrise în volumul II la capitolul respectiv[1]). Vom menționa însă că, une ori varicele vulvei provócă bolnavelor o sensațiune de mâncărime insuportabilă, iar alte dăți niște dureri intense. La unele este fenomenul de disurie care predomină, mai cu deosebire fiind vorba de femei ceva mai bătrâne.

In casuri de trombus, simptomele se resumă în aparițiunea unei tumori în mod brusc. De ordinar tumora e tare; une ori însă e resistentă, elastică și chiar cu totul fluctuentă: acésta depinde de starea în care se găsește sângele. Nu tot-d'auna însă aparițiunea trombusului e bruscă, ci vine dupe 12 saŭ chiar 24 ore de la facere. Se întâmplă în adevĕr ca în timpul muncilor, părțile fetale apăsând pe vasul deja rupt, tumora nu apare de cât numai după eșirea fetului, saŭ chiar ceva mai târziŭ. In or ce cas afecțiunea e însoțită de dureri enorm de mari, datorite disten-

[1]) Vol. II, pag. 550—554.

siuneĭ părţilor prin sângele extravasat. Pe lângă acestea, dacă tumora copleşeşte pereţiĭ vaginalĭ şi umple acest canal, putem observa şi fenomene din partea băşiceĭ şi a rectuluĭ, determinând retenţiunĭ de urină şi materiĭ fecale. Trombusul se póte termina prin resoluţie, supuraţie saŭ inchistare. Casul cel maĭ grav e gangrena, saŭ ruperea bruscă a buzunaruluĭ, când emoragia póte deveni mortală.

In afară de acésta, pronosticul devine fórte serios, când trombusul se complică de plagă saŭ chiar o simplă fisură. Prin acéstă pórtă de intrare, infecţiunea póte să conrupă conţinutul trombusuluĭ şi să'l facă să supureze. O asemenea stare de lucruri e capabilă a determina fenomene de septicemie la femeile aflate în lăuzie.

Inchistarea trombusuluĭ pentru a produce un kist-ematic se observă maĭ rar, căcĭ de obiceiŭ sângele se resórbe. Maĭ des se constată existenţa unuĭ nodul care, câte odată fórte tenace, nu va dispare ci se va impune drept un mic fibrom, care va fi punctul de plecare al diferitelor erorĭ de diagnostic. Antecedentele însă, a căror bază constă în apariţia bruscă a tumoreĭ, ne va fi de mare folos nu numaĭ în determinarea originiĭ unuĭ asemenea nodul, dar şi în casul de inkistare al trombusuluĭ, pentru a'l deosebi de cele alte tumorĭ lichide, ca erniĭ saŭ idrocele cu carĭ s'ar putea confunda.

Tratamentul. Daca avem aface cu simple varicositățĭ, saŭ chiar cu dilataţiĭ serpentine, dar carĭ nu aduc o genă prea mare bolnaveĭ, nu e raţiune de a interveni, ci ne vom mărgini într'o igienă apropriată şi administrarea la interior de T-ra Hamamelia Verginica, reputată ca eficace contra varicelor.

In casurĭ de cordóne marĭ saŭ tumorĭ voluminóse, putem la rigóre încerca extirpaţiunea, luând însă cele maĭ severe precauţiunĭ antiseptice şi emostatice, căcĭ plăgile acestea sunt fórte susceptibile a se infecta cu cea maĭ mare înlesnire.

Cât priveşte trombusul, vom căuta prin diferite mijlóce să favorizăm resorpţiunea, şi să prevenim infecţiunea pungeĭ, antisepţisând orĭ ce escoriaţiune saŭ plagă ce ar exista la suprafaţa sa.

In casul contrariŭ, când tumora e prea voluminósă, cu pereţiĭ subţirĭ şi ameninţă a se rupe, e maĭ bine să intervenim în mod chirurgical. Vom face deci deschiderea antiseptică a pungeĭ, asigurând perfecta emostasă.

Dupe ce am golit bine punga, şi am făcut spălăturĭ largĭ antiseptice, umplem cavitatea cu tifon fenicat, spre a preveni

emoragia secundară. Pansamentele ulterióre vor fi astfel făcute în cât să asigurăm cicatrisarea de la profunzime la superficie, spre a evita crearea de traecte fistulóse.

In tóte casurile când a trebuit să ridic tumorĭ ale buzelor marĭ, am aplicat maĭ întâĭ suturĭ sub-intrante la bază, și în urmă am operat cu totul *à sec.* Recomand cu insistență acest mod de a proceda, căcĭ e singurul ce ne póte feri de cele maĭ regretabile accidente, atât ca infecție cât și emoragie.

§ 4. Tumorile buzelor marĭ.

Acestea se împart în tumorĭ *solide, lichide și gazóse.*

Tumorĭ solide. Lipómele și kiștiĭ sebaceĭ nu merită o descriere detaliată, din causă că se observă fórte rar și apoĭ caracterele lor sunt aceleași ca a celor descrise în Vol. II. Aceste tumorĭ (lipom) se desvoltă în grosimea buzeĭ marĭ, saŭ în bula gresósă din sacul dartoic al luĭ Broca, descris deja. Dupĕ Goselin lipómele intră în proporție de 1 la 100 în tumorile vulveĭ. Se găsesc nu numaĭ în grosimea buzelor marĭ, dar și în paniculul adipos al munteluĭ Venus. Volumul lor une-orĭ e considerabil și se prelungesc chiar sub perineŭ. Kiștiĭ sebaceĭ se găsesc pe fața externă a buzeĭ, acolo unde glandele sebacee sunt numeróse. Se maĭ pot întâlni și în sghiabul de separațiune ce se află între buza mare și cea mică. Eĭ se presintă sub formă de tumorĭ rotunde; aŭ sediul sub dermic; sunt de mărimea uneĭ alune saŭ nucĭ și aŭ o consistență caracteristică. Iarăși ca tumorĭ solide saŭ semi solide rarĭ avem kiștiĭ dermoizĭ.

Se citéză un singur cas al luĭ Klebs de kist dermoid în buza mare. Winckel și Lannelongue aŭ arătat observațiunĭ de asemenea kiștĭ în vecinătatea imenuluĭ chiar la noĭ născuțĭ Aceste tumorĭ în general nu se recunosc de cât dupĕ extirpare și dupĕ conținutul lor care le este propriŭ ca pĕr, dințĭ, unghiĭ etc. Nu presintă nimic de particular și se consideră ca raritățĭ. Și maĭ rarĭ încă sunt unele tumorĭ de o origină obscură, semănând în structura lor cu kiștiĭ ovaruluĭ.

Klob crede că acești kiștiĭ se desvoltă în jurul unuĭ trombus saŭ în urma uneĭ ectasiĭ a vaselor limfatice (Michaux). Dintre tumorile solide a buzelor marĭ de sigur cele maĭ principale sunt **fibrómele.**

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

Mergênd de dinainte înapoĭ găsim dupĕ Tillaux în buzele marĭ următórele planurĭ: I. Pielea. II. Țesutul celulo-gresossub-cutanat numit fascia superficialis. III. Păretele anterior al saculuĭ dartoic. IV. Cavitatea saculuĭ dartoic unde se află bula gresósă, ligamentul rotund și canalul luĭ Nück. V. Păretele posterior al saculuĭ dartoic și VI. Aponevrosa perineală superficială. In fie care din aceste planurĭ un fibrom póte să ia naștere. Decĭ vom avea:

I. **Fibrom dermoid saŭ moluscum** când tumora se desvoltă în țesutul fibros al dermuluĭ saŭ țesutul celulo-conjuctiv sub-cutanat.

II. **Fibrom capsular** când ia naștere în lamelé fibróse a saculuĭ dartoic al luĭ Broca.

III. **Fibrom al ligamentuluĭ rotund** când se desvoltă în acest organ.

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

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

Caracterele clinice a acestor tumorĭ sunt proprĭĭ acelora numite tumorĭ benigne.

Ele se desvoltă încet și nu aŭ nicĭ un resunet asupra organismuluĭ. Consistența variază: unele sunt tarĭ, altele moĭ saŭ infiltrate de lichide, după cum în compositia lor intră element fibros pur, fibre musculare or elemente mixomatóse. Recklinghausen le consideră ca limfangio-fibróme.

Volumul ca și forma variază fórte mult. De obiceiŭ solitar, fibromul e neted, lobulat, piriform. Demoulin a arătat un cas unde tumora era așa de mare, că se pogora până la condilul intern al femuruluĭ. Chéron a arătat și el o formă fórte curiósă a uneĭ asemenea tumorĭ, care avea în totul aspectul unuĭ penis. In general, or care ar fi forma și volumul, fibromul vulveĭ e maĭ tot-d'a-una pediculat și conține vase bine desvoltate. Mersul e lent și progresiv. S'a văzut însă luând o desvoltare fórte repede în timpul graviditățeĭ. La acestea se produce edem precum și kiștĭ în interiorul tumoreĭ. Iarăși une orĭ pediculul lungindu-se prea mult, se subțiază în așa grad că compromite circulația, de unde sfacelarea tumoreĭ.

Diagnosticul anatomic al acestor tumorĭ e dificil. In general cu cât tumora are o origină maĭ superficială, cu atât e maĭ mobilă și provĕzută de un pedicul une orĭ destul de lung. Astfel sunt fibrómele dermoide numite încă și moluscum pendulum. Din contra cele alte feluri de fibróme sunt maĭ profunde, maĭ puțin mobile și cu o bază de inplantație fórte largă.

Cele aponevrotice saŭ periostice adesea trimit prelungirĭ către fese or vagin.

Aceste tumorĭ nu jenéză de cât prin presența și volumul lor. Une orĭ pielea se ulceréză, dă naștere la emoragiĭ și se impun atuncĭ drept tumorĭ maligne. E posibil că chiar în afară de acéstă complicație, fibrómele să'șĭ schimbe caracterul amestecându-se cu elemente sarcomatóse, precum adesea se observă în tumorile conjunctive, perzându'șĭ astfel cu totul caracterul benign. Contra lor nu există de cât extirparea. Vom lua însă marĭ precauțiunĭ, spre a ne opune emoragiilor adesea fórte serióse.

Am avut un cas tip de aceste tumorĭ în serviciul meŭ de chirurgie. Dăm aci un resumat din observație. Maĭ ales acéstă observație e importantă prin aceia că, pediculul era fórte vascular și cu artere bine desvoltate. De și am asigurat la perfecție emostasa, totușĭ după operație bolnava a avut puțină emoragie.

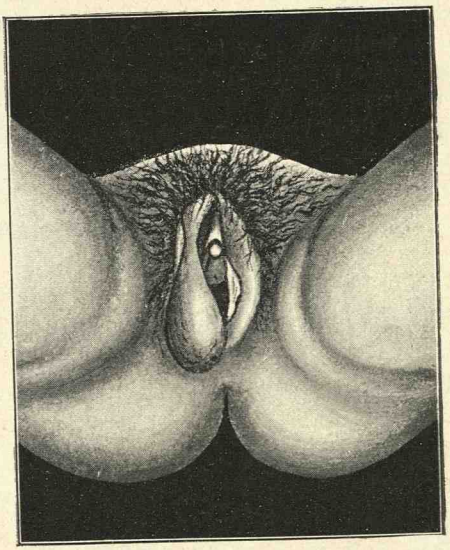


Fig. 4. Fibrom pediculat al buzeĭ marĭ drepte.
(Personală).

Sanda Vĕduva de anĭ 40, muncitóre, intră în serviciul meŭ la 12 Noembrie 1893 cu *Fibrom pediculat al buzeĭ marĭ drepte.*

Istoric. De 4 anĭ a observat o mică tumoră nedurerósă cât un bob de porumb pe buza cea mare dréptă. Tumora a început să créscă treptat. Pacienta declară că acéstă tumoră une-orĭ crescea maĭ mare și apoĭ se micșora din noŭ. Tumora de și nedurerósă, începuse însă a o jena prin volumul sĕŭ și maĭ ales îĭ producea usturimĭ și mâncărime. Maĭ târziŭ tumora se ulceréză la partea inferióră lăsând să curgă o materie spălăcită.

Starea locală. Intre cópse se vede atârnând o tumoră de mărimea uneĭ pere, tumoră de o consistenţă fibrósă, nedurerósă, de colórea tegumentelor, presentând pe suprafaţa sa numeróse indoiturĭ. La bază presintă o erosiune ce sângeréză uşor.

Acéstă tumoră se continuă cu marginea anterióră a buzeĭ marĭ drepte printr'un pedicul de o lungime cam de $2^1/_2$ c. m., pedicul destul de consistent dând prin palpaţie sensaţia unor cordóne. Grosimea pedicululuĭ e de aprópe 7—8 mm. în diametru. (Fig. 4).

Operaţia. După ce se face toaleta părţilor, am pus cam la jumĕtatea pedicululuĭ o pensă de forci presură ce coprinde întregimea grosimeĭ pedicululuĭ. Acéstă manoperă e fórte durerósă.

Apoĭ pun pe pedicul (partea superióră) 5 puncte de sutură sub-intrante cu fire de mătase împletită.

După-ce strâng bine firele secţionez pedicului.

Nu curge nicĭ o picătură de sânge. Pentru a asigura orĭ-ce fel de emoragie maĭ pun pe extremităţile pedicululuĭ încă 3 puncte de sutură închiḑând astfel complect plaga.

După operaţie pacienta n'a simţit mare durere, însă în timpul nopţeĭ a avut dureriĭ însemnate şi puţină emoragie.

21 Noembrie. Examenul istologic făcut la Institutul D-luĭ Dr. Babeş pe o secţiune ce coprindea pediculul şi o parte din tumoră, ne arată la periferie ţesutul pieleĭ, apoĭ în pedicul o mulţime de vase arteriale şi venóse în mijlocul unuĭ ţesut conjunctiv şi elastic.

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

§ 5. Tumorile liquide ale buzelor marĭ.

Printre acestea cele maĭ importante sunt kiştiĭ şi idrocelul. In nivelul vulveĭ, adică pe faţa sa mucósă (buzele marĭ micĭ, etc.) se pot întâlni câte o dată micĭ kiştĭ, resultând din obstrucţiunea unuĭ canal escretor al numeróselor glande ce există aci.

Ceĭ maĭ principalĭ însă şi aceea carĭ aŭ fost maĭ bine studiaţi, sunt kiştiĭ care-şĭ aŭ sediul în glanda vulvo-vaginală numită glanda luĭ Bartholin. Interesul cel mare în privinţa acestor kiştĭ este precisarea exactă a glandeĭ. Prea puţin lucru se scie în ceea-ce privesce funcţiunea fisiologică a acesteĭ glande, numită a luĭ Bartholin.

In starea normală secreţiunea acesteĭ glande e fórte puţin abondentă. In timpul raporturilor sexuale însă, dînsa îşĭ măresce secreţiunea, părând a înlesni óre-cum intromisiunea maĭ uşóră a membruluĭ viril. Se observă iarăşĭ o ipersecreţiune la unele femeĭ în timpul perióderĭ menstruale. In unele circumstanţe şi maĭ ales la femeile nevropate şi în momente de escitaţiunĭ vagĭ,

glanda vulvo-vaginală dă nascere uneĭ secreţiunĭ excepţional de abondentă, constituind o adevĕrată poluţie, analógă cu a bărbatuluĭ. Acest fenomen se însoţesce de o sensaţiune voluptósă fórte mare, datorită probabil uneĭ contracţiunĭ spasmodice a muşchiuluĭ constructor al vaginuluĭ. Dacă acéstă stare se continuă, dînsa póte produce o slăbire destul de mare a femeeĭ, producêndu-ĭ o palóre caracteristică a feţeĭ şi o stare de nervositate escesivă.

Dacă în urma unor cause óre-care, fie în urma uneĭ inflamaţiunĭ saŭ a unuĭ dop de mucositătĭ, acest exces de secreţiune este oprit în mersul sĕŭ, glanda se umflă şi dă astfel nascere la desvoltare de kiştĭ.

Studiul acesteĭ afecţiunĭ fie dînsa spontanată, adică de natură pur nervósă, orĭ survenită în urma diferitelor cause patologice, a fost puntul de plecare al multor discuţiunĭ şi cercetărĭ.

In adevĕr nu e nimic maĭ capriţios de cât acéstă glandă, pe care aprópe nimenĭ n'a reuşit s'o injecteze pe cadavru, saŭ să o disece pe viŭ, chiar atuncĭ când era transformată în kist.

Glanda acésta, după Sappey, se compune din maĭ mulţĭ lobĭ, lobulĭ şi granulaţiunĭ. Din fie-care plécă micĭ canalicule de grosimĭ şi numĕr variabil, dar carĭ tóte finesc prin a se reuni si a constitui un singur canal escretor de o lungime de 15 până la 18 m. m. In majoritatea casurilor, corpul acesteĭ glande, se află pe peretele lateral al intrăreĭ vaginuluĭ, ocupând o parte din grosimea buzeĭ celeĭ marĭ şi chiar cea mică: canalul escretor se deschide la orificiul vulveĭ, înaintea imenuluĭ şi dedesubtul buzelor micĭ. Cel puţin acésta ne-o demonstră maĭ mult ca orĭ-ce disecţie, stările patologice ca abcesele şi kiştiĭ ce se desvoltă în acéstă glandă.

In adevĕr, kiştiĭ glandeĭ luĭ Bartholin, fie că resultă dintr'un abces vechiŭ saŭ o iritaţiune anterióră, dînşiĭ îşĭ aŭ un sediŭ anume, după cum ocupă corpul glandeĭ saŭ canalul sĕŭ escretor. De aci şi divisiunea deja stabilită de Huguier care i-a studiat cu multă atenţiune în: *kişti aĭ tubuluĭ escretor şi kişti aĭ glandeĭ propriŭ dişe.* Pozzi numesce pe ceĭ dintâiŭ, *kişti superficialĭ*, iar pe ceĭ de al doilea, *kişti profundĭ.*

Ceĭ dintâiŭ îşĭ aŭ sediul acolo unde se deschide canalul, adică înaintea imenuluĭ şi la terminaţiunea buzelor micĭ; pe când ceĭ profundĭ saŭ glandularĭ propriŭ dişĭ, ocupă maĭ mult o mare parte din grosimea buzeĭ marĭ şi a extremităţeĭ sale inferióre. Acésta are o mare importanţă când e vorba de a stabili diag-

nosticul diferențial între acești kiști și idrocelul femeei, pe care îl vom vedea imediat.

In adevĕr, și într'un cas și în altul, fiind vorba de o colecțiune liquidă și ireductibilă (căci și idrocelul mai tot-deauna e ast-fel), numai privind sediul, putem pune diagnosticul: tumora, se află dînsa la partea inferióră a buzei mari și a celei mici? dicem că e kist; din contră, tumora ocupă de preferință jumătatea superióră a buzei mari și a vulvei? dicem idrocel, mai ales dacă există și unele raporturi vĕdite cu canalul inguinal, în special reductibilitatea.

Sunt însă casuri unde acest sediŭ clasic nu se găsește. Acésta resultă după cum a arătat Sinety din aceea că lobii, lobulii și granulațiunile, nu se reunesc între dînșii pentru a face un tot comun, ci rĕmân separați și rĕspândiți în diferite ordine la adâncimi deosebite. De aci și sediul neobicinuit al acestor kiști. Tot din acéstă causă s'a descris și kiștii mătănii saŭ moniliformi, resultând din reunirea mai multor acini dilatați.

Ori cum ar fi, acești kiști ni se presintă sub forma unei tumori de diferite mărimi, mergând până la aceea a unei nuci. Volumul lor însă póte deveni extraordinar. Ast-fel Choumkine a publicat o observațiune în care tumora formată de un asemenea kist se pogora până la genunchi (Legueu). Unii aŭ pereți subțiri și alții mai groși. Tot-deauna însă sunt de o formă regulată, fără ridicături saŭ adâncături. Conținutul lor în general e seros, alte-ori mai viscos, iar une-ori de o colóre brună ca șocolata putând conține chiar sânge. In acest caz se numesc kiști ematici.

Simptome. N'avem nimic de adăugat de cât aceea că dînșii prin volumul lor, pot aduce óre-care jenă bolnavei și mai ales în actul coituluĭ. Mai observăm că apăsând pe acéstă tumoră, putem face să iasă prin orificiul escretor câte-va picături de serositate saŭ de puroiŭ.

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

Pentru idrocel și igrome nu există un caracter patognomonic de cât reductibilitatea tumorei în canalul inguinal; când acésta lipsesce, nu ne remâne de cât sediul asupra căruia am insistat, fără a neglija posibilitatea uneia saŭ a alteia. In adevĕr idrocelul și igromele fiind nereductibile și ocupând un plan mai jos, se pot lua drept kiști, precum și aceștia fiind mai sus se pot lua drept cele dintâiŭ. In ceeia ce privesce lipómele, acestea

se vor recunósce prin volumul lor mai mare, prin sensațiunea de falsă fluctuație și prin constatarea la pipăit a unor micĭ ghemurĭ, carĭ nu sunt de cât globulĭ grăsoșĭ.

Tratamentul cel mai rațional ar fi extirparea totală a chistuluĭ; dar la acésta nimenĭ n'a reușit. Ne rĕmâne decĭ incisiunea antiseptică, de óre-ce tóte injecțiunile detersive n'aŭ dat nicĭ un resultat. Vom lua precauțiunĭ marĭ de antisepsie și emostasă, spre a evita orĭ-ce complicațiunĭ. Să nu uităm că fața externă a glandeĭ, fiind acoperită de ramura perineală a nervuluĭ rușinos intern (Sappey), póte da nașcere unor nevróme dureróse, daca

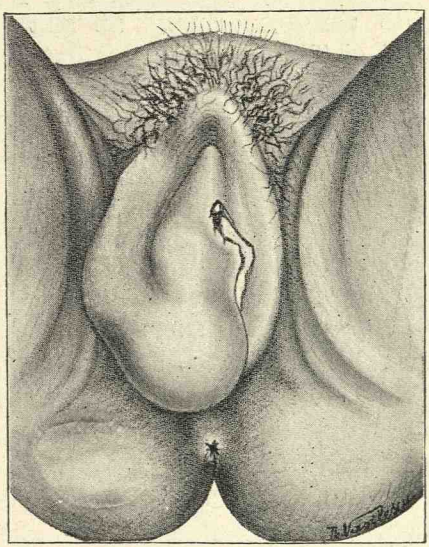


Fig. 5. Tumoră supurată a glandeĭ luĭ Bartholin. (Personală).

tăem în acéstă parte. Vom incisa decĭ de preferință pe fața internă a buzeĭ, suturând în urmă mărginile, punând tub de drenaj or umplênd cavitatea cu tifon iodoformat. In casul când tumora nu e destul de manifestă, putem pentru a înlesni enucleațiunea, să-ĭ mărim volumul prin injecțiunĭ lichide capabile apoĭ a se solidifica. Pozzi recomandă a umple buzunarul prin albuș de balenă. S'a recomandat însă și alte substanțe precum ar fi céra, colofonul etc. Dar nu totd'a-una putem recurge la aceste mijlóce. Noĭ am încercat într'un cas a face disecțiunea unuĭ asemenea kist, dar n'am reușit în mod complect. De aceia preferim incisiunea antiseptică și modificarea ulterióră a pereților internĭ aĭ pungeĭ, prin aplicare directă de tifon iodoformat muiat în acid fenic pentru a obține reunirea prin a doua intenție pe calea mu-

gurilor cărnoşi. In fig. 5 daŭ un model de tumoră a glandeĭ luĭ Bartholin, supurată ce póte servi şi ca o idee de kist al acesteĭ glande.

§ 6. Kişti seroşi aĭ buzeĭ marĭ saŭ idrocelul femeeĭ.

Sediul acestor kişti, se află în sacul dartoic al luĭ Broca, despre care am vorbit.

Există însă divergińe în ceea-ce privesce organul unde se desvoltă. După Weber, Koppe, Richet şi Tillaux, dînşiĭ recunosc ca origină ligamentul rotund. După aceştĭ autorĭ, ligamentul acesta la început e găunos, şi decĭ dînsul se póte umple de serositate şi chiar de sânge, formând un kist saŭ un ematom. Alţiĭ însă ca Regnoli şi Thomas Richelot, daŭ ca patogenie idropisia canaluluĭ luĭ Nück. Se scie că acest canal este o prelungire a peritoneuluĭ care însoţesce ligamentul rotund, întocmaĭ ca şi canalul peritoneo-vaginal la bărbat, format cu ocasiunea coborăreĭ testicululuĭ în scrot.

In starea normală, la ambele sexe acest canal se obliteréză. Când însă lucrul nu se efectuéză saŭ că obliteraţiunea se face incomplect, resturile ce rĕmân se pot umple de serositate, să se idropiseze, şi să dea ast-fel nascere la idrocel. După nisce cercetărĭ recente datorite luĭ Zuckerkandl şi Vasseur, ar resulta că în adevĕr într'o proporţie de 15 la 100, acest canal saŭ urmele sale aŭ fost găsite în autopsia noilor născuţĭ de 86 orĭ pe un numĕr de 565. După Duplay, idrocelul nu resultă nicĭ din ligamentul rotund, nicĭ din canalul luĭ Nück, ci din nisce sacurĭ erniale vechĭ, ce aŭ existat în momentul nascereĭ. Ernia reducându-se şi canalul închizându-se, sacul erniar a rĕmas nelocuit şi în urmă treptat, s'a putut transforma în kist. Pentru acest cuvênt autorul îĭ numesce *kişti saculari*. In sprijinul acesteĭ ideĭ, Duplay invócă unele fapte de hydro-epiplocel, în carĭ s'a vĕdut un dop epiploic, ce astupă comunicaţia cu peritoneul.

Maĭ există în fine o teorie maĭ veche, susţinută de Velpeau şi Vidal de Cassis, carĭ atribue aceştĭ kişti unor igrome desvoltate în buza cea mare, pe socotéla pungilor seróse anormale şi profesionale.

Simptomele. Sunt propriĭ orĭ căruĭ kist, nepresentând aci ca special de cât faptul, că prin presiune putem obţine reductibilitatea şi dispariţiunea tumoreĭ. Tot liquidul intră în abdomen, dacă orificiul canaluluĭ inguinal a rĕmas deschis; în casul contrariŭ, singur sediul şi presumţiunea póte

stabili diagnosticul. Hydrocelul se afla la partea superióră a buzeĭ marĭ; kistul glandeĭ vulvo-vaginale saŭ a luĭ Bartholin, e situat pe un plan mult maĭ inferior. Dar tot în locul ocupat de idrocel, póte să fie un epiplocel ireductibil, o ernie intestinală aderentă, saŭ chiar o ernie a ovaruluĭ. Insă e destul a ne gândi la aceste posibilităţĭ, pentru a le diferenţia; şi apoĭ, o ernie epiploică ireductibilă ne va oferi o tumoră păstósă, durerósă la pipăit şi mult maĭ grósă ca un idrocel, care póte fi chiar transparent. Hernia intestinuluĭ e sonoră şi creşte în momentul, când punem pe bolnav să tuşiască. Cât privesce ovarul, în afară, că casul e fórte rar, dar el va forma o tumoră relativ mică, ca o migdală, va fi tare şi escesiv de dureros la pipăit. In casurĭ complicate, chestiunea se resolvă după practica chirurgului şi une-orĭ după inspiraţiune.

Tratamentul. Este analog cu acela al idrocelului la bărbat. Ne vom opri de sigur la incisiunea antiseptică a luĭ Volkmann, care e cunoscută ca metóda cea maĭ logică şi sigură. Dacă tumora va avea prelungirĭ în canalul inguinal, vom închide acest orificiŭ precum facem şi pentru o ernie. Dêndu-se posibilitatea comunicăreĭ acestuĭ idrocel cu peritoneul, ne vom abţine de la puncţiune căcĭ putem avea recidive; dar maĭ ales vom respinge orĭ-ce injecţiunĭ caustice, carĭ putênd strebate în cavitatea peritoneală ar fi urmate de consecinţe deplorabile.

§ 7. Tumorile gazóse a buzelor marĭ.

Sunt fórte rarĭ şi nu aŭ un sediu special.

Cele maĭ principale şi cu carĭ ne putem întâlni une-orĭ sunt erniile. Acestea aŭ tóte caracterele tumorilor gazóse, dacă bine înţeles remân ca enterocele pure. In casul contrariŭ, când se adaogă în sacul erniar epiploon, ovarul, trompa or uterul, atunci semnele se maschéză. In acest cas, în loc de sonoritate gazósă, vom avea matitate relativă saŭ chiar absolută. Erniile aŭ ca sediŭ anatomic, sacul dartoic al luĭ Broca din buza cea mare. Există douĕ varietăţĭ de ernie: una *labială anterióră* şi alta *labială posterióră*. Caracterile lor clinice sunt propriĭ orĭ-căreĭ erniĭ şi decĭ e de prisos a insista.

Ernia labială anterióră ocupă terţul superior al buzeĭ marĭ. Intestinul iese prin canalul inguinal şi ocupă grosimea buzeĭ marĭ aşezându-se în sacul dartoic. Dînsa e analogă cu ernia

scrotală la bărbat. Acéstă varietate pórtă numele de ernie inguinală saŭ inguino-labială.

In ernia labială posterióră, intestinul împinge peritoneul prin aponevrosa pelviană și ridicătorul anusuluĭ, împinge păretele vaginuluĭ și apare la exterior nu în buza mare ci în vagin saŭ intrarea vulveĭ. Acéstă varietate pórtă numele de *ernie vaginală*, din causă că intestinul se angajéză saŭ maĭ bine zis se infiltréză prin părețiĭ laterali aĭ vaginuluĭ, trecênd înaintea ligamentuluĭ larg și prin fășiile disociate ale muschiuluĭ ridicător al anusuluĭ. De óre-ce însă acest intestin erniat póte să înainteze până în țesutul celulo-gresos al buzeĭ marĭ, afecțiunea maĭ pórtă și numele de ernie *inguino-labială*.

Maĭ există încă o varietate numită *ernie perineală* saŭ a luĭ Cooper. Este escesiv de rară. Dînsa ar consta că intestinul ar eși prin distensiunea peritoneuluĭ pelvien. Se deosebesce de ernia vagino-labială prin aceia, că efracțiunea s'ar efectua înapoiul ligamentuluĭ larg și pe socotéla fundului de sac al luĭ Douglas. După uniĭ, ele ar fi congenitale și ar resulta din aceia că fundul de sac al luĭ Douglas s'ar pogorî mult maĭ jos pe păretele posterior al vaginuluĭ.

In afară de aceste ernii formând tumorile gazóse a buzelor marĭ, maĭ putem observa și alte tumorĭ cu aceleași caractere dar avênd un sediŭ cu totul neconstant. Astfel se constată maĭ mult pe vulvă și părețiĭ vaginalĭ micĭ tumorĭ gazóse a căror patogenie e încă obscură. Uniĭ le consideră că avênd origină glandulară; alțiĭ că ar fi o ectasie a spațiurilor limfatice; alțiĭ ca provenind dintr'un trombus local ce ar da nascere la maĭ multe vacuole, carĭ reunindu-se s'ar umple de gazurĭ prin descompoziția conținutuluĭ; alțiĭ în fine le daŭ o origină embriologică, provenind fie din canalul luĭ Gaertner saŭ a luĭ Müller. Vom reveni.

Faptul este că acești kiștĭ sunt escesivĭ de rarĭ și se observă aprópe exclusiv la femeĭ gravide. Eĭ pórtă diferite numirĭ: *colpoiperplasie kistică, vaginită kistică, emfisem vaginal.*

Singura intervenție este cura radicală ce constă în extirparea tumoreĭ. In casurĭ de ernii ne vom conforma principiilor stabilite contra acestor infirmități.

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

---

[1]) Vol. II, pag. 227—242.

§ 8. Bólele perineuluĭ.

Putem întâlni în acéstă regiune tóte bólele comune tegumentuluĭ extern. Nu ne vom opri asupra lor, căcĭ nu presintă nimic de particular. Vom spune numaĭ că, în casurĭ de abcese și flegmóne, acestea trebuesce repede deschise pentru a preveni fistulele anale către carĭ aŭ o mare predilecțiune.

Cele maĭ principale dintre leziunĭ și acelea carĭ aŭ ocupat maĭ mult pe chirurgĭ sunt rupturile perineuluĭ. Rupturile perineuluĭ recunosc în special treĭ cause: *traumatice*, *chirurgicale* și *obstetricale*. Cele d'întâiŭ se maĭ numesc și *rupturĭ apuerperale;* în oposiție cu cele din categoria a treia numite *puerperale*.

Rupturile traumatice se produc în douĕ circumstanțe: saŭ într'o cădere pe un corp tare, ascuțit, lovituri de corn de boŭ, etc., saŭ în timpul coituluĭ or al unuĭ viol.

Se citézĕ în adevĕr casurĭ unde printr'un act brutal din partea bărbatuluĭ, s'aŭ produs rupturĭ nu numaĭ ale vaginuluĭ dar și ruperĭ complecte ale perineuluĭ.

Reproduc din Auvard următórele observațiunĭ în acéstă privință:

1. Casul luĭ Toulmouche. Ruptura perineuluĭ la o tînără fată de 25 anĭ, violată.

2. Casul luĭ Masalitinoff (London medical Record. Mai 1886, p. 214). Ruptura perineuluĭ la o israelită slabă și chlorotică, în etate de 24 anĭ. Leziunea se produse atuncĭ, când practică pentru prima óră coitul cu bărbatul sĕŭ, un individ atletic și fiind în acel moment în stare de beție.

3. Casul luĭ Duguér. Ruptura perineuluĭ și a vaginuluĭ, în timpul primuluĭ coit cu un bărbat, al căruĭ penis era voluminos și care 'și apucă femeea în mod fórte brutal.

4. Casul luĭ Liman (Manuel d'Hoffmann), ruptura perineuluĭ în timpul coituluĭ.

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

Rupturile perineale chirurgicale se produce din eróre în momentul extirpăreĭ diferitelor tumorĭ ale acesteĭ regiunĭ, saŭ în timpul uneĭ dilatărĭ brusce a vaginuluĭ prin specul. Alte dățĭ

însă aceste rupturi se fac cu tot dinadinsul de însuşi chirurgul, pentru a-şi crea o deschidere mai largă prin care să pótă scóte diferite tumori. Adesea în isterectomia vaginală, se practică nişte incisiuni liberatrice, mai ales când uterul saŭ tumorile sale ca miomul, aŭ un volum mare.

In imensa majoritate a casurilor însă, rupturile perineului se produc în momentul facerei, constituind *rupturile* traumatice *obstetricale*. Mecanismul este simplu: Capul fătului în momentul când trebue să iasă prin orificiul vulvar, produce o presiune. Dacă părţile genitale nu sunt destul de elastice, saŭ dacă un ajutor nu protejéză organul împedicând trecerea bruscă a fătului, atunci perineul se rupe.

Acésta ar constitui rupturi *obstetricale spontanate*. Dar în urma intervenţiunilor din partea mamosului ca aplicaţiune de forceps de exemplu, încă se produc rupturi prin manipularea intempestivă a instrumentului. Acésta constitue *rupturi obstetricale prin lipsă de atenţiune* saŭ *negligenţă* imputabilă mamosului. Sunt însă şi *rupturi inevitabile*, precum de exemplu, în strîmptări mari ale basinului, în deviaţiuni şi diformităţi, precum şi din causa insuficienţei căilor de expulsiune maternă. In asemenea casuri dacă capul fătului e mare, saŭ dacă se presintă cu pelvisul, atunci nu numai că ruptura perineului e inevitabilă, dar ne este chiar permis a o provoca.

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

Casul cel mai rar este când soluţiunea de continuitate se produce chiar în centrul perineului, unde se formézá un orificiu, une-ori aşa de larg, în cât fătul póte să iasă printr'însul; atunci perineul nu mai e representat de cât prin două fâşii de tegumente: una superióră în dreptul vulvei şi alta inferióră în dreptul anusului. Acésta se numesce *ruptură centrală a perineului*.

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

Şi aci avem mai multe varietăţi după gradele rupturei: I) *rupturi parţiale* şi *totale*, după cum perineul este afectat în întregimea saŭ numai într'o porţiune din lungimea sa. Fie care din aceste varietăţi pot la rândul lor să fie superficiale saŭ profunde, după cum perineul va fi rupt în tótă grosimea saŭ numai într'o adâncime limitată. Ca exemplu de ruptură marginală parţială şi superficială de primul grad, avem ruptura perineului care nu atinge

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

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

Inconvenientele acesteĭ leziunĭ sunt predispositiunea la prolaps al vaginuluĭ și chiar a uteruluĭ. In adevĕr, rupturile sub-cutanate a aponevroselor perineuluĭ și a fibrelor musculare a ridicătoruluĭ anusuluĭ, slăbesc podișul saŭ puntea ce închide în jos cavitatea abdominală și care constitue perineul. Dar atunci, organele genitate externe și interne în special vaginul și uterul lipsite fiind de acest important susțiitor, și mereŭ supuse presiuneĭ intra-abdominale, ele vor tinde a ieși afară, iar cu timpul a se constitui în prolaps.

Când însă la acéstă ruptură se adaugă și spintecarea despărțitóreĭ recto-vaginală și a sfincteruluĭ anal, atunci avem a II-a varietate de **ruptură marginală** numită *complectă saŭ complicată.* Și aci avem douĕ sub varietățĭ: ruptură complectă de primul grad, când numaĭ sfincterul anal este interesat în tótă grosimea sa, lăsând intactă despărțitórea recto-vaginală; iar al II-lea grad când pe lângă sfincterul anal, se găsesce ruptă și despărțitórea recto-vaginală constituind *ruptură complectă totală a perineuluĭ.* Dînsa se maĭ numesce și *perineo-anală* în opositie cu cele d'întâiŭ numite simple perineale. In acéstă a două varietate, ruptura perineuluĭ constitue o adevĕrată infirmitate incompatibilă cu viața. In adevĕr, pe lângă inconvenientele prolapsuluĭ, maĭ avem incontinența materiilor fecale, carĭ în mod continuŭ și permanent vor ieși prin vagin. Prolabarea rectuluĭ precum și ernia mucóseĭ sale, dă naștere unuĭ burelet de un roșu viŭ, formând o ridicătură în locul ocupat altă dată de despărțitórea recto-vaginală.

Spintecarea pĕreteluĭ anterior al rectuluĭ e fórte rară; lesiunea se mărginește în general numaĭ în spintecarea sfincteruluĭ. Dar chiar și când există, lesiunea ocupă tot-d'a-una partea laterală.

Am dis că rupturile marginale fie simple saŭ complicate, plécă de la furculiță; une-orĭ însă se complică de o altă fisură ce ocupă peretele posterior al vaginuluĭ.

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

stuĭ părete, din causa resistenţeĭ ce oferă colóna vaginală posterióră. Decĭ se produce maĭ mult în laturĭ şi în special la drépta. Une-orĭ acéstă spintecătură merge fórte mult în sus, până în vecinătatea gâtuluĭ uterin.

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

Simptomatologie. Acésta decurge maĭ mult din urmările la care bóla dă nascere, şi este în strânsă legătură cu întinderea rupturei şi gradul de simplitate saŭ complicaţiunĭ.

Sunt casurĭ unde femeile de şi purtătóre de prolapse, totuşĭ ele nu se închietéză atât, bóla în ea însăşĭ ne-aducându-le o mare supărare. Dar sunt altele carĭ de şi nu posedă de cât o ruptură incomplectă a perineuluĭ, se află însă coprinse de o veşnică sensaţiune desagreabilă de mâncărimĭ, usturimĭ saŭ chiar durerĭ; de o sensaţiune de greutate în organele genitale cu tendinţă de a eşi afară, etc. aşa că dînsele nu maĭ îndrăsnesc să umble ci staŭ tot-d'a-una în pat, păstrând poziţiunea orizontală, singura care le uşuréză. In privinţa relaţiuneĭ între prolaps, şi ruperea perineuluĭ, totul depinde de conservarea saŭ distrugerea fibrelor musculare a ridicătoruluĭ anusuluĭ, precum şi a celor alţĭ muşchĭ ce intră în constituirea perineuluĭ. Se întêmplă în adevĕr că femeĭ cu ruperĭ largĭ perineale nu aŭ prolaps: pe când altele cu o ruptură relativ fórte mică şi în aparenţă chiar cu perineul intact, totuşĭ aŭ prolapse complecte. Acésta resultă de acolo că în primul, ruptura a atins maĭ mult tegumentele şi cele alte părţĭ moĭ, lăsând intacte fibrele musculare; pe când în al II-lea cas, tocmaĭ acestea sunt rupte, iar tegumentele aŭ rĕmas intacte.

Prognosticul variază fórte mult. Casurile cele maĭ grave sunt când rupturile perineale se complică de spintecărĭ întinse a sfincteruluĭ, saŭ a despărţitóreĭ recto-vaginale. Atunci materiile fecale şi gazele ne maĭ fiind reţinute, ies în mod continuŭ prin vagin şi pun ast-fel pe nenorocitele bolnave în condiţiunĭ absolut imposibile de viaţă socială.

O asemenea infirmitate adesea e un pretext de divorţ saŭ discordie conjugală, pentru motive lesne de înţeles.

Dar în afară de aceste casurĭ complicate, rupturile perineuluĭ încă aŭ un pronostic fórte serios, prin unele inconveniente destul de grave.

Se ştie în adevĕr că partea superficială saŭ vulvară a vaginuluĭ, în starea normală, are un calibru maĭ strîmpt de cât fun-

dul sĕŭ, care rĕmâne relativ mult maĭ larg. Acésta se datorește grație mușchilor constrictorul vulveĭ și ridicătorul anusuluĭ, carĭ înconjurând orificiul vulvar, formézĕ ca un fel de guler și strîmptoréză ast-fel prin contracțiunea lor orificiul vaginal. Decĭ în rupturile perineuluĭ chiar simple, e destul ca constrictorul să fie atins, pentru ca orificiul vulvo-vaginal să se lărgéscă și să rĕmâe deschis. Se întâmplă atuncĭ că femeia stând pe scaun, saŭ fiind culcată având coapsele puțin depărtate, aerul străbate cu fórte multă înlesnire în vagin, umplând tot fundul sĕŭ. Când acum femeia se ridică după scaun, aerul intrat în vagin caută să iasă afară; dar fenomenul se produce cu un sgomot așa de mare, în cât sémănă întocmaĭ cu emisiunea gazelor prin rect, Acéstă *eructație vaginală* saŭ *garulitas vulvæ*, devine fórte incomodă pentru femee, expunând-o la oprobriul societățeĭ și la desgustul de sine însușĭ.

Sunt decĭ atâtea motive pentru a recurge la repararea ruperilor perineuluĭ, la perineorafie.

Tratament. Este excesiv de rar ca o ruptură perineală să se vindece în mod spontanat. Casurile ce s'aŭ citat, privesc rupturĭ simple și incomplecte, carĭ în adevĕr pot la rigóre imediat după accident să se vindece, prin simpla apropriere a cópselor, ținându-se însă maĭ multe dile în acéstă posițiune.

Tot-d'a-una intervențiunea chirurgicală este necesară. Operațiunea pórtă numele de *perineorafie*. Perineorafia se face în două circumstanțe: imediat după accident, saŭ după ce cicatrisarea separată a părților secționate s'a efectuat.

Avem decĭ o perineorafie *precoce* și una *tardivă*. Intre acestea două, se maĭ admite o *perineorafie secundară*. Acésta resultă când în urma avivăreĭ și suturei, mărginele plăgeĭ nu se reunesc, fie din causa uneĭ mortificărĭ saŭ a altor accidente. Atuncĭ lăsăm să se desvolte muguri cărnoșĭ. O dată ce aceștia sunt destul de roșiĭ și curațĭ, apropiem din nou buzele puindu-le în contact prin fire, și obținem ast-fel reunirea primitivă secundară ca în orĭ-ce plagă.

In perineorafia imediată saŭ precoce s'a discutat mult, maĭ ales daca rupturile aŭ provenit în urma facerilor, timpul când trebue să intervenim. Unĭĭ ca Nelaton susțineaŭ că după 4—5 dile; iar alțiĭ mergeaŭ până la a 15-a dĭ, pretextând ca lochiile și diferite alte secreținnĭ, să nu vie a se interpune între buzele plăgeĭ și a se opune ast-fel la reunirea lor.

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

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

Daca nu a trecut maĭ mult ca 10 ḑile de la facere, încă putem remedia lucrul, avivând marginele soluțieĭ de continuitate și a aplica suturĭ. Dincolo însă de acest termen, Trélat susține să așteptăm cel puțin 6 luni; să așteptăm până când involuțiunea uteruluĭ să fie absolut perfectă. Experiența a demonstrat în adevĕr, că nimic nu e maĭ aplastic și decĭ maĭ rebel la reparația țesuturilor, de cât femeia în timpul periódeĭ de involuțiune uterină. Trélat merge și maĭ departe, sfătuind ca în casul când femeia lăptéză, să așteptăm până ce se va înțărca copilul.

Cu tóte acestea, obstetricianiĭ nu se sfiesc a reuni plaga imediat după facere prin mijlocul unor simple *serre fine*, obținênd une-orĭ bune resultate.

Pentru casurile unde rupturile nu sunt obstetricale, discuție nu maĭ încape; afrontarea trebue imediat făcută. Pentru a asigura și maĭ bine reunirea, nu e rĕŭ a se întrebuința douĕ rînduri de suturĭ: unele profunde și altele superficiale.

In ruperile perineale vechĭ, există maĭ multe procedee și unde fie-care autor a căutat a-și introduce numele prin numeróse modificațiunĭ.

Istoricul perineorafieĭ este fórte vechĭ; acéstă operație datéză din 1650. Un autor Jacques Guillemeau, nu numaĭ că a descris în mod magistral ruperile perineuluĭ, dar a și practicat perineorafia, întrebuințând suturile întrerupte.

Roux prin 1850 a vulgarisat acéstă operație, înlocuind sutura întreruptă prin sutura împănată. Dînsul făcea o sutură profundă cu un fir dublu, strângêndu'l de fie-care parte a două capete de sondă. Meritul luĭ Roux este fórte mare căcĭ de și sutura împănată a dispărut, a rĕmas însă în rigóre principiul, că în perineorafie trebue absolut să facem uz de suturĭ profunde. Maĭ târziŭ se adaose la perineorafie incisiunile liberatrice. Astfel fură procedeele luĭ Dieffenbach, Langenbeck, Jobert de Lamballe, Baker-Brown și alțiĭ, carĭ după avivarea părților, pentru a obține maĭ cu înlesnire coaptarea, practicaŭ asemenea incisiunĭ liberatrice, fie vertical și paralele cu marginele avivate, fie incisiunĭ ce mergeaŭ de la anus la coccyx. A venit apoĭ perióda de avivărĭ largĭ prin excisiunĭ de lambourĭ fără a atinge marginele cicatriceĭ, aplicându-se ast-fel întocmaĭ metóda americană

ce a dat așa frumóse resultate în fistulele vesico-vaginale în persóna luĭ Bozemann, Marion Sims etc.

Noĭ nu vom descri tóte metódele, ci ne vom mărgini a arăta pe cele maĭ principale și carĭ aŭ curs în știință, oprindu-ne maĭ mult asupra metódeĭ luĭ Lawson Tait, aprobată de toțĭ autoriĭ ca cea maĭ eficace.

In mod general, perineorafiile se pot împărți în douĕ marĭ clase: unele cu *formare de lambouri cu excisiune*, iar altele cu *formare de lambouri prin dedublare fără excisiune*. Intre primele avem următórele procedee:

I. **Procedeul luĭ Hegar.** Reproducem din Legueu descrierea acestuĭ procedeŭ. Dînsul constă a face pe peretele posterior al vaginuluĭ o avivare triangulară prin excisiunea mucóseĭ; se prelungește acéstă avivare până la marginea perineală. Suturăm apoĭ în sens transversal, ast-fel ca să formăm óre care grosime părețeluĭ vaginal posterior. Acesta este principiul procedeuluĭ. Iată acum detaliile: Femeia e așezată în situație dorsală iar regiunea desinfectată. Treĭ pense cu dințĭ (tirre balle) sunt așezate pe mucósă pentru a limita un triunghiŭ, ce va representa întinderea avivăreĭ; o pensă e pusă în sus pe vagin în punctul cel maĭ ridicat al părețeluĭ ce bombéză; cele alte douĕ sunt așezate de fie-care parte la limitele vulveĭ și vaginuluĭ, la jumĕtatea înălțimeĭ vulveĭ; ele conrespund la unghiurile laterale a rombuluĭ în chestiune.

E bine, să aședăm a patra pensă în jos pe mijlocul margineĭ perineale, pentru a întinde baza triunghiuluĭ și a servi la trebuință ca punct de reper pentru punerea simetrică a firelor. O incisie e dusă între aceste treĭ puncte: în jos incisia urméză conturul posterior al perineuluĭ; unghiurile pe cât posibile sunt rotunjite ast-fel ca să represinte dispositia din fig. 6. Avivarea se face cu bisturiul saŭ cu fórfecele sub irigație continuă. Nu se ridică de cât mucósa, dar trebue ridicată în totalitatea eĭ. Pentru a evita să nu rănim rectul, degetul îmbrăcat într'un degetar de gutapercă subțire este introdus în anus și permite să ne dăm sémă de grosimea părețeluĭ ce trebue menajat. Aședarea firelor fie de argint saŭ mătase se face ast-fel: Cu un ac curb punem firele cele maĭ profunde în vagin, acelea carĭ corespund la vêrful triunghiuluĭ și le trecem de la o buză la alta. Continuăm cu cele-l'alte fire până ce ajungem la baza triunghiuluĭ Ajunșĭ aci, trecem firele de la exterior către vagin de la stânga la drépta, ast-fel ca să coprindă în ansa lor tóte grosimea părțeĭ inferióre a vaginuluĭ și perineuluĭ.

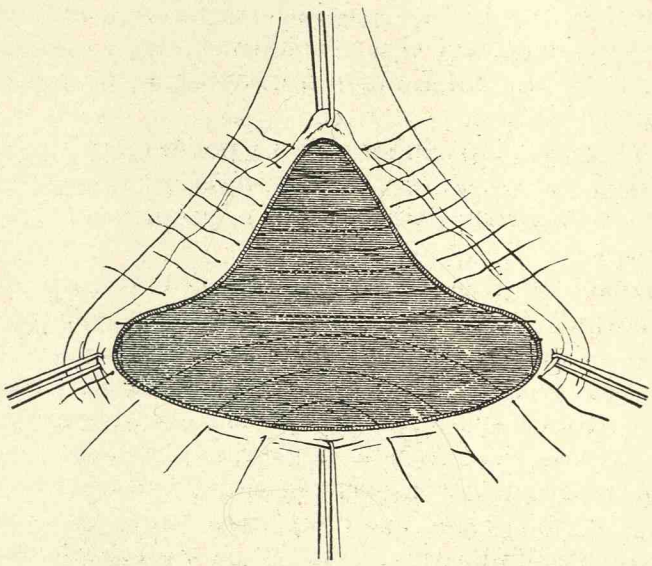


Fig. 6. Colpoperineorhaphie posterióră. Procedeul luĭ Hegar.

După ce firele aŭ fost strînse, cele douĕ părțĭ laterale a vaginuluĭ se pun în contact. Părețele posterior al vaginuluĭ are o grosime cu atât maĭ mare cu cât ne apropiem de baza triunghiuluĭ. După sutură, perineul trebue așa de mult să se reducă, ca vulva să pară ca închisă.

II. **Procedeul luĭ Simon** se bazéză pe acelașĭ principiŭ, cu deosebire că lamboul este maĭ mult inferior, și în loc de a semăna cu nisce aripĭ de fluture, se apropie de aceea a unuĭ as de pică.

III. **Procedeul luĭ Martin din Berlin** se deosibesce prin forma avivăreĭ și dispositia suturilor. Martin îșĭ propune maĭ ales să menageze pe vagin colóna posterióră; maĭ mult, el divide în douĕ suprafața de avivare pe vagin; firele vor avea să menție o suprafață maĭ puțin întinsă, decĭ ele vor ține maĭ bine. Avivarea are forma representată în fig. 7. O parte centrală e păstrată intactă pe părețele vaginal posterior, între cele douĕ avivărĭ laterale. Se execută maĭ întâiŭ aceste din urmă înainte de a atinge perineul și dispunem suturile ast-fel ca punctele simetrice de la fie-care avivare să se conrespundă.

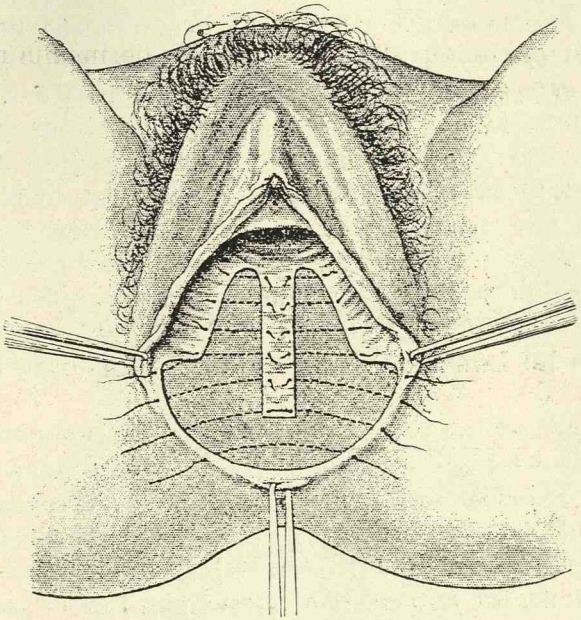


Fig. 7. Colpoperineorhaphie posterióră.

Aceste treĭ metode aŭ douĕ puncte esenţiale: I) că ele nuating de loc şi nicĭ nu distrug cicatriţa resultată din rŭptura perineală şi al II) că confecţionarea lambourilor se face pe socotéla părţilor vulvare în special al buzelor marĭ şi a tegumentelor vecine; decĭ reconstituirea perineuluĭ este maĭ mult artificială şi chiar forţată, trebuind a pune în contact suprafeţe sângerânde fórte depărtate unele de altele. Orĭ-cum ar fi însă, ele aŭ o superioritate de netăgăduit asupra vecheĭ şi uitateĭ metóde, care consta în avivarea pur şi simplă a mărginilor laterale a cicatriceĭ. Dînsa nu putea şi nicĭ nu e capabilă a da vre un resultat satisfăcĕtor, dându-se subţiimea şi îngustarea suprafeţelor sângerânde, ce aprópe prin nicĭ un mijloc nu se póte obţine o afrontare şi coaptare perfectă. Este ceva cu totul analog cu soluţiile de continuitate a pleopelor, cu fistulele vesico-vaginale, unde avivarea simplă a mărginilor cicatrisate a rĕmas tot-d'a-una sterilă.

Procedeul decĭ al luĭ Hegar, Simon şi Martin a adus beneficiĭ fórte marĭ în perineorafie prin crearea de suprafeţe largĭ sângerânde, carĭ maĭ uşor se pot reuni, coaptarea putêndu-se obţine

în mod larg. Este o metódă identică cu cea americană, care a dat cele mai frumóse resultate în fistulele vesico-vaginale.

Tot în acéstă metodă cu escisiune de lambouri, putem menționa și următorul procedeŭ: Facem în laturile perineuluĭ rupt câte un lamboŭ în grosimea buzelor mari, avênd forma unuĭ V cu basa în sus și vîrful în jos, pe cari apoĭ le reunim puindu-le în contact prin câte-va punte de sutură cu fire de mătase săŭ de argint.

IV. **Metóda luĭ Lawson Tait.** Este cea mai bună și cea mai adoptată de toți autorii, afară de Martin din Berlin, care spune că nu a practicat-o nicĭ-o-dată. Noĭ am aplicat-o o singură dată dar fără resultat satisfăcător. Așĭ putea incrimina indocilitatea bolnaveĭ și apariția precoce a menstruelor.

Metóda luĭ Lawson Tait se bazéză pe următórele puncte principale:

I. Dînsul nu întrebuințéză escisiune de lambouri. Acesta e un punct fórte important, căcĭ chiar dacă operațiunea nu reușesce, bolnava nu rămâne mai estropiată de cum era, neperdênd nimic din organele sale. In adevĕr, prin metódele precedente, în cas de nereușită, femeile nu numaĭ că se vĕd lipsite de o parte din buzele mari și tegumentul extern, dar aceste pierderĭ de substanță sunt înlocuite prin nisce cicatrice, cari cu atât vor fi mai diforme, cu cât lambourile vor fi fost mai largĭ. Prin metóda luĭ Lawson Tait, reparațiunea neobținêndu-se, bolnava rămâne statu-quo ante-operationem și decĭ nu va avea un regret dublu.

II. Metóda luĭ Lawson Tait arec a principiŭ, de a reconstitui perineul, puindu-l aprópe în aceleași condițiuni precum era înainte de accident. Și iată pe ce considerațiuni el se baséză: în momentul rupturei perineuluĭ, se produce o spintecătură verticală de la furculiță către anus. Cicatrisarea ulterióră însă a acesteĭ soluțiuni de continuitate, în loc de a rĕmâne verticală ca la început, dînsa în mod bizar, dar de sigur prin faptul contracțiuneĭ muschilor perineali saŭ a depărtăreĭ cópselor, se face în mod transversal.

Decĭ pentru a reconstitui perineul, trebue a procede ast-fel încât să obținem o suprafață sângerândă analógă cu cea produsă în momentul accidentuluĭ; cu alte cuvinte să reproducem un rafeŭ apropiindu-se pe cât se póte de cel normal. Principiul metódeĭ luĭ Lawson Tait constă în a despărți în două pĕretele recto-vaginal, a face ceia-ce e cunoscut sub numele de *dedublare*.

Dar iată descrierea acestuĭ procedeŭ ce extragem din Bonnet și Petit. Se face o incisiune în H (Fig. 8). Ramura transversală urmézĕ marginea despărțitóreĭ și se recurbézĕ puțin în jos la extremitățile sale, pentru a atinge liniile verticale carĭ trec la unirea

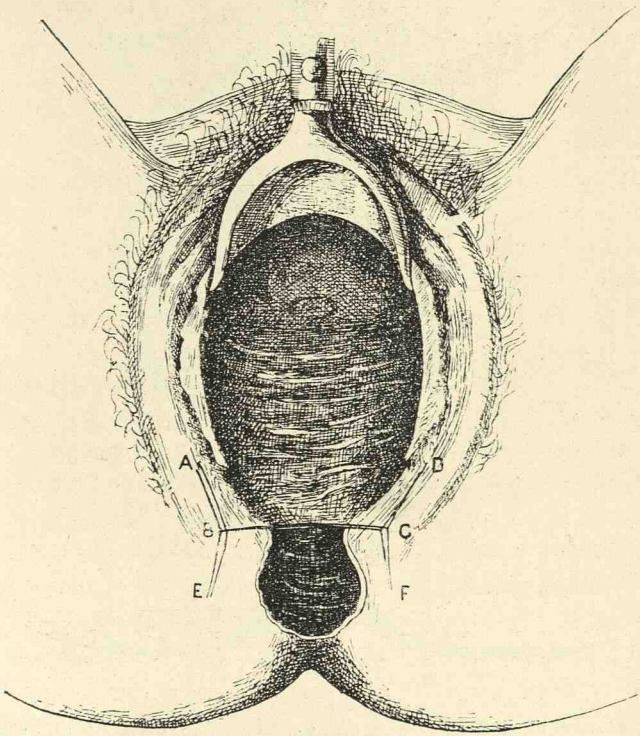


Fig. 8. Perineorafie pentru ruptură complectă, procedeul cu dublu lamboŭ al luĭ Tait; trajectul incisieĭ (Paul Petit și S. Bonnet).

marelor și micelor buze. Ramurile superióre înconjóră vulva; ramurile inferióre merg către extremitățile divizate ale sfincteruluĭ, carĭ sunt situate transversal de fie-care parte a anusuluĭ și se întâlnesc câte-o-dată într'o mică gropiță. Incisiunea trasă, tăem țesuturile ast-fel ca să obținem douĕ lambourĭ (fig. 9). Lambou superior B'ABCDC'' cu totul mucos e obținut prin simpla

desdoire a despărțitóreĭ cu fórfecele saŭ bisturiul. Lamboul inferior început deja la mijlocul sĕŭ în BC este prelungit în laturĭ către BE și CF printr'o tăetură profundă a pieleĭ și a țesutuluĭ

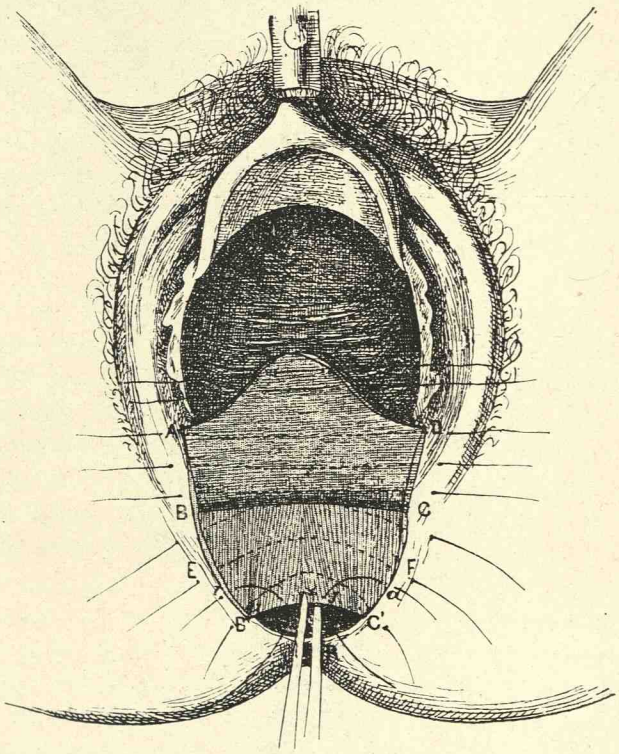


Fig. 9. Perineorafie pentru ruptura complectă; procedeul cu dublu lamboŭ al luĭ Tait; trajectul suturilor.

Marginea B″C″ conrespunde la BC înaintea dedublăreĭ și deja retractat prin faptul liberăreĭ țesuturilor. Idem pentru AB″ în raport cu AB; DC″ în raport cu BC.

(Paul Petit și S. Bonnet).

celular sub cutanat. Lamboul superior e ridicat în sus. Lamboul inferior e ținut întins în jos până la finele operațiuneĭ. Procedăm după acésta la aplicarea suturilor ast-fel precum se vede în figură. Tóte firele trebuesc ast-fel puse, ca să putem coapta cu cea maĭ mare exactitate punctele simetrice. Operația se termină prin adăogarea câtor-va fire superficiale după circumstanțe.

In Franța, acest procedeŭ a fost modificat de Doleris în așa mod, că e cunoscut sub numele de procedeul Tait-Doleris. Una din modificațiunile cele mai ingenióse aduse de Doleris, zice Legueu, din care reproducem descrierea, constă în colpoperineoplastia prin alunecare. Doleris își propune să scurteze vaginul și să aducă o parte din părețele sĕŭ în dreptul perineuluĭ pentru a'l consolida.

O incisie curbă cu concavitatea superióră e dusă pe marginea cutaneo-mucósă a vulveĭ și a perineuluĭ. De fie-care parte, dînsa se ridică până aprópe de jumătatea înălțimeĭ vulveĭ.

Grație acesteĭ incisiunĭ, mucósa vaginală e deslipită de perineŭ și de părețele recto-vaginal; deslipirea e începută cu fórfecele saŭ cu bisturiul, se continuă cu indicele și se ridică la o adâncime cu atât mai mare cu cât ruptura e mai pronunțată.

Când deslipirea s'a făcut, iar mucósa vaginală s'a ridicat cu o pensă către partea superióră a vulveĭ, ne rĕmâne o plagă largă, angulară în fund, cu douĕ valve sângerânde, una în sus și alta în jos.

Originalitatea modificăreĭ luĭ Doleris constă în modul de a pune suturile. De și închizând ca și Lawson Tait plaga în mod transversal, el așéză însă firele în astfel de mod, că lamboul mucóseĭ vaginale, vine de mărește prin grosimea sa înălțimea perineuluĭ; de unde numele colpoperineoplastie.

Acul strebate în mod lateral la stânga anusuluĭ și merge în adâncime în despărțitórea recto-vaginală și apucă lamboul vaginal fórte aprópe de punctul extrem al deslipireĭ. Apoĭ acul urméză un traject invers și simetric pentru a eși în partea dréptă a anusuluĭ.

Ne putem dispensa de a strebate în vagin, și să ne mulțumim de a apuca fața profundă a lambouluĭ vaginal. Ansa primuluĭ fir odată strânsă, va trebui să aducă părețele vaginal către comisura vulvară, în acelaș timp când dînsa va servi să afronteze marginele opuse ale buzeĭ cutanate a incisiuneĭ. Un al II-lea și al III-lea fir sunt așezate în mod analog și mai mult în afară (Doleris). Odată firele strânse, rĕmâne tot d'a-una în sus o porțiun e de mucósă vaginală, care trece de nivelul suturelor. Se excisézĕ și se suturéză restul cu pielea.

Dar în casul când rupturile perineuluĭ se complică de o spintecătură mare a despărțitóreĭ recto-vaginale, mergând până dincolo de colónele posterióre ale vaginuluĭ, noĭ credem că atuncĭ procedeul luĭ Lawson Tait și Doleris, este evident că dacă

nu se mai póte aplica, cel puțin devine escesiv de dificil, ne mai avênd ce să dedublăm; așa dar imposibilitate în a obține cele două lambouri despre cari am vorbit.

Va trebui prin urmare, ca operațiunea să o începem întâiŭ prin a remedia acéstă spintecătură, și contra căreia vom procede întocmai ca cum ar fi vorba de o fistulă recto-vaginală. Vom începe deci, de la o estremitate la alta a soluțiuneĭ de continuitate o incisiune, cu unul sau două milimetri în afară de marginea sa liberă. Apoi la o distanță de cel mult un centimetru, vom trage o altă incisiune. Mucósa coprinsă între aceste incisiuni se va diseca cu fórfecele ori cu bisturiul, și vom obține astfel de fiecare latură două lambouri drept unghiulare, pe cari le vom reuni prin aplicare de suturi, întocmai după metóda Americană, introdusă în operațiunile fistulelor vesico-vaginale.

Mai târziŭ, după vindecarea complectă a acesteĭ prime infirmități, vom procede la perineorafia propriŭ zisă printr'unul din procedeele arătate.

Ingrijirile bolnaveĭ destinate a fi operată.

Ingrijirile ce trebue să dăm bolnavelor înainte, în timpul și după perineorafie, sunt aceleași cunoscute de toți și devenite clasice. Vom menționa numai următórele particularități:

I. Nu vom recomanda a se da un purgativ în ajunul operațieĭ, de óre-ce adesea se întâmplă că bolnava în momentul când e cloroformisată, să continue a manifesta efectele purgativuluĭ, prin evacuațiuni alvine fórte desagreabile pentru operator, dar mai ales fórte compromițătóre pentru reușita operațieĭ, murdărind plaga. Noi preferăm ca purgativul să se dea cu 3—4 dile înainte de operație, iar în ultimele două dile, să se administreze câte o clismă cu acid boric. Cu modul acesta intestinul va fi perfect golit.

II. Cu 7—8 dile înainte de operație, se vor face largi spălături vaginale cu sublimat corosiv. Vom căuta în acest timp să combatem tóte inflamațiile ce ar exista în părțile bolnave, sau, organele vecine. Vom căuta a face să dispară eritemele, eczemal etc. Atențiunea ne va fi atrasă mai ales din partea rectuluĭ care une-ori póte fi prins de rectită, manifestându-se prin scurgeri, durere, tenesme, diaree etc. Nu trebue în fine a ne scăpa nimic din observație, căci de la acésta depinde în mare parte succesul

operației. E mai bine să dăm îngrijiri fórte îndelungate înainte de a întreprinde operația, de cât a ne grăbi și a avea în urmă decepțiunea nereușiteĭ; în acest cas, mai mult de cât medicul, bolnava rĕmâne mai tristă și desesperată.

III. După cloroformisare se va da bolnaveĭ posițiunea de talie.

IV. Operatorul își va desinfecta în mod perfect mâinele; introduce în rect degetul indicator și mediŭ al mâneĭ stângĭ, pentru a întinde despărțitórea recto-vaginală și a simți vîrful fórfecelor spre a nu pătrunde în rect.

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

VI. După aplicarea suturilor și coaptarea părților, vom apropia cópsele bolnaveĭ și le vom menține într'un repaus complect, puind un sul sub genunchiŭ.

VII. Este înterzis a face spălaturĭ vaginale după operație. Ne vom mărgini numaĭ în a supudra plaga cu praf de iodoform formând o crustă, sub care cicatrisarea se va efectua.

In fine nu vom umbla la părțile genitale, de cât numaĭ pentru a sonda femeea scoțêndu-ĭ urina, și acésta cu cele maĭ marĭ precauțiunĭ. E de preferat o sondă Pezzer.

VIII. Opiniunea autorilor este divergentă în ceea-ce privesce dacă da saŭ nu bolnava trebue constipată. De sigur cel maĭ bun lucru ar fi ca intestinul să fie în perfect repaus. Dar constiparea acésta are un mare inconvenient, căcĭ după 7—8 dile, materiile fecale se aglomeréză așa de mult și capătă o consistență așa de tare, în cât bolurile fecale ies cu o dificultate extremă, constituind un adevĕrat acușment. Se póte decĭ întêmpla ca, părțile fiind brusc întinse, cicatrița să se rupă. Pentru acest cuvînt, unĭĭ autorĭ în loc de a constipa, din contra daŭ purgative în fie-care di după operație, iar alțiĭ clisme rectale.

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

IX. Ridicarea firelor nu trebue făcută înainte de minimum 8 dile, și încă numaĭ în casul când am vedea că ele aŭ tendință de a tăia țesuturile.

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

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

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

CHESTIONAR

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

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

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

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

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

Kiști seroși saŭ idrocelul femeei. Sediŭ, patogenie, ligamentul rotund, canalul lui Nück, sacuri erniare vechi, igrome anormale și profesionale. Semnele caracteristice după sediŭ pentru diagnosticul diferențial.

Tumorile gazóse ale buzelor mari. Ernie, varietăți labială anterióră, posterióră și perineală. Enfisem vaginal, vaginită kistică saŭ colpoiperplasie kistică, patogenie.

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

Cap. III. Bólele planuluĭ II-lea al vulveĭ.

(Bólele clitorisuluĭ, prepuțuluĭ, buzelor micĭ și furculițeĭ).

Clitorisul. Este un organ erectil al femeeĭ, corespunḑênd cu penisul bărbatuluĭ. In adevĕr, clitorisul este format din douĭ corpĭ cavernoșĭ, carĭ plecațĭ de la ramura ischio-pubienă merg înainte și înăuntru, se lipesc unul cu altul și constitue organul menționat. El rĕmâne lipit de simfisă printr'un ligament suspensor. Lungimea clitorisuluĭ este de 2—3 cm.; se terminĕ printr'o extremitate rotundă, întocmaĭ analógă cu glandul penisuluĭ și e acoperit de un înveliș, numit prepuțul saŭ capușonul clitorisuluĭ.

Din dispositiunea anatomică a buzelor micĭ, resultă constituirea celor-l'alte organe ale vulveĭ. De aceea le vom da descripțiunea următóre:

Buzele micĭ, numite încă și *nimfe*, aŭ luat acéstă numire de la credința ce aveaŭ vechiĭ autorĭ că, dînsele aŭ destinațiunea de a dirige jetul de urină, prin nisce mișcărĭ fórte ușóre. Se scie din zoologie că nimfele saŭ crisalidele, ce represintă prima perióḑă de desvoltare a insectelor, nu-șĭ manifestă viața în acéstă stare embrionară, de cât prin simpla facultate de a se putea mișca. Prin analogie decĭ, s'aŭ numit și buzele micĭ nimfe, atribuindu-li-se aceiașĭ putere de mișcare imperceptibilă, prin care se dă o anume direcție urineĭ în timpul micțiuneĭ.

Buzele micĭ sunt formate printr'o îndoitură saŭ replică a mucóseĭ vulveĭ, și aŭ o dispositiune cu totul analógă cu buzele marĭ, însă sunt mult maĭ subțirĭ și maĭ scurte. In adevĕr dînsele prin extremitatea lor posterióră, se pierd aprópe către mijlocul feței interne a buzelor marĭ; înălțimea lor nicĭ o dată nu atinge marginea liberă a buzelor marĭ, așa că trebue să depărtăm pe acestea pentru a vedea pe acelea.

Dînsele aŭ fost comparate de Boyer cu o créstă de cocoș. Faptul principal al acestor organe este că, ele se divid în sus, formând ca un fel de bifurcațiune în care este așeḑat clitorisul. Din aceste douĕ replice bifurcate, una este destul de largă și lungă pentru a acoperi clitorisul, formând prepuțul saŭ capușonul, alta maĭ subțire și filiformă, se pierde pe partea inferióră a clitorisuluĭ, formând frenul acestuĭ organ. Buzele micĭ formézĕ ca și cele marĭ un oval, un fel de guler la intrarea vaginuluĭ, analog cu acela al buzelor marĭ, dar de o dimensiune mult maĭ mică. Ele sunt separate de buzele marĭ printr'un sghiab

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

Furculița numită încă și comisura posterióră a vulvei, este formată din reunirea extremității posterióre a ambelor buze mari. Prin comisura anterióră a vulvei, se înțelege iarăși o indoitură, resultând însă din reunirea anterióră a buzelor mari, cari acopere clitorisul și prepuțul, și formézá baza munteluí Venus.

Inaintea furculiței, se află o mică depresiune, numită gropiță saŭ foseta naviculară. Afecțiunele organelor coprinse în acest al II-lea plan al vulvei, nu aŭ presentat până acum o importanță așa de mare, în cât să fi atras în mod special atențiunea autorilor.

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

Epiteliomul saŭ cancerul, este resultatul propagațiuneí din părțile vecine. Vom menționa numai că, în buzele mici există un numěr destul de mare de papile, grație cărora aceste organe posedă o sensibilitate specială. Pe lângă acésta, din causa numeróselor glande sebacee, ce am vědut că există pe fața internă a buzelor mici, dînsele secretând cu abondență, pot da naștere uneí inflamațiuní, uneí vulvite, în totul analogă cu balano-postita ce se observă la bărbat.

Ast-fel reduse, bólele buzelor mici aŭ un interes, mai mult când e vorba de unele diformități, saŭ viturí de conformațiune.

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

Mai putem observa încă, o ipertrofie exagerată a buzelor

micĭ, fie în mod spontanat, precum se observă la unele popóre din Africa, fie în urma unor perversiunĭ sexuale. Și într'un cas și în altul, buzele micĭ iaŭ o desvoltare așa de manifestă că întrece cu mult pe cele marĭ, constituind ceia-ce se numesce *șorțul Hotentoților*.

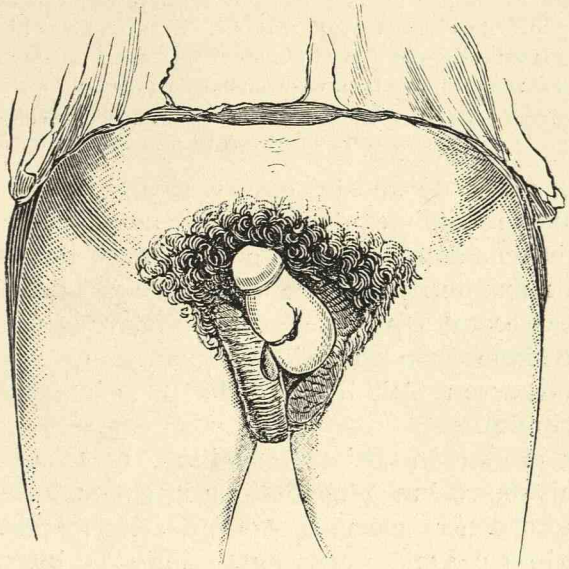


Fig. 10. Ipertrofia clitorisuluĭ (Lawson Tait).

Excisiunea este singurul mijloc ce putem să opunem acesteĭ diformităților.

Bólele clitorisuluĭ sunt încă și maĭ rarĭ. Există un singur cas citat în sciință de enchondrom al clitorisuluĭ, și un altul de osificațiune al acestuĭ organ.

Clitorisul fiind un organ erectil și menit la desvoltarea și întreținerea simțuluĭ sexual, adesea póte să ia o desvoltare fórte mare, la acele nenorocite fete carĭ se dedaŭ la actul masturbațiuneĭ. Dar și în afară de acest vițiŭ, clitorisul chiar în mod congenital e destul de voluminos la unele persóne, pe când la altele se găsesce într'o stare de atrofie aprópe complectă.

In tratatul luĭ Lawson Tait, există un model tip de ipertrofia congenitală a clitorisuluĭ, care cred e unicul cas observat în sciință. De aceia îl reproduce împreună cu observația sa. Fig. 10.

„Este vorba de D-na L. B. în etate da 32 anĭ. Dînsa fiind în momentul de a naște, voind să practice tușeul vaginal, degetul întâlnește un corp voluminos, care astupa complect intrarea vaginuluĭ; dînsul avea cinci police de lungime și diametrul unuĭ penis de adult în repaus. Facerea s'a efectuat cu tóte acestea fără dificultate, clitorisul fiind respins spre pubis, pe mĕsura ce capul fetal înainta. Femee m'a informat atuncĭ că acéstă ipertrofie era de origină congenitală și că mama sa atribuia faptul la aceia, că fiind însărcinată în treĭ lunĭ, s'a repezit asupra eĭ un curcan fórte furios (!?) Când am examinat acéstă femee, clitorisul mĕsura treĭ police de la extremitatea liberă la punctul sĕŭ de inserțiune și două police de circomferență maximă. Extremitatea liberă avea forma unuĭ adevĕrat gland; o depresiune circulară îĭ forma un fel de coróná. Suprafața era ușor nodulară: natura sa erectilă se manifesta prin o creștere la aer liber saŭ nu. In timpul micțiuneĭ jetul urineĭ era dirigeat înainte, particularitate ce ni se pare că ținea la aceia, că uretra era trasă în sus de tumoră".

Dar în afară de aceste casurĭ rarĭ, ipertrofia clitorisuluĭ maĭ tot-d'a-una recunóște drept causă actul masturbațiuneĭ; în asemenea circumstanțe el capătă o desvoltare de 6—7 c. m., în loc de unul maximum până la 2, ca în starea normală.

In urma acestuĭ fapt s'a constatat o perversiune, dar maĭ adesea o depresiune fórte mare intelectuală, mergênd chiar până la imbecilitate. Lawson Tait însă crede că acésta nu este efectul, dar causa viciuluĭ.

Noĭ nu intrăm în acéstă chestiune, căcĭ sunt unĭĭ autorĭ carĭ nu admit depresiunea facultăților intelectuale în urma masturbațieĭ, lucru contra căruia noĭ ne înscrim în falș.

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

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

Noi nu ne putem pronunța asupra acestui lucru; există însă nevrose cari își aŭ punctul de plecare în anumite afecțiuni ale organelor genitale, fie bărbătesci saŭ femeesci. Este sciut în adevĕr că, nimic nu afectéză mai mult sistemul nervos al omului, de cât afecțiunile genitale. Nu este astădi demonstrat existența unor psichose de origină genitală? Nu sunt ómeni, fórte bine studiați de scóla Francesă și Englesă, la cari tótă preocupațiunea constă în a se examina la fie care moment, pentru a se convinge dacă urinéză bine saŭ nu? Nu sunt indivizi cari caută cu impacientă un loc ascuns spre a urina, remâind convinși la fiecare moment că aŭ un spasm al băsicei, de unde și numirea lor de spasmofili? Dar nu există casuri citate de Ricord de ómeni cari, în desesperare că nu se pot vindeca de așa numita gută militară, aŭ recurs la sinucidere?

Eŭ am avut și am încă clienți, cari vin în biroul meŭ pentru a le distruge o pată translucidă, pe care o vĕd ei când deschid meatul urinar. Dînșii, cu tótă eloquența ce arăt pentru a le demonstra că acésta nu e câtuși de puțin o bólă, ci efectul unui reflect luminos al mucósei, se găsesc într'o desesperare mare și plécă nemulțumiți de consultația ce le daŭ. Am vĕdut iarăși casuri de o adevĕrată absență intelectuală, la un personagiŭ fórte cunoscut în Bucuresci: e vorba de un bancher, care cerea castrarea cu ori-ce preț, din causa presenței unei vene varicóse pe scrot.

Am vĕdut iarăși o femee care vesnic își examina meatul urinar în oglindă, pe care-l găsia roșiŭ; ea era inconsolabilă convinsă fiind că e bolnavă, căci într'un moment de surprindere a înșelat pe bărbatul séŭ. Dînsa se afla într'o stare de surescitațiune nervósă colosală, mergênd până la accese de isterie și delir. Cu tótă răzuirea uterului și dilatarea uretrei, totuși dînsa a rĕmas neconsolată.

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

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

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

Póte că Backer-Brown a împins prea departe metóda sa, căutând a da ca singura origină a epilepsieĭ existența clitorisuluĭ, și decĭ vindecarea aceleia prin ablațiunea acestuia. Dar nu e maĭ puțin adevĕrat că, fiind dat o femee cu simțul sexual pervers, Backer-Brown n'ar trebui criticat, cel puțin de noĭ succesoriĭ sĕĭ.

Acésta de sigur este o chestiune de principiŭ; și nu este admisibil că dacă majoritatea confraților nu admite o idee, dînșiĭ să se constitue într'un juriŭ executiv. Dacă am merge pe acéstă cale, ar trebui ca de aceeașĭ sórtă și oprobriŭ să sufere și aceĭ carĭ fac trepanațiunea în epilepsie: căcĭ pe ce fapt positiv se bazéză dînșiĭ pentru a practica o asemenea operație, contra acesteĭ bóleĭ a căreĭ patogenie si sediŭ anatomic nu sunt încă cunoscute? Dar cu tóte acestea, fie-care autor a dat ameliorărĭ fórte marĭ a epilepsieĭ în urma trepanațieĭ, fără a maĭ vorbi de aceia carĭ se laudă cu adevĕrate vindecărĭ. Urmărirea prelungită a bolnavilor, a arătat că totul era o simplă ilusiune, nerămâind nimic din cele constatate după operație; ba din contra, la unĭĭ s'a constatat o agravare în accesele de epilepsie.

Acésta însă nu constitue câtușĭ de puțin un motiv, ca încercărĭ să nu se facă contra acesteĭ teribile bóle. Noĭ am arătat în volumul I, că ablațiunea uneĭ simple cicatrițe, a fost urmată de disparițiunea acceselor de epilepsie, etc., etc.

Ca principal cap de acusațiune contra luĭ Backer-Brown, se aducea și acela că rezecarea clitorisuluĭ, ridica femeeĭ simțul sexual. Este incontestabil că, în clitoris îșĭ aŭ sediul o mulțime de nervĭ perifericĭ; că mucósa clitoridiénă și maĭ ales aceia care acopere glandul este fórte bogată în papile nervóse, conținând corpusculele luĭ Krause și Pacini; că acéstă bogăție nervósă dă sensibilitate exchizită organuluĭ, și că în mod vĕdit contribue a produce eretismul sexual. Este aprópe constatat că, femeile cu un clitoris maĭ mare, aŭ plăcerĭ venerice maĭ desvoltate și manifestă în timpul coituluĭ o voluptate adesea escesivă. Din contra, acelea cu un clitoris maĭ mic rĕmân maĭ indiferente; unele sunt cu totul lipsite de eretismul sexual, tocmaĭ din causa că la ele clitorisul este aprópe atrofiat.

Dar chestiunea acésta nu e încă definitiv resolvată. Unĭĭ daŭ anexelor uteruluĭ rolul maĭ principal, ca punct unde rezidă eretismul sexual. S'a susținut în adevĕr și s'aŭ adus probe că, la unele femeĭ, cărora s'a făcut ablațiunea anexelor, apetitul saŭ dorința

de a avea raporturĭ sexuale scăzuse, dacă nu chiar se abolise cu totul. Pe de altă parte însă, saŭ vĕzut femeĭ cu anexele ridicate și avênd totuși dorințe irezistibile pentru coit.

„Am avut de maĭ multe orĭ ocasiunea, zice Lawson Tait, să ascult plângerile ce 'mĭ adresaŭ uniĭ bărbațĭ, în privința exigințelor din partea femeeĭ. Și între altele adaogă acest autor, am un exemplu din cele maĭ demonstrative cu privire la o damă, care până la etatea de 37 anĭ avusese viața cea maĭ castă. La acéstă epocă i-am ridicat un enorm fibrom uterin cu ambele ovare, cu cele două trompe și aprópe cincĭ din șase părțĭ din uter. Dînsa s'a măritat la etatea de 43 anĭ; și azĭ la 50 de anĭ, pare că este atinsă de o formă fórte apropiată de satiriasis".

In ceia ce mĕ privesce, de și în maĭ multe rânduri am practicat ablațiunĭ de uter și anexe, n'am avut însă ocasiunea ca bolnavele să mi se plângă de micșorarea saŭ perderea dorinței de a coita. Din contra, la o femee căreia am ridicat ambele anexe, devenise atât de exigentă în cât sărea în spinarea bărbatuluĭ sĕŭ, cerêndu'ĭ cu orĭ-ce preț a uza de dînsa cât maĭ des; și bietul om deja cam bĕtrân, mi se plângea reproșându'mĭ, că nu'ĭ am scos și uterul, căcĭ atuncĭ póte ar fi scăpat de o asemenea satara belea!! (expresie proprie). S'a susținut, dar iarăși eŭ nu am probe personale, că nisce asemenea operațiĭ fac femeile maĭ nervóse, maĭ acariatre, căutând a se certa cu tótă lumea; ba chiar după uniĭ, că faciesul exterior al femeĭ suferă óre-care schimbare, apropiindu-se întru cât-va de acela al scopiților.

Eŭ cred că aci jócă fórte mare rol starea morală a bolnaveĭ.

E o enormă greșélă a se spune, și cu atât maĭ mult a se arăta bolnaveĭ organele extrase. Nu e în adevĕr puțin lucru pentru o femee, când i-se arată pe o tavă, uterul saŭ ovarele sale. Acésta póte fi o mândrie pentru operator și póte chiar o reclamă; dar bolnava nu rĕmâne maĭ puțin întristată, vĕzându-se lipsită de organele cele maĭ esențiale sexuluĭ sĕŭ. Orĭ cât de marĭ vor fi fost suferințele fisice ce i-se cauzaŭ de aceste organe bolnave, totuși mâhnirea sufletéscă imediat isbucnesce, femeia știindu-se acum, că nu se maĭ asémănă cu semenele sale. Și dacă cel puțin ar fi numaĭ dînsa care ar ști în secret acest lucru, tot n'ar fi așa de grav: dar faptul că tótă lumea știe — și în acest cas tachinăriile și micile invidiĭ, începênd a intra în joc — lesne putem înțelege cum o asemenea femee începe a fi timidă și a evita lumea, pentru a nu fi chestionată. Ca consecințe avem: inăsprirea caracteruluĭ la început, iar maĭ în urmă depresiunea, avênd ca re-

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

Sunt sigur decĭ că, numaĭ cunóșterea acesteĭ mutilăriĭ, și maĭ ales când operația devine și de notorietate publică, este causa că femeile lipsite de uter, anexe saŭ clitoris, manifestă fenomene de abolițiune a instinctuluĭ sexual. Astă-zĭ sciința nu îndrăsnesce a pune apetitul sexual în nicĭ unul din organele aparatuluĭ genital, fie intern saŭ extern. Ele nu aŭ alt rol de cât cel mult a traduce în fapt o dorință generală, simțită în întregul organism. La femee decĭ nu e nicĭ clitorisul, nicĭ ovarele, precum nicĭ buzele micĭ, carĭ ar fi esențiale simțuluĭ genesic: este o stare particulară a întreguluĭ sistem nervos, al căruĭ sediŭ, cu multă probabilitate, e într'un punct óre-care al axuluĭ cerebro-spinal. Póte decĭ o femee să fie lipsită de aceste organe și fără ca prin acésta să i-se ridice plăcerile venerice. Lucrul e întocmaĭ analog cu cele ce se petrec la om. S'a crezut mult timp că, testiculele sunt organele carĭ produc excitațiunea genesică și decĭ erecțiunea; de aci castrarea acelor carĭ din punct religios nu le e permis a gusta din plăcerile vieței; de aci castrarea acelora carĭ sunt destinați a păzi în haremurĭ frumósele cadâne, fiind siguri prin acésta ceĭ interesați, că domiciliul conjugal nu va fi maculat. S'a constat însă o mulțime de decepțiunĭ, din causă că erecțiunea încă se produce cu tótă absența testiculelor. Numaĭ atunci putem fi siguri, când organul destinat a se supune voințeĭ cerebruluĭ, va lipsi; numaĭ atunci decĭ vom suprima actul coituluĭ, când vom suprima penisul. Și totuși nu vom putea suprima în acelaș timp instinctul, plăcerea sexuală.

Fiind decĭ stabilit că clitorisul ca și anexele n'aŭ nicĭ un rol în manifestarea plăcerilor sexuale, acusațiunea ce se aducea luĭ Backer-Brown, praticând clitoridectomia, nu avea absolut nicĭ un fond.

Dar chiar dacă ar exista o strînsă legătură între acest organ și excitațiunea sexuală, încă ne-ar fi permis a'l ridica, fiind vorba de vindecarea uneĭ bóle așa de teribilă ca epilepsia. Cacĭ în definitiv, amputându-se clitorisul, rĕmâne vaginul, care e singurul organ unde se săvârsesce coitul. Lawson Tait merge și maĭ departe în acéstă privință când zice: „Chiar dacă așĭ presupune că ridicarea anexelor ar aduce abolirea apetituluĭ sexual, eŭ așĭ califica drept animal brut, pe bărbatul care ar refusa femeeĭ sale ușurarea suferințelor, și ar lăsa-o a fi expusă la riscurile unuĭ piosalpinx, sau fibrom emoragic, sub simplul pretext că opera-

țiunea i-ar ridica mijlócele de a rĕspunde plăcerilor sale. In regulă generală, femeile nu au apetitul genesic fórte desvoltat; când ele sunt de o natură ardentă, atunci nu printr'o operație óre-care am putea schimba temperamentul lor".

Noĭ am putea la rigóre admite o asemenea opositiune din partea femeeĭ, dacă ar fi vorba de amputația penisuluĭ bărbatuluĭ; dar nicĭ decum din partea dînsuluĭ, când i-se lasă vaginul în loc, și decĭ organul destinat a-ĭ satisface plăcerea.

Dacă am intrat în aceste considerațiunĭ, este că orĭ ce om imparțial trebue să rĕmâe revoltat, de hotărîrea nedemnă a confraților în persóna luĭ Baker-Brown. Aci se vede până la evidență invidia profesională și unde maĭ mult ca orĭ când, adagiul de *invidia medicorum pessima*, s'a manifestat la ultimul sĕŭ grad.

Dar étă în acéstă privință și opiniunea luĭ Lawson Tait, care în opera sa dice relativ la acest cas: „Colegiĭ sĕĭ ar fi trebuit să se oprésca la mĕsurĭ maĭ dulcĭ și maĭ puțin proprĭĭ a arunca discreditul și scandalul asupra profesiuneĭ, de care Backer-Brown era unul din representanțiĭ ceĭ maĭ distinșĭ. Eŭ cred că acésta va fi judecata generațiuneĭ care vine, atunci când autoriĭ acesteĭ drame nu vor maĭ fi printre noĭ."

In ceia ce me privește daŭ următórea observație relativ la resecția clitorisuluĭ pentru o ipertrofie dobândită. Am fost chemat în oraș pentru a vedea nevasta unuĭ militar; dînsa era fórte tînĕră, frumósă și cochetă. Dómna mi se plînge că ar avea ceva la organele genitale, dar că'ĭ era rușine să'mĭ arate. Din conversație am dedus, că va fi vorba de un moluscum pendulum. Bolnava ce e drept îmĭ spune că, dacă nu s'a arătat este că, acea tumoră une orĭ devenea fórte mică, mergênd chiar până în a dispare. Abia am rĕușit se privesc și să pipăĭ imperfect acéstă tumoră, care mi-a lăsat impresia unuĭ fibrom dealt-fel mic. O hotărăsc în fine pentru ablațiune. In ziua operațieĭ apucând acéstă tumoră, rĕmâĭ fórte surprins vĕzând că intră într'o erecțiune teribilă, devenind de un volum destul de mare. M'am convins că era o ipertrofie a clitorisuluĭ, probabil provocată fie de bolnavă saŭ de bărbatul sĕŭ. N'am intrat în detaliĭ; dar fără a zice nimic, l'am extirpat aplicând douĕ puncte sub intrante cu mătase. Resultatul a fost perfect. Fig. 11 arată lucrul în natură.

Bólele furculițeĭ. Nu avem să ne oprim asupra lor.

Furculița este expusă la traumatisme și ruperĭ, în momentul violuluĭ saŭ chiar al unuĭ coit conjugal. Maĭ cu deosebire însă în timpul facereĭ, acéstă regiune este expusă la ruperĭ și dă nascere rupturilor marginale ale perineuluĭ, despre carĭ deja am vorbit.

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

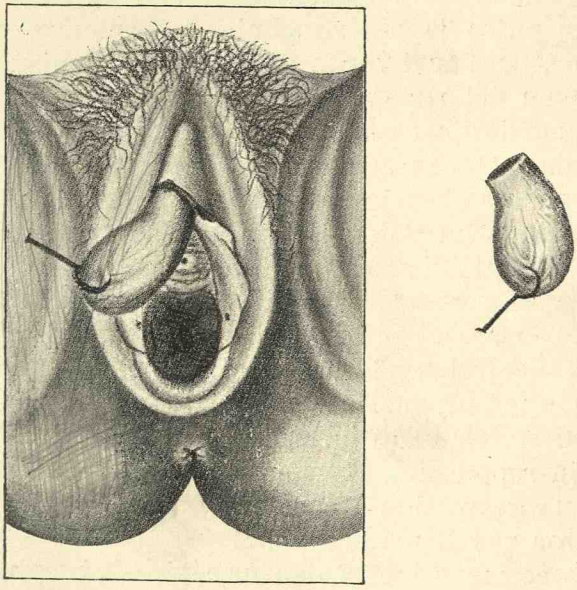


Fig. 11. Ipertrofia căpătată a clitorisului în mărime naturală. Rezecție (personală.)

cadrul ginecologiei propriŭ dise. Cât pentru foseta saŭ gropița naviculară acésta este depositul prin escelență al puroiului blenoragic; studiul sĕŭ însă îl vom vedea atuncĭ, când vom vorbi despre vulvite și vulvo-vaginite în general.

Cap. IV. Bólele planuluĭ al III-lea al vulveĭ.

(Vestibulul, meatul urinar cu tuberculul și imenul).

Unĭĭ autorĭ consideră ca **vestibul** vulva și tóte părțile din carĭ dînsa e formată, pînă la membrana imen. Prin urmare clitorisul, meatul, buzele marĭ, buzele micĭ și însușĭ muntele Venus, constitue ceia ce se numește vestibul. Se póte admite și acéstă definițiune, dar atuncĭ lucrul e luat în modul cel maĭ general și formézĕ *vestibulul genital.*

Alțĭ autorĭ împreună cu Sappey, înțeleg prin vestibul numaĭ un spațiŭ triangular și maĭ mult eliptic, cu basa în sus și

puțin înapoĭ, iar vîrful în jos. Acest spațiŭ este circumscris prin sghiabul ce e format la basa buzelor micĭ a feței lor interne, și merge în sus până unde se reunesc spre a forma prepuțul clitorisuluĭ. Maĭ mult, acest vestibul la rîndul sĕŭ se póte divide în douĕ părți aprópe egale, trăgênd o linie transversală imaginară. Porțiunea situată d'asupra acesteĭ liniĭ transversale, conține vestibulul uretreĭ, iar cea de dedesupt, vestibulul vaginal propriŭ zis. In adevĕr, în primul vestibul superior se află tuberculul uretral și meatul urinar; în porțiunea inferióră, se află deschiderea vaginală, acoperită de imen saŭ caronculele mirtiforme, iar acestea de fața internă a buzelor micĭ și a *fortiori* a celor marĭ. In rezumat noĭ admitem treĭ vestibule: *unul genital* coprinzând tóte organele de la muntele Venus până la perineŭ; *al doilea e vestibulul uretral* coprinzând meatul, clitorisul și tot spațiul coprins între aceste organe, precum și acela limitat în laturĭ prin buzele micĭ; cu alte cuvinte tot ce este d'asupra orificiuluĭ vulvo-vaginal, până la rădăcina clitorisuluĭ; *al III-lea e vestibulul vaginal*, care conține orificiul vulvar și tot spațiul limitat în jos de furculiță, iar în lăturĭ de baza buzelor micĭ.

In regiunea vestibululuĭ există papile nervóse manifeste, dar mult maĭ puțin desvoltate ca în buzele micĭ. Există de asemenea un mic numĕr de glande sebacee dar, iarăși fórte simple și de dimensiunĭ minime.

Meatul urinar. Este orificiul de terminațiune al uretreĭ. El e aședat pe linia mediană, imediat d'asupra și înaintea intrăreĭ vaginuluĭ și de desubtul clitorisuluĭ. Imprejurul și în laturile meatuluĭ, se pot observa maĭ multe micĭ găurĭ destul de manifeste și constante, carĭ nu sunt alt-ceva de cât orificiul de deschidere al diferitelor glande mucóse, analóge cu acelea ale canaluluĭ uretral.

Une-orĭ mucósa uretrală erniază puțin prin meat, formĕză maĭ multe plicĭ saŭ îndoiturĭ în laturĭ: unele iaŭ o desvoltare destul de mare, putêndu-se lua drept polipĭ și face cateterismul fórte dificil.

Adevĕratul punct de reper însă al meatuluĭ urinar și care servă a face cateterismul femeĭ, fără a'ĭ descoperi organele genitale, este ridicatura numită tuberculul anterior al vaginuluĭ. Imediat d'asupra se găsesce meatul. Așezênd decĭ femeia în decubitul dorsal și cópsele puțin flexate, introducem pulpa indicatoruluĭ stâng în vagin, și lipindu'l de părețele sĕŭ anterior, avem la extremitatea sa tuberculul vaginal. Alunecând o sondă pe deget, nu o lăsăm să intre în vagin; ridicându-o însă puțin d'a-

supra tuberculului, imediat intră, căci un alt orificiŭ care să permită progresiunea sondeĭ până în băşică nu este de cât meatul urinar. Casurile sunt fórte rarĭ unde să nu reuşim; iar când acésta se întâmplă, atunci trebue să avem face cu anume particularitate de sediŭ, de formă, de calibru, etc. Sunt în adevĕr meaturĭ în forma uneĭ spintecăturĭ longitudinale; altele cu totul circulare, unele maĭ strîmpte, altele maĭ largĭ, unele maĭ proeminente, altele maĭ înfundate; în fine unele se află ceva maĭ sus de burelet, maĭ ales dacă şi acesta e voluminos. Numaĭ vorbim de casurĭ când meatul e fórte deviat din poziţia sa, precum acésta s'a observat la femeĭ prea uzate, la cele perverse, saŭ la cele carĭ practică un coit anormal.

Este ştiut că meatul urinar, de şi e organul cel maĭ puţin extensibil, cu tóte acestea se póte dilata în aşa grad, în cât să permită introducerea penisuluĭ; lucrul s'a observat la femeĭ cu oclusia vaginuluĭ, rĕmâind chiar gravide prin acéstă cale. In asemenea casurĭ zic, sondarea pe deget devine fórte dificilă dacă nu chiar imposibilă, desfidând orĭ-ce tatonare, precum şi orĭ-ce dexteritate a chirurguluĭ. Să maĭ adaogăm următórele particularităţĭ anatomice: meatul urinar la fete e aşezat ceva maĭ sus şi priveşte direct înainte; la femeĭ adulte, axa sa privesce în jos. De aci resultă că fetele nu pot urina stând în picióre, din pricină că urina se proectéză înainte; femeilor maĭ bĕtrâne le e permis acest lucru, căci n'aŭ de cât să depărteze puţin cópsele şi totul merge de la sine!

S'ar maĭ putea încă sonda femeia, luând ca punct de reper nu bulbul ci clitorisul. Deci în loc de a introduce degetul în vagin, îl vom aplica direct pe clitoris; sub el cădem într'un spaţiŭ liber, unde ţinem degetul în loc. Atunci puind vêrful sondeĭ sub deget, putem găsi meatul şi intra în băşică. Trebue cu desăvêrşire respins acest procedeŭ, din causa prea mareĭ sensibilităţĭ a clitorisuluĭ.

Imenul. Este o membrană în formă de replică saŭ îndoitură, aparţinând membraneĭ mucóse a vulveĭ, şi fiind just aplicată la intrarea vaginuluĭ. Numirea sa provine din ὑμήν = membrană. Maĭ probabil însă din *Imeneu*, zeul căsătorieĭ. Acéstă membrană se rupe chiar în primul coit practicat în séra nunţeĭ. Imenul conţine multe fire nervóse precum şi vase; de aceia fenomenul deflorăreĭ, ce se petrece în primul raport sexual, este însoţit de durere şi scurgere de sânge maĭ mult saŭ maĭ puţin mare, constituind semnul sigur că victima a fost virgină.

Noĭ nu insistăm asupra formelor numeróse, ce póte oferi acéstă membrană și carĭ jócă un rol fórte important din punctul de vedere medico-legal, în casurĭ de viol saŭ deflorare; vom menționa numaĭ următórele tipurĭ de imene ca fiind maĭ clasice.

Forma semilunară saŭ în corn, este când cele douĕ replice, carĭ constitue imenul, se depărtéză între dînsele de la bază, ascuțindu-se către estremități, întocmaĭ ca figura ce ne dă o semilună saŭ un corn. De aci resultă că acest tip de imen, are o margine inferióră cu convexitatea în jos și alta superióră cu concavitatea în sus, ridicându-se la o înălțime maĭ mult saŭ maĭ puțin mare, și de la care depinde mărimea orificiuluĭ vulvo-vaginal. In general, marginea tăiósă saŭ concavă a imenuluĭ semilunar rĕmâne sub meatul urinar; une orĭ însă se póte ridica maĭ sus înconjurând chiar și meatul.

Dacă acum ne închipuim că cele douĕ extremități ale acestuĭ corn, în loc de a rĕmâne divergente, se reunesc între ele, vom avea un disc saŭ diafragm, provĕdut în centrul sĕŭ cu o simplă deschizătură. Acesta e *imenul anular.*

Une orĭ în loc de un orificiŭ putem vedea douĕ saŭ maĭ multe, atuncĭ se numesce *imen în diafragm ciuruit.* In fine alte dățĭ, cele douĕ replice ce formézĕ imenul, sunt așezate vertical și maĭ mult saŭ maĭ puțin paralele între ele, lăsând un spațiŭ liber între dînsele în formă de spintecătură. Acesta se numește *imen crăpat saŭ spintecat.* Alte dățĭ în fine mărginele imenuluĭ în loc de a fi continue și neîntrerupte, presintă un aspect ca dinții uneĭ róte de ceasornic, pentru care se și numesce *imen dentelat* etc., etc.

In fine în casurĭ fórte rarĭ, imenul constitue o membrană continuă și fără nicĭ o deschidere. Acésta formézĕ *imperforațiunea imenuluĭ*, asupra căruia vom reveni.

Trebue să menționăm faptele observate, unde imenul póte să lipséscă în mod congenital, saŭ să fie distrus în urma uneĭ afecțiunĭ inflamatorii, în special a uneĭ vaginite scrofulóse; în urma unuĭ accident de traumatism, saŭ în fine în urma nenorocituluĭ vițiŭ de masturbațiune. Sunt iarăși casurĭ unde în urma unor afecțiunĭ și în special a tumorilor uteruluĭ saŭ ale anexelor, o esplorațiune, necesară pentru stabilirea unuĭ adevĕrat diagnostic, impune chirurguluĭ a face tușeul vaginal la o virgină, și decĭ a dilata, dacă nu a rupe membrana imenuluĭ. In tóte aceste casurĭ e bine a se lua precauțiunile necesariĭ, și la rigóre a se încheia procese verbale, pentru a nu se aduce discordiĭ în

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

Am spus că membrana care constitue semnul virginătățeĭ, e destinată a se rupe în nóptea nunțeĭ, saŭ cel puțin în primul raport sexual. Une-orĭ ruperea se efectuéză fórte ușor ; altedățĭ însă el presintă o tenacitate așa de mare, în cât se cer sforțurĭ destul de puternice pentru a se reuși ; ba încă s'a vĕdut casurĭ când bărbatul desesperat, cere intervențiunea chirurgicală. S'ar părea că în asemenea casurĭ imenul ia o consistență fibrósă ; și nu e nimic de mirat când scim că în constituția sa, pe lângă vase și nervĭ, intră și elementul conjunctiv și muscular. Decĭ e posibil ca în unele circumstanțe și maĭ ales la fete deja prea înaintate în vîrstă, țesutul conjunctiv să ia un caracter adult și să dea o consistență fibrósă imenuluĭ.

In opositie cu aceste douĕ forme de imen, adică *fragil* și *resistent* saŭ *tenace* orĭ *recalcitrant*, există o altă varietate care fórte adesea a fost puntul de plecare al discordiilor conjugale. Acestea sunt *imenele complesante*. Ele, grație elasticitățeĭ lor, se pot lăsa a fi atinse de membrul viril fără să se rupă. Acésta de sigur și cu drept cuvînt dă multă bănuială bărbatuluĭ, care prin obiceiŭ strămoșesc și printr'un uz consacrat, nu póte admite asemenea particularități, maĭ cu sémă când bărbatul aparține uneĭ clase vulgare.

Asemenea casurĭ însă sunt adĭ bine cunoscute, și nu odată s'a observat femeĭ carĭ și-aŭ păstrat imenul intact, până în momentul facereĭ, și desvirginându-se propriŭ vorbind, cu ocasiunea trecereĭ fĕtuluĭ.

Sunt autorĭ carĭ fac deosebire în denumirea rupturilor imenuluĭ. Ast-fel unĭĭ numesc aceste rupturĭ saŭ lambourĭ *caroncule imeneale*, când dînsele sunt resultatul primuluĭ raport sexual ; iar prin *caroncule mirtiforme* se înțelege rupturile și lambourile imenuluĭ provenite în urma facerilor. Deosebirea ar fi că, caronculele imeniale ni se presintă sub formă de adevĕrate lambourĭ, pe carĭ, fie imediat după accident saŭ ceva maĭ târziŭ, le putem aviva, așa că reunind marginile, am putea reconstitui virginitatea prin coaptarea și lipirea lor (?!). Caronculele mirtiforme însă formézăadevĕrate nodosități împrejurul orificiuluĭ vulvar, și imposibil de a se maĭ putea reconstitui, fiind enorm retractate și atrofiate.

Trecem acum la bólele fie-căruia din aceste organe.

Bólele vestibululuĭ. Aprópe nu sunt descrise nicăerĭ. Nu s'a observat de cât cel mult micĭ kiștĭ, aședațĭ de ordinar între clitoris

și meatul urinar. Ei provin din obliterațiunea canaluluĭ excretor a glandelor mucóse, ce conține acéstă regiune.

S'a maĭ descris o altă varietate de kiștĭ seroșĭ, situați în laturile meatuluĭ și carĭ nu ar aparține propriŭ zis kiștilor de origină glandulară, ci unor funduri de sac, carĭ după Kachs, ar fi vestigiul terminal al canaluluĭ luĭ Gärtner.

In fine, Simson, a citat o observațiune de tumorĭ fórte dureróse împrejurul meatuluĭ urinar, carĭ câte odată sunt așa de micĭ, în cât nu se pot vedea de cât cu lupa. Repetăm încă odată că, bólele vestibuluĭ sunt enorm de rarĭ și observațiunĭ în acéstă privință lipsesc aprópe complect. Noĭ nu intrăm în descrierea acelor bóle carĭ pot copleși vestibulul în mod secundar. Sunt casurĭ de vegetațiĭ, de ulcere tuberculóse și cancere, orĭ alte afecțiunĭ, carĭ plecate dintr'un punct óre-care al vulveĭ, se întind până ajung de cotropesc și vestibulul. Dar acestea sunt bóle prin propagare, și e de prisos a le descrie, dacă nu voim a repeta ceia ce vom spune la locul competent.

Am avut însă un cas fórte bizar în serviciŭ, cu privire la o afecțiune primitivă a vestibululuĭ. E vorba de o femee tînără care ni se presintă cu simptome vesicale, constând în disurie, iar alte dățĭ se plângea de retenție, ba încă une-orĭ de o complectă incontinență. Examinată, constat vestibulul uretral enorm de deformat, avênd în tocmaĭ aspectul uneĭ pălării, în fundul căreia, cu cea maĭ mare dificultate, abia am putut găsi meatul. Regiunea era sclerósă, cu un fel de ridicăturĭ fórte rĕŭ caracterisate, iar în orificiul meatuluĭ nisce escrescențe, ce'ĭ astupa aprópe complect lumina. In restul organelor genitale nimic de particular. Am excisat o parte din tumorile meatuluĭ, făcêndu'ĭ și dilatația, dar fără a aduce vre-o ameliorare bolnaveĭ. Se plângea de incontinență și durerĭ.

Bólele imenuluĭ. Sunt cu totul rarĭ. Există numaĭ câte-va casurĭ, observate de Winckel, de kiștĭ congenitalĭ aĭ imenuluĭ. Importanța acestor kiștĭ este că, de și de un volum mic, se găsesce însă în conținutul lor celule pavimentóse. Acésta ar resulta, după Döderlein, din inclusiunea saŭ inclavarea uneĭ porțiunĭ din cele douĕ îndoiturĭ, din carĭ e format imenul; cu alte cuvinte, ar fi vorba de o invaginațiune a epiteliuluĭ vulvar. Sediul lor póte fi chiar pe imen saŭ la baza sa, sub mucósa vulvară, după cum afirmă Lannelongue că ar fi observat un cas.

Tratamentul contra acesteĭ afecțiunĭ este acela ce se aplică tutulor kiștilor în general. Când dînșiĭ nu aduc nicĭ o jenă, nu

trebuesc atinși; în casul contrariŭ, îĭ putem trata fie prin punctiune saŭ extirpare.

Cele-lalte bóle ale imenuluĭ sunt relative la rupturĭ și la casurĭ de imperforațiunĭ.

Rupturile am spus că sunt inevitabile primuluĭ raport sexual. Dînsele în majoritatea casurilor nu daŭ loc absolut la nicĭ o intervențiune; plaga se cicatrizéză de la sine, iar emoragia, în general mică se opresce în mod spontanat, grație retractibilității țesuturilor. Rar sunt casurile unde o emoragie maĭ seriósă póte surveni, și unde să fim nevoiți a practica emostasa. Există un singur cas citat de Fuchsmann, unde în urma uneĭ deflorărĭ, o tînără fată o sucombat în nóptea nunței, de o emoragie imenială în urma primuluĭ contact conjugal. Autorul susține că, acéstă nenorocire a provenit din aceea că femeia era emofilă. Iarăși alte accidente resultând din rupturile imenuluĭ, sunt acelea unde dînsele pot da nascere la fisurĭ dureróse. Alte dățĭ lambourile odată formate nu se cicatriséză, și ast-fel fiind, la fie-care contact sexual, ele sângeréză din noŭ.

In fine une-orĭ caronculele imeneale se transformă în adeverate nevróme dureróse, carĭ sunt puntul de plecare al celor maĭ teribile suferințe, în timpul fie căruĭ raport sexual. In tóte aceste casurĭ vom fi nevoiți a interveni, fie pentru a opri emoragia, fie pentru a provoca cicatrisarea plăgeĭ. Dacă pulverile astringente și liquidele emostatice nu sunt suficiente, nu vom esita a recurge la mijlóce maĭ energice și în special la cauterisațiunĭ cu ferul roșu. Iar în casurĭ de caroncule imeneale dureróse, avênd tóte caracterele unor nevróme, vom recurge d'adreptul la estirparea lor, fie cu fórfecele saŭ cu bisturiul. Și pentru a preveni noĭ ruperĭ saŭ emoragiĭ, vom recomanda atât bărbatuluĭ cât și femeeĭ, aplicarea de corpĭ grași ca vaselină, pe organele genitale în timpul coituluĭ.

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

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

Faptul ordinar de și rar, e acela când imenul astupă orificiul vulvo-vaginal. In casul acesta, lucrul prin nimic nu se manifestă în primiĭ anĭ aĭ copilărieĭ, de cât tocmaĭ în timpul pubertățeĭ, adică în momentul când apar epocele menstruale.

Dacă din întâmplare lucrul se descopere înainte de acéstă epocă, prin óre-carĭ incidente fie din partea părinţilor saŭ a mediculuĭ, atuncĭ o simplă incisiune longitudinală va spinteca imenul şi vom preveni accidentele ulterióre. Vom avea grija ca după incisiune, să punem între buzele plăgeĭ un corp strein, ca de esemplu o bandeletă, pentru a ne opune la unirea imediată secundară.

Când imperforaţiunea imenuluĭ a rĕmas necunoscută până în timpul menstruelor, lucrul ni se divulgă prin închietarea bolnaveĭ şi a părinţilor de ne manifestarea menstruelor. Pe lângă acésta, va apare diferite alte fenomene ca opresiune, durere, greutate simţită în organele genitale externe, etc., etc. lucrurĭ de alt-fel uşor de explicat, prin retenţiunea fluxuluĭ menstrual înapoiul membraneĭ imperforate. Consecinţa cea maĭ uşóră a uneĭ asemenea stărĭ, este formarea unuĭ ematom vaginal numit şi *hematocolpos*.

Sunt însă casurĭ şi maĭ grave, ce se pot observa în urma uneĭ imperforaţiunĭ a imenuluĭ. Când de esemplu sângele se aglomeréză în mod continuŭ, el póte umple cavitatea uteruluĭ, apoĭ a trompelor şi să dea nascere unuĭ *ematometru* saŭ *emato-salpinx*, ale căror urmărĭ adesea sunt desastróse.

Cel puţin în casul de ematom vaginal, şi o dată constatată imperforaţiunea imenuluĭ, imediat trebue să intervenim, practicând o largă incisiune, pentru a înlesni scurgerea sângeluĭ adesea fórte gros şi spumos. Vom face largĭ spălăturĭ în cavitatea vaginală cu soluţie de acid fenic 5%, saŭ cu sublimat corosiv 1‰ introducênd la nevoe şi un tub de drenaj. Cât pentru ematometru şi ematosalpinx, acestea cer un tratament special, pe care îl vom vedea când ne vom ocupa de aceste afecţiunĭ.

Bólele meatuluĭ urinar.

Meatul urinar, prin vecinătatea sa cu vulva şi vaginul, este susceptibil a contracta, cu fórte mare uşurinţă, inflamaţiile de tot soiul al acestor organe.

Când vom trata despre vaginite, vom vedea că meatul urinar este locul de predilecţiune al instalăriĭ şi pululăreĭ microbuluĭ blenoragic. Fórte adesea întâlnim în practică casurĭ, în carĭ femeĭ contra cărora nu se póte imputa nimic ca curăţenie, totuşĭ sunt capabile să transmită blenoragia bărbaţilor, dar maĭ ales amanţilor, în urma unuĭ coit. Şi cu tóte acestea prin examinarea cea maĭ minuţióşă, nu constatăm asupra lor nicĭ cea maĭ mică urmă

de scurgere vaginală, de leucoree etc. Introducênd degetul în vagin și presând cu pulpa de din apoĭ înainte pe păretele sĕŭ anterior și decĭ implicit pe uretră, tot-d'a-una vom reușĭ a obține câte-va picăturĭ de puroiŭ sero-mucos, analog cu acela ce obținem prin aceeașĭ manoperă pe membrul viril al bărbatuluĭ, constituind faimósa gută militară. Dar acésta nu e de cât resultatul uneĭ inflamațiunĭ cronice, determinată de stabilirea microbuluĭ blenoragic, și care e în stare orĭ când a inocula pe bărbat, maĭ ales dacă actul coituluĭ se efectuéză diminéța spre ḑiuă.

Este evident că în timpul nopțeĭ, secreținea muco-purulentă din meat aglomerându-se, tinde a eși între buzele orificiuluĭ, saŭ chiar a se scurge în jos prelingêndu-se pe buzele micĭ. In aceste condițiunĭ, efectuându-se coitul fără ca femeea să se fi spălat prealabil, e destul ca o picătură din acest puroiŭ să intre in uretra bărbatuluĭ, pentru ca contaminațiunea să se îndeplinéscă. De aci incriminărĭ reciproce și perturbărĭ conjugale, fie-care din soțĭ sciindu-se inocent. In realitate însă, adevĕrata causă o vedem unde stă.

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

I. De *inflamație cronică specifică* și limitată numaĭ la marginele orificiuluĭ. Și lucru curios, în majoritatea casurilor, acéstă inflamație nu se manifestă prin nicĭ un semn subiectiv. Decĭ bolnava de bună credință, póte transmite o bólă contagiósă fără știrea sa.

II. Mult maĭ turbulente sunt *inflamațiunile nespecifice* resultând din introducerea unor corpĭ strĕinĭ. Am fost tot-d'a-una surprins de acest fapt că, în urma laparatomiilor, cu tóte precauțiunile luate, totușĭ bolnavele eraŭ coprinse de fenomene de cistită, orĭ de câte orĭ scóterea urineĭ se practica cu sonda metalică. Am renunțat de mult la acest lucru. Cu tóte acestea chiar făcênd cateterismul cu sonde moĭ, Nelaton, bine aseptisate, încă din când în când constat asemenea fenomene. Acésta probéză marea susceptibilitate a uretreĭ și intolerența sa pentru orĭ-ce corp strĕin. In casurĭ rebele, instilațiile cu nitrat de argint sunt fórte eficace, făcênd adesea să înceteze cele maĭ marĭ suferințe.

III. Vom menționa fisurile și ulcerațiile de tot felul, de carĭ póte fi atins meatul urinar. Contra fisurilor, dilatația gradată e cel maĭ bun tratament; contra ulcerațiilor vom întrebuința cauterisarea saŭ excisiunea. Trebue însă notat, că în urma dilatațieĭ, putem observa une-orĭ o *incontinență* persistentă a urineĭ. Francke și Winckel, aŭ imaginat o operație contra acestuĭ lucru, al căruĭ principiŭ constă în a strîmptora calibrul canaluluĭ uretreĭ.

Dînșiĭ excisézĕ un segment cuneiform din părețele posterior al canaluluĭ, a cărui basă e în nivelul orificiuluĭ, iar vîrful se prelungesce până la tuberculul uretral.

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

Martin însă din Berlin arată cu drept cuvînt că, cicatrisarea plăgilor în nivelul orificiuluĭ uretral nu reușește maĭ nicĭ odată, probabil din causa contactuluĭ cu urina. Dar chiar daca cicatrisarea s'a obținut, totușĭ cu timpul retracțiunea ulterióră a cicatriceĭ, face să dispară beneficiul uneĭ continențe fórte satisfăcătóre la început, așa că în definitiv operația nu atinge scopul dorit chiar și atuncĭ când pentru moment reușește. De aceia Martin administréză în asemenea casurĭ tinctura de idrastis canadensis, care redând tonicitatea sfincteruluĭ, vindecă maĭ bine ca orĭ-ce operație incontinențele de urină, venite în urma dilatațieĭ.

Bólele maĭ principale ale meatuluĭ urinar fără îndoială sunt:

Tumorile meatuluĭ urinar.

Tumorile meatuluĭ urinar aŭ ocupat fórte mult pe autorĭ, atât din causa simptomatologieĭ cât maĭ ales a patogenieĭ lor. Chiar clinicește, nomenclatura acestor tumorĭ a fost și este variată, căcĭ li s'aŭ dat diferite numirĭ, luându-se în considerație anume puncte de plecare. Clinica însă a prevalat asupra orĭ-căreĭ considerațiunĭ, rĕmâind și aĝĭ stabilit că, tumorile meatuluĭ se împart în: *tumorĭ benigne* și *tumorĭ maligne*. Dar totușĭ confusiune încă există, căcĭ caracterul principal al acestor tumorĭ este, ca în majoritatea casurilor să fie provĕdute de o vascularisare fórte mare; prin urmare și unele și altele putându-se însoți de emoragiĭ, deosebirea de benignitate și malignitate se confundă. Este sciut că unul din caracterele cele maĭ esențiale ale uneĭ tumorĭ maligne, este de a sângera fie spontanat saŭ în urma orĭ-căreĭ esplorațiunĭ. Și dacă la acésta maĭ adăugăm că în majoritatea casurilor, orĭ-ce tumoră a meatuluĭ e însoțită și de durerĭ, adesea escesive, lesne putem deduce că semnele distinctive între o tumoră benignă și malignă confundându-se, rĕmâne și diagnosticul lor maĭ tot-d'a-una confus.

Cu tóte acestea, urmărind cu atențiune modul de desvoltare al acestor tumorĭ, autoriĭ aŭ reușit să stabiléscă următórele divisiunĭ clasice:

I. Tumorĭ prin escelenţă benigne, resultând din ipertrofia saŭ prolabarea mucóseĭ uretrale.

II. Tumorĭ resultând dintr'o ipertrofie glandulară.

III. Tumorĭ de o constituţiune cu totul vasculară.

IV. Tumorĭ papilare.

V. Tumorĭ conjunctive conţinând fibrómele saŭ fibro-miómele, şi în fine

VI. Tumorĭ cu un caracter malign, în carĭ intră sarcómele, diferite forme de cancer şi în special epiteliómele. Tot în acéstă ultimă categorie intră şi producţiunile tuberculóse.

Dar tóte aceste tumorĭ, afară póte de ultima categorie, aŭ fost adesea confundate unele cu altele, dându-li-se diferite numirĭ trase fie din caracterele lor fisice, din modul de a se manifesta, saŭ după o anumită opiniune asupra patogenieĭ lor, dată de fiecare autor. Ast-fel în mod cronologic, de şi menţionate de Morgani, însă *Clarcke*, e cel dintâiŭ care prin 1814, le-a dat numele generic de *tumorĭ vasculare*, totuşĭ făcênd distincţiunea între acestea şi o ipertrofie simplă a mucóseĭ.

Velpeau şi alţiĭ, basându-se pe faptul că aceste tumorĭ aŭ tendinţa a se pediculisa, le-a dat numele generic de *polipĭ*.

Maĭ târziŭ, luându-se în consideraţiune structura istologică — cel puţin a unora din ele — şi vĕdêndu-se formate din ipertrofiĭ papilare, aŭ fost numite *papilome*.

In fine *Richet*, luând maĭ ales în consideraţiune vascularitatea lor, le-a numit *tumorĭ varicóse saŭ emoroidele uretreĭ*.

In fine sunt autorĭ carĭ le consideră ca fiind de natură tuberculósă. Noĭ urmând clasificaţiunea dată, vom căuta a le descri, mărginindu-ne însă a le da caracterele cele maĭ principale, de óre ce descrierĭ maĭ detaliate aprópe nu se găsesc în autorĭ.

I. Tumorile formate numaĭ din simplă *ipertrofie a mucóseĭ*, presintă următórele particularităţĭ: ipertrofia póte ocupa numaĭ marginea posterióră a meatuluĭ, dispărând apoĭ treptat în părţile sale laterale. In acest cas tumora presintă *forma uneĭ semilune saŭ unuĭ corn*.

Alte dăţĭ, ipertrofia în loc de a se mărgini numaĭ la segmentul inferior al meatuluĭ, ocupă întréga circonferinţă, aşa că de jur înprejurul meatuluĭ se formézĕ un cerc maĭ mult saŭ maĭ puţin gros. Lucrul acesta are tendinţă a micşora calibrul organuluĭ, nelăsând în el de cât un simplu orificiŭ: acésta e *tumora anulară saŭ în diafragm*. Şi într'un cas şi în altul, tumora rĕmâne sub forma de inel saŭ semilună, fără a trece limitele meatuluĭ; dar

alte dăți se formézā în marginele sale o ridicătură adesea destul de pronunțată, representând un adevĕrat mamelon. Acesta la rândul sĕŭ ne póte oferi o suprafață unică, saŭ brăsdată de diferite fisurĭ orĭ adâncăturĭ în formă de sghiab. In fine în locul acestora, să observă diferite ridicăturĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin pronunțate, separate între dînsele, dând ast-fel tumoreĭ aspectul uneĭ smeure.

Un alt aspect clinic al ipertrofieĭ meatuluĭ, este când mucósa în loc de a forma acea semilună saŭ cerc, din contra iese prin orificiŭ, adică se prolabézā, întocmaĭ precum se întêmplă cu mucósa anusuluĭ. Din acéstă resturnare a mucóseĭ, resultă o tumoră sesilă. Ea merge până la o distanță maĭ mult saŭ maĭ puțin mare de meat. Are suprafața netedă, roșie saŭ brazdată de șanțurĭ. Nu posedă de cât un singur orificiŭ în centru, prin care cu un stilet saŭ sondă putem intra în băşică, lucru la care nu putem ajunge, dacă introducem instrumentul prin părțile laterale, unde dăm într'un fund de sac, format din însăşĭ mucósa uretrală prolabată. Vom termina în fine, arătând că mucósa ipertrofiată, în mod parțial saŭ general, pe mĕsură ce iese afară din orificiul meatuluĭ, pe atâta are tendință a se strangula la bază, subțiindu-se din ce în ce maĭ mult. Acéstă formă constitue polipiĭ mucoşĭ aĭ uretreĭ, carĭ atât prin constituțiunea lor cât şi modul de evoluțiune, sunt consideraț ca o varietate de ipertrofie a mucóseĭ. Une-orĭ pediculul este larg; alte dăț însă destul de subțire. Acésta înlesnesce fórte mult ablațiunea lor. Pe suprafața liberă a acestor polipĭ, putem observa micĭ ridicăturĭ, carĭ nu sunt de cât kiştĭ mucoşĭ prin retențiune, proveniț din glandele mucóseĭ.

II. **Tumorile resultând dintr'o ipertrofie glandulară** sunt representate prin micĭ kiştĭ ce apar la orificiul meatuluĭ. Patogenia lor nu se explică alt-fel, de cât prin observațiunea unuĭ canal escretor a numeróselor glande mucóse ce se află în acéstă regiune. Cu alte cuvinte dînşiĭ sunt simplĭ kiştĭ prin retențiune.

III. **Tumorĭ vasculare** ale meatuluĭ. Sunt cele maĭ comune. Ele aŭ fost numite de Richert *tumorĭ varicóse* saŭ *emoroidele uretreĭ*. Simson le numesce *caroncule uretrale*, alțiĭ *tumorĭ dureróse* ale uretreĭ. Astăzĭ sunt cunoscute sub numele generic de *tumorĭ vasculare*. In adevĕr, caracterul lor cel maĭ principal este a avea o vascularisațiune abondentă şi a sângera cu cea maĭ mare uşurință. Examenul istologic a arătat, că ele presintă tóte caracterele tumorilor erectile, lucru ce nu se póte explica de óre-ce, în starea normală, în acéstă regiune nu există țesut erectil. Pozzi a căutat

să explice aparițiunea lor bazându-se pe nisce fapte de embriologie. Dînsul susține că, în perióda embrionară, ar exista împrejurul meatuluĭ o bridă vasculară numit imen uretral și care împreună cu bulbul vaginuluĭ, formézā un întreg total organic, ce represintă corpul spongios la bărbat. Decĭ din existența acestuĭ imen uretral-vestigiŭ embrionar a uneĭ porțiunĭ a corpuluĭ spongios al bărbatuluĭ — se explică nu numaĭ frequența relativă și genesa tumorilor vasculare ale meatuluĭ la femee, dar încă și identitatea istologică a celor maĭ frequente din aceste tumorĭ, numite polipĭ vascularĭ (Bonnet și Petit).

Modul acesta de a a vedea, maĭ explică și caracterul cel maĭ esențial al tumorilor meatuluĭ, acela da a fi însoțite de emoragiĭ, fie că tumorile resultă dintr'o ipertrofie parțială saŭ totală a mucóseĭ. In tóte casurile, resturile embrionare în chestiune adică imenul uretral tot-d'a-una intră în joc. Orĭ cum ar fi, aceste tumorĭ vasculare ni se presintă cu o colorațiune roșie închisă, sângerând la cea maĭ mică atingere. Ele sunt însoțite uneorĭ de durerĭ fórte marĭ, de și în alte circumstanțe, rar în adevĕr, bolnavele nu manifestă nicĭ o durere. Forma lor în general e triangulară, de multe orĭ pediculată și nu aŭ un volum maĭ mare ca al uneĭ bóbe de mazăre; pot însă atinge și pe acela al uneĭ cireșĭ.

Trebue să menționăm: aceste tumorĭ în loc de a fi aparente fie sub forma sesilă saŭ pediculată, ele rĕmân ascunse în canal fără nicĭ o comunicațiune cu esteriorul. In acest cas ruperea lor póte da nascere la emoragiĭ une-orĭ serióse, producând un adevĕrat ematom al uretreĭ.

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

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

Caracterele clinice. Une-orĭ tumorile ni se presintă sub formă de simple granulațiunĭ isolate saŭ multiple și de o colorațiune

roșie vie, orĭ violacee. Volumul lor în general rĕmâne mic și nu cresce maĭ mare ca un bob de linte. Ele se însoțesc de fórte marĭ durerĭ; se crede că ar fi de natură tuberculósă. Eŭ am și azĭ present în memorie o tînĕră fată, care s'a presentat în serviciŭ cu nisce fenomene fórte dureróse în timpul micțiuneĭ. Prin examenul local nu se constată absolut nimic, de cât o simplă roșață fórte vie a mucóseĭ uretrale, ce era brăsdată de o mulțime de micĭ ridicăturĭ grăunțóse, semănând ca un vîrf de ac. N'a rĕmas nimic care să nu fi fost întrebuințat în acest cas. S'a făcut spălăturĭ vesicale, atingerea meatuluĭ cu nitrat de argint, dilatație, aplicațiunĭ de bastonașe încorporate cu cocaină, beladonă etc., etc., fără a da cel maĭ mic resultat. Am recurs în fine la talie ipogastrică; totușĭ bolnava, după o suferință de treĭ lunĭ, a sucombat în urma uneĭ consumțiunĭ generale. La autopsie am constatat granulațiunĭ întinse pe mucósa vesicală și cea uretrală, nelăsând nicĭ un dubiŭ asupra natureĭ sale tuberculóse; inoculațiunĭ și examen istologic nu am putut face, neavênd laborator la dispositie.

V. **Tumorile fibro-conjunctive**. Aci intră fibróme pure, fibromióme și sarcóme. Ele sunt rarĭ. Abia dacă se citéză unul saŭ douĕ casurĭ în sciință. Tot acelașĭ lucru vom zice despre cancere și epitelióme.

In majoritatea casurilor când se observă, ele sunt tot-d'auna secundare. Propagarea se face în douĕ moduri: Saŭ că un cancer al gâtuluĭ uterin înaintéză treptat prin vagin până la orificiul acestuĭ organ și de acolo se inoculéză prin grefare pe meatul urinar, copleșind prealabil și părțile vecine; saŭ că dînsul provine din extensiunea unuĭ cancer al părțeĭ vecine, atingênd meatul prin simpla continuitate. In afară de aceste circumstanțe, toțĭ autorĭĭ sunt de acord, că neoplasmele primitive ale meatuluĭ urinar sunt escesiv de rarĭ.

Etiologie. Causa intimă a desvoltăreĭ acestor tumorĭ încă nu se scie. S'a incriminat maĭ de toțĭ iritațiunile îndelungate ale mucóseĭ uretrale. In special, blenoragia e considerată ca factorul cel maĭ important. Nu s'a putut însă demonstra, pentru ce aceste tumorĭ la bărbat sunt așa de rarĭ — în comparațiune cu enorma frequență a blenoragieĭ de care dînsul este atins, pe când femeia, care relativ e mult maĭ puțin atinsă ca bărbatul, totușĭ mucósa sa uretrală e incomparabil maĭ frequent copleșită de aceste tumorĭ.

Etatea pare că nu are absolut nicĭ o influență în acéstă pri-

vință, de óre-ce s'a vĕzut casurĭ, unde fete de 7—8 anĭ, aŭ fost atinse, în oposițiune cu altele, carĭ atingeaŭ epoca de menopausă. Un lucru ar părea maĭ constant: că unele din aceste tumorĭ, cel puțin cele caracterisate printr'o simplă ipertrofie a mucóseĭ, se observă maĭ des la femeile gravide. Acésta s'ar esplica prin jena ce se produce circulațiuneĭ venóse, de uterul gravid. Cu multă probabilitate, în asemenea casurĭ se desvoltă maĭ mult tumorĭ varicóse, carĭ dacă unele circumstanțe le favoriséză, pot merge până a determina ipertrofiĭ, saŭ adevĕrate tumorĭ vasculare.

Eŭ cred că fenomenele cistice, representate prin micțiunĭ frequente și dureróse la femeile gravide în primele lunĭ, nu sunt datorite de cât uneĭ congestiunĭ a mucóseĭ uretrale, din causa jeneĭ circulațiuneĭ. Aceste fenomene cistice mi-aŭ permis în maĭ multe casurĭ să anunț o graviditate, atuncĭ când nimic nu se bănuia. De alt-fel lucrul se observă chiar și în afară de acest fenomen și anume în timpul menstruațieĭ.

Sunt în adevĕr o mulțime de femeĭ carĭ în acest timp, se plâng de fenomene cistice destul de pronunțate.

E probabil decĭ că, tumorile varicóse, pot să aibă ca etiologie graviditatea, maĭ ales dacă femeia e prin natura eĭ varicósă. De sigur, în asemenea casurĭ circulațiunea se restabilesce cu fórte mare greutate chiar după facere, în urma căreia tumorile pot persista și bóla să se confirme. Etiologia celor-lalte speciĭ de tumorĭ încă nu e stabilită, afară numaĭ de papilóme. Acestea, prin observațiune pare a se confirma, că-și pot explica patogenia în diatesa tuberculósă.

Simptome. — Prognostic, Diagnostic și Tratament. Simptomatologia tumorilor meatuluĭ urinar nu se póte face în mod general, căcĭ depinde de felul și natura fie căreĭ tumorĭ în parte. In regulă generală însă, putem ḑice, că durerile, turburările în micțiune manifestate prin disurie și emoragie, formézĕ trepiedul simptomatic al acestor afecțiunĭ.

Cu tóte acestea sunt tumorĭ, în special cele carĭ recunosc ca origină o ipertrofie a mucóseĭ și chiar cele polipoide, carĭ nu se manifestă absolut prin nimic, nicĭ chiar prin cea maĭ mică jenă ce-ar putea atrage atențiunea bolnavelor. De aci resultă că numaĭ din întâmplare, saŭ în urma unuĭ examen al mediculuĭ pentru un alt scop, se póte descoperi existența acestor tumorĭ.

Dar acéstă indolență nu maĭ pe atâta se păstrézĕ, pe cât suprafața lor nu presintă nicĭ o escoriațiune. In acest cas dure-

rea nu întârzie să apară, făcênd pe bolnavă să recurgă la ajutorul mediculuĭ.

Tot acelaşĭ lucru vom spune despre polipiĭ mucoşĭ, carĭ iarăşĭ, pe cât timp învelişul nu e distrus, rĕmân adesea necunoscuţĭ neprovocând nicĭ o turburare.

Nu este însă tot ast-fel cu cele-lalte felurĭ de tumorĭ şi în special cu cele papilare. In adevĕr, caracterul lor esenţial este de a fi tot-d'a-una însoţite de durerĭ, une-orĭ escesive. Acésta a şi făcut pe Gûérin să le dea numirea generică de *tumorĭ dureróse*. Şi faptul esenţial este că aci, durerea nu recunósce drept causă distrugerea învelişuluĭ epitelial, ci există prin ea însăşĭ şi în afară de orĭ-ce alteraţiune.

Winckel susţinea că şi tumorile papilare sunt indolente ca şi cele mucóse, atâta cât învelişul epitelial nu e distrus; dar acest fapt nu s'a confirmat. A rĕmas decĭ stabilit că durerea constitue o calitate inerentă a tumorilor papilare, fără să aibă trebuinţă de vre-o escoriaţie saŭ exulceraţie.

Aceste durerĭ se manifestă în diferite moduri: une-orĭ bolnavele indică în mod clar punctul lor de plecare, care este meatul, de unde apoĭ se iradiază către ipogastru etc. alte dăţĭ aceste durerĭ plécă la 1—2 c. m. din jurul meatuluĭ, în opoziţie cu altele carĭ n'aŭ nicĭ un sediŭ fix, ci se observă în mod vag în diferite regiunĭ fórte depărtate de locul bolnav. Durerile pot să fie permanente, cu remisiunĭ şi intermitenţă; une-orĭ nu apar de cât în momentul micţiuneĭ, provocând fenomene de disurie fórte pronunţate. La unele femeĭ durerile iaŭ un caracter acut, maĭ cu sémă în timpul menstruaţieĭ. Aceste durerĭ pot să dispară prin repaus; în alte casurĭ bolnavele sunt într'o continuă suferinţă orĭcare ar fi posiţiunea ce şi-ar da. In fine pentru a ne face o idee de gradul ce pot atinge aceste durerĭ, e destul a spune că sunt femeĭ carĭ nu maĭ pot face nicĭ o mişcare, căcĭ la cea maĭ mică tentativă de a umbla imediat sunt oprite de suferinţe atroce. Se citéză exemple de femeĭ purtătóre de asemenea tumorĭ, cărora durerile nu le permiteaŭ să şadă nu numaĭ pe scaun, dar nicĭ chiar în pat. Am avut ocasiunea să caut o femee robustă, formând tipul femeilor de la obor, unde de alt fel era născută şi domiciliată. Acéstă femee a venit în serviciŭ într'o stare desperată, ţipând şi smulgându-şĭ părul; şi cu tóte acestea examinată în locul indicat de dînsa, adică la meatul urinar, nu am constatat de cât o simplă ipertrofie, brăsdată de cele maĭ fine granulaţiunĭ posibile. Dar casul devine şi maĭ desesperat, când femeea nu-şĭ póte căpăta

odihna nicĭ stând în pat, de óre-ce, la cea maĭ mică mișcare a cópselor, se deștéptă în durerile cele maĭ violente.

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

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

In oposiție cu acestea, casurile sunt escesiv de rarĭ când tumorile în loc de durere ar produce mâncărime, împingând bolnavele la dorințĭ escesive venerice, făcêndu-le nimfomane.

Turburările în micțiune se manifestă prin fenomene de disurie, adică dorința frequentă și emisiunea incomplectă de urină. Unele femeĭ simpt în acest moment o adevĕrată arsură, mergnêd până la sensațiunea unuĭ fier roșu ce ar trece prin uretră. Din acéstă causă resultă că de multe orĭ dînsele se abțin de a urina, provocêndu-șĭ astfel o retențiune voluntară a uduluĭ. Dar o asemenea retenție póte proveni și din volumul tumoreĭ care obstruéză canalul.

Câte o dată în loc de retenție putem observa incontenență. Aci sunt iarășĭ douĕ moduri prin care acest fenomen se produce: saŭ că tumora face ernie, or că ocupă primitiv porțiunea cea maĭ exterióră a mărgineĭ meatuluĭ. Și într'un cas și în altul orificiul uretreĭ rĕmâne într'o permanentă întredeschidere și oferă decĭ un loc liber de scurgere a urineĭ. Dar alte dățĭ fenomenul se produce din causa iritațiunilor dureróse ce tumora provócă. De aci resultă un reflex vesical care este așa de mare, în cât la fie-care moment bolnava simte trebuință de a urina. Prima categorie formézĕ *incontenența prin regurgitare*, iar a doua *incontenența falșă prin iritațiune*.

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

Este evident că, orĭ-ce tumoră a meatuluĭ avênd puntul de plecare într'o ipertrofie a mucóseĭ ce e fórte vasculară, póte să fie însoțită de emoragie orĭ de câte orĭ suprafața sa va fi escisată ne cum ulcerată. Cu atât maĭ mult acéstă emoragie va fi pronunțată, cu cât tumora va avea caracterele clinice maligne: un sarcom și a fortiori un cancer al meatuluĭ nu va putea exista, fără o emoragie adesea îngrijitóre. Dar în afară de aceste casurĭ, emoragia constitue semnul de căpetenie al tumorilor pur vasculare, al așa numitelor emoroide uretrale. Și aci fenomenul variază în manifestațiunile sale. Une-orĭ emoragia constă în câte-va pică-

turĭ de sânge ce apar în momentul micțiuneĭ, dar maĭ ales în timpul menstruelor, provocate probabil din causa congestiuneĭ. In special la femeile gravide, afectate fiind de acest fel de tumorĭ, emoragia este maĭ pronunțată din causa jeneĭ circulatorie. Când însă, fie prin accident saŭ chiar în mod spontanat, pereții acestor tumorĭ vasculare se ulceréză, atuncĭ emoragia devine fórte abondentă, putênd chiar compromite viața bolnavelor, dacă o intervențiune energică nu va intra în joc.

Diagnosticul. In general nu e dificil. Cu tóte acestea, basându-ne numaĭ pe simptomele arătate adică pe durere, emoragie și turburările în micțiune, nu putem ajunge la o certitudine. Este decĭ necesar a recurge și la semnele obiective, adică la examinarea regiuneĭ bolnave. In adevĕr, semnele de maĭ sus sunt comune și la alte afecțiunĭ, fără să existe vre-o tumoră a meatuluĭ. Ast-fel la femee ca și la om putem observa fenomene vesicale, datorite uneĭ simple contracțiunĭ spasmodice a uretreĭ, dând nascere uneĭ disurii și polakiurie fórte pronunțate. Sunt femeĭ, carĭ maĭ ales la epocele menstruale se găsesc enorm turmentate de fenomene vesicale. Am arătat în fine, că de multe orĭ preludiul uneĭ graviditățĭ, ni se anunță prin asemenea fenomene. Maĭ este óre trebuință să menționăm că la femee ca și la bărbat, calculele vesicale recunosc aceeaș triadă ca și orĭ-ce tumoră adică: durerea, emoragia și turburările în micțiune. Trebue de asemenea menționat că diferiți corpĭ strĕinĭ, în afară de calculĭ, introdușĭ voluntar saŭ prin accident în canalul uretral saŭ băsică, aŭ iarăș aceleași simptome. Apoĭ nu trebue să uităm, că de multe orĭ dilatația uretreĭ póte provoca o inflamațiune, ce adesea rĕmâne cronică și care se însoțesce de fenomene dureróse ca emoragie și disurie.

Vedem dar, ca simplele semne subiective, dacă n'aŭ nicĭ o însemnătate, cel puțin sunt insuficiente, căcĭ aparțin la diferite alte bóle și accidente, de carĭ trebue să ținem socotélă în anamnesa bolnaveĭ, pentru a le da adevĕrata lor valóre.

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

Aci douĕ chestiunĭ ni se pun de resolvat:

I. Există o tumoră a meatuluĭ? și

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

Rĕspunsul la prima întrebare câte-o-dată e fórte ușor și nu cere nicĭ o demonstrare.

In adevĕr, privind organele genitale, când constatăm în meatul urinar un corp proeminent saŭ chiar atârnând, nu rĕmâne

nicĭ o îndoială de existența tumoreĭ. Alte dăți casul nu e așa de ușor, dacă tumora nu e manifestată prin nimic în afară, iar sediul sĕŭ fiind ascuns la o distanță mai mult saŭ mai puțin mare de meat. In acest cas, introducênd degetul în vagin și apăsând cu pulpa pe peretele sĕŭ anterior, iar prin acésta implicit pe uretră și meat, nu vom întârdia a constata un cordon fibros, de lungimĭ și grosimĭ diferite, care nu-ĭ alt-ceva de cât însăși tumora. In momentul explorațiuneĭ, adesea printr'o ușóră presiune provocăm bolnaveĭ durerĭ mai mult saŭ mai puțin pronunțate, ce vor fi în raport cu natura și volumul tumoreĭ. La rigóre, explorațiunea va fi complectată printr'o sondă uretrală; saŭ dacă avem la dispositie un aparat electric vom face cistoscopia. Mai adesea însă în practică recurgem la dilatarea uretreĭ în mod gradat saŭ extemporaneŭ, cu dilatatórele luĭ Hegar, saŭ cu pense făcute ad-hoc. Noĭ uzăm de dilatatorul luĭ Scanzzoni cu treĭ ramurĭ saŭ al luĭ Siredey cu douĕ, cu care obținem o dilatație aprópe de 3 cm. în diametru.

O dată dilatația obținută, putem cu ochiĭ liberĭ să constatăm prin simpla vedere presența tumoreĭ și puntul sĕŭ de implantație. In cas contrariŭ putem și mai bine să ne convingem, introducênd degetul — prealabil bine antiseptisat — direct în uretră, când ne vom face o idee și mai justă de tóte detaliile ce am dori.

O dată constatată presența tumoreĭ, rĕmâne a arăta natura sa.

Aci lucrul e mai delicat, dacă nu fórte dificil. De sigur, tumorile eminamente maligne ca epiteliomul și cancerul se impun de la sine, așa că diagnosticul este pus de visu mai ales când constatăm, că o asemenea tumoră e resultatul uneĭ extensiunĭ de malignitate din părțile vecine.

In regulă generală, un diagnostic absolut exact chiar dacă nu se póte face, lucrul nu constitue un mare prejudiciŭ pentru bolnavă, de óre-ce ca practică tratamentul este aprópe același: Totul se resumă în ablațiunea tumoreĭ.

Cu tóte acestea, trebue să stabilim, dacă tumora constatată este de natură ipertrofieă, glandulară, papilară orĭ vasculară.

Tumorile ipertrofice în majoritatea casurilor nu sunt dureróse, nu sângeréză și nu daŭ fenomene vesicale, afară de nu vor fi prevĕzute de escoriațiunĭ, ulcerațiunĭ, orĭ de un volum prea mare. Dar și aci trebue să arătăm dacă tumora ce constatăm provine dintr'o simplă ipertrofie, saŭ dintr'o prolabare a mucóseĭ. Dacă e vorba de o ipertrofie, tumora ni se va presenta, fie sub forma de semilună orĭ de cerc în jurul orificiuluĭ mea-

tuluĭ. Noĭ am vĕzut că în acest cas, se póte desvolta un mamelon pe marginea liberă a semiluneĭ saŭ a ineluluĭ. Alte dăţĭ tumora ipertrofică póte să créscă, să iasă afară din meat şi să constitue un adevĕrat polip. Dar orĭ-care ar fi varietatea, semnul patognomonic este că, pe una din jumĕtăţile circonferenţeĭ tumoreĭ, nu este posibil a intra cu un stilet saŭ sondă în băşică. Să ne explicăm: dacă tumora, fie ea sesilă saŭ pediculată, îşĭ are punctul de implantaţie de peretele inferior al meatuluĭ, atunci cu sonda vom intra pe jumĕtatea superióră a circonferenţeĭ sale, căcĭ acolo va exista orificiul uretral. Invers va fi lucrul, când aceeaşĭ tumoră îşĭ va avea sediul pe peretele anterior al meatuluĭ. E de prisos a maĭ descri ce se întâmplă, când tumora se va fi desvoltat pe unul din părepĭĭ laterălĭ. Faptul principal este că în tóte aceste casurĭ, orificiul meatuluĭ va fi aşezat între părétele rĕmas sănătos şi tumoră; iar când avem o ipertrofie cu totul circulară, orificiul este drept în mijloc orĭ cât de mic ar fi el.

In casul de inversiune saŭ prolaps al mucóseĭ, prin nicĭ unul din puntele periferice ale tumoreĭ nu putem intra în băşică. In adevĕr, dacă introducem stiletul saŭ sonda de jur împrejurul tumoreĭ, dăm într'un fund de sac ce nu ne permite a înainta maĭ mult. Orificiul rĕmâne tot-d'a-una central, orĭ care a fi situaţiunea şi volumul tumoreĭ.

Tumorile glandulare se recunosc prin micul lor volum, prin pediculul lor subţire, şi prin aceea că adesea au un aspect translucid şi nu sufere nicĭ o schimbare în aspectul lor, orĭ care ar fi posiţiunea ce am da bolnaveĭ.

Tumorile vasculare saŭ emoroidele uretreĭ aŭ acésta de caracteristic, că ni se presintă cu un aspect violaceŭ. Ele pot cresce de volum, fie prin comprimarea cu degetul aplicată înapoiul lor, saŭ prin staţiunea în picióre şi prelungită a bolnaveĭ. Ele sunt decĭ tumorĭ neregulate şi compresibile, adică capabile de a încerca alternative de turgescenţă şi turtire.

Ast-fel în timpul mersuluĭ, a staţiuneĭ prelungite în picióre şi chiar în momentul menstruaţieĭ, ele se umflă; din contra, în repaos, în decubitul dorsal, saŭ prin compresiunea digitală exercitată asupra lor, ele pot descresce de volum şi chiar să dispară.

Prognosticul. In general e serios, pe de o parte că aceste tumorĭ aŭ un mers lent, progresiv şi fără nicĭ o tendinţă la vindecare spontanată, iar pe de alta că însăşĭ tumorile cele maĭ benigne pot să recidiveze după ablaţiune.

Prognosticul iarăşĭ este serios prin fenomenele la carĭ daŭ

nascere, în afară de natura lor malignă. Am arătat că unele din aceste tumorĭ, chiar fiind simple ipertrofiĭ ale mucóseĭ, pot provoca durerĭ și disurie, așa încât imobilisézã cu desăvêrșire pe bolnave. Casurile când tumorile daŭ nascere uneĭ iperestesiĭ fórte întinse a organelor genitale și decĭ numaĭ permite nicĭ un raport sexual, constitue unul din factoriĭ ceĭ maĭ principalĭ aĭ sterilităţeĭ.

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

Prognosticul. Este grav pentru tumorile papilare. Adevĕrul e că există tumorĭ papilare, datorite uneĭ ipertrofiĭ a papilelor constituită de iritațiunĭ cronice; dar aceste ipertrofiĭ, în majoritatea casurilor recunosc ca punct de plecare desvoltarea unor folicuĭ tuberculoșĭ *in situ*, contra cărora orĭ-ce intervențiune adesea e fără resultat. Intre alte multe probe avem și casul nostru, citat deja în cursul acestuĭ capitol.

In ce privesce tumorile epiteliale și canceróse, gravitatea prognosticuluĭ e de prisos a fi menționată.

Tratamentul. Maĭ tot-d'a-una trebue să fie chirurgical. Aplicațiunile topice de prafurĭ astringente și caustice ca sabina, sulfatul de cupru și alte substanțe, n'aŭ dat resultat satisfăcător; de aceia azĭ sunt părăsite. Când tumorile sunt micĭ și isolate putem, după cum recomandă Guyon, să recurgem la cauterisărĭ succesive, ce vor fi repetate în maĭ multe ședințe. Remâne decĭ intervențiunea pur chirurgicală. Acésta coprinde douĕ metóde: saŭ aplicăm escisiunea simplă a tumoreĭ, când dînsa e franc pediculată; saŭ ablațiunea sa prin mijlocul de lambourĭ formate din mucósă, dacă pediculul e prea larg, saŭ tumora sesilă. Lejars recomandă excisiunea întregeĭ mucóse din jurul orificiuluĭ uretral, întocmaĭ precum lucrul se face cu extirparea tumorilor emoroidale prin procedeul luĭ Whitehead.

In casurĭ de implantațiune profundă a tumoreĭ, vom practica ablațiunea după dilatarea prealabilă a meatuluĭ. E bine ca bolnava să fie anestesiată prin cloroform, pentru a evita durerile și a lucra în mod liniscit. Noĭ respingem procedeul unora, de a practica incisiunĭ pe meat pentru a obține dilatația, căcĭ maĭ tot-d'a-una lucrul se obține cu puțină paciență și procedând în mod delicat. N'avem să ne temem de nicĭ un inconvenient, a merge

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

Un lucru trebue să avem în vedere că, ridicând tumora, să ridicăm și chiar o mică parte din mucósă, căci nu mai ast-fel ne opunem la recidivă, ce fórte adesea se arată. Ablațiunea tumorilor meatuluĭ uretral, trebue făcută înconjurându-ne de cele mai marĭ precauțiunĭ antiseptice, spre a evita accidentele de septicemie, dându-se trecerea urineĭ prin locul operat. Vom face decĭ prealabil spălaturĭ vesicale cu acid boric, iar pe dinăuntru vom da salol înainte și după operație. Incidentul la care ne putem ascepta în ablațiunea tumorilor, este emoragia, mai ales cea primitivă.

In adevĕr, după ridicarea tumoreĭ, se observă o scurgere de sânge câte odată îngrijitóre, iar alte dățĭ jenantă, mascându-ne câmpul operator. Contra acesteĭ emoragiĭ putem întrebuința compresiunea directă prin degetul vîrît în vagin și apăsând pereții uretralĭ de simfisa pubisuluĭ; după puțin timp scurgerea de sânge se opresce. Pentru a înlătura emoragia secundară, vom aplica câteva puncte de sutură pe suprafața sângerândă, resultată din ablațiunea tumoreĭ; dacă acésta nu e posibil, atuncĭ vom recurge la Paquelin saŭ galvano-cauterul. In casurĭ cu totul extreme, vom scóte întâiŭ tótă urina din bășică, iar în urmă vom introduce tampóne direct în meat și uretră, precum și alte tampóne numeróse în vagin, ca ast-fel compresiunea să se exercite din tóte părțile. In acest cas bolnava e condamnată a nu urina cel puțin 24 ore.

Pentru casurĭ escesiv de rarĭ și de carĭ de alt-fel nicĭ un autor nu vorbesce. adică când nicĭ după 24 ore emoragia nu încetéză, noĭ preconisăm ca ultimă resursă, a face o nouă tamponadă uretrală și vaginală. Dar ca aceste tampóne să póte sta în loc 2 și 3 dile, va trebui să practicăm talia ipogastrică.

In afară de aceste metóde, s'a mai propus uretrotomia în casurĭ de tumorĭ adînc situate, carĭ pot merge chiar până la gâtul bășiceĭ.

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

Legueu recomandă în tratatul sĕŭ un nou procedeŭ de uretrotomie făcută pe peretele superior. Il reproducem și noĭ întocmaĭ cum îl descrie însușĭ autorul: „Avênd să tratez o bolnavă la care uretrotomia externă era necesară, pentru a urmări până la gâtul bășiceĭ nisce polipĭ uretralĭ, am recurs la un noŭ pro-

cedeŭ, atăcênd uretra prin calea *sub simfisară* în dreptul peretelui superior (fig. 12 și 13). In primul timp o incisie concavă e dusă în dreptul vestibulului între orificiul meatului și clitoris. Uretra e deslipită cât departe posibil și până dincolo de simfisă. In al II-lea timp uretra e spintecată în sensul longitudinal pe peretele sĕŭ superior; fața internă devine în tótă întinderea accesibilă vedereĭ. Odată polipiĭ ridicați cu fórfecele saŭ termocauterul, numaĭ rĕmâne decât să cósem uretra în sens transversal și să dăm regiuneĭ prin suturĭ apropriate, conformația sa exterióră normală.

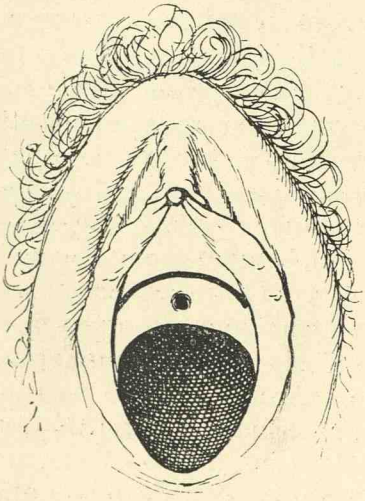


Fig. 12. Procedeul luĭ Legueu pentru uretrotomie externă. Trajectul incisiuneĭ.

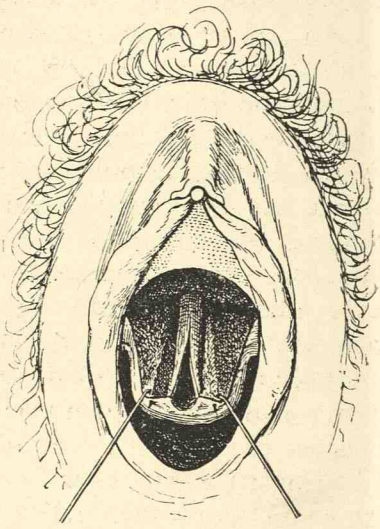


Fig. 13. Timpul al doilea. Uretra deslipită de simfisă este incisată în dreptul peretelui sĕŭ superior.

Acest procedeŭ de uretrotomie externă are între altele avantagiul de a evita fistula, în casul când reunirea nu ar reuși.

Cap. V. Despre Vulvite.

Vulvita este inflamațiunea părților ce constitue vulva, adică buzele marĭ, buzele micĭ, imenul, meatul urinar, etc. In casul când mucósa, care e comună tutulor acestor organe, e coprinsă brusc de inflamație, fie parțial saŭ în totalitatea sa, se numesce *vulvită acută simplă catarală saŭ mucósă.*

Dar în constituțiunea organelor ce formézĕ vulva, există o mulțime de glande sebacee, sudoripare și maĭ presus de tóte o glandă specială numită a luĭ Bartholin. Când inflamația se stabilesce în aceste glande, vulvita se numesce *folliculară*, nume dat de Huguier. Și după cum dînsa îșĭ are sediul în glandele sebacee, sudoripare orĭ în glandele cu mucus, ia numele de *vulvită sebacee saŭ mucipară;* iar când sediul inflamațiuneĭ este esclusiv în glanda luĭ Bartholin, vulvita pórtă numele de *Bartholinită*. In fine se maĭ descrie o vulvită particulară, datorită uneĭ erupțiunĭ însoțită adesea de gangrenă, acésta a fost numită de Parrot *vulvită aftósă*.

In rezumat avem patru felurĭ de vulvite.

I. **Vulvită simplă saŭ mucósă.**

II. **Vulvită sebacee și mucipară.**

III. **Bartholinita** și al

IV. **Vulvita aftósă și gangrenósă.**

Auvard propune în tratatul sĕŭ o altă clasificațiune, bazată nu pe sediul anatomic al inflamațieĭ ci pe acela al etiologieĭ. Ast-fel, când inflamația este secundară, adică venită în urma alteĭ bóle ne formând de cât un epifenomen, avem afaceu cu *vulvite saŭ vulvo-vaginite devteropatice.* Când însă inflamația recunósțe drept causă un agent patologic, stabilit în mod primitiv în locul unde s'a desvoltat bóla, atunci avem *vulvo-vaginitele protopatice.*

In cele devteropatice intră: Vulvitele ulceróse, aftóse, gangrenóse, diftericĕ, disentericĕ, gravidicĕ, senilă, etc.

In cele protopatice intră: Vulvitele traumatice, septicemicĕ și blenoragicĕ.

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

Modul de producțiune al vulvitelor, fie simple saŭ specifice, se face prin mijlocul a douĕ căĭ, aceia de *auto-infecțiune* și *etero-infecțiune.* In primul cas microbul există deja în organe, și nu aștéptă de cât o ocasiune pentru a se desvolta. In al doilea cas, infecțiunea este introdusă direct din afară, copleșind organele prin efracțiune. Asupra acestor lucrurĭ am insistat destul la începutul tratatuluĭ.

Noĭ admitem o clasificare mixtă, ast-fel avem:

I. *Vulvită microbică simplă*, și alta *specifică*. Prima este datorită unuĭ microb piogen ca stafilococ, streptococ etc. și póte copleși întréga mucósă; pentru acésta se și numesce vulvită mucósă. Secunda adică vul-

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

II. *Vulvite infecțióse*. Sunt datorite iarăși unor agenți specificĭ, însă de natură diferită și fără legătură cu gonococul luĭ Neiser. Aci intră vulvita aftósă, gangrenósă, difterică, tuberculósă etc. acestea constitue *vulvitele devteropatice*. După formele clinice, fie care din aceste vulvite póte să fie acută și cronică. Vom sci însă că aceste varietăți clinice se observă în special în vulvitele mucóse.

§ 1. Vulvita acută simplă saŭ mucósă (protopatică).

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

In adevĕr, întréga mucósă vulvară împreună cu buzele marĭ și micĭ, sunt coprinse de o colorațiune roșie gălbue și de o tumefacțiune une orĭ fórte mare.

Căldura se manifestă la bolnave adesea prin arsură, un fel de constricțiune, care provócă mâncărimĭ exasperante, maĭ ales în timpul mersuluĭ.

Durerea este cu atât maĭ accentuată, cu cât în urma inflamațiuneĭ epiteliul se descuaméză. In acest cas rĕmân în loc ușóre exulcerațiunĭ, ce pot degenera în adevărate ulcerațiunĭ largĭ. Și într'un cas și în altul, dînsele causézá marĭ suferințe bolnavelor, maĭ ales în momentul când urinézá și când urina atinge aceste suprafețe sângerânde.

Pe lângă aceste patru simptome, adăugăm o scurgere purulentă fórte abondentă și care de obiceiŭ e singura ce atrage atențiunea bolnaveĭ. Colórea acesteĭ scursorĭ e de un galben-verde une orĭ ca aceia de fisticurĭ.

Caracteristica vulviteĭ mucóse este de a se întinde fórte repede la întréga mucósă genitală. Astfél dacă depărtăm buzele marĭ, le găsim injectate și tumefiate; până și însuși imenul — dacă există-presintă aceleași caractere avênd o colorațiune purpurie.

Diagnosticul. Nu presintă nicĭ o dificultate, afară numaĭ când e vorba a spune dacă inflamațiunea e simplă cataralá saŭ blenoragică. Singurul criteriŭ este examenul bacteriologic. Dar nicĭ acéstă constatare nu e considerată ca un ce sigur și patognomonic, de óre-ce și alțĭ microbĭ ne patogenĭ pot să simuleze

exact pe acela al blenoragieĭ. Reproduc aci opiniunea luĭ Vibert și Bordas luată din Auvard: „Criteriul ce voește cine-va a trage din presența în puroiŭ a diplococilor, în totul asemenea cu gonocociĭ, nu e câtuși de puțin primită de bacteriologiștiĭ ceĭ maĭ competenți. Bokai, Eklund, Bockhart, Bumm declară în modul cel maĭ formal, că există în puroiul de diferite proveniențe și maĭ cu sémă în scurgerile organelor genitale ale femeeĭ, diplococĭ pe carĭ e imposibil a'ĭ deosebi de gonococĭ prin caracterele lor morfologice, nicĭ prin reacțiunile lor. Bumm, pe care îl cităm în special, pentru că el este autorul care a studiat maĭ cu îngrijire și în mod maĭ complect gonococul, descrie treĭ feluri de gonococĭ (flavus citreus, albus lacteus și albus flavus) pe carĭ nu'ĭ putem deosebi uniĭ de alțiĭ de gonococ, de cât numaĭ pe cale cultureĭ. Aplicând aceste date la medicina legală, trebue decĭ să formulăm propositiunea următóre. *Examenul microscopic al scurgerilor vulvo-vaginale nu permite nicĭ o dată unuĭ expert, să afirme că cutare vulvită este saŭ nu de natură blenoragică.*“

Dar și clinicesce lucrul e fórte greŭ de stabilit. De aceia Lawson Tait dice: Am vĕdut casurĭ unde o simplă vaginită catarală era așa de intensă, că dacă circumstanțele n'ar fi fost imposibile, aș fi considerat afecțiunea ca avênd o origină gonoreică.

Există cu tóte acestea un caracter distinctiv, ce nu se întâlnește nicĭ odată când bóla este de origină catarală: acesta este *edemul vulveĭ*. Nu dóră că vaginita prin infecțiune nu póte să existe fără edem, dar presența acestuia, este un semn aprópe patognomic a nașterei sale infecțióse. Se adaogă apoĭ că în casurile de origină simplă catarală, nu există multă durere. Simptomul principal este căldura și mâncărimea părților, însoțindu-se de o scurgere galbenă. Decĭ, cu tóte că după regulă nu trebue să emitem o opiniune generală asupra origineĭ vulviteĭ saŭ vaginiteĭ, totuși dacă în momentul inflamațiuneĭ, durerea și sensațiunea de arsură în timpul micțiuneĭ sunt prea pronunțate, și dacă la acestea se adaugă și presența de edem însoțit de o scurgere abondentă purulentă și neviscósă, e multă probabilitate că ne aflăm în fața uneĭ inflamațiunĭ gonoreice.

De sigur în stabilirea diagnosticuluĭ influențéză mult starea socială a bolnaveĭ; dar nu e maĭ puțin știut, că sunt casurĭ unde adevĕrul este ascuns din interese de familie, când cu tóte caracterele clinice nu îndrăsnim a ne emite credința ce avem. Pe de altă parte, une-orĭ din interes de a compromite pe un bărbat,

se atribue presența de vulvite catarale drept tentativă de viol, saŭ raport sexual. Aci iarăși vom fi atenți a nu ne lăsa să fim influențați. Dar noĭ nu trebue să uităm că există ómenĭ miserabilĭ, carĭ aŭ credința că pentru a se scăpa de o blenoragie, cel maĭ bun mijloc este a efectua un coit cu o virgină. Sciind decĭ a dejuca șantajul, vom căuta în acelaș timp a nu lăsa nedescoperit pe omul criminal. Dar acest lucru e de o importanță maĭ mult medico-legală de cât clinică.

Vulvita acută mucósă póte să nu rĕmâe mărginită numaĭ la aceste leziunĭ de inflamațiune superficială și simple erosiunĭ. Când procesul inflamator e fórte acut, saŭ când nu s'aŭ luat precauțiunĭ contra extensiuneĭ sale, bóla póte să copleșască părțile maĭ profunde, și să dea nascere la un adevĕrat flegmon, fie difus saŭ circumscrit al părților constitutive ale vulveĭ. Lucrul acesta formézĕ abcesul buzelor marĭ, saŭ a glandeĭ luĭ Bartholin.

Alte dățĭ putem observa o inflamațiune și maĭ întinsă, constituind perivaginita flegmonósă disecantă. Dînsa resultă din inflamația și supurația țesutuluĭ perivaginal. In fine nu e rar a observa gangrena vulveĭ și chiar a vaginuluĭ.

Vulvita cronică. Dînsa are douĕ originĭ: saŭ se stabilesce d'adreptul în mod cronic, și atuncĭ maĭ tot-d'a-una e de natură gonoreică; saŭ e consecința uneĭ vulvite acute, incomplect saŭ rĕŭ vindecată.

Casul întâiŭ se observă chiar la femeĭ caste, carĭ de o dată cu maritagiul pot fi inoculate de bărbațiĭ lor, ce încă posedă blenoragia cronică. Femeia începe a observa óre-care scursóre, puține mâncărimĭ, etc., dar cărora nu le dă multă atențiune. Dînsa adesea crede în inocența eĭ, că acestea sunt resultate inerente ale căsătorieĭ. Nu maĭ vorbim de femeile publice, la carĭ acéstă inflamațiune cronică se observă de regulă. Și într'un cas și în altul, bóla se manifestă prin fenomene fórte negative; totul se resumă în ușóre mâncărimĭ și scurgerĭ, maĭ adesea puțin abondente. Cu timpul bóla se termină prin determinarea unuĭ edem și ipertrofiĭ, maĭ ales a uneia din buzele marĭ saŭ micĭ.

Acéstă ipertrofie probabil e datorită uneĭ limfangite circumscrite saŭ inflamațiunĭ a țesutuluĭ celulo-conjuctiv sub dermic.

Dacă bóla se neglijézĕ, acéstă tumefacțiune se póte însoți de marĭ vegetațiunĭ, maĭ mult saŭ maĭ puțin numeróse, iar uneorĭ și de micĭ tumorĭ fibróse adesea pediculate, constituind moluscum pendulum.

Trebue să fim cu mare băgare de sémă a descoperi că, leziunea de care vorbim nu este sub dependința uneĭ inflamațiunĭ cronice a glandeĭ luĭ Bartholin. Vom căuta decĭ a ne convinge de acest adevĕr presând pe tumoră și observând dacă nu cumva, prin orificiul sĕŭ de escrețiune, iese una saŭ maĭ multe picăturĭ de puroiŭ. Eŭ cunosc o damă care presintă un asemenea cas fórte clasic. Dînsa spune clar că încetul cu încetul buza mare dréptă ia o crescere de volum fórte pronunțat; dar la un moment dat totul dispare prin simpla presiune. Atuncĭ se produce o evacuare de puroiŭ destul de respectabilă. Aci fără îndoială e vorba de un abces cronic al glandeĭ luĭ Bartholin.

In schimb însă, cunosc o altă femee, unde nimic din tóte acestea nu există, așa că tumefacțiunea buzeĭ o consider ca resultatul uneĭ sclerose a țesutuluĭ conjunctiv, saŭ a uneĭ limfangite cronice. La dînsa orĭ-ce manipulare pe tumoră nu o face să descrésc̆ă, păstrându-șĭ volumul care de alt-fel încă de mult este staționar. Nimic nu o genéză, de cât o ușóră mâncărime și o scurgere sero-mucósă.

§ 2. Vulvitele foliculare.

Până aci am studiat numaĭ inflamațiunea care ocupă esclusiv mucósa vulveĭ. Când însă acéstă inflamațiune se stabilesce în glandele mucóse, dînsa pórtă numele generic de *vulvită foliculară.*

Am arătat existența glandelor sebacee și sudoripare în mucósa vulveĭ, precum și existența uneĭ glande speciale numită a luĭ Bartholin.

Dacă inflamațiunea se stabilesce fie în glandele sudoripare saŭ sebacee, se numesce *vulvită foliculară propriŭ ḑisă saŭ sebacee.*

Dacă se desvoltă în glandele mucipare, formă studiată de Hamonic, dînsa pórtă numele de *vulvită mucipară.*

In fine prin *vulvită flegmonósă*, se înțelege inflamațiunea desvoltată în glanda sebacee a unuĭ folicul pilos, ce póte fi punctul de plecare al unuĭ furuncul saŭ flegmon.

Bartholinita saŭ inflamațiunea desvoltată în glanda cu acest nume, va face obiectul unuĭ capitol a parte.

Tóte vulvitele foliculare aŭ fost pentru prima óră și în mod magistral descrise de Huguier, pe care aprópe toțĭ autorĭĭ l'aŭ copiat în descrierile lor.

Acéstă afecțiune se presintă sub douĕ forme: *discretă* și *con-*

fluentă, după cum numaĭ unele din glande, saŭ tóte de odată sunt afectate.

Ca *etiologie* se atribue influența graviditățeĭ, lipsa de îngrijirĭ igienice, existența prealabilă a uneĭ eczeme, oboselile și constituțiunea grasă a femeilor, carĭ prin faptul frecăreĭ părților, aduc o iritațiune locală și decĭ desvoltarea de foliculite.

Ca *simptomatologie*, Huguier descrie în inflamațiunea foliculară a vulveĭ treĭ perióde: *de erupțiune, supurație* și *cicatrisațiune*.

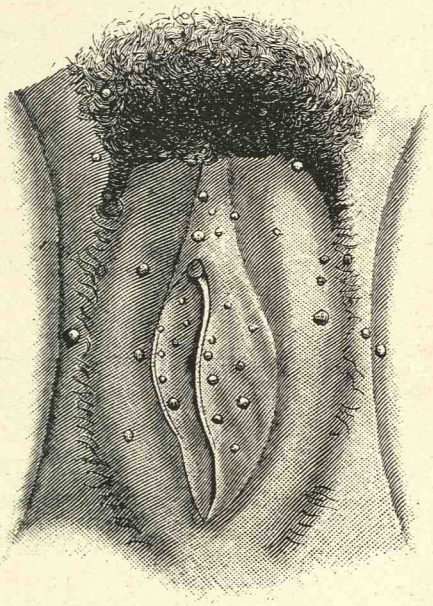


Fig. 14. Vulvită foliculară.

Perióda de erupțiune constă în aparițiunea unor micĭ ridicăturĭ de colóre roșie și de mărimea uneĭ gămălĭĭ de ac, saŭ unuĭ bob de mazăre.

Perióda de supurațiune se manifestă prin aceea, că mica ridicătură se albesce în centru, și după un scurt timp se rupe, fie spontanat, saŭ în urma mâncărimilor, permițênd să iasă câteva micĭ picăturĭ de puroiŭ. In locul lor rĕmân nisce exulcerațiĭ superficiale, iar alte dățĭ nisce ulcere ceva maĭ profunde și acoperite de cruste.

In fine ultima perióda se caracterisă prin uscarea, iar în urmă prin cicatrisarea ulceraţiunilor. Din acésta se vede, că vulvita foliculară sémănă fórte mult cu acnea sebacee. Dăm aci figura 14 luată din tratatul de Patologie, vol. VIII, unde se vede un model de cum se presintă o vulvită foliculară.

Trebue să menţionăm, că aceste foliculite nu ating tot-d'auna perióda de supuraţiune, ci rĕmân în stare de nucleĭ induraţi, persistând un timp fórte îndelungat. Eĭ pot fi punctul de plecare de erorĭ de diagnostic, luându-se drept şancăre primitive indurate, maĭ ales când foliculitele sunt discrete.

Eŭ am avut un cas tip de acéstă formă la o actriţă, unde maĭ mulţĭ confraţĭ pusese diagnosticul de sifilis. Bazându-mĕ numaĭ pe simplul fapt, că induraţiunile ce existaŭ se aflaŭ pe faţa externă a buzelor, am admis o simplă foliculită tuberósă, fără ca urmările ulterióre să mĕ fi desminţit. Adevĕrul este, că aceste vulvite foliculare, terminate prin induraţiunĭ, se observă în majoritatea casurilor pe feţele externe a buzelor marĭ, în opoziţiune cu vulvitele pur mucipare, ce se arată de predilecţiune pe faţa internă a aceloraşĭ organe. Afară de acésta ele se însoţesc de scurgerĭ mult maĭ abondente şi une-orĭ chiar de fenomene generale ca febră, exceptând simptomele locale ca sensaţiunea de căldură, arsurĭ şi une-orĭ mâncărimĭ atroce. In casurĭ rarĭ putem observa limfangite, adenite inguinale fie simple saŭ supurate.

Diagnosticul. Vulvita mucósă foliculară o recunóştem uşor, basându-ne pe simptomele descrise. Natura sa însă este greŭ de precisat.

Fórte adesea chestiunea de a stabili natura pur inflamatorie saŭ blenoragică a vulviteĭ mucóse, rĕmâne în dubiŭ. Am arătat opiniunea autorilor de marcă sciinţifică, carĭ nu se pot pronunţa în mod absolut. Singurul lucru maĭ positiv întrecând chiar descoperirea baciluluĭ şi reproducerea bóleĭ prin inoculaţiunĭ, ar fi faptul apariţiuneĭ de artrite, ce s'ar desvolta în casul când aceste inflamaţiunĭ ar fi de natură blenoragică. Se cunósce în adevĕr remarcabilele experienţe, prin carĭ s'aŭ demonstrat până la evidenţă, rĕsunetul ce-l are puroiul blenoragic asupra articulaţiilor.

In al III-lea volum al meŭ, am citat casurile luĭ Petrone şi Lapersonne. Este vorba de un arab afectat de conjunctivită fórte intensă complicată de panus. Acéstă afecţiune se tratéză prin aplicare de puroiŭ blenoragic. Nu s'a aşteptat mult şi individul a fost coprins de o artrită tipică a genunchiuluĭ. După dispariţi-

unea acestor ultime fenomene, s'a practicat inoculațiunea la cel-alt ochiŭ, pentru a se obține și aci vindecarea ca la cel dîntâiŭ. Dar și de astă dată articulațiunea genunchiuluĭ opus a fost iarăși în mod manifest coprinsă de artrită.

Acésta vorbesce maĭ mult ca orĭ ce altă experiență, de influența blenoragieĭ asupra articulațiilor. Decĭ în casul nostru, când o vulvită s'ar însoți de artrite, ar fi un indiciŭ sigur de natura sa blenoragică. Dar clinica a arătat că une-orĭ putem constata artrite și în vulvite pur inflamatoriĭ, fără ca nicĭ unul din mijlócele de investigațiune ale bacteriologieĭ să fi arătat natura sa specifică.

Pentru noĭ însă fenomenul nu remâne maĭ puțin demonstrativ; căcĭ faptul de a nu constata momentan microbul blenoragic, nu adeverește câtușĭ de puțin natura nespecifică a inflamațiuneĭ. Se scie pe de altă parte, că maĭ tóte cercetările întreprinse în acéstă privință, n'aŭ găsit nicĭ în uretră, nicĭ în liquidul estras din articulație microbul luĭ Neiser; și cu tóte acestea natura sa infecțiósă nu era maĭ puțin demonstrată.

Este azĭ stabilit că resunetul asupra articulațiilor, nu se face atât de microb cât de toxinele ce el excretă.

Și ca probă avem, că fórte adesea, artritele blenoragice se desvoltă maĭ mult la sfârșitul scurgerilor uretrale de cât în perióda lor acută. Susținem decĭ că la femeĭ, carĭ maĭ tot-d'a-una sunt afectate de blenoragiĭ cronice, microbul rĕmâne ascuns în diferitele cripte și acinĭ glandularĭ, fără ca prin nimic să-șĭ manifeste existența lor. In acest cas, e destul ca cea maĭ anodină inflamațiune, ce s'ar adăoga la organele genitale externe ale femeieĭ, să constitue ocasiunea favorabilă a desvoltăreĭ microbuluĭ specific. Atuncĭ microbul, saŭ cel puțin toxinele sale, putându-se introduce în organism, devin capabilĭ să aibă un rĕsunet asupra articulațiilor.

Conchidem prin urmare, că la o femee atinsă de vulvită, orĭ cât de inocentă ar părea, și orĭ cât posițiunea sa socială și aspectul clinic s'ar opune, din momentul însă când acéstă inflamațiune se complică de artropatiĭ, putem cu siguranță să spunem că aci este în joc elementul blenoragic, fie el inoculat în mod direct prin coit, saŭ prin intermediul degetuluĭ, rufelor, etc.

Dar iată unul din casurile cele maĭ demonstrative ce am putut observa:

Am fost chemat de un student în medicină să vĕd pe un cumnat al sĕŭ, care 'mĭ spunea că suferă de reumatism. Exa-

minându'l de aprópe, arĕt că etiologia acestuĭ reumatism este specifică, grație presenței uneĭ blenoragiĭ acute ce bolnavul evita să declare. După cât-va timp, studentul 'mĭ arată unul din copiĭ sĕĭ, și anume o fată de 3 anĭ, asupra căreia constat o scurgere. Peste câte-va zile însă, copila e coprinsă de artrită a genunchiuluĭ fórte acută. Făcênd ancheta, descoper că fetița era pusă cu ședutul, pentru a urina, în acelaș vas în care bolnavul nostru își făcea și el trebuința. Copila s'a inoculat, a căpătat o violentă blenoragie, ce nu a întârziat să se complice de artrită.

§ 3. Inflamațiunea glandeĭ luĭ Bartholin — Bartholinita.

Nu maĭ revenim asupra constituțiuneĭ și sediuluĭ acesteĭ glande, asupra căreia am insistat, când am vorbit de kiștiĭ buzelor marĭ. Spunem numaĭ că fórte adesea, microbul blenoragieĭ se póte stabili d'adreptul în acéstă glandă, formând ceia ce deja am arătat — inflamațiunile protopatice. In adevĕr, blenoragia este causa obicĭnuită a acesteĭ inflamațiunĭ, de care femeea este atinsă în momente de raporturĭ sexuale, în mod ilicit saŭ conjugal.

Am arătat deja predilecțiunea acestuĭ microb specific, de a se stabili în interiorul glandelor, saŭ a tuburilor sale escretoriĭ. Sänger a insistat fórte mult asupra uneĭ areole inflamatoriĭ, aflată în jurul canaluluĭ escretor al acesteĭ glande, numită de dînsul *macula gonoreică*. Dînsa nu este alt-ceva de cât vestigiul uneĭ acțiunĭ persistente și continue a agentuluĭ specific, prin care bóla se propagă și determină afecțiunea ce ne ocupă. Nu tóte bartholinitele însă sunt exclusiv blenoragice. Herbst deosibesce o bartholinită blenoragică adevĕrată, o alta produsă de microbĭ piogenĭ și o a treia în care stafilocociĭ se desvoltă în urma infecțiuneĭ gonococice. La rêndul sĕŭ Dujon în teza sa, a găsit în 14 bartholinite de 9 orĭ gonococul; în cele-l'alte casurĭ puroiul conținea coli-bacilul, stafilococul și streptococul.

Se admite o inflamațiune primitivă a conductuluĭ excretor al glandeĭ, și o alta consecutivă, propagată de la acésta către corp. După Herbst, leziunile cele maĭ întinse ar fi acelea din conductul excretor al glandeĭ. Alte datĭ însă putem observa bartholinite primitive, în afară de inflamațiunea prealabilă a canaluluĭ sĕŭ escretor.

Când lucrurile rĕmân aci, fenomenul cel maĭ mare ce putem observa, este o tumefacțiune edematósă a buzeĭ marĭ, însoțită de durere, iradiindu-se către pubis de o parte și perineŭ de alta.

Dar adesea procesul morbid se termină prin supurațiune, formând abcesul glandeĭ vulvo-vaginale. In acest cas fenomenele generale ca febra, accelerarea pulsuluĭ și restul cortegiuluĭ supurațiuneĭ, sunt tot-d'a-una constante. In plus durerile sunt mult maĭ violente, putêndu-se propaga la ischióne, perineŭ și în direcțiunea rectuluĭ. Cele maĭ micĭ mișcărĭ măresc suferințele, ast-fel

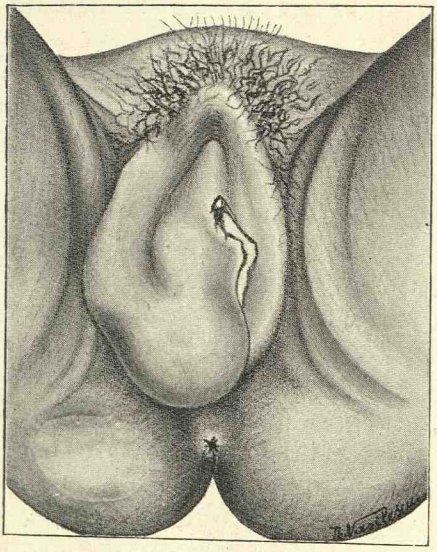


Fig. 15. Tumoră supurată a glandeĭ luĭ Bartholin. (Personală).

că bolnava e menținută într'un repaos și imobilitate forțată. Buza cea mare e coprinsă de o tumefacțiune cu atât maĭ voluminósă, cu cât și țesutul periglandular va fi copleșit de inflamațiune. Dăm aci figura 15 luată din serviciul meŭ, unde se vede un model de abces al glandeĭ vulvo-vaginale.

Când nimic nu intervine și prin urmare procesul inflamator se lasă la mersul sĕŭ liber, atuncĭ abcesul se póte deschide în mod spontanat prin unul saŭ maĭ multe orificiĭ, comunicând unele cu altele prin tot atâtea traecte fistulóse. Dacă ne reamintim dispositiunea, câte o dată așa de capriciósă a glandeĭ luĭ Bartholin, representată prin aciniĭ și foliculiĭ sĕĭ eraticĭ, lesne ne esplicăm formarea acestor fistule, cu drept cuvînt exasperante pentru bolnavă și tot atât de plicticóse pentru chirurg. In adevĕr, pentru a di-

struge trajectele, trebue nu numaĭ perseverență dar chiar sacrificărĭ de țesuturĭ, dacă nu însăși ablațiunea întregeĭ buze marĭ, dându-se diformitățile ce asemenea cicatrice determină, producênd depresiunĭ mamelonate saŭ în pâlnie, și refusându-se orĭ-căreĭ descripțiunĭ. Aceste intervențiunĭ sunt cu atât maĭ legitimate cu cât abcesul glandeĭ, insuficient deschis și lăsat la mersul sĕŭ natural, este punctul de plecare al unor abcese acute, determinând cunoscutele abcese prin repetițiune. Ele nu sunt alt-ceva de cât resultatul unor retențiunĭ de puroiŭ în anfractuósele fistule, ce formézĕ un adevĕrat labirint de găurĭ și trajecte, coprinḑênd buzele marĭ. La cea maĭ mică inflamațiune supra-adăugată, saŭ a unor retențiunĭ de puroiŭ, abcese de nouĕ formațiune se pot ivi și vor aduce cu dînsele desperarea bolnaveĭ.

Când bartholinita a atins maximul desvoltăreĭ sale, determinând abcesul glandeĭ, tegumentele buzeĭ marĭ sunt coprinse de o umflătură fórte mare, mergênd până la furculiță și atingênd volumul unuĭ oŭ de găină. Fluctuațiunea devine atuncĭ manifestă, iar deschiderea fie spontanată, fie provocată, dă nascere la ieșirea unuĭ puroiŭ de odóre fórte fetidă.

Trebue să menționăm că une-orĭ bartholinita în loc de a se termina prin supurațiune, determină o inflamațiune cronică și dă nascere la indurațiunĭ persistente a glandeĭ.

Diagnosticul abcesuluĭ glandeĭ vulvo-vaginale, în general nu e dificil. De sigur putem întâlni abcese stercorale în buza mare datorite uneĭ erniĭ strangulate. Putem iarăși întâlni un abces osifluent; dar în aceste casurĭ nu numaĭ antecedentele, ci și starea locală care e mult maĭ întinsă, ne vor face a descoperi adevĕratul diagnostic.

In general bartholinita supurată se diagnosticézĕ după sediul sĕŭ, reservându-ne însă posibilitatea afecțiunilor deja menționate. Partea cea maĭ principală concernând acéstă afecțiune în ea însăși, este a stabili dacă abcesul se află în conductul escretor saŭ în însăși corpul glandeĭ. Abcesul glandeĭ formézĕ o tumoră în buza mare, făcênd relief maĭ ales la fața sa esternă. Dînsa se apropie de ramura ischionuluĭ și e mult maĭ departe de orificiul vaginuluĭ. Abcesul canaluluĭ escretor dă o tumoră, care se întinde și copleșesce maĭ mult buza cea mică, presentând ea însăși o formă particulară. Acéstă tumoră face maĭ mult relief la fața internă a buzelor micĭ, fiind cu atât maĭ mult apropiat de intrarea vaginuluĭ.

Prognosticul şi tratamentul vulvitelor în general.

Prognosticul vulvitelor depinde de causa ce le-a dat naştere.

Vulvitele mucóse pur inflamatorii aŭ un prognostic incomparabil mult mai favorabil de cât a celor infecţióse. Cu tóte acestea chiar şi vulvitele simple pot deveni destul de serióse, nu atât prin natura lor cât prin gradul leziunilor ce aŭ produs. In adevĕr vulvitele simple neglijate pot fi punctul de plecare nu numai al unor exulceraţiuni, dar cu timpul să determina adevĕrate ulceraţiuni întinse şi profunde, cerând un timp adesea îndelungat pentru vindecarea lor. Şi dacă la acésta mai adăugăm o stare de denutriţiune rea, influenţa uneĭ diateze scrofulóse orĭ tuberculóse, etc. acele ulceraţiuni se pot perpetua, saŭ în casul cel mai uşor se vindecă cu cea mai mare dificultate. Prognosticul vulvitelor cronice este iarăşi destul de serios prin leziunile ce produc şi pe carĭ le-am arătat.

In adevĕr acele edemurĭ cronice, acea stare sclerósă a părţilor, formézĕ leziuni aşa de rebele, în cât se pot impune drept tumorĭ maligne; prin urmare intervenţiuni serióse şi grave.

Dar dintre tóte vulvitele, cele blenoragice aŭ prognosticul cel mai sombru.

Noĭ am arătat predilecţiunea microbuluĭ blenoragic, de a fugi de la suprafaţa mucóselor, căutând a se stabili în criptele şi în interiorul glandelor cele mai profunde. Retras aci, el e fórte greŭ de atacat, aşa că lăsând la o parte diferitele lesiuni ce dînsul produce mai rĕmâne faptul că vulvita blenoragică mai nicĭ odată nu se vindecă, microbul sĕŭ fiind aşa de profund ascuns. De aci urmézĕ că, femeia odată atinsă de acéstă afecţiune, dînsa continuă va fi bolnavă, căcĭ continuă se vede atinsă de recidivă atuncĭ când credea că a scăpat. Şi acéstă lesne se esplică dacă ne reamintim, că sediul de predilecţiune al microbuluĭ e glanda vulvo-vaginală, meatul urinar şi gâtul uteruluĭ.

Prin urmare la fie-care moment femeea este espusă a se infecta prin auto-inoculaţiune, căcĭ la fie-care moment picăturĭ de puroiŭ infectant trece prin vulvă, prin meat, prin col şi glanda vulvo-vaginală.

Tratamentul vulvitelor variază după cum ne aflăm în presenţa uneia cronică, acută orĭ specifică. Pe lângă acésta tot-d'a-una trebue să ne aşteptăm că vom fi chemaţi a trata mai mult complicaţiunile la carĭ daŭ nascere aceste bóle, de cât pe ele însăşĭ.

Adesea bolnavele nu recurg la medic de cât pentru fenomene de cistită, bartholinită saŭ diferite alte abcese.

Ca regulă generală şi conform principiilor de patologie, cel d'întâiŭ lucru ce vom căuta a obţine în tratamentul vulvitelor acute, este separarea părţilor imflamate unele de altele. Obţinem acésta, după ce prealabil am spălat cu o soluţie antiseptică părţile imflamate, interpuind între dînsele o bucată de tifon obicinuit iodoformat; diferite prafurĭ, ca acid boric fin pulverisat, praf de iodoform, salol, etc. Recomandăm o precauţiune: dacă facem spălăturĭ cu sublimat, să ştergem bine locul pentru a nu pune imediat iodoform, căcĭ acesta în contact cu sublimatul, formézĕ un biiodur de mercur, care provócă nisce usturimĭ teribile bolnaveĭ. Maĭ putem întrebuinţa cu mult folos boluri vaginale, formate din aristol, tanin etc. pe carĭ le vom lăsa în vagin, unde topindu-se formézĕ un mediŭ antiseptic permanent.

Tampónele cu glicerină iarăşĭ sunt de recomandat, avênd o proprietate descongestionantă fórte puternică.

Printre liquidele maĭ întrebuinţate vor fi sublimatul în proporţiune de $^1/_{2000}$ şi chiar $^1/_{4000}$. Dosa de $^1/_{1000}$ irită mucósa şi trebue evitată, maĭ cu sémă că în timpul spălăturilor liquidul póte atinge meatul urinar, şi să dea ast-fel nascere la fenomene cistice fórte desagreabile.

In cazul când vulvitele se complică de turburărĭ vesicale, recomandăm băile calde de şedut simple saŭ cu tărâţe, căcĭ uşuréză mult pe bolnave.

In acelaş timp vom da la interior băuturĭ emoliente şi alcaline, în special bicarbonat de sodă, apa de Vichy, etc.

Dacă vulvita e însoţită de bartholinită supurată, saŭ de un alt abces, nu maĭ este loc de nicĭ o esitare: trebue să recurgem imediat la deschiderea largă şi antiseptică a focaruluĭ purulent. In acest cas nu vom maĭ lua în considerare dacă femeia e gravidă, căcĭ aci n'avem să maĭ discutăm chestiunea — precum se face în casurĭ de ridicarea altor tumorĭ — de témă a nu provoca avort.

Tratamentul vulvitelor cronice e mult maĭ greŭ de stabilit, căcĭ edemul şi induraţiunile, resultând din sclerosarea părţilor saŭ limfangitelor cronice, e tot ce póte fi maĭ rebel.

Vom recurge însă şi aci la îngrijirĭ igienice perfecte şi de antisepsie severă, adăogând în acelaş timp aplicaţiunĭ de unguente cu reputaţiunĭ emoliente şi fondante, în special unguentul cinereŭ, băĭ calde prelungite, etc., etc.

Noĭ am arătat că aceste imflamaţiunĭ cronice daŭ nascere la

ipertrofiĭ și chiar tumorĭ fibróse, contra cărora nu ne rĕmâne alta de cât ablațiunea lor.

Vulvitele blenoragice cer un tratament mult maĭ energic și persistent. Aci trebue să fim cu multă atențiune și să ne ferim de mijlóce, carĭ în aparență ar părea eficace, pe când în realitate pot deveni desastróse. In timpul perióderĭ acute a vulviteĭ blenoragice, vom evita cu orĭ ce preț, a recurge imediat la spălăturĭ vaginale chiar cu liquidele cele maĭ antiseptice. Prin acéstă manoperă putem împinge microbiĭ în vagin și ast-fel să-ĭ inoculăm în gâtul uteruluĭ, în cavitatea sa, daca nu chiar în anexe, și să dăm nascere la metrite, salpingite și însușĭ salpingo-ovarite. Acelașĭ lucru vom zice de întrebuințarea specululuĭ, pe care iarășĭ îl vom evita, ca putând provoca aceleașĭ accidente. Vom începe decĭ printr'un tratament antiseptic pur local; și numaĭ după încetarea perióderĭ acute, vom procede cu multă precauțiune la injecțiunile vaginale.

Vulvita blenoragică trebue îngrijită cu cea maĭ mare seriositate și perseverență, nu numaĭ în interesul propriŭ al bolnaveĭ — pentru a evita stabilirea microbuluĭ în criptele și fundurile de sac glandulare — dar chiar și din punctul de vedere social. O femee cu vulvită blenoragică rĕŭ vindecată și devenită cronică, póte să infecteze orĭ când pe un bărbat la primul raport sexual.

Complicațiunile din partea băsiceĭ și a celor-l'alte părțĭ a organelor genitale externe, vor fi tratate după tóte principiile chirurgicale. Cât privesce complicațiunile interne ale organelor genitale ca endometritele și anexitele, acestea vor face subiectul unor capitole și studiĭ speciale.

§ 4. Leziunile secundare saŭ defteropatice ale vulveĭ.

I. *Vulvita aftósă.*

Cel d'întâiŭ e Parrot care în 1881, a arătat desvoltarea unor inflamațiunĭ ale vulveĭ, luând repede un caracter gangrenos și aparând în urma febrelor eruptive, în special rugeola. Dînsul a numit-o **vulvita aftósă.** Maĭ este încă cunoscută sub numele de vulvita ulcerósă, difteroidă și gangrenósă, tóte numirĭ trase din diferitele forme și aspecte ce ia bóla. In adevĕr, începutul bóleĭ se manifestă prin aparițiunea de marĭ vesicule, de o colóre alb cenușie saŭ galbenă. După aceia vesiculele se sparg și daŭ loc la

mici plăci rotunde, cari la rîndul lor se transformă în adevărate gangrene totale a vulvei. In general vaginul este respectat.

II. *Vulvita gangrenósă.*

Vulvita aftósă, de și se póte termina prin gangrenă, totuși nu trebue confundată cu o altă formă de vulvită gangrenósă, ce apare în special în urma febrei tifoide. In adevĕr, pe când în vulvita aftósă gangrena rĕmâne ca o complicațiune, aci din contra constitue elementul principal și esența însăși a bólei. De aceia atât simptomele cât și mersul sunt cu totul diferite una de alta.

In vulvita aftósă, fenomenele generale aprópe lipsesc, și în ori-ce cas nu se manifestă de cât în momentul aparițiunei gangrenei ca complicație. In gangrena propriŭ dișă a vulvei de natură tifică, fenomenele generale sunt de o intensitate fórte mare, caracterisate prin febră intensă, limba uscată, prostrație și adinamie, etc. Pe lângă acésta, mersul are o tendință copleșitóre, căci mai adesea gangrena se întinde nu numai pe tóte părțile constitutive ale vulvei, dar coprinde și vaginul precum și întregul perineŭ. Din acéstă causă distrugerile devin colosale, iar repararea țesuturilor se face pe socotéla unor diformități fórte mari, dând loc la atresia organelor genitale, la crearea de fistule, etc.

Acéstă vulvită gangrenósă numită încă și *noma pudendi*, este deci de un prognostic fără comparație cu vulvita aftósă, căci se termină mai adesea prin mórte.

Tratamentul local constă în aplicarea de antiseptice și îngrijiri igienice, iar la interior administrare de tonice. Vom avea atențiunea atrasă asupra posibilității de presența zahărului în urină, căci fórte adesea aceste gangrene ale vulvei sunt sub dependența diabetului.

III. *Vulvita difterică.*

Acésta se deosibesce în totul de varietatea aftósă saŭ difteroidă, din causă că aci nu mai e vorba de aspect, ci de legătura strînsă între acéstă imflamațiune și microbul difteric. In adevăr, difteria vulvei este o afecțiune manifest secundară, în urma unei difterii a laringelui, saŭ a aplicărei directe a agentului specific pe organele genitale. Bóla se manifestă prin aparițiunea de plăci albe, având o colorațiune cenușie și acoperite de o pseudo-membrană,

de desuptul cărora ridicându le, găsim adevărate ulcerațiuni. Acéstă vulvită difterică are și dînsa un mers copleșitor, putêndu-se întinde pe tótă vulva și vagin.

In fine s'a observat și o altă formă de vulvită numită *disenterică*. Ea apare în urma disenterieĭ. Dînsa se atribue uneĭ inoculațiuni directe a aceluiașĭ microb aplicat asupra organelor genitale externe. Bóla e caracterisată prin aparițiunea unor cruste subțirĭ de o colóre galbenă cenușie, putând lăsa și ele în loc suprafețe ulcerate.

Cap. VI. Afecțiunile neoplasice maligne ale vulveĭ.

S'a căutat a se da o descripțiune separată tutulor bólelor ce presintă un caracter malign, precum e tuberculosa, lupusul, epiteliomul, cancerul, etc. Astădĭ însă s'a constatat prin examenele istologice și bacteriologice, că fie-care din aceste bóle pot în anumite perióde a desvoltăreĭ lor, să reproducă o afecțiune deja veche și care atrăsese atențiunea autorilor în special a luĭ Huguier. Dînsa e cunoscută sub numele de esthiomen, din ἐσθίειν = a mânca, a róde. In adevĕr, fie-care din bólele menționate pot să ia acest caracter fagedenic și distructor, aducând nisce pierderĭ înspăimântătóre a organelor genitale, prin întinderea și adâncimea leziunilor ce produc.

Aceste leziunĭ ocupă în special regiunea vulvo-anală. Ca aspect general, bóla ni se presintă sub forma unor ulcerațiunĭ une-orĭ întinse maĭ mult la suprafață, alte dățĭ maĭ mult în adâncimĭ, saŭ în fine ca adevărate ipertrofiĭ, avênd tóte formele cele maĭ neregulate și stând pe o indurațiune fórte mare a țesuturilor. Esthiomenul, în mijlocul acestor distrugerĭ, se însoțesce de nisce scurgerĭ purulente murdare, ichoróse, iar tótă regiunea bolnavă e coprinsă de o colorațiune roșie violetă.

Cercetările moderne aŭ arătat după cum am spus, că acéstă afecțiune numită esthiomen nu este o bólă unică, ci o asociațiune de alte bóle de natură și etiologie cu totul separată—*esthiomenul mixt*. Ast-fel une-orĭ esthiomenul este datorit unor leziunĭ speciale cunoscute în elefantiasis; alte dățĭ dînsul se datoresce leziunilor specifice ale tuberculoseĭ saŭ lupusuluĭ, și în fine în unele casurĭ s'a vĕdut, că nu era vorba de cât de un epiteliom tubulat. Lucrul nu este imposibil după noĭ, ca nisce asemenea leziunĭ să fie provocate și în urma unuĭ sifilis inveterat și neglijat.

Orĭ cum ar fi, s'a stabilit din punctul de vedere clinic, treĭ forme de esthiomen:

I. **Esthiomen eritematos.** Acéstă primă varietate sémănă mult cu lupusul eritematos al nasuluĭ saŭ al feţeĭ. Vom avea decĭ o coloraţiune roşie vinósă a părţilor din regiunea vulvo-anală, unde putem observa uşóre descuamaţiunĭ, însoţite une-orĭ şi de mâncărimĭ. Alte dăţĭ pe aceeaşĭ regiune putem observa micĭ ridicăturĭ mamelonate, maĭ mult saŭ maĭ puţin rotunde, păstrând colórea normală a tegumentelor. Aceştĭ micĭ tuberculĭ câte odată sunt fórte discreţĭ, alte dăţĭ ceva maĭ confluenţĭ, fiind separaţĭ între dînşiĭ prin porţiunĭ de tegumente cu totul sănătóse. Mărimea acestor tuberculĭ, ce pot fi ca gămălia de ac saŭ bob de mazăre, sunt aşezaţĭ sub piele întocmaĭ ca nisce alice şi mult timp rĕmân cu o consistenţă tare; maĭ târziŭ însă vîrful se ramolesce, crapă şi dă nascere unor micĭ exulceraţiunĭ. Lucrul lăsat la mersul sĕŭ, fie-care tubercul produce o ulceraţiune separată, saŭ reunite maĭ multe la un loc. Forma lor este circinată, avênd mărginele neregulate, ca mâncate de şórecĭ. Adesea centrul acestor ulceraţiunĭ se cicatriséză pe când mărginele se întind, probabil prin inoculaţiune, dând nascere la noĭ suprafeţe ulcerate. Acéstă formă se numesce:

II. **Esthiomen tuberculos saŭ serpiginos.** Nu încape îndoială că atât esthiomenul eritematos şi tuberculos este sub dependinţa baciluluĭ tuberculoseĭ, fie inoculat direct saŭ ca un resunet secundar al infecţiuneĭ organismuluĭ.

In adevĕr din descrierea şi caracterele clinice, ni se arată evoluţiunea foliculilor tuberculoşĭ, desvoltaţĭ pe tegumente saŭ mucóse: este aceeaşĭ leziune pe care o constatăm pe piele, pe limbă, buze şi faţa internă a obrazuluĭ, etc. De şi nu avem probe convingătóre, credem însă că în unele casurĭ, sifilidele saŭ tuberculele cutanate sifilitice pot da nascere aceloraşĭ varietăţĭ de esthiomen, căcĭ şi ele pot să ia, maĭ mult ca cele tuberculóse, caracterul de a da nascere unor suprafeţe ulcerate numite serpiginóse.

Orĭ cum ar fi, aceste douĕ prime varietăţĭ de esthiomen, sunt cele maĭ benigne posibile, în oposiţie cu ultimele douĕ ce aŭ o gravitate din cele maĭ marĭ.

III. **Esthiomen perforant.** Acesta este caracterisat prin aceea că ulceraţiunile, în loc de a se întinde maĭ mult în superficie şi cu tendinţă la cicatrisare spontanată, din contra aŭ un mers progresiv şi iresistibil către adâncime. Acéstă ulceraţiune cu caracter fagedenic, se desvoltă de preferinţă pe mucósa buzelor marĭ saŭ micĭ.

Dînsa se însoțesce repede de o tumefacțiune dură a părților copleșite, carî prin crescerea lor de volum astupă intrarea organelor genitale, așa în cât pentru a descoperi ulcerațiunea trebue să depărtăm aceste părți tumefiate; și încă chiar atunci, cu multă greutate putem descoperi ulcerația, ce este cu totul profund situată. Forma acésta adesea este datorită unor ulcerațiuni, de natură cancerósă. In orî ce cas distrugerile se fac de dinăuntru în afară, așa că la un moment dat întréga regiune vulvo-anală este perforată, iar părțile de prin prejur mâncate; resultatul este o vastă ulcerație în formă de cloac, unde și păretele recto-vaginal este cu totul distrus.

IV. **Esthiomen cu forma ipertrofică.** Aci bóla se caracterisă printr'o crescere deměsurată de volum a părților genitale, putând copleși buzele marî, buzele micî, clitorisul, etc. Fenomenul caracteristic este o tărie lemnósă a organelor, însoțindu-se icî colea și de alte ipertrofiî secundare, unele maî neregulate ca altele. Forma acéstă aparține maî mult elefantiasuluî, despre care am vorbit pe larg în volumul al II-lea.

Diagnosticul. In general e fórte greŭ a arăta în mod precis care a nume bólă a dat nastere esthiomenuluî. Singurul examen istologic și bacteriologic ne póte ajuta întru ceva, de óre ce clinicesce lucrul e fórte dificil. Vom căuta însă a ne reaminti posibilitatea unuî ulcer sifilitic fagedenic, saŭ a unor leziunî secundare inveterate și neglijate.

Vom cerceta cu de amănuntul starea diatesică și antecedentele bolnaveî, pentru a descoperi diatesa sa tuberculósă. Vom examina cu multă atențiune forma ulceruluî și starea ganglionilor inguinalî, carî cu atât vor fi prinșî, cu cât ulcerațiunea va fi de natură cancerósă. In casurî dubióse, nu este nicî un inconvenient a întreprinde ca încercare un tratament antisifilitic, saŭ antituberculos.

Prognosticul tot-d'a-una e grav, nu numaî prin persistența și întinderea leziunilor, dar și prin aceea că în casurî chiar favorabile, vindecarea se obține pe socotéla unor diformitățî fórte marî.

Tratamentul. In prima linie vom căuta a ne opune cu orî-ce preț la întinderea ulcerațiunilor. Pentru acésta s'a avut recurs la tóte felurile de cauterisațiunî, ca paste de cloruri de zinc, potasă caustică, acid fenic concentrat, saŭ injecțiunî în jurul părților copleșite, etc. Dacă bănuim, saŭ se demonstréză natura tuberculósă a esthiomenuluî, putem recurge la scarificațiunî, carî aŭ dat destul de bune resultate în tratamentul lupusuluî, constituind metóda luî Balmano-Squire vulgarisată în Franța de Vidal.

In casurĭ de esthiomen canceros, tratamentul chirurgical devine maĭ dificil, de óre-ce vom fi obligaţĭ a ridica părţĭ fórte întinse, plus estirparea de ganglionĭ pentru a preveni recidiva.

Când avem a face cu esthiomen ipertrofi c, metóda luĭ Huguier care constă în ablaţiunea buzelor, dă cele maĭ bune resultate. In casul acesta vom lua precauţiunĭ contra emoragieĭ, asigurând emostasa, fie prin aplicare de pense lungĭ cu lame paralele puse, la basa tumoreĭ — procedeul luĭ Cheron — saŭ după metóda nóstră, aplicând prealabil puncte de suturĭ sub intrante.

Inainte şi chiar după operaţie nu vom neglija tratamentul general, pe care îl vom institui conform diateseĭ ce am constatat saŭ bănuit.

Am avut un singur cas de esthiomen în spitalul Colţea, pe care 'l am operat, făcênd ablaţiunea complectă a buzeĭ marĭ stângĭ, prin aplicare prealabilă de suturĭ sub intrante la basa organuluĭ, Resultatul a fost perfect, dar după un an bóla a recidivat.

Cap. VII. Kraurosis vulvae.

După ce am trecut în revistă tóte procesele morbide ale vulveĭ, ne rĕmâne a ḑice câte-va cuvinte despre acéstă afecţiune fórte rară, pe care mărturisim nu am întâlnit-o nicĭ o dată. De alt-fel o descripţiune clinică clară lipsesce, tocmaĭ din causă că nu există în sciinţă de cât icĭ colea câte-va observaţiunĭ.

Acest nume a fost dat de Breisky în 1885. Leziunile anatomice ca şi sediul sĕŭ încă nu sunt bine determinate. După Lawson Tait — care susţine că el cel d'întâiŭ care a observat acéstă bólă — leziunea ar consta într'o atrofie particulară a buzelor micĭ. Totul este limitat la mucósa feţeĭ interne a acestor organe, lăsând intacte buzele marĭ saŭ vaginul, şi ne ridicându-se maĭ sus de vestibul.

Insuşĭ Breisky caracteriséză bóla prin absenţa aparentă a buzelor micĭ, tegumentele trecând de la muntele Venus la meatul urinar, pe de desuptul clitorisuluĭ, fără să formeze replice de mucósă. Se observă câte o dată o bandă cicatricială pe linia mediană a vestibululuĭ.

Martin în tratatul sĕŭ, descrie sub numele de Kraurosis Vulvae, o bólă cu totul specială a întreguluĭ tegument vulvar. Pielea şi mucósa ce acopere buzele marĭ şi buzele micĭ, perineul şi orificiul vaginal, se atrofiază, se usucă; dînsa ia un aspect

alb sidefiŭ și se acopere de un strat gros de celule epidermice. Numĕrul foliculelor sebacee este micșorat, corpul papilar devine grăunțos, țesutul conjunctiv se sclerosézĕ: pielea însăși se găsesce întinsă, așa în cât e destul simpla presiune a degetuluĭ esplorator, pentru a provoca rupturĭ profunde.

Dar iată maĭ în detaliŭ modul de aparițiune al acesteĭ bóle după Lawson Tait: Dacă depărtăm buzele cele micĭ, constatăm pe mucósa lor douĕ saŭ treĭ pete roșcate, a cărora colóre variézĕ de la roșŭ cărămiziŭ la roșu purpuriŭ intens. Ele sunt estrem sensibile la pipĭit, și maĭ ales dacă cazul este cronic, constatăm că ele sunt ușor ridicate d'asupra mucóseĭ normale. După cât-va timp aceste pete pot să dispară pentru a reapare aiurea, luând ast-fel caracterul serpiginos. In mod lent dar progresiv, tótă mucósa micilor buze este copleșită. Cu timpul, din causa acestor retracțiunĭ cicatriciale, intrarea vaginuluĭ se strimtoréză așa de mult, în cât abia permite introducerea degetuluĭ, chiar dacă bolnava a avut maĭ mulțĭ copiĭ. Leziunea acesteĭ misterióse afecțiunĭ, ar consta după cercetările microscopice ale luĭ Lawson Tait, într'o disparițiune aprópe complectă a tutulor țesuturilor, în locurile copleșite de petele sus descrise. Numaĭ câte-va fibre, dice acest autor, rĕmâne din tóte țesuturile. De aci resultă că pereții capilarelor și epiteliul superficial, se găsesc aprópe fără nicĭ o protecțiune. Orĭ ce urmă de țesut și de glandă a dispărut. Impregnațiunea cu clorur de aur a arătat de asemenea, că firele nervóse aflate pe lângă capilare sunt fără protecțiune. Aceste constatărĭ microscopice adaogă autorul, sunt pe deplin suficiente a esplica cele treĭ caractere clinice ale bóleĭ adică, *durerea cea mare, vascularitatea cu totul anormală a petelor cu tendința a sângera, și în fine contracțiunea saŭ maĭ bine dis retracțiunea tutulor țesuturilor, grație persistenței fibrelor conjunctive.* In definitiv, bóla ar consta într'o atrofie progresivă a întregeĭ mucóse.

Ultimele țesuturĭ atinse sunt capilarele și fibrele nervóse. Când acéstă atrofie și-a terminat evoluția sa, durerea încetéză, roșața dispare. Dar atuncĭ, din organele genitale nu ne rĕmâne ca mărturie de cât un orificiŭ vaginal așa de strîmt, în cât ne vine greŭ a crede pe bolnave, spunêndu-ne că aŭ făcut maĭ mulțĭ copiĭ. De alt-fel cercetările luĭ Breisky coroboréză cu cele precedente. Acest autor a găsit și dînsul că țesuturile afectate aveaŭ o aparență cicatricială, iar că fibrele conjunctive eraŭ reunite în fășiĭ paralele, în loc de a avea aparența lor ondulată obicĭnuită.

Papilele sunt fórte inegale, mai tóte micĭ; reţeaua luĭ Malpighi cu totul subţiată. Nu s'a putut descoperi nicĭ o glandă sebacee şi nu rĕmase de cât unele vestigiurĭ de glande sudoripare (Lawson Tait).

Dar leziunile pot să mérgă maĭ departe. Clitorisul rĕmâne ascuns de tegumente, saŭ situat de desubtul uneĭ micĭ depresiunĭ rotunde; mucósa de sub uretră póte să fie trasă şi să formeze ca un fel de îndoitură transversală. Consecinţa acesteĭ atrofiĭ este o stenosă vestibulară. Ea dă nascere la fenomene vesicale, ca disurie, etc., precum şi la o friabilitate fórte mare a ţesuturilor, nu numaĭ în urma facerilor saŭ a coituluĭ, dar chiar a uneĭ simple explorăţiunĭ cu degetul, după cum am arătat.

Etiologia acesteĭ afecţiunĭ a rĕmas necunoscută. Este adevĕrat, că maĭ adesea s'a observat pe femeĭ bĕtrîne. Alţiĭ susţin că fetele bĕtrîne nemăritate sunt maĭ mult expuse. Nu e însă nimic positiv, de óre-ce însuşĭ Lawson Tait a observat un asemenea cas, pe o fată de 17 anĭ.

Eczema, blenoragia, sifilisul, etc. aŭ fost pe rînd incriminate, dar fără probe suficiente. Tot acelaş lucru vom spune de facerile dificile, accidentele puerperale, presenţa zaharuluĭ în urină, etc., etc.

Simptomele. Bóla e caracterisată prin presenţa de plăcĭ albe sidefiĭ fórte resistente, cu suprafaţă uscată, iar une-orĭ umectată de o secreţiune tenace. Dar triada simptomatică constă în *durere, emoragie* şi *coarctarea orificiuluĭ vulvar*. Maĭ cu sémă durerea, opuindu-se la orĭ-ce apropiere sexuală, face ca bóla să se ia drept vaginism, pe când în realitate ne găsim în faţa uneĭ afecţiunĭ de o gravitate şi tenacitate fórte mare.

Diagnosticul. In general nu e greŭ; în speţă însă e fórte dificil. S'a discutat mult şi s'a căutat maĭ ales de Peter, a se pune acésta bólă în acelaş grup cu leucoplasia, sclerodermia şi elefantiasul arab.

Leucoplasia e caracterisată prin aparĭţiunea unor plăcĭ albe şi netede ce se depun în nivelul vulveĭ şi a vaginuluĭ, întocmaĭ precum lucrul se observă pe limbă şi buze. Sclerodermia şi elefantiasul aŭ de asemenea puncte de contact cu kraurosis, maĭ ales la începuţ. Abia microscopul dacă reuşesce a deosebi nuanţele fine ce există între ele. Un lucru însă trebue ştiut, că leucoplasia aprópe la sigur e premergătorul cancerului, pe când kraurosis fórte rar degeneréză în neoplasm. Cu tóte acestea, iluziunĭ marĭ să nu avem, ci să fim fórte reservaţĭ în pronostic.

Tratamentul nu e încă stabilit, de óre-ce mai nimic n'a putut să triumfe contra acesteĭ bólă. Totuşĭ Lawson Tait recomandă cauterisăriĭ cu acid fenic concentrat şi aplicarea feruluĭ roşiŭ; dar trebue să avem o perseverenţă fórte mare, de óre-ce bóla este eminanamente cronică.

Cap. VIII. Despre vaginism.

Prin vaginism se înţelege imposibilitatea de a introduce în vagin vre-un corp strein. Ast-fel fiind, femeia atinsă de vaginism, devine cu totul incapabilă a rĕspunde datoriilor sale conjugale. De aceia cu drept cuvênt se póte dice că, *vaginismul reprezintă închiderea fisiologică, a porţeĭ de intrare a penisuluĭ în vagin.*

Punem în adins cuvêntul fisiologic, pentru a stabili de-odată casurile, când acéstă pórtă este închisă în mod patologic. Aşa de exemplu, în casurĭ de tumorĭ marĭ aflate la intrarea vaginuluĭ, a unor vaste ulceraţiunĭ, a uneĭ cicatrice diforme, a uneĭ bóle inflamatoriĭ acute, etc., etc., femeia se refusă la actul coituluĭ; saŭ chiar dacă s'ar supune, introducerea penisuluĭ nu e posibilă, din pricina volumuluĭ tumoreĭ saŭ a durerilor. Acésta nu constitue vaginismul propriŭ dis; precum iarăşĭ nu e vaginism, când introducerea penisuluĭ nu se póte face, din causa unuĭ viciŭ de conformaţiune, ca absenţa vaginuluĭ, ermafrodism, etc.

Pentru ca să fie vaginism, se cere integritate perfectă a organelor genitale, saŭ cel mult nisce leziunĭ aşa de minime în cât abia să pótă fi apreciabile vedereĭ saŭ tactuluĭ. Orificiul vaginal în starea fisiologică nu este deschis. Acest lucru este asigurat prin elasticitatea şi concursul sinergic al muşchilor perineuluĭ, constrictorul vaginuluĭ şi ridicătorul anusuluĭ. Dar când acéstă stare fisiologică trece dincolo de limitele sale, atunci introducerea penisuluĭ, saŭ al orĭ-căruĭ corp strein devine imposibilă; vaginismul este constituit. Nu este destul însă nicĭ atât. Pentru ca să avem vaginism, se cer neapărat douĕ condiţiunĭ indispensabilă şi anume: *o iperestesie exagerată a părţilor, şi o contractură spasmodică a muschilor sus citaţi.* Aceştĭ doĭ factorĭ daŭ ca resultat *o durere* din cele mai atroce, de care e coprinsă femeia la cea mai mică atingere, durere care e singura şi unica causă, ce nu permite asbolut introducerea celuĭ mai mic corp strein în vagin.

Cu acéstă ocasiune trebue să menţionăm încă un grup de cause, carĭ fac practicarea coituluĭ imposibilă. Aşa, de şi vaginul

permite introducerea penisului, totuși actul în sine nu se póte efectua, din causa enormelor dureri ce produce, mai cu deosebire dacă organul de copulațiune are o lungime prea mare. Acésta se observă în afecțiunile acute inflamatorii ale uterului, în exudate vechi periuterine etc. Mai cu deosebire însă fenomenul e comun, în casuri de salpingite cronice și ovarite sclerokistice, când aceste organe fiind căzute în cavitatea lui Duglas, formézá în fundul de sac posterior al vaginului tumori, însoțindu-se de nisce dureri așa de exquise, în cât cea mai mică atingere deștéptă suferințe sfâșâitóre din partea bolnavei. In asemenea circumstanțe deci, coitul iarăși devine imposibil. Acesta însă nu este vaginism ci pórtă numele de *dispareunie.*

Vaginismul a fost cunoscut chiar de la începutul acestui secol, începênd cu Guillemot în 1828. Dar a fost magistral descris de Huguier, Dupuytren, Lisfranc, Scanzoni, etc., etc.

Sims însă în 1861, a făcut nisce comunicări atât de interesante la societatea obstetricală din Londra, în cât descrierea observațiunilor și autoritatea autorului, aŭ produs un ast-fel de ecoŭ în lumea sciințifică, că mulți numesc și adi vaginismul *bóla lui Sims.* Bernutz însă care s'a ocupat mult cu acéstă chestiune și de la care am împrumutat multe puncte, dice că Sims a vulgarisat numai cunóscerea afecțiunei, arătând frequența sa fórte mare, precum și greutatea curabilității sale, fără însă pentru acésta să aibă vre-un drept la descoperirea ei.

Am dis că în vaginism intră doue elemente esențiale: iperestesia și contractura saŭ spasmul muscular. Aceste doue elemente pot să existe în mod separat, saŭ amêndoue de o dată; de aci trei varietăți de vaginism: *vaginism iperestesic, contractural* și *contracturo-iperestesic.*

1. **Vaginism iperestesic** este caracterisat printr'o sensibilitate așa de exagerată a părților cari constitue vulva, în cât ori ce atingere devine imposibilă, din causa durerilor ce se provócă. Sensațiunea ce încércă femeile în acest moment, este întocmai analógă cu aceea ce determină aplicarea pe țesuturi a unui fer roșiŭ, saŭ cărbune aprins.

Starea iperestesică a organelor genitale e fórte capriciósă și recunósce o mulțime de cause; e destul cea mai neînsemnată fisură aședată pe cel mai mic teritoriŭ al mucóseĭ, pentru a deveni punctul de plecare al uneĭ asemenea iperestesiĭ exagerate. Numai vorbim de casuri de ulcerațiuni mai întinse, de inflamațiuni acute ale vulveĭ în special blenoragice, de transformarea

lambourilor imenuluĭ saŭ a caronculelor în micĭ tumorĭ avênd caracterele nevrómelor, etc., etc.; în tóte aceste casurĭ, iperestesia se explică uşor, iar vaginismul va dispare cu vindecarea lor. Adevěratul vaginism însă iperestesic este atuncĭ, când fenomenul nu-l putem explica absolut prin nicĭ o causă apreciabilă. Şi în adevěr, iată cum se petrec lucrurile: o tînără fată, care în tot-d'a-una s'a bucurat de o perfectă sănătate, şi care nicĭ-o-dată nu a avut nimic din partea organelor genitale, de o dată în séra nunţeĭ, dînsa, cu tótă plăcerea ce ar avea de a se supune datoriilor conjugale, se găsesce în absolută imposibilitate. La cea maĭ uşóră încercare de introducere a penisuluĭ, ea e coprinsă de nisce durerĭ exasperante, ce o fac să se revolte şi să respingă cu forţă şi brutalitate pe iubitul sĕŭ soţ. Dînsul cedéză pentru moment; dar la a doua tentativă, aceeaşĭ desfăşurare de fenomene dramatice. Şi tot ast-fel se succed lucrurile în ḑilele următóre şi chiar maĭ multe lunĭ de a rîndul, până când desesperaţĭ şi unul şi altul, recurg la consultarea unuĭ medic. Dar şi acesta observă aceleaşĭ lucrurĭ nu numaĭ la încercarea de a introduce degetul, dar chiar la simpla explorаţiune a părţilor genitale.

Este absolut imposibil introducerea în vagin chiar a unuĭ creion, saŭ cel maĭ subţire instrument imaginabil. Nicĭ însuşĭ explorarea părtilor pentru a descoperi causa, nu este cu putinţă.

Acesta este vaginismul iperestesic în tótă splendórea luĭ. Sunt însă alte vaginisme maĭ puţin feroce, aşa că după 2—3 tentative infructuóse, totuşĭ se reuşesce la intromisiunea penisuluĭ şi decĭ a săvârşireĭ actuluĭ conjugal. Un alt fapt considerat de autorĭ ca bizar este vaginismul iperestesic, care se declară numaĭ când voim a introduce un deget explorator, pe când introducerea penisuluĭ este permisă. (!)

Probabil în acest cas, escitaţiunea sexuală predomină impresiunea durerósă făcênd-o chiar să dispară (Auvard).

Trebue să scim că acest vaginism iperestesic nu se observă numaĭ la virgine ci chiar la femeĭ deja măritate. Ast-fel Lorain, citat de Bernutz, povestesce că o femee măritată pentru a doua óră, a fost coprinsă de vaginism, de şi dînsa nu fusese afectată de acéstă bólă în prima sa căsătorie. Depaul spune şi dînsul că a observat o femee, care a fost coprinsă de vaginism în urma uneĭ faceriĭ. Aceste casurĭ însă nu numaĭ că sunt rarĭ, dar chiar când se observă sunt trecătóre şi nu aşa de violente ca primele.

II. **Vaginism contractural.** Acéstă varietate resultă dintr'o con-

tracțiune spasmodică în special a două mușchĭ: *constrictorul vaginuluĭ* și *ridicătorul anusuluĭ*.

In ce privesce primul mușchiŭ, lesne ne putem esplica astuparea orificiuluĭ vaginal prin contracțiunea sa forte și permanentă, căcĭ dînsul formézĕ un adevĕrat sfincter. Am avea aci decĭ o acțiune directă. Cât pentru muschiul ridicător al anusuluĭ, acțiunea sa este maĭ mult indirectă. In adevĕr unele fășiĭ din acest mușchiŭ, în afară de acelea din jurul anusuluĭ, se inseréză și pe părțile laterale ale vaginuluĭ. Decĭ acest mușchiŭ de și nu constitue un adevĕrat sfincter ca cel constrictor, totușĭ intrând într'o contracțiune spasmodică, dînsul ridică înainte anusul și peretele posterior al vaginuluĭ, apropiind în acelașĭ timp pereților sĕĭ laterali; dar cu acésta el micșoréză diametrul vaginuluĭ, putând chiar să-l obstrueze în mod complect. Ambiĭ acești mușchĭ numiți încă și *custoziĭ vaginuluĭ*, pot da nascere unuĭ vaginism contractural, fie în mod isolat saŭ intrând în acțiune ambiĭ de o dată. De aci două sub-varietăți: *vaginism contractural inferior*, când e în joc numaĭ constrictorul vaginuluĭ și *vaginism contractural superior*, când se datoresce ridicătoruluĭ anusuluĭ.

In casul când ambiĭ mușchĭ se contractézĕ în acelașĭ timp, atuncĭ avem *vaginism contractural complect*.

Forma acésta de vaginism când e pură, e maĭ puțin alarmantă ca cea iperestesică.

O contracțiune moderată a acestor mușchĭ e chiar necesară pentru mărirea plăcerilor sexuale, și constitue o calitate din cele maĭ prețióse căutată de bărbat. Dînsa formézĕ ceia ce se numesce *casse noisette*. Faptul se observă fórte rar ca acéstă calitate să fie împinsă la esces. In acest cas, după introducerea penisuluĭ și chiar după săvêrșirea ejaculațiuneĭ, acești mușchĭ intră într'o contracțiune așa de spasmodică, în cât strânge penisul, împedicându-l de a maĭ ieși, făcându-l prisonier (*penis captivus*, nume dat de Hildebrand). Fenomenul însă se observă numaĭ la speța canină, constituind incârligarea.

III. **Vaginism contracturo-iperestesic** resultă din reunirea primelor două elemente, adică iperestesia vulvară și contractura musculară.

Simptomele. Am putea dice, că propriŭ vorbind, vaginismul nu are nicĭ un simptom, căcĭ bolnava nu sufere de nimic și nu manifestă presența bóleĭ de cât în momentul tentativelor de coit. Fórte rar se întîmplă ca femeia, în afară de acest act, să se plângă de óre-care fenomene spontanate. Sunt în adevĕr unele bolnave

carĭ aŭ o sensaţiune de greutate, de presenţa unuĭ corp strein ce ar dori sa-l expulseze. Altele sunt coprinse de o mâncărime a organelor genitale, saŭ de necesităţĭ frequente de a urina. La unele din ele, tóte aceste fenomene cresc în acuitate în timpul perióderĭ menstruale; la altele din contra, aparĭţiunea menstruelor determină o remisiune a simptomelor. Dar încă odată repetăm, vaginismul rĕmâne cu totul latent până în momentul explorăreĭ organelor genitale, saŭ a apropierilor sexuale.

Am arătat deja cum ni se presintă femeea când e atinsă numaĭ de vaginism iperestesic. Totul se resumă în imposibilitatea de a putea ajunge nu numaĭ la intromisiunea penisuluĭ saŭ a degetuluĭ, dar chiar la introducerea celuĭ maĭ subţire corp strein, ca de exemplu un stilet. Maĭ mult, în vaginismul iperestesic exagerat, nicĭ chiar inspecţiunea organelor genitale nu e cu putinţă căcĭ la cea maĭ uşóră atingere, femeia exprimă o durere aşa de mare, în cât cu o iuţială ca de fulger se ridică în picióre şi părăsind masa saŭ patul de examinat.

Scena devine şi maĭ dramatică când vaginismul e contractural. In acest cas durerea este imediat urmată de o contractură musculară aşa de intensă, că închide complect orificiul vulvar, ne maĭ fiind posibil introducerea degetuluĭ saŭ a altuĭ instrument explorator. Une orĭ acéstă contractură e limitată numaĭ la inelul vulvar; alte dăţĭ însă se întinde şi la organele din prejur ca uretră, rect, perineŭ, etc. In fine casul cel maĭ exagerat este când spasmul muschiular coprinde grupurĭ de muşchĭ fórte depărtaţĭ de regiunea bolnavă, aşa că femeia în timpul explorăţiuneĭ ia o poziţiune analogă ca şi cum ar fi coprinsă de tetanos. In adevĕr, în acéstă formă înaintată de vaginism, în momentul când ne apropiem pentru a procede la examinarea femeeĭ, vedem că figura sa ia o expresiune de spaimă şi o fricĕ profundă. Abia suntem la începutul explorăţiuneĭ, şi femeea de o dată e coprinsă de o înţepenélă a trunchiuluĭ făcênd-o să se încovóie înapoĭ. Gambele se flexéză pe cópse iar acestea pe basin, şi în acelaşĭ timp muşchiĭ adductorĭ şi cuturierĭ (custodes virginitates) contractându-se în mod spasmodic, apropie membrele inferióre unele de altele, mergênd până a le incrucişa în mod complect.

Lesne ne închipuim cum o asemenea poziţiune luată de bolnavă, e în afară de or ce încercare esploratorie fie ea chiar cea maĭ superficială. Dacă aşteptăm puţin, putem observa o slăbire musculară, în care timp femeia în relaxare se lasă a i se depărta cópsele şi a procede la explorăţiune. Dar imediat ce s'aŭ atins

organele genitale, aceleași fenomene se reproduc, une ori cu o violență mult mai mare, însoțindu-se și de o escitațiune generală. Adesea femeea póte să cadă chiar în sincopă, lucru de care chirurgul póte profita spre a o examina, aflată acum într'o stare quasi-cloroformică.

In casul de vaginism iperestesico-contractural, simptomele se combină cu fie care din acelea ce aparțin primelor două varietăți.

Etiologia. Nu există leziune cât de mică situată pe sfera organelor genitale externe și interne, care să nu fi fost considerată ca puntul de plecare al acestei afecțiuni așa de curióse. S'a susținut chiar că leziuni a organelor vecine vulvei și vaginului, încă pot da nascere la asemenea fenomene. Richet a arătat un cas fórte important unde vaginismul era datorit presenței un pesar. S'a încriminat deci pe rând tóte fisurile și ulcerațiunile vulvei; cele mai mici escoriațiuni precum și cele mai anodine imflamațiuni ale mucóseĭ, fără a mai menționa imflamațiunile franc acute și în special cele blenoragice. Tóte acestea aŭ fost bine demonstrate ca fiind causa bólei, de óre-ce tratându-le, s'a obținut vindecarea vaginismului. Ast-fel Sims a obținut vindecarea vaginismului prin ablațiunea unui mic tubercul mucos iperestesiat; saŭ a cauterisărei metodice a fisurei orificiului vaginal, ca într'o observațiune dată de Demarqay. Tot așa e și casul lui Broca, care s'a mărginit pur și simplu a face nisce cauterisațiuni revulsive pe mucósa îngroșată, și a obținut disparițiunea vaginismului. Sunt alte casuri unde o îngroșare a imenului saŭ o stare iperestesică specială mai ales a feței sale anterióre póte fi punctul de plecare al vaginismului. Am arătat deja la afecțiunile acestei membrane cum rupturile imeneale saŭ caronculele mirtiforme pot da nascere la lambouri iperestesice, saŭ mici tumori având tóte caracterele unor nevrome. Winekel susține îngroșarea stromei imemului cu proliferarea papilelor. S'a observat că unele ulcerațiuni ale gâtului uterului pot fără exagerare să dea nascere vaginismului. Cu același titlu putem numěra imflamațiunile uterului și mai ales leziunile ovarului și ale trompelor.

Printre organele vecine putând da nascere vaginismului, vom numěra uretritele cronice, polipii acestui organ, precum și fisurile și erosiunile sale. Fritch citéză un cas unde un polip pediculat ascuns în uretră, produsese tóte simptomele vaginismului, care imediat a încetat și vindecarea s'a obținut, după-ce s'a

practicat ablațiunea polipului. In fine s'a constatat că ulcerațiunile, fisurile și rupturile perineului, afecțiunile băsicei și ale anusului, emoroidele, etc., pot fi punctul de plecare a unei contracturi dureróse a vaginului și deci a vaginismului.

Trebue să menționăm în fine unele conformațiuni speciale ale vulvei, cari ar fi după unii autori causa determinantă a vaginismului. Ast-fel une-ori vulva este prea mult anterióră, adică se sprijină mai mult pe pubis, așa precum se observă în special la țigance. Eu am avut un cas tip de acéstă dispositiune la o boemiană, a căreĭ vulvă era în adevĕr pusă pe os. In asemenea circumstanțe, simfisa forméză un fel de bară pusă înaintea vulvei și deci împedică intromisiunea penisului, de unde escitațiunea femeei sau vaginismul. Acésta constitue ceea ce se numește *anteposițiune a vulvei*, invers cu aceia ce vom descri formând *retro-poziţiune*. In adevĕr alte dăți dispositiunea e cu totul inversă: adică vulva e lăsată mult mai jos. In acest cas, clitorisul aflându-se pe un plan mai inferior ca cel normal, penisul îl isbesce în momentul coitului, de unde o escitabilitate escesivă a femeei producând vaginismul. In fine dispositiunea părților este ast-fel, în cât orificiul uretral este pus în bătaia penisului, ceia-ce iarăși dă nascere unei escitațiuni exagerate. Ba încă în acest din urmă cas se póte întâmpla că meatul, cu timpul să se dilate așa de mult în cât să cedeze și să permită introducerea penisului, de unde o copulațiune uretrală. De alt-fel faptul nu e imposibil, de óre-ce în casuri de oclusiuni ale vaginului fie accidentale sau chirurgicale, făcute contra fistulelorvesico-vaginale incurabile, femeia a putut rĕmâne gravidă.

Dar dacă în tóte aceste circumstanțe s'a putut stabili legătura între causă și efect, și a permis multor autori și în special lui Courty, să susțină că vaginismul nu trebue considerat ca o entitate morbidă și de sine stătătóre, ci ca efectul unor leziuni concrete, nu este mai puțin adevĕrat că de multe ori și putem dice în majoritatea casurilor, chiar prin examenul cel mai minuțios, bolnava fiind cloroformizată, nu se póte descoperi nici cea mai mică leziune apreciabilă, cu tótă marea bună voință ce am depune; și totuși vaginismul există.

Cum ne explicăm faptul?

S'a observat că acéstă afecțiune se întâlnește fórte rar în clientela spitalicéscă. Dînsa se constată mai mult în clasa bogată a societăței de cât la femeile sărace. Causa ar fi că există o disproporțiune de etate între bărbat și femee, și că debilitatea

genesică a bărbatuluĭ, are o influență considerabilă în desvoltarea vaginismuluĭ la femee. In acest cas femeia este simplu escitată, fără a vedea îndeplinindu-se plăcerea sa irezistibilă. Dar lucrul nu este pe deplin demonstrat, și decĭ nu se póte aplica la tóte casurile. Nu este însă maĭ puțin adevĕrat că o femee, avênd elementul nervos fórte desvoltat, póte să intre într'o iperestesie vaginală exagerată, în momentul uneĭ simple gâdilĭturĭ fără efect.

S'a susținut iarăși că vaginismul este direct sub dependința manifestațiunilor de isterie. In adevĕr, în afară de orĭ-ce disproporțiune de etate între bărbat și femee, în afară de orĭ-ce leziune apreciabilă și în fine chiar după vindecarea acestora dacă ar fi existat, totuși vaginismul apare saŭ persistă.

De sigur sunt multe bolnave carĭ pot intra în acest grup; dar sunt alte casurĭ unde putem întâlni femeĭ atinse de vaginism, fără să fie câtuși de puțin isterice.

Gosselin a incriminat o sensibilitate particulară a imenuluĭ. El a observat la unele virgine, chiar în starea normală, o iperestesie a acesteĭ membrane, în afară de actul coituluĭ.

In fine sunt autorĭ carĭ admit o nevralgie a nervilor vulveĭ, în special a ramurilor din nervul rușinos extern; alțiĭ atribue acésta unor adevĕrate nevrome. In sprijinul ideeĭ uneĭ stărĭ nevralgice a bolnaveĭ ce ar determina vaginismul, este că acéstă afecțiune nu se manifestă numaĭ sub influența uneĭ sensibilităților locale a nervilor, dar e sub dependința uneĭ nevrose generale. Și drept probă este că iperestesia nu rĕmâne localizată numaĭ la regiunea vulvară, ci găsim puncte dureróse și în alte părțĭ ale corpuluĭ. Ast-fel s'a observat puncte dureróse între a 7-a și a 8-a vertebră dorsală. Beigel din partea sa, a citat un cas de nevralgie vulvo-vaginală la o femee, care nu presentase nicĭ odată turburărĭ isterice. In fine s'a incriminat în unele casurĭ saturnismul.

Din acest lung capitol vedem că, e fórte greŭ a admite o causă unică a vaginismuluĭ. De sigur, în imensa majoritate a casurilor, tot-d'a-una vom descoperi o leziune a organelor genitale, fie ea chiar cât de minimă. Acésta ar forma *vaginismul simptomatic*, cel maĭ ușor de esplicat.

Cât pentru *vaginismul idiopatic*, explicațiunea e mult maĭ dificilă, neputêndu-se invoca nicĭ starea de isterie a bolnaveĭ, precum nicĭ contractura spasmodică esențială, fie a muschilor custozĭ aĭ vaginuluĭ saŭ aĭ perineuluĭ. Și proba cea maĭ evidentă este, că nu tot-d'a-una se constată starea de isterism a femeeĭ coprinsă de vaginism; iar pe de altă parte, că acéstă afecțiune se póte des-

volta chiar și în urma unuĭ acușment, unde dilatațiunea tutulor mușchilor este împinsă la esces, și totuși vaginismul reapare saŭ persistă.

Diagnosticul, prognosticul și tratamentul. Diagnosticul nu presintă absolut nicĭ o dificultate. El se impune de la sine prin simptomatologia cu totul clasică și specială. Singurul lucru ce trebue să afirmăm, este a determina varietatea de vaginism cu care avem a face. Pentru acésta ne vom baza pe fenomenele ce ni se presintă. In vaginismul iperestesic, cea maĭ mică atingere, și chiar inspecțiunea simplă a organelor genitale, devine punctul de plecare al uneĭ dureriĭ imposibil de suportat pentru bolnavă, și decĭ refusul sĕŭ la orĭ-ce explorațiune.

In vaginismul contractural pur, atingerea mucóseĭ vulvare nu dă nascere nicĭ unuĭ fenomen; tótă scena se desvoltă atuncĭ când voim a introduce degetul în vagin; atuncĭ muschiĭ constrictorĭ intră într'o repede contracțiune și determină dureriĭ bolnaveĭ, ce refusă ferm de a ne permite maĭ departe explorațiunea. Aci iarăși vom căuta a ne da séma, dacă acéstă stare este datorită uneĭ contracturĭ spasmodice a muschiuluĭ constrictor ce constitue inelul vulvo-vaginal, saŭ muschiuluĭ ridicător al anusuluĭ. Cu acésta vom stabili vaginismul contractural inferior saŭ superior. In fine când se va constata fenomene de iperestesie și contractură, vom spune că ne aflăm în fața unuĭ vaginism mixt adică iperestesico-contractural.

După ce ast-fel am determinat varietatea vaginismuluĭ, trebue să examinăm cu multă atențiune a descoperi causa sub a căreia acțiune el există. Vom cerceta mucósa vulvară, caracterele imenuluĭ, lambourile imeniale saŭ caroncule mirtiforme; organele vecine ca meatul urinar, anusul, perineul; în fine conformațiunea organelor genitale de ante saŭ retro posițiune a vulveĭ, etc.

Iar când din causa exagerăreĭ fenomenelor nu putem face un examen complect, vom recurge la somnul cloroformic. Atuncĭ în tótă libertatea, ne vom da séma în complectă liniște de tóte detaliile organelor genitale externe și interne. Introducând degetul în vagin, vom explora bine acest organ, mergênd până la gâtul uteruluĭ.

Se citézĕ casurĭ în carĭ vaginismul ținea la presența unuĭ pesar uitat de mult timp în vagin. Prin examenul combinat vom explora în detaliŭ uterul ca și anexele, căutând a ne convinge de statica acestor organe, de mobilitatea saŭ aderența lor, etc., etc. Când dară în urma unuĭ asemenea examen, pe cât posibil de

complect, nu vom găsi nicĭ o causă apreciabilă ca fiind punctul de plecare al vaginismuluĭ, vom fi forțațĭ a conchide la o stare nevropată a pacienteĭ ca isteria, nevralgiĭ a nervilor rușinoșĭ, moravurĭ lascive, saŭ o disproporțiune de etate între ceĭ căsătoriță.

Prognosticul. Vaginismul nu este grav prin el însușĭ, cât prin consecințe de altă natură la carĭ dă nascere. Vaginismul simptomatic al uneĭ leziunĭ se vindecă cu disparițiunea acesteia. Vaginismul idiopatic, pentru esplicarea căruia nu găsim nicĭ o causă bine-cuvîntată, e maĭ rebel. Totușĭ s'a observat casurĭ de vindecare spontanată, maĭ ales când avem a face cu forme atenuate. Aci prin încercărĭ des repetate, se reușesce în fine îndeplinirea actuluĭ conjugal prin intromisiunea penisuluĭ. Casurile cele maĭ grave sunt acelea, unde vaginismul e de o tenacitate escepțională.

In adevĕr une-orĭ de și coitul s'a putut odată efectua, dar la fie-care nouă încercare, fenomenele în loc să fi dispărut saŭ micșorat, din contra persistă ca și la început. Acelașĭ lucru îl observăm chiar când practicăm dilatațiunea orificiuluĭ vulvo-vaginal sub cloroform și cu ajutorul specululuĭ: iperestesia și contractura reapare imediat, saŭ după câte-va dile de la operație. In fine casul și maĭ desesperant e când și după acușment afecțiunea încă persistă saŭ reapare.

Vaginismul este grav și din alte puncte de vedere. Acéstă afecțiune fiind un obstacol la îndeplinirea actelor conjugale, este în acelașĭ timp și o causă principală a sterilităței. Cu privire la acest punct însă, noĭ scim că fecondațiunea e posibilă chiar fără un coit complect. E destul ejacularea pe intrarea vulveĭ saŭ chiar pe cópse, pentru ca fecondațiunea să se facă, grație migrăreĭ spermatozoizilor în vagin și de aci în uter. S'a dis că la Romanĭ, unde femeile împreună cu bărbațiĭ luaŭ bae în acelașĭ basin, multe din ele și unele chiar virgine, rĕmâneaŭ însărcinate. Bărbațiĭ excitați ejaculaŭ, iar spermatozoiziĭ peregrinaŭ și ajungeaŭ ca printru'un fel de atracțiune până la vulvele femeilor, pe care apoĭ le fecondaŭ!

Decĭ din punctul de vedere al sterilităței, vaginismul nu ar fi tocmaĭ o causă permanentă și definitivă. Dar dacă fecondațiunea e posibilă, acésta însă nu satisface pe nenorocitul bărbat, care tot-d'a-una e împedicat la satisfacerea dorințelor sale, saŭ nu ajunge aci de cât pe socotéla unor scene adevĕrat dramatice. De aci resultă certurĭ conjugale și în definitiv separațiune de corp.

In fine femeĭ atinse de vaginism rebel, încep a fi afectate în mo-

ralul lor, ceia ce face că cu timpul organismul slăbește, starea de nervositate cresce, și totul se termină printr'un adevĕrat marasm, ce póte degenera chiar într'o tuberculosă generalisată, saŭ diferite maniĭ, mergênd până la alienațiune mintală.

Pentru a termina cu prognosticul, trebue să fim atenți că atuncĭ când cu tot vaginismul femeia a devenit gravidă, să ne așteptăm la avorturĭ, saŭ în momentul facereĭ la distociĭ, maĭ ales dacă vaginismul aparține varietățeĭ contracturale. In acest cas spasmul muscular devine așa de mare în cât nu permite ieșirea fetuluĭ.

Tratamentul. — Avem *un tratament general* contra vaginismuluĭ, pe care tot-d'a-una trebue să-l încercăm, înainte de a intreprinde o operație de orĭ-ce natură ar fi. Acest tratament e maĭ ales indicat, când prin tóte mijlócele de esplorațiune n'am găsit nicĭ o causă apreciabilă pentru esplicarea afecțiuneĭ. In acest cas, primul lucru va consta a recomanda abstențiunea de raporturĭ sexuale. In urmă vom recurge la bromurul de potasiŭ dat în dose destul de marĭ, maĭ ales dacă femeia va fi nevropată. Alte dățĭ vom recomanda idroterapia, diferitele reconstituante ca arsenicul, ferul, etc. și în special voiajurile și distracțiunile. Trebue însă recunoscut că după opiniunea multora, acéstă terapeutică este ineficace nedând nicĭ un folos practic. Atuncĭ vom recurge la tratamentul local, ce constă în aplicare de narcotice pe părțile genitale, ca unguente beladonate, cocainisate, etc., etc. Aplicațiunea acestor medicamente, cu o jumĕtate de óră saŭ o óră înainte de coit, póte anestesia părțile și a permite intromisiunea penisuluĭ.

Când acest mijloc nu reușesce, recurgem la dilatațiunea vulveĭ, după ce prealabil am cloroformisat bolnava. Dilatațiunea se face saŭ lent și gradat prin ajutorul degetelor, orĭ cu bugiile luĭ Hegar; saŭ brusc cu ajutorul specululuĭ. Acest ultim procedeŭ e maĭ de preferat, căcĭ prin el obținem o dilatare la maximum, nu numaĭ a muschilor constrictorĭ aĭ vaginuluĭ, dar chiar și a muschilor perineuluĭ — căcĭ mulțĭ pun în causă ca factor al vaginismuluĭ și contracțiunea spasmodică a muschiuluĭ transvers superficial al perineuluĭ. Rĕmâne bine înțeles că în acest moment femeea chiar virgină fiind, acum se deflorează în mod artificial. Sunt casurĭ desesperate, ce și prin acéstă dilatațiune forțată, totuși vaginismul nu dispare. Intre alte multe observațiunĭ există și aceea a luĭ Tillaux. Acest autor spune că în urma unor maĭ multe asemenea încercărĭ, vaginismul încă persistând, soțiĭ aŭ fost nevoiți să se separe, convinși fiind că nu maĭ e nimic de făcut.

Ca ultimă resursă avem *operațiunile sângerânde*. Aci în primul loc recurgem la excisiunea imenuluĭ dacă există, saŭ a caronculelor sale dacă se constată iperestesiate. Găsim in Dührssen următorul procedeŭ al luĭ Winckel: se apucă imenul cu o pensă dințată pe un punct vecin cu uretra și îl excisăm sub forma uneĭ bandelete cu bisturiul saŭ fórfecele. Dacă imenul se întinde pe uretră, excisăm și marginea orificiuluĭ uretral. Vom fi preveniți ca ridicarea imenuluĭ să fie complectă, căcĭ alt-fel nu obținem vindecarea. Proba e un cas al luĭ Sims, unde a fost nevoit să facă o nouă operație, pentru a ridiea un mic fragument ce lăsase la prima intervenție; numaĭ ast-fel bolnava s'a vindecat.

Iar când asemenea lucru nu există, atuncĭ practicăm operațiunea luĭ Sims ce constă în următórele puncte: Cu douĕ degete de la mâna stângă dilatăm la maximum orificiul vaginal. De la fie care parte a linieĭ mediane tragem câte o incisiune de sus în jos și de dinăuntru în afară dirigindu-se către furculiță, formând ast-fel ambele incisiunĭ un **V**; adâncimea și lungimea acestor rămurĭ e destul de convenabilă și în raport cu grosimea părților. De la códa luĭ **V** putem după casurĭ să tragem o altă incisiune în jos către rafeŭ, ceea-ce dă forma unuĭ **Y**. După acéstă dilatăm din noŭ și menținem dilatațiunea câte-va dile, prin ajutorul unor bujiĭ, tifon iodoformat, etc., pentru a împedica reunirea incisiunilor.

După Sims, aceste incisiunĭ secționéză muschiĭ constrictorĭ. După alțiĭ în special Tillaux, ar fi vorba de secțiunea rămurilor nervuluĭ rușinos intern, a căruia iritabilitate particulară nu se suprimă de cât prin acéstă nevrotomie. Toțĭ autoriĭ sunt de acord că în casurĭ extrem rebele, nu e alt de făcut de cât acéstă operațiune. Trebue însă să scim, că cu persistența, putem înlătura acéstă operațiune, rĕmâind numaĭ la aplicarea mijlócelor blânde ca dilatația, etc.

CHESTIONAR

Bólele planuluĭ al II-lea al vulveĭ. — Considerațiunĭ anatomice asupra clitorisuluĭ; prepuțuluĭ, buzelor micĭ și furculițeĭ. Bólele rarĭ și fără importanță specială a acestor organe. Ipertrofia congenitală a clitorisuluĭ. Observația luĭ Lawson Tait. Ipertrofia dobândită. Observația autoruluĭ. Opiniunea luĭ Backer-Brown relativ la legătura între epilepsie și clitoris. Discuțiunĭ . . . . . Pag. 101—110

Bólele planuluĭ al III-lea al vulveĭ. — Considerațiunĭ asupra vestibululuĭ, meatul urinar cu tuberculul și imenul. Deducțiunĭ practice. Diferite forme de imen. Consecințe. Kiștiĭ vestibululuĭ, patogenie. Kiștiĭ imenuluĭ, patogenie. Bólele meatuluĭ urinar, inflamație. Tumorile meatuluĭ: ipertrofice, glandulare, vasculare, papilare și conjunctive. Caractere și modul de evoluțiune. Cause. Simptome. Caracterele principale. Diagnosticul, tratamentul, diferite procedee. Uretrotomia . . . . . „ 110—132

Vulvite. Considerațiunĭ generale. Divisiunea: vulvită mucósă, mucipară, bartholinită și vulvită aftósă și gangrenósă. Vulvite protopatice și devteropatice Vulvite specifice și nespecifice. Rolul gonococuluĭ. Caracterele fie-căreia din varietățile menționate . . . . . „ 132—148

Bólele neoplasice ale vulveĭ. Esthiomenul, varietățĭ. Considerațiunĭ generale, esthiomen eritematos, serpiginos, perforant și ipertrofic. Caractere, tratament . . . . . „ 148—151

Kraurosis vulvae. Caractere. Istoric, Breisky, Lawson Tait și Martin. Simptome. Diagnosticul diferențial cu leucoplasia . . . . . „ 151—154

Vaginism. Definițiie, caractere, istoric. Divisiune: vaginism iperestesic, contractural și contracturo-iperestesic. Modul manifestăreĭ, simptome. Diferite opiniunĭ asupra etiologieĭ. Consecințele. Tratamentul general, local și chirurgical. Escisiunea imenuluĭ Winckel). Operațiunea luĭ Sims . . . . . „ 154—166

PARTEA II

AFECȚIUNILE CANALULUÏ VAGINAL

Vaginul este considerat ca un conduct musculo-membranos, ce se întinde de la vulvă până la uter. El este așeḍat în escavațiunea basinuluï, d'asupra rectuluï, dedesubtul băşiceï şi a uretreï. In starea de vacuitate a băşiceï, axa vaginuluï formézä cu aceia a uteruluï un unghiŭ drept, pe când în starea de repleţiune, unghiul e optus, deschiderea privind înainte (Sappey). S'a descris vaginul ca un tub uşor recurbat. Resultă însă, ḍice Sinety, că prin tăeturï practicate pe cadavre congelate, direcţiunea vaginuluï este maï mult rectilină.

După Tillaux, când femeia stă în picióre, direcţiunea vaginuluï se apropie de verticală. In acéstă atitudine uterul tinde să se cobóre, iar vaginul se scurtéză. Faptul se utiliséză în practică, atuncï când vaginul fiind prea lung, gâtul uteruluï este greŭ de atins. Dacă decï femeia se examinéză în acéstă posiţiune, explorarea uteruluï devine mult maï uşóră ca în casul uneï examinărï obicĭnuite.

O altă particularitate ce ne oferă vaginul, după posiţia ce se dă femeeï, este dacă punem sub şeḍutul sĕŭ una saŭ douĕ perne. Prin acésta, ridicând basinul, întregul perete anterior saŭ vesico-vaginal ni se presintă în tótă suprafaţa sa, ceia ce-l face fórte accesibil orï-căreï acţiunï chirurgicale. Pentru acésta, în operaţiunile fistulelor vesico-vaginale, se preferă posiţiunea indicată, fiind mult maï superióră ca aceea pe cóte orï genunchï consiliată de Bozemann, saŭ aceea pe latura stângă recomandată de Sims.

Iarăși trebue să scim că pereții vaginali, exceptând cele două extremități ale sale, sunt turtiți și imediat în contact unul cu altul, așa că vaginul represintă o cavitate virtuală. Este lesne, dice Sinety, a ne asigura de acésta, examinând o tăetură transversală a vaginului. Dînsa ne va representa, la femeea adultă, o figură compusă din două linii paralele laterale, și reunite printr'o spintecătură transversală curbă, a cărei concavitate privesce înnapoi (vedi fig. 16).

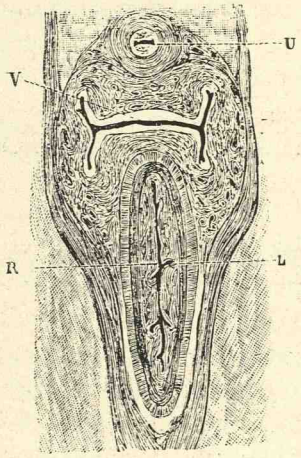


Fig. 16. Secțiune transversală a vaginului.

U. Uretra. — V. Vaginul. — R. Rectul. — L. Muschiul ridicător al anusului.

Grație acestei dispositiuni, secrețiunile uterului pot să se acumuleze în partea superióră a vaginului, în tocmai ca într'un sac, de unde nu vor puta ieși de cât atunci, când cantitatea lor reușesce a învinge acéstă lipire a pereților.

Invers, dacă facem o simplă irigațiune în nivelul vulvei, liquidul nu póte strébate în vagin, dacă acest organ nu e prealabil dilatat.

Lungimea vaginului în termen mediu este de 7—8 c. m., iar după Sappey, de 10 c. m. Péretele anterior însă tot-d'a-una este cu 1 saŭ 2 c. m. mai scurt ca cel posterior. Probă avem că examinând femeia cu degetul, tot-d'a-una ajungem fórte ușor la buza anterióră a coluluĭ; pe când pentru esplorarea buzei posterióre trebue să împingem degetul mai cu putere, deprimând

perineul. Une-orĭ suntem siliţĭ a pune chiar un ajutor să împingă înainte mâna exploratorie, făcênd să înainteze cotul. Lărgimea vaginuluĭ variază după stările individuale, după obiceiurĭ şi graviditaţile anterióre. La femeele virgine, calibrul vaginuluĭ e fórte mic; el cresce din ce în ce maĭ mult la acelea date la un esces de coit, saŭ la femeĭ carĭ aŭ făcut mulţĭ copiĭ. In orĭ-ce cas, vaginul e susceptibil a lua un calibru fórte mare. Proba cea maĭ evidentă de lărgimea sa, este în momentul expulsiuneĭ fœtuluĭ, precum şi în cantitatea enormă de tampóne ce putem introduce în vagin pentru a opri emoragiile uterine. Pajot, în lecţiunile sale, dedea ca mĕsură a capacităţeĭ vaginuluĭ o pălărie plină cu tampóne.

Vaginul presintă de studiat un părete anterior, unul posterior, doĭ părepţĭ laterali, o extremitate superióră şi una inferióră. Păretele anterior este în raport înapoĭ cu fundul băşiceĭ. Intre ele există un ţesut conjunctiv puţin dens. De aci resultă că aceste organe se pot uşor deslipi unele de altele. Şi în adevĕr, în casul de prolaps al băşiceĭ, acésta póte să alunece înainte, să împingă păretele vaginal, să iasĭ dincolo de inelul vulvar, şi să constitue ceia ce se numesce cistocelul vaginal. Prin porţiunea sa anterióră şi mediană, păretele anterior al vaginuluĭ este intim unit cu uretra şi chiar cu faţa anterióră a băşiceĭ, formând despărţitórea vesico-vaginală, ce are o grosime de 7—8 m. m.

Din raporturile sus citate reese, că putem fórte bine explora băşica prin păretele anterior al vaginuluĭ, simţind diferiţĭ corpĭ strĕinĭ ce dînsa ar conţine. O altă consecinţă a situaţieĭ acestuĭ părete este şi următórea: dînsul fiind în contact intim cu simfisa pubienă, face că în casurĭ de presenţa unuĭ corp strĕin voluminos în vagin, acest părete fiind cu violenţă presat pe arcada osósă, să se pótă sfacela. De alt-fel acesta e şi mecanismul admis de toţĭ autoriĭ, pentru explicarea fistulelor vesico-vaginale. In adevĕr, capul fœtuluĭ angajat în vagin apasă tóte părţile acestuĭ organ. Dar păretele sĕŭ posterior alunecă uşor pe rect; şi în plus, graţie uneĭ óre-care mobilităţĭ a cocicsuluĭ, dînsul scapă de presiune. Atuncĭ tótă puterea fœtuluĭ se dirige către păretele anterior, care fiind puternic apăsat pe simfisa pubienă, circulaţiunea se intrerupe într'un anume punct. La 2—3 ḑile de la facere, un sfacel se declară. După deslipirea sa, rĕmâne un orificiŭ ce pune în comunicaţiune băşica cu vaginul. Dar tocmaĭ acest lucru constitue fistulele vesico-vaginale. Vom reveni.

Păretele posterior al vaginului. Acesta este, după cum am arătat, ceva mai lung ca cel anterior. Dînsul e în raport intim cu fața anterióră a rectului, prin mijlocul unui țesut conjunctiv destul de lax, permițând de a aluneca fórte ușor unul pe altul. Acest țesut de unire între vagin și rect se numesce *despărțitórea recto-vaginală.* Dar din causa laxității țesutului interpus între vagin și rect, resultă că aceste organe, în deplasările lor, nu se urmézá în mod inevitabil unul pe altul. Deci putem avea o prolabare complectă a uterului cu inversiune totală a vaginului, fără ca rectul să sufere aprópe de loc, saŭ cel mult o deplasare din cele mai ușóre. La rîndul sĕŭ, prolapsul rectului nu atrage după sine un prolaps al părețelui posterior al vaginului. Se întîmplă însă ca rectul să apese pe părețele posterior al vaginului și să formeze în interiorul acestui conduct o tumoră numită *rectocel vaginal.* Iar când intestinul subțire, prin fundul de sac peritoneul, apasă pe părețele posterior al vaginului, tumora se numesce *enterocel vaginal.*

Părețele rectal și vaginul nu se termină în jos la acelaș nivel: lama rectală se termină cea d'întâiŭ, dirijêndu-se brusc înapoi; lama vaginală, după ce a întrecut pe cea precedentă cu 10—12 milimetre, se termină la rîndul sĕŭ mergênd în sus, și tragênd înainte inelul vulvar. Rĕmâne deci între aceste douĕ lame un spațiŭ triangular. El are forma unui con cu baza dirijată către piele. Acésta constitue perineul femeei.

Un alt lucru ce trebue știut e că, părețele posterior al vaginului e căptușit pe o bună întindere de serósa peritoneală. Sappey susține că în general peritoneul nu se pogóră mai mult pe părețele vaginal ca 12—15 milimetre. După Tillaux însă, descinderea peritoneului pe fața posterióră a vaginului este de vre o 3 centimetri, așa că peritoneul ocupă aprópe un sfert din fața superióră a vaginului. De aci resultă că intervențiunile chirurgicale în acéstă regiune, trebuesc făcute cu fórte multă atențiune, spre a nu răni peritoneul care în mod sigur există; și mai cu sémă vom fi cu luare aminte, în casuri de colecțiuni lichide, ce vor fi așezate în basin și în special în fundul de sac al lui Douglas. In acest cas, tumora, grație țesutului lax dintre părețele vaginal și rectal, se insinuéză între aceste douĕ lame și vine de proeminéză în vagin, tîrând cu sine și peritoneul; prin urmare, daca nu suntem preveniți și ne grăbim a face o puncție saŭ incisie, el va fi deschis în mod inevitabil. Pericolul e enorm de mare. In adevĕr, dacă prealabil aderențe între cele douĕ foi peritoneale

nu s'aŭ stabilit, lichidul póte străbate în cavitatea peritoneală, și să aibă drept consecință o peritonită ce ușor devine mortală.

Fețele laterale ale vaginului rĕspund de sus în jos la partea cea mai declivă a ligamentelor largĭ, la țesutul gresos al excavațiuneĭ basinuluĭ, la aponevrosa pelviană superióră și la mușchiĭ ridicătorĭ aĭ anusuluĭ, carĭ iaŭ în jos inserțiunĭ pe vagin. La partea cea maĭ inferióră, aceste fețe sunt acoperite de bulbiĭ vaginuluĭ. La virgine saŭ femeĭ neuzate, vaginul fiind turtit de dinainte înapoĭ, fețele sale laterale sunt transformate în marginĭ. (Sappey și Tillaux).

Extremitatea superióră a vaginuluĭ. Dînsa îmbrățișéză gâtul uteruluĭ inserându-se solid împrejurul sĕŭ, în punctul ce corespunde la unirea treimeĭ inferióre cu cele douĕ superióre. Din acéstă inserțiune resultă un fel de sghiab, mult maĭ pronunțat la virgine și din ce în ce maĭ șters la femeile carĭ aŭ făcut copiĭ. Explorațiunea acestuĭ sghiab constitue fundurile de sac. Ele se împart în anterior, posterior, lateral drept și lateral stâng. Cel posterior e mult maĭ adânc și maĭ greŭ de atins cu degetul ca cele-l'alte.

Aceste funduri de sac sunt netede; ele în starea normală trebue să fie libere și concave. Orĭ de câte orĭ o colecțiune lichidă saŭ o tumoră se va afla în micul basin și prin urmare în jurul uteruluĭ, saŭ al anexelor, va avea tendință să umple aceste funduri de sac, pe carĭ împingêndu-le înainte, le transformă în convexe din concave ce sunt.

Extremitatea inferióră a vaginuluĭ. Se continuă cu vulva începând la nivelul imenuluĭ, imediat d'asupra ineluluĭ vulvar. Atât vulva cât și vaginul represintă un con trunchiat în jos. De aci resultă presența a douĕ conurĭ justapuse, provĕdute fie-care de un mușchiŭ constrictor. Ambele aceste conurĭ oferă óre-care dificultate la străbaterea penisuluĭ, precum și la eșirea fetusuluĭ în timpul facereĭ. Dar orĭ care ar fi gradul de dilatațiune al acestor organe, dînsele, grație elasticităței și presenței mușchilor constrictorĭ, revin asupra lor. De aceia atât vulva cât și vaginul presintă în acest nivel o porțiune maĭ strîmtă ca în restul organuluĭ. Nu maĭ în casurĭ de distrugere a acestor mușchĭ saŭ inele, ca de exemplu în fistule, etc., vulva și vaginul rĕmân larg deschise. Inconvenientele uneĭ asemenea stărĭ sunt fórte marĭ, de óre-ce nu numaĭ că femeia devine maĭ susceptibilă a căpăta tot felul de inflamațiunĭ — prin străbaterea maĭ ușóră a microbilor și a altor agenți în vagin și de aci la uter, dar încă și prin aceia că organele ve-

cine ca rect, băşică şi uter, fiind neîncetat supuse la presiunea abdominală şi ne mai avênd un susţiitor — ca acela al inelelor vulvo-vaginale, ele cu multă uşurinţă se pot prolaba. Ele decî pot ieşi cu desăvêrşire din locul lor, mergênd chiar până a atârna între cópse.

La partea anterióră a estremităţeî inferióre a orificiuluî vulvar, imediat sub meatul urinar, se află o umflătură piriformă numită *bulbul vaginuluî*. Acesta este în totul analog cu bulbul uretreî la om. El presentă aceeaşî structură ca şi corpiî cavernoşî şi spongioşî aî bărbatuluî.

Structura Vaginuluî. Părepiî vaginuluî sunt formaţî din treî straturî principale:

1. Unul extern, compus din ţesut conjunctiv lax şi fórte bogat în elemente elastice; dînsul aderă cu părţile vecine unindu-le cu vaginul.

2. Un strat muscular; care este stratul cel maî gros şi imposibil a se divide în păturile din care e format.

Se susţine însă că stratul cel maî intern, care e şi cel maî gros, e format din fibre longitudinale; cel extern din fibre circulare, iar cel mediŭ din amestecul celor douĕ între ele. S'a maî constatat că aceste fibre musculare netede, nu forméză un tot continuă. Ele sunt separate şi întretăiate de făşiî subţirî conjunctive, semănând în totul cu fibrele musculare ale uteruluî şi avênd aceeaşî dispositiune încrucişată şi întortochiată.

3. Mucósa vaginuluî se continuă în jos cu a uteruluî, fără să aibă structura acestuia. Particularităţile mucóseî vaginuluî constaŭ în următórele puncte: Maî întâiŭ grosimea sa e mult maî mare (1 — 1½ m. m.) şi este acoperită de celule pavimentóse stratificate.

Colórea acesteî mucóse este roşiatică. Ea devine însă fórte palidă la femeile anemice şi la acelea cu cancerul uteruluî, formând un semn patognomonic. Mucósa maî este remarcabilă prin numeróse îndoiturî, ce aŭ o direcţiune transversală. Ele devin mult maî pronunţate la nivelul linieî mediane, la estremitatea inferióră şi pe păretele posterior al vaginuluî. Aceste colóne şi în general tóte sbârciturile vaginuluî, sunt fórte pronunţate la virgine şi la femeile neuzate. Uniî le consideră ca avênd scopul de a mări suprafaţa vaginuluî; după alţiî însă de a face coitul maî plăcut, graţie frecărilor ce dînsele procură penisuluî. O altă chestiune ce s'a desbătut, este a se sci dacă vaginul conţine glande saŭ nu. Uniî autoriî, basându-se pe presenţa liquiduluî ce umectéză

părețiĭ vaginuluĭ, precum și pe constatarea unor kiștĭ în acest organ, aŭ susținut că mucósa vaginală e bogată în glande mucipare.

Toțĭ autoriĭ însă, maĭ ales Sappey, Robin de Sinety, etc., în urma cercetărilor îndelungate și minuțióse, aŭ susținut că nu le-a fost posibil a descoperi nicĭ chiar urme de glande în vagin. Cu tóte acestea, pentru a se esplica secrețiunile — une orĭ fórte abondente, ce observăm în vagin — s'a admis că mucósa vaginală e capabilă de a produce o exudațiune, numită exalațiune saŭ perspirațiune. Acésta se efectuéză între celulele învelișuluĭ saŭ epitelial, când e supus la óre-carĭ iritațiunĭ. In acest cas, se produce un liquid une orĭ fórte abondent, precum și o descuamațiune epitelială și chiar porțiunĭ de mucósă. Acésta ar da nascere acelor scurgerĭ abondente și viscóse, cărora Courty le-a dat numele de *leucoree vaginală*. S'a maĭ discutat încă și dacă vaginul e capabil a absorbi materiile depuse pe suprafața sa. Sunt observațiunĭ în carĭ substanțe ca iodur, bromur, acid salicilic etc., puse în vagin sub formă de unguente saŭ alte preparate, s'a constatat presența lor în urină; de asemenea s'a arătat și intoxicațiunĭ cu belladonă și sublimat puse în vagin, ceia ce ar fi o probă de puterea absorbantă a mucóseĭ vaginale. Alțĭ autorĭ însă combat faptul, susțiind că în asemenea casurĭ există o descuamație epitelială, saŭ chiar ușóre exulcerațiunĭ pe mucósă or gâtul uteruluĭ. Aceste modificațiunĭ ar fi singure capabile de a face a se absorbĭ substanțele introduse în vagin. De altfel, chestiunea acésta a fost punctul de plecare a celor maĭ moderne doctrine, cu privire la infecțiunea blenoragică, asupra căreia am insistat la începutul acesteĭ opere.

Arterele vaginuluĭ nasc din ipogastrica Ea dă artera vaginală, plus alte rămurĭ ce provin din arterele uterine, vesicalele inferióre și rușinósele interne. Tóte, după ce se divid și se sub divid în grosimea păreților vaginalĭ, se pierd în mucósă. Venele plécă din papilele mucóseĭ vaginale cu carĭ formézĭ maĭ multe anse. In grosimea mucóseĭ nasc alte micĭ rămurĭ ce se anastomoséză. Ambele acestea formézĭ venele superficiale, carĭ uninduse cu acelea ale tunicеĭ musculare, merg să se verse în plexul venos, așezat în părțile laterale ale vaginuluĭ. Vasele limfatice din pătrimea superióră a vaginuluĭ se duc la ganglionĭ pelvienĭ: cele din partea inferióră, în ganglionĭ îndoitureĭ inguinale. Nervĭĭ pléc̆ă din plexul ipogastric.

BÓLELE VAGINULUI

Cap. I. Leziunile traumatice.

Plăgile vaginuluĭ formézĕ capitolul cel maĭ important, atât din punctul de vedere al mecanismuluĭ, cât și al medicineĭ legale. Aceste plăgĭ se pot împărți în *accidentale, chirurgicale* și *obstetricale*. Cele obstetricale devin grave când plaga produsă e perforantă. In acest cas dînsa e capabilă a pune în comunicație vaginul cu bășica, cu rectul, saŭ chiar cu cavitatea abdominală. Despre ele ne vom ocupa la anume capitole.

Plăgile chirurgicale vor fi studiate când vom trata despre operațiunile ce se practică pe vagin. Tot acelaș lucru vom face cu plăgile chirurgicale, făcute în adins, pentru a stabili comunicărĭ anormale între vagin cu bășica uduluĭ, cu rectul saŭ chiar peritoneul — ca în casurĭ de afecțiunĭ cronice și dureróse ale bășiceĭ, în flegmónele basinuluĭ, etc. Dar ele nu se pot studia de cât când vom vorbi de tratamentul special al acestor leziunĭ.

In fine menționăm plăgile provenite din tentativă de avort precum și acelea făcute de mamos în timpul facereĭ. Sunt casurĭ nenorocite în carĭ fete saŭ femeĭ voind a 'șĭ determina singure un avort, îșĭ introduc diferite instrumente în organele genitale, ele însușĭ saŭ printr'o persónă streină. Se întâmplă însă că din emoțiune saŭ necunóscerea lucruluĭ, instrumentul strĕbate prin fundul de sac posterior al vaginuluĭ și produce o plagă penetrantă, intrând în cavitatea peritoneală.

Consecințele sunt din cele maĭ funeste, căcĭ adesea mórtea este resultatul acestuĭ accident, maĭ ales dacă instrumentul a fost murdar, provocând septicimie supra acută. Incă ceva: nisce asemenea plăgĭ, facêndu-se de ordinar cu instrumente fórte ascuțite ca ace, cârlige, etc., se cicatrizézĕ ușor, așa că chiar din punctul de vedere medico-legal chestia devine fórte dificilă. Trebue dar să fim preveniți, spre a procede la un examen minuțios, pentru a putea descoperi plaga, ce maĭ tot-d'a-una va fi căutată în fundul de sac posterior.

Rupturile obstetricale ale vaginuluĭ provin fie din neexperiență, fie dintr'o nebăgare de sémă culpabilă. Am avut nenorocirea dice Lawson Tait să observ un cas în care una din rămurile forcepsuluĭ fusese împinsă prin fundul de sac al vaginuluĭ. Sfor-

țurile expulsive gonise ansele intestinale prin plagă. Autopsia a probat că, practicianul ridicase aprópe totalitatea intestinelor deslipindu-le de mesenter. El smulsese în acelaș timp peritoneul rinichilor și a pereților abdominali posteriori.

Vaginul se póte încă rupe tot în timpul facerilor, când mamosul introduce mâna în uter pentru diferite manopere.

Ne rămâne deci a ne opri puțin asupra plăgilor accidentale. Acestea se pot divide la rândul lor în: *plăgi propriu dise prin accident; plăgi prin coabitare* și *plăgi prin tentative de suicid saŭ omucid.*

Plăgile prin accident se întâmplă când femeia cade de la o înălțime óre-care în posițiunea semiședêndă, pe un instrument tare și ascuțit precum ar fi o bară de fier, țepușă, etc. In acest cas, dacă instrumentul a intrat în vagin, dînsul urmézā în general peretele posterior. El mergênd în fundul de sac corespondent îl perforéză, și produce ast-fel o plagă, complicată saŭ ne complicată de deschiderea peritoneuluĭ. Lawson Tait spune că într'un cas, mórtea a survenit prin peritonită a cincea ḍi după accident. La autopsie s'a constatat în cavitatea abdominală presența unuĭ mic fragment din vestmintele bolnaveĭ, fără ca vre-un alt organ să fi fost atins.

Plăgile vaginuluĭ în urma unuĭ coit se observă când acest act se face în mod brutal, și când penisul are o mărime disproporționată în raport cu vaginul. Aceste leziunĭ de multe orĭ sunt așa de grave că provócă mórte femeilor, fie prin emoragie saŭ peritonită supra-acută. Ele sunt încă grave și prin aceia că vindecarea este întârziată, dacă raporturile sexuale nu se întrerup imediat, căcĭ ast-fel cicatrisarea plăgeĭ devine imposibilă.

Sunt o mulțime de casurĭ citate de diferiți autorĭ, unde se vĕd distrugerĭ colosale datorite coituluĭ. Ast-fel găsim în Auvard:

I. Casul luĭ Sinaisky: O femee tînĕră a avut o durere vie și emoragie la primul coit. Examenul practicat cât-va timp de la accident a găsit o rupere a comisureĭ posterióre a vulveĭ, care comunica direct cu rectul d'asupra sfincteruluĭ anal.

II. Casul luĭ Albert: O tînĕră arabă de 11 anĭ, la care primele raporturĭ cu bărbatul sĕŭ — un om voinic de 16 anĭ — aduse ruptura comisureĭ posterióre și a funduluĭ de sac al vaginuluĭ, puindu-l în comunicare cu cavitatea abdominală.

III. Casul luĭ Zeiss: Ruptura despărțitóreĭ vaginale în timpul coituluĭ, femeea fiind sprijinită pe cóte și genunchiŭ. Faptul s'a petrecut la șése sĕptămânĭ după un acușment cu forcepsul.

IV. Casul Schadwick: Ruptura vaginului la o femee nulipară de 48 ani.

V. Casul Masalitinoff: Fistulă vesico-vaginală la o georgiană de 24 ani, practicând coitul pentru prima óră cu bărbatul sĕŭ.

VI. Casul luĭ Afanasi: Fistulă vulvo-rectală și ruptura perineuluĭ la o țărancă de 17 anĭ; bărbatul era un țăran voinic de 24 anĭ, avênd un penis voluminos. Primul coit a fost escesiv de dureros; de a doua ḑi de diminéță apar gazurĭ cu miros fecaloid, iar a treia ḑi materiĭ fecale ieșiră din organele genitale ale femeeĭ.

VII. Casul luĭ Price: Fistulă vulvo-rectală, creată de un coit la o femee de 22 anĭ.

VIII. Casul luĭ Blumental: Fistulă vulvo-rectală, și în fine

IX. Casul luĭ Diemerbrock: Ruptura vaginuluĭ la douĕ tinere Olandeze de curênd măritate și carĭ amêndouĕ muriseră de emoragie.

Tratamentul acestor rupturĭ constă întâiŭ în a combate complicațiunile. In prima linie vom opri emoragiile, iar al doilea vom căuta prin tóte puterile a obține reunirea plăgeĭ prin prima intențiune, aplicând pansamentul cel maĭ larg. Rĕmâne bine înțeles însă, că în casul de plăgĭ penetrante și complicate de ieșirea viscerelor, nu vom practica reunirea până ce maĭ întâiŭ nu vom reduce părțile erniate. Ce conduită însă trebue să avem, când ansele intestinale ieșite prin vagin nu maĭ pot fi reduse? Trebue ele resecate saŭ lăsate în loc? Noĭ credem, că dacă am fi siguri că există aderențe solide în jurul intestinelor, am putea fără pericol să ridicăm porțiunea prolabată. In casul însă când acest lucru nu e solid, atunci e maĭ bine să ne abținem, căcĭ făcênd resecțiunea în asemenea condițiunĭ, capătul intestinuluĭ rĕmas liber se va retracta, și decĭ tot conținutul de materiĭ fecale se va vărsa în cavitatea peritoneală; bolnava va muri de o peritonită stercorală supra-acută. De alt-fel pentru a sprijini acéstă idee, reproducem următórele liniĭ luate din Lawson Tait: A ridica ansele intestinale prolabate, este injustițiabil în tóte casurile, căcĭ nu trebue să uităm nicĭ odată observațiunea fórte bine cunoscută a luĭ Mac Ewen, în care aprópe 4 picióre de anse intestinale erau în prolaps și nu putură fi reintegrate în cavitatea abdominală; ele aŭ fost lăsate în loc, se gangrenară și bolnava s'a vindecat printr'un anus contra natureĭ deschis în vagin

Dar orĭ care ar fi tratamentul și orĭ cât de bine ar fi reușit operațiunea, nu vom uita că spre a asigura durabilitatea vindecăreĭ, trebue să dăm îngrijirĭ speciale bolnavelor. Ele constaŭ

în prima linie într'o igienă apropriată, dar mai ales în suspendarea — dacă nu definitivă cel puțin pentru mult timp, a raporturilor sexuale, carĭ aŭ fost punctul de plecare al leziunilor primitive.

Pentru a termina cu acest capitol, vom spune câte va cuvinte despre corpiĭ streinĭ aĭ vaginuluĭ.

Prima categorie de corpĭ streinĭ aĭ vaginuluĭ sunt aceia puși în scop terapeutic, ca de esemplu pesarele. Alțiĭ sunt veniți din organele vecine, or formați *in situ:* precum calculiĭ vesicalĭ căzuți în vagin prin o deschidere fistulară, saŭ proveniți din descompunerea urineĭ și precipitarea sărurilor. Uniĭ din acești corpĭ streinĭ, dacă nu aŭ un volum prea mare, pot sta mult timp ascunși fără să dea nascere la nicĭ un simptom. Ast-fel Pearse spune, că a găsit în vaginul uneĭ femeĭ de 36 anĭ o bobină, datând de 22 anĭ; și cu tóte acestea a fost măritată de douĕ orĭ. La urmă se produsese o fistulă uretro-vaginală.

Nu mai puțin important este și partea relativă a pesarelor, uitați în vagin prin neglijență. Se citéză casurĭ de femeĭ, la carĭ aceste instrumente fuseseră uitate timp de anĭ întregĭ în vagin, și a căror presență n'a fost descoperită, de cât în urma diferitelor accidente fórte grave la carĭ aŭ dat nascere. Intre alte casurĭ, și pentru a da o idee de consecințele unor asemenea instrumente uitate în vagin, reproduc următórea observațiune luată din Lawson Tait: E vorba de o bolnavă Irlandeză, cam tâmpită, ce nu a revenit de cât la doĭ anĭ după ce i s'a pus un pesar de susținere, pentru un enorm entero-colpocel. S'a găsit că se produsese douĕ largĭ perforațiunĭ: una în rect și alta în bășică. Cu tóte acestea ea era pe deplin satisfăcută de starea actuală și a refusat orĭ ce intervențiunĭ operatoriĭ.

Din fericire, astădĭ grație procedeelor operatoriĭ bine studiate, pesarele aprópe aŭ dispărut din practica ginecologică. Decĭ ocasiunile devin fórte rarĭ de a mai observa nisce asemenea desastre. In orĭ ce cas trebue să fim fórte circumspecți în aplicarea pesarelor, mai ales dacă am avea a face cu femeĭ ignorante și murdare, la carĭ neglijența și lipsa îngrijirilor igienice, pot fi urmate de consecințe destul de grave.

Alte dăți însă acțiunea acestor corpĭ e mai vătămătóre, căcĭ în afară de erosiumĭ și ulcerațiunĭ ale mucóseĭ, póte da naștere la perderĭ de substanță fórte întinse, formând teribilele infirmități de fistule vesico-vaginale și recto-vaginale.

In alte circumstanțe lucrul se petrece mai curios și anume: După ce corpul strein a produs o ulcerațiune, marginele ulceru-

luĭ încep a burgeona; cu timpul ajunge de acopere cu totul corpul strein, ascunzându'l astfel în mijlocul părților moĭ.

A doua categorie de corpĭ streinĭ aĭ vaginuluĭ sunt ceĭ introdușĭ cu scop criminal, saŭ în urma unor perversiunĭ sexuale cu intențiunĭ libidinóse. Ast-fel s'aŭ vĕdut obiectele cele maĭ extraordinare introduse în vagin. Literatura medicală e plină de asemenea observațiunĭ. S'a găsit pĕr, scobitorĭ, pene, lumînărĭ, creióne, borcane de pomadă, buteliĭ, etc., etc. Eŭ am cunoscut o femee d-na G..., atinsă de alienație mintală, și a căreĭ manie consta în aceia, că dînsa se credea însărcinată și că tot-d'a-una vorbia cu copilul sĕŭ. Tótă ḑiua nu făcea de cât să-șĭ introducă în vagin cele maĭ bizare corpurĭ, ḑicând că ele servesc ca mâncare pentru copil. De multe orĭ i s'a găsit în vagin măsline, caise, prune, nucĭ etc., etc. Resultatul a fost o ulcerațiune ce a determinat perforarea despărțitóreĭ recto-vaginale și de aci fistulă, de care nicĭ odată nu s'a putut vindeca. Mi-aduc iarășĭ aminte a fi citit, că o femee și-a ascuns în vagin un ciasornic pe care-l furase. Nu este de mirare a observa nisce asemenea corpĭ streinĭ chiar la copile.

De multe orĭ vaginita infantilă ḑisă strumósă, e determinată prin presența de corpĭ streinĭ, introdușĭ de copilă saŭ de camaradele sale. Am avut ocasiunea ḑice Lawson Tait să observ diferite casurĭ de acest fel, carĭ demonstraŭ la aceste tinere ființe o stare de depravațiune cu totul surprinḑătóre. Ast-fel mi se aduse o dată o tînĕră fată în etate de 5 anĭ, la care am putut scóte din vagin un mare numĕr de micĭ tampóne, formate din propriul sĕŭ pĕr. Acéstă copilă avea obiceiul de a'șĭ împleti între degete fire din pĕrul capuluĭ, pe care-l smulgea singură. Mama sa observase de maĭ multe orĭ acest obiceiŭ suspect, dar fără să dea vre-o altă importanță. Nu maĭ după-ce am scos din cavitatea vaginală a copileĭ vre-o 30 de tampóne, ne-am putut explica acest nenorocit obiceiŭ.

Cap. II. Leziunile inflamatoriĭ ale vaginuluĭ.

§ 1. Despre vaginite (colpită, elythrită).

Am arătat la capitolul vulvitelor legătura strânsă ce există între vulvă și vagin, grație continuităței aceleiași mucóse a ambelor organe. Din acéstă causă, inflamațiunile vulveĭ se propagă și se însoțesc tot-d'a-una de vaginite. Ar fi dar de prisos a studia

în parte inflamațiunile vaginului, căci am putea considera acésta ca complicațiunea celeĭ d'întâiŭ. Cu tóte acestea, dacă vaginita în majoritatea casurilor plécă de la vulvă în mod ascendent, există însă și vaginite primitive cu un mers descendent. Depunerea uneĭ cantități de puroiŭ pe părețiĭ vaginului eșit din uter, póte determina o inflamațiune a acestuĭ organ fără participarea vulveĭ. De asemenea și diferiți corpĭ streinĭ introdușĭ în vagin și despre carĭ deja am vorbit, precum și puroiul blenoragic, daŭ acelașĭ resultat, adică inflamațiunĭ vaginale.

Pe lângă acésta, leziunile anatomo-patalogice și diferitele forme speciale, aŭ făcut să se studieze vaginitele într'un capitol separat. Rămâne decĭ stabilit că, dacă vaginitele pot fi considerate ca complicațiunĭ, saŭ invers, să se pótă propaga la vulvă, uretră, glande, uter etc., nu e maĭ puțin adevĕrat că mucósa vaginală, póte să fie și singură coprinsă de inflamațiune.

Acéstă inflamație are putere a se rĕspândi pe întréga suprafață, saŭ să rĕmâe limitată în unele puncte ca în replicele orĭ îndoiturile canaluluĭ vaginal.

Vaginitele se împart în *acute* și *cronice*. Vaginita acută este caracterisată prin leziunile propriĭ orĭ căreĭ inflamațiunĭ acute, vom constata decĭ tumefacție, dilatație vasculară și o ramolire considerabilă a mucóseĭ. Când inflamațiunea este prea vie, atuncĭ pe lângă modificațiunile epiteliuluĭ, putem găsi leziunĭ mergênd până la țesutul conjunctiv, aședat sub câmpul capilar.

In acest cas, dacă inflamațiunea se localiséză, totul se mărginesce în producțiunea unuĭ abces. Când însă procesul inflamator copleșesce în mod violent și repede tot țesutul conjunctiv care înconjóră vaginul, atuncĭ se formézĕ acele peri-vaginite flegmonóse saŭ disecante, carĭ se pot propaga chiar până la țesutul conjunctiv al miculuĭ basin. Acesta e punctul de plecare al celulitelor pelviene, însoțite de accidente fórte grave, dacă nu chiar mortale.

Noĭ lăsăm la o parte vaginitele devteropatice survenite prin infecțiune puerperală și dând nascere la vaginitele gangrenóse; lăsăm la o parte și vaginitele difterice precum și a celor-l'alte febre eruptive saŭ alte septicemiĭ. In asemenea casurĭ, vaginitele rĕmân pe un plan mult maĭ inferior de cât bóla primitivă, asupra căruia tótă atențiunea chirurguluĭ este atrasă. De alt-fel, acest capitol special de inflamațiĭ devteropatice le-am studiat la vulvite, ce tot-d'a-una se însoțesc și de vaginite. Decĭ un studiŭ separat ar fi inutil, trebuind a repeta aceleașĭ fapte deja descrise.

Revenim prin urmare la inflamațiunile acute simple ale vaginuluĭ. Une-orĭ acéstă inflamațiune numită cataralĕ, ocupă tótă mucósa vaginuluĭ; alte dățĭ ea nu trece terțul inferior, saŭ se localiséză în părțile cele maĭ profunde, producând pe alocurea pete risipite icĭ colea.

Varietățile cele maĭ principale dintre vaginitele catarale sunt următórele:

I. **Vaginita papilară** a luĭ Lawson Tait, saŭ *vaginita granulósa* a luĭ Ruge. Dînsa s'a numit ast-fel, din causă că papilele vaginuluĭ se ipertrofiază în mod colosal. Ele fac ridicătură ca bóbele uneĭ dude saŭ mure, părând a ieși dintr'un gros strat de puroiŭ în care continuă sunt scăldate. Acésta resultă de acolo, că epiteliul

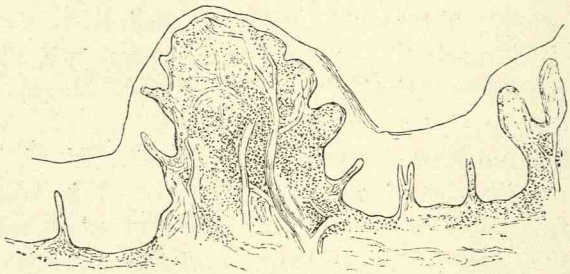


Fig. 17. Vaginită granulósă acută. C. Ruge.

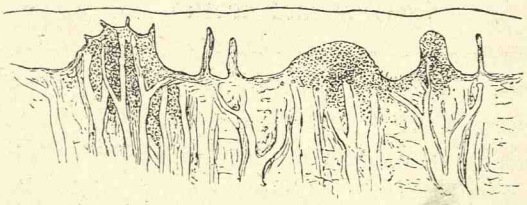


Fig. 18. Vaginită granulósă cronică. C. Ruse.

pavimentos, în urma imflamațiuneĭ și a infiltrațieĭ, se subțiază și se elimineză. Atuncĭ rĕmâne în loc papilele aflate sub ele, și iaŭ un aspect fórte roșu. Iu urma iritațiuneĭ continue dînsele se măresc de volum, grație uneĭ infiltrațiunĭ de celule embrionare. Papilele ast-fel ipertrofiate, iaŭ forma unor micĭ grăunțe nodoróse, tarĭ și fórte sensibile la cea maĭ mică atingere. Aceste granulațiunĭ saŭ mamelóne sunt fórte vascularisate. Ele se aglomeréză maĭ multe la un loc și formézĕ grupurĭ pe părțile laterale saŭ în fundurile de sac; alte dățĭ se aranjéză în serĭ pe créșta in-

doiturilor mucóseĭ. Când regenerarea învelișuluĭ epitelial se efectuéză, iar cu dînsa resorbțiunea infiltrațiuneĭ embrionare, atuncĭ mucósa se niveléză și granulațiunile încetéză de a maĭ fi aparente: ele nu se maĭ recunosc de cât prin pulpa degetuluĭ introdus în vagin — dacă posedăm o sensibilitate tactilă fină și exersată. Acéstă vaginită granulósă se observă la femeĭ adulte și maĭ ales la acelea carĭ n'aŭ avut copiĭ.

Dînsa constitue o afecțiune fórte rebelă și opune un obstacol atât la coit cât și la concepțiune, maĭ cu sémă când trece în stare cronică. In acest cas observăm o secrețiune fórte abondentă de muco-puroiŭ, ce se ascunde între replicele mucóseĭ saŭ d'asupra sfincteruluĭ vaginal. Când secrețiunea a ajuns la maximum, sfincterul cedéză și o cantitate mare de puroiŭ fetid se scurge, formând o *adevĕrată debaclă*. Acelașĭ lucru îl constatăm, dacă femeea e examinată cu degetul saŭ cu speculul. Si rĕmânem surprinșĭ când înainte de examen părțile genitale externe le vedem curate, iar introducând speculul, provocăm o adevĕrată inundațiune de puroiŭ, ieșind din părțile profunde ale vaginuluĭ. In urma acesteĭ scurgerĭ continue și abondente, organele genitale externe se iritéză, se edemațiază. Iritațiunea se propagă și la părțile din prejur, precum sunt cópsele, perineul, etc., etc. In fine, acéstă vaginită granulósă trecută în stare cronică și neglijată, póte da nascere, maĭ ales la femeile bĕtrîne, la nisce leziunĭ mult maĭ grave, constituind a

II. Varietate **vaginita cronică adesivă.** Aci observăm o producțiune fórte mare de granulațiunĭ, însoțite de pete echimotice numeróse. Epiteliul pavimentos cade, saŭ cel puțin este redus la un strat de înveliș fórte subțire. Aceste granulațiunĭ exuberente crescând în mod continuŭ, aŭ tendința a se reuni între ele. De aci resultă o lipire a îndoiturilor mucóseĭ vaginale și decĭ o strîmtorare, dacă nu o atresie parțială saŭ chiar totală a organuluĭ. Fenomenele se întîmplă maĭ ales la femeile bĕtrîne, ce numaĭ practică actul coituluĭ. Când prin întîmplare ele sunt examinate, constatăm că posedă o atresie fórte întinsă a vaginuluĭ. Eŭ am rĕmas surprins de un asemenea cas, ce mi s'a presentat în circumstanțele următóre: o femee destul de bĕtrînă, a venit să mĕ consulte, mărturisindu-mĭ *fără ruşine* că dînsa, deși în acéstă etate, doresce însă a avea raporturĭ sexuale. Maĭ mulțĭ bărbațĭ însă i-aŭ spus că nu are trup, și de aceia doresce a fi examinată. Cu tot desgustul ce mi-a inspirat acéstă femee, totușĭ am examinat-o. Dar constat cu surprindere, că nu am putut intra în vagin de cât

cu pulpa degetului. Mi-a fost imposibil să descoper cel mai mic rudiment de gât uterin; tot vaginul era transformat într'o boltă fórte resistentă, ce închisese aprópe complect organul.

Este ştiut că în aceste vaginite senile, granulaţiunile sudându-se între ele împrejurul coluluĭ, se transformă într'un adevĕrat ţesut fibros, ce maschézĕ în mod complect organul. Lucrul acesta se petrecuse şi la femeea nóstră, de unde resultase acea boltă netedă şi resistentă, formată din ţesut conjunctiv adult fibros.

Dar alte dăţĭ, o asemenea transformare a granulaţiunilor în ţesut fibros nu se efectuéză de cât în parte; restul rĕmâne sub forma de granulaţiunĭ vasculare şi cu infiltraţiunĭ de celule embrionare. De aci resultă o secreţiune fórte abondentă de puroiŭ fetid, însoţindu-se din când în când de emoragiĭ, provenite din ruperea vaselor fragile. In asemenea casurĭ, dacă practicăm examenul cu degetul, constatăm părţĭ dure formate din ţesut fibros, şi părţĭ moĭ fongóse formate din granulaţiunile vasculare. Tóte acestea, unindu-se cu o scurgere sanguino-purulentă şi fetidă, ne oferă tóte caracterele clasice ale unuĭ cancer, pe când în realitate nu e de cât o formă particulară de vaginită cronică adesivă. Acéstă afecţiune e numită de Hildebrand *vaginita ulcerósă adesivă*, iar de Germanĭ, *Colpitis adhaesiva cronica vetularum.*

Dăm aci următórele figurĭ 17 şi 18 luate din Aug. Martin, unde se vĕd tipurĭ de vaginită granulósă acută şi cronică

Acestea sunt formele cele maĭ principale şi din cele maĭ clasice ale vaginitelor. In trécăt reamintim vaginita *pustulósă* şi *vesiculósă*. Prima constă în presenţa unor pustule sub formă de ridicăturĭ ombilicate carĭ crăpêndu-se, pot fi urmate de micĭ ulceraţiunĭ. Vaginita vesiculósă numită încă şi erpetiformă, se caracterisă prin apariţiunea unor micĭ vesicule pline cu lichid, şi resultând din ridicarea epiteliuluĭ, provocată de infiltrarea unuĭ exudat seros.

Cât privesce *vaginita folicularĕ*, caracterisată prin nisce micĭ nodulĭ, consideraţĭ de Winckel ca folicuĺĭ limfaticĭ, iar de Heitzmann ca glande mucóse, n'ar fi după Ruge de cât o variantă a vaginiteĭ granulóse cronice.

Unĭĭ autorĭ descriŭ într'un capitol aparte o vaginită gravidică. Dar acésta în realitate nu e de cât o vaginită granulósă acută, avênd ca sediŭ de predilecţiune fundurile de sac. Vaginita gravidică în general nu e sub dependinţa infecţiuneĭ blenoragice, ci numaĭ sub simpla influenţă a gestaţiuneĭ. Drept probă avem

că dînsa se însoțesce de uretrită și nu presintă nicĭ o dată gonococul special; decĭ nu e în stare a contamina pe bărbat, care póte practica coitul fără nicĭ un pericol. Acéstă afecțiune este genantă prin scurgerea sea câte o dată fórte abondentă, precum și prin aceea, că lăsându-se în negligență și fără îngrijirĭ igienice, póte opune obstacol la ieșirea fetuluĭ, și să producă oftalmiĭ purulente, în momentul expulsiuneĭ.

O altă formă de vaginită descrisă pentru prima óră de Winckel, este vaginita *kistică iperplasică* saŭ *colpo-iperplasia kistică*. Dînsa a maĭ fost numită de Ruge *vaginită kistică*, iar de Zweifel *emfisem va-*

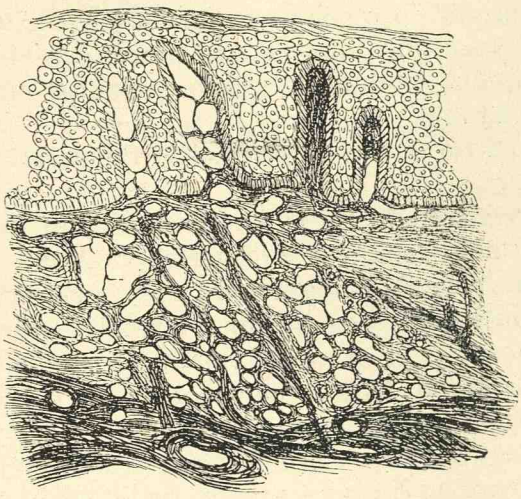


Fig. 19. Vaginită emfisematósă. După C. Ruge.

ginal saŭ *vaginită emfisematósă*. Leziunea constă în aceia, că pe părețiĭ vaginuluĭ se produc o mulțime de micĭ ridicăturĭ granulóse și aspre, formând adevěrațĭ kiștĭ plinĭ de un gaz, avênd o compositiune analógă cu a aeruluĭ. Aceștĭ kiștĭ aŭ nisce dimensiunĭ micĭ și nu trec dincolo de volumul uneĭ cireșĭ. In momentul când facem examenul cu degetul, căpătăm sensațiunea ca cum am sparge nisce băsicuțe cu aer. De aci o crepitațiune emfisematósă care a și motivat numele bóleĭ.

Vaginita emfisematósă se observă maĭ ales în timpul graviditățeĭ; póte însă să apară și în afară de acéstă circumstanță.

Patogenia kiștilor gazoșĭ aĭ vaginuluĭ este încă obscură. Până

acum nicĭ o explicațiune nu este satisfăcătóre. Provenienta lor din glande nu se admite, sciut fiind că aceste organe nu există în vagin. Alțiĭ între carĭ Chiari, le atribue dilațiuneĭ unor spațiurĭ limfatice. Ceea-ce însă e sigur, este faptul demonstrat de Ruge prin examenul microscopic, că acéstă formă de vaginită presintă imediat sub suprafața mucóseĭ, nisce extravasate sanguine maĭ mult saŭ maĭ puțin considerabile. Se admite decĭ că aceștĭ kiștĭ gazoșĭ aĭ vaginuluĭ provin dintr'o trombosă locală, din care ar resulta formațiunea uneĭ vacuole. Maĭ multe din aceste vacuole se reunesc; dar conținutul lor, adică sângele estravasat descompuindu-se, devine punctul de plecare al formațiuneĭ de gaze în aceste vacuole, devenite acum kiștĭ. După Pozzi, gazele din kiștĭ ar proveni dintr'o desintegrațiune a țesuturilor. In fine Effinger admite chiar posibilitatea strebatereĭ directe a aeruluĭ exterior sub epiteliul vaginuluĭ, grație presenței unor scrijilăturĭ microscopice (fig. 19).

Unĭĭ autorĭ fac o varietate specială de *vaginită disecantă saŭ exfoliantă.*

Este adevĕrat că în urma uneĭ inflamațiunĭ prea violente a mucóseĭ vaginuluĭ, precum și a țesutuluĭ conjunctiv celulo-mucos, se póte desvolta o vaginită flegmonósă despre care deja am vorbit. In acest cas putem observa deslipirĭ largĭ de lambourĭ din vagin, ca și cum mucósa ar fi disecată. Dar nu e vorba de acéstă vaginită, care de sigur trebue considerată ca o complicațiune a unuĭ flegmon difus, ci de o varietate în adevĕr curiósă, ce se produce în afară de orĭ ce inflamațiune acută. Vaginita disecantă saŭ exfoliantă tip, se observă une-orĭ la femeĭ în momentul perióderĭ menstruale, saŭ a unor injecțiunĭ astringente. In aceste casurĭ constatăm o expulsiune de lambourĭ une-orĭ așa de întinse a mucóseĭ vaginuluĭ, în cât ne represintă în mod fidel, o mulă saŭ un tipar complect al întreguluĭ canal vaginal. Când vom trata despre metrite, vom vedea că și acolo observăm o formă disecantă a mucóseĭ uteruluĭ. Trebue dar să fim preveniți spre a nu lua una drept alta. Pe lângă cele-l'alte caractere ce vom vedea, menționăm numaĭ că lambourile vaginale vor fi recunoscute la microscop, prin presența de celule marĭ epiteliale și absența complectă de glande; acestea sunt fórte numeróse în lambourile mucóseĭ uterine.

Etiologia. — Este incontestabil că una din causele cele maĭ frequente a vaginitelor, este infecțiunea blenoragică. Avem însă vaginite de origină inflamatorie simplă, ca în casurĭ de trauma-

tisme, corpĭ strĕinĭ, etc.; vaginite consecutive febrelor exantematice, precum și vaginite datorite diferiților parasiți ca oxiurĭ, oidium albicans, etc., ce se întîlnesc mai ales la micele copile.

Forma granulósă de și mai frequentă la femeile gravide, nu formézĕ însă apanajul lor, căcĭ póte fi și consecința uneĭ blenoragiĭ.

Cât privesce vaginitele cronice, ele de și succed mai tot-d'a-una uneĭ stărĭ acute, totușĭ se pot desvolta d'a dreptul sub forma cronică. Mai observăm încă vaginite cronice simptomatice, ca în urma metritelor, neoplasmelor uteruluĭ, rectuluĭ, băsiceĭ uduluĭ, etc. și a tot ce împedică circulațiunea miculuĭ basin.

S'a căutat aci ca și în vulvite a se da un rol óre-care diatezeĭ scrofulóse, cloroseĭ și anemieĭ, ca fiind capabile a da nascere acestor inflamațiunĭ.

Nu se scie însă dacă cel puțin clorosa și anemia nu sunt efectul vaginitelor în loc de a fi causa. E probabil că scurgerile neîncetate și abondente pot slăbi pe bolnave, mai ales dacă adăogăm și starea de tristețe în care ele se găsesc, vĕdêndu-se atinse de o asemenea afecțiune murdară și rebelă la vindecare.

Am insistat deja asupra influențeĭ ce scrofulosa și limfatismul aŭ, ca fiind capabile a produce asupra uneĭ femeĭ o blenoragie, cum am zice din chiar senin, adică fără nicĭ o inoculațiune prealabilă. Am vĕzut cum marele Ricord prevĕzuse acest lucru. Astăzĭ faptul se confirmă prin tóte cercetările moderne. In adevĕr, autoriĭ sunt de acord că, un singur și acelaș țesut, póte in anumite circumstanțe să presinte gonococuluĭ o resistență diferită. Mai mult, microbĭ ordinarĭ și inofensivĭ până la un moment dat, pot cu anume condițiunĭ să se desvolte și să capete o virulență ce nu le este proprie și nicĭ că o aveaŭ până acum. Sänger a precisat zicênd că, vaginita gonoreică se presintă mai ales la fete și femeĭ bĕtrîne, la femeĭ gravide și la acelea carĭ aŭ o constituție delicată, în particular la femeile blonde; într'un cuvênt in casul de subțiime, de fineță și de desquamațiune a epiteliuluĭ. Noeggerath susține și el că, sănătatea perfectă ce se menține de mai mulțĭ anĭ la o femee, póte să înceteze brusc, în urma uneĭ iritațiunĭ a organelor sexuale; și că atuncĭ apar simptomele uneĭ inflamațiunĭ sub acută saŭ acută.

Decĭ nu e de mirat că în cazurĭ de iritație a mucóseĭ vaginale, acest țesut să ofere niște condițiunĭ din cele mai favorabile desvoltăreĭ microbilor chiar banalĭ; să le dea o putere virulentă pe care nu o aveaŭ, și să transmită bărbatuluĭ o uretrită

quasi-blenoragică, fără cu tóte acestea femeia să fie întru câtva vinovată.

Bacteriologia a arătat că sunt o mulțime de vaginite, ce se datoresc saprofiților, diferitelor bacterii, sarcinelor, diplococilor, stafilococilor alb și auriu, streptococuluĭ și chiar colibacilului. Că asociațiunea acestor microbĭ între dînșiĭ fiind favorisată de anume modificărĭ a țesuturilor, eĭ pot căpăta niște proprietăți de o mare virulență și să dea ast-fel formele cele maĭ grave de vaginite disecante și gangrenóse. Și acésta fără cea maĭ mică intervențiune a gonococuluĭ.

Maĭ mult, un autor Otto von Herff, a arătat o anume specie de vaginită, datorită organismelor inferióre — microfiților ca *oidium albicans*, *monilia candida*, *photex vaginalis* și chiar simpla levură. Acésta constitue vaginita numită *mycotică*; dînsa se observă maĭ ales la femeile bătrîne carĭ aŭ vulva deschisă.

Maĭ există încă o causă demnă de cunoscut în producerea vaginitelor banale. Acésta este pierderea contractilității sfincterilor vaginalĭ. In acest cas orificiul vulvo-vaginal fiind larg deschis, organele genitale vor fi maĭ apte a se infecta, lăsând liberă trecere de la exterior a microbilor și altor agenți morbidĭ. Póte chiar și frigul să aibă o influență în asemenea casurĭ, exercitându-și acțiunea sa direct asupra canaluluĭ vaginal.

Orĭ-cum ar fi, observațiunile clinice sunt aprópe demonstrative, arătând că femeile cu vagin prea larg și în special cele cu rupturĭ ale perineuluĭ, sunt mult maĭ des atinse de vaginite de cât cele-l'alte. Aci maĭ ales jócă mare rol strebaterea microfiților carĭ, cu deosebire în lunile călduróse, produc vaginita mycotică a femeilor bătrîne.

Simptomele. Vaginita acută se manifestă local prin caracterele clasice ale inflamațiuneĭ, adică mucósa e roșie, puțin tumefiată, durerĭ violente la explorație, un sentiment de căldură simțit de bolnavă și constatat de medic la introducerea degetuluĭ în vagin.

Pe lângă acésta, avem o scursóre muco-purulentă de o colóre cu atât maĭ verzue, cu cât starea inflamatóre e maĭ acută. Când fenomenele sunt intense, putem observa și simptome generale, dar maĭ ales simptome de invecinare ca tenesme vesicale, durerĭ abdominale în regiunea uteruluĭ și a anexelor. Acésta pledéză în favórea uneĭ inflamațiunĭ infecțióse blenoragică.

In vaginita cronică, simptomele nu sunt așa de alarmante. Totul se mărginesce maĭ mult într'o scursóre une-orĭ fórte

abondentă și avênd de carecteristic că e lipsită de orĭ-ce viscuositate; ea se apropie maĭ mult de aspectul de lapte bătut. Acésta o diferențiază de scursorile uterine și în special de a metriteĭ coluluĭ, unde avem presența unuĭ mucus fórte viscos și resistent. Orĭ-care ar fi scurgerea vaginitelor, ea nicĭ odată nu este colorată în verde ca în cea acută, și nicĭ nu lasă pe rufe o pată grósă, de scrobélă. Scurgerile vaginale pătézá rufele lăsând în jurul lor un mic cerc alb, iar une-orĭ puțin galben; când liquidul e prea purulent, atuncĭ putem observa o ușóră coloratiune verde, dar nu așa de caracteristică ca în starea acută.

Diagnosticul. Dându-se fenomenele locale și simptomatologia specială a acestor leziunĭ, în general diagnosticul nu oferă marĭ dificultățĭ. Chestiunea maĭ importantă este dacă vaginata e blenoragică saŭ inflamatorie simplă. Singur examenul bacteriologic ar fi capabil a da lămuriri precise, de și după cum am arătat la vulvite, de multe orĭ nicĭ dînsul nu e în stare a înlătura erorile. Clinicesce este admis că fenomenele vesicale, însoțind vaginitele, ar pleda în favórea uneĭ inflamațiunĭ blenoragice. Și dacă la acésta maĭ constatăm și presența unuĭ edem pe un punct al organelor genitale, ar fi o presumțiune și maĭ mare de natura sa infecțiósă. Dar orĭ care ar fi semnele caracteristice, noĭ totușĭ trebue să examinăm cu multă atențiune, dacă nu cum-va presența unuĭ corp strein și a altor stărĭ particulare enumerate la etiologie, nu ne esplică natura simplă a acestor vaginite. Este sciut că de multe orĭ, în afară de orĭ-ce agent specific, cele maĭ inocente inflamațiunĭ pot îmbrăca acest caracter, fără să-l aibă.

Prognosticul. Este serios, căcĭ maĭ tot-d'a-una vaginita acută are tendință a trece în stare cronică. Este încă grav fiind că inflamațiunea se póte propaga la uter și anexe, de unde cu mare greutate se maĭ scóte. Vaginita cronică, e și maĭ gravă, căcĭ — avênd tóte relele celor acute — ea se stabilesce în diferitele anfractuositățĭ și criptele glandulare, în foliculiĭ meatuluĭ urinar, în glanda luĭ Bartholin și gâtul uteruluĭ, formând acele leucoreĭ cronice, ce aduc desesperarea bolnaveĭ și a mediculuĭ, prin imposibilitatea de a le vindeca.

Maĭ este o chestiune relativ la prognostic: dacă o femee cu vaginită cronică e capabilă a transmite blenoragia acută bărbatuluĭ, în urma coituluĭ. Nu încape nicĭ o îndoială, că puroiul blenoragic ascuns în glandele și criptele vaginale, póte fórte bine să producă o uretrită specifică, în momentul străbatereĭ sale în uretră. Dar chestiunea acésta este deja tratată la începutul volumuluĭ.

Tratamentul. Fie-care varietate de vaginită are indicațiunile sale terapeutice. Ca principiŭ general, vom căuta a descoperi causa care a provocat saŭ întreține inflamațiunea. Examinând cu atenție descoperirea corpilor strĕinĭ — înlăturând lipsa ingrijirilor igienice și murdăria în care se găsesc unele femeĭ, iar altora recomandându-le abstinență — vom resolva o mare parte din capitolul tratamentuluĭ.

Pe lângă acésta, vaginitele acute și cele cronice aŭ tratamentul lor a parte.

In vaginitele acute, tratamentul local constă în spălaturĭ antiseptice cu sublimat $^1/_{1000}$ saŭ permanganat de potasă $^1/_{250}$. S'a maĭ recomandat acid fenic și chiar badijonarea mucóseĭ cu nitrat de argint $^1/_{30}$.

Vom evita, în acéstă periodă acută, examenul bolnaveĭ cu speculum; pe de o parte că am provoca durerĭ prea marĭ, iar pe de altă că am putea determina escoriațiunĭ și chiar micĭ plăgĭ, ce ar fi punctul de plecare al inoculațiunilor și metastaselor.

Dar când starea acută maĭ încetéză, putem obține bune resultate prin tamponarea vaginuluĭ, isolând ast-fel contactul mucóseĭ.

Pentru vaginita cronică, vom întrebuința aprópe aceleași mijlóce, însă cu o persistență mult maĭ mare. Aci pe lângă spălaturile obicĭnuite, vom recurge la soluțiunile de chlorur de zinc chiar în dosa de $^{10}/_{100}$ cauterisând regiunile granulóse. Badijeonările cu Tinctura de iod, s'aŭ bucurat tot-d'a-una de frumósă reputație. Vom căuta înainte ca și după irigațiunĭ, să întindem bine mucósa vaginală, spre a desdoi multiplele sale îndoiturĭ, ca astfel să punem tótă suprafața sa în contact cu antisepticele topice, representate prin tifon iodoformat, salolat, tampóne cu tanin și alumen, oxyd de zinc, glycerină creosotată, iodoformată, etc., etc.

Putem fără inconvenient să ne adresăm și la starea generală a bolnaveĭ, dând diferite medicamente reconstituante — maĭ ales dacă ne aflăm în presența uneĭ diateze limfatice, clorotice, etc.

In vaginitele acute și în deosebi când avem fenomene din partea băsicеĭ, a uteruluĭ și a anexelor, putem da poțiunĭ calmante; în special băile de ședut calde, aduc mare ușurință bolnavelor. Femeea fiind gravidă, vom lupta cât se póte maĭ bine la antiseptisarea vaginuluĭ, pe de o parte a nu permite desvoltarea de granulațiunĭ, iar pe de alta a preveni oftalmia nouluĭ născut.

Cap. III. Tumorile vaginului.

Sunt afecțiuni relativ rari. Tumorile vaginului le dividem în *lichide*, *gazóse*, și *sanguine*. Tumorile gazóse și sanguine nu le vom descri, fiind deja tratate la afecțiunile vulvei și anume la capitolul kiști gazoși și varice.

Intre tumorile lichide avem mai cu deosebire de studiat *kiștii vaginului*, *fibrómele*, *papilómele*, *sarcomul* și *cancerul* primitiv. Tot în tumorile solide ar trebui studiate și gomele tuberculóse ca și cele sifilitice, observate și descrise de Fournier și alți autori. Ele însă sunt fórte rari și nu se pot diagnostica cu precisiune de cât prin excludere, adică prin eliminarea probabilității celor-l'alte tumori. Dar și atunci, încă singurul tratament instituit ca încercare, lămurește chestiunea mai mult ca ori-ce sforțare clinică. In ori-ce cas, din momentul ce vom avea o bănuială fie ea cât de mică va trebui să procedăm la examinarea minuțiósă a bolnavei, atât cu privire la antecedente, cât și la descoperirea altor leziuni pe corp saŭ organe, ca fiind de natură sifilitică ori tuberculosă. Weigert a găsit la o femee de 78 ani, cu o tuberculosă a plămânului și peritoneului, tubercule situate pe partea superióră a vaginului, mucósa uterină fiind absolut sănătósă.

Să trecem acum la

§ 1. Kiștii vaginului.

Patogenia acestor kiști e fórte interesantă și a dat nascere la o mulțime de discuțiuni și teorii.

I *Huguier* cel d'întâiŭ prin 1847, a emis ideea că kiștii vaginului resultă dintr'o retențiune glandulară. El divizase chiar acești kiști în superficiali și profunzi, după felul și sediul glandelor obstruate. Acéstă teorie, fórte simplă și logică în aparență, a fost mult timp primită și susținută de toți autorii clasici.

Cercetările microscopice însă ale luĭ Kölliker, Frey, Robin, Sinety și a tuturor autorilor moderni, arătând că vaginul este cu desĕvêrșire lipsit de ori-ce fel de glande, teoria luĭ Huguier n'a mai putut resista. Cel mult Virchov a acordat acestor kiști o origină *pseudo-glandulară*, și anume acelora, cari 'și aŭ sediul mai mult către vulvă, ca provenind din obstrucțiunea unor cripte saŭ folicului eratici, aparținând glandei luĭ Bartholin.

II. *Kaltenbach* atribue buzunarele kistice, ca fiind consecutive unor traumatisme saŭ revărsări sanguine. Gottardt a observat un kist care probabil provenise dintr'un trombus puerperal

III. *Tillaux* consideră acești kiști, și în special aceia cu sediul pe părețele anterior al vaginului, sub simfisă, ca fiind resultatul unor pungi seróse accidentale, prin frecarea penisului. Dar Courty arătase deja desvoltarea unor asemenea pungi seróse, în urma actelor de coit violent și des repetat, precum se vede la prostituate. Deci ar fi vorba de adevărate igrome. Cum se esplică însă presența acestor kiști la fete virgine și chiar la nuoile născute?

IV. *Dorn* susține că nu e vorba de buzunare seróse, ci de o revărsare de serositate traumatică, în spațiurile țesutului conjunctiv.

V. *Winckel* In 1871, este cel d'întâiu care vorbesce despre acești kiști, că ar proveni din spațiuri limfatice și fiind căptușiți de endoteliu.

VI. *Skene* în 1880, a emis ideia unei înfundături a bureletului uretral, ca fiind punctul de plecare al acestor kiști.

VII. Un autor german Geyl, în 1894, susține că există glande în vagin, și că acești kiști sunt în adevĕr de origină glandulară El se bazéză pe examenul făcut asupra unui kist ridicat dupe părețele lateral drept, la o femee ajunsă la epoca menopauseĭ. Reproduc din Analele de Ginecologie următorul pasagiŭ dat de Geyl sub rubrica etiologia kiștilor vaginului. „Kistul ridicat și examinat presintă particularitățile următóre: la suprafața sa, mucósa vaginală nu presintă pretutindeni structura sa normală. In unele puncte stratul epitelial se vîră în adîncime și forma mari mase neregulate compuse din diferite celule epiteliale. La limită, aceste celule iaŭ forma cilindrică și sunt în raport cu canalele glandulare, cu părețiĭ căptușiți de celule cilindrice clare și nedelimitate. E vorba deci de o formațiune glandulară provenind din epiteliul vaginului. Mai profund și cu totul aprópe de canalele glandulare, găsim alte spațiuri glandulare în formă de acini. Acești acini iaŭ o dispositie neregulată, și prin structura lor reamintesc adenomul mameleĭ. Imediat sub acești acini se găsesce părețele kistic în parte inflamat, intact pe alocurea numaĭ, și acoperit pe suprafața sa de diferite varietăți de celule epiteliale. Aceste celule epiteliale străbat în adîncime și formézĕ mese cari se continuă cu canalele glandulare; găsim chiar aceste canale în masa epitelială; dînșiĭ sunt formați de celule epiteliale cilindrice clare, cu un mare nucleŭ rotund și granulos. Kistul este deci format pe socotéla glandelor vaginului.

Autorul insistă asupra acestuĭ fapt, că părețele kistului con-

ţine el însuşĭ glande. Kiştiĭ vaginuluĭ sunt expuşĭ ca şi kiştiĭ ovaruluĭ de a suferi transformarea malignă; de aci necesitatea de a'ĭ extirpa.

VIII. Acéstă teorie însă ar părea că se apropie de aceea a luĭ *von Preuschen* care susţinea că, origina kiştilor vaginalĭ se datoresce unor depresiunĭ a mucóseĭ vaginale, în formă de funduriĭ de sac glandularĭ. Autorul arată chiar că aceste depresiunĭ se presintă sub douĕ forme: une-orĭ ca nisce cripte fórte largĭ dar puţin profunde, iar altă datĭ străbat maĭ mult în adîncime, sub formă de funduriĭ de sac.

Prin acésta nu s'ar justifica vederile mareluĭ clinician Huguier, care cel d'întâiŭ împărţise aceştĭ kiştĭ în superficialĭ şi profundĭ?

IX. *Teoria luĭ Veit.* Acest autor declară în 1887 patogenia kiştilor vaginuluĭ, ca fiind de origină embrionară, şi anume că ar proveni din resturĭ naĭ mult saŭ maĭ puţin persistente a corpurilor luĭ Wolff; de aci şi numele de teoria Volfiană.

S'a demonstrat în adevĕr în mod peremptoriŭ de Beigel în 1878, că conductele luĭ Gärtner adică canalele excretoriĭ a corpilor luĭ Wolff, persistă la femee. Aceste conducte se presintă sub forma fie de canale căptuşite de epiteliŭ cilindrice, fie sub forma de făşiĭ musculare lipsite de epiteliŭ. Eĭ plécă de la corpul uteruluĭ, străbate colul şi vin de se lăţesc în canalul vaginal. Deschiderea de eşire a acestor canale nu s'a găsit încă. S'a descris de maĭ multe orĭ în timpul din urmă, micĭ canale deschizându-se fórte aprópe de orificiul extern al canaluluĭ uretral; dar aceste conducte aŭ cu totul altă semnificare.

Nu e decĭ îndoios că, conductele luĭ Gärtner, căptuşite de epiteliŭ, pot să degenereze în kiştĭ vaginalĭ; dar nu se cunóşte încă nimic sigur asupra frequenţeĭ acesteĭ degenerescenţe, nicĭ asupra particularităţilor ce presintă (Schroeder).

Există însă o observaţiune datorită luĭ Wats, ce pare a fi fórte demonstrativă şĭ pe care o reproducem din Legueu. Intr'un kist ce Wats a avut ocaziunea să observe, o sondă introdusă în buzunarul acestuĭ kist, vêrful sĕŭ merse fórte departe şi se simţea în laturea stângă a abdomenuluĭ, între ombilic şi spina iliacă antero — superióră. Bazându-se pe anatomia comparată şi pe casurile de persistenţă a canaluluĭ luĭ Gärtner, autorul admite că kistul vaginuluĭ se desvoltase într'unul din resturile conductuluĭ luĭ Wolff.

In fine tot Veit şi altiĭ, aŭ emis o opinie şi maĭ problematică, de provenienţa acestor kiştĭ anume dintr'o dilataţie a canalelor luĭ Müller, canalele de excreţiune a rinichilor primitivĭ.

S'a pus în adevĕr întrebarea, dacă canalele luĭ Müller n'ar fi susceptibile în momentul funcționărieĭ, să lăse pe trajectul lor un fragment epitelial, care maĭ târziŭ să evolueze către formațiunea kistică. Origina Müllerienă ar explica prezența papilelor pe fața internă a unor kiștĭ (Graefe, Quénu) precum și juxtapositiunea pe aceiașĭ tumoră a douĕ feluri de epiteliŭ: ciliindric și pavimentos. Acest punct merită noĭ cercetărĭ (Legueu).

Dar orĭ cum ar fi, teoria embrionară e maĭ ales bazată pe faptul că acești kiștĭ se observă chiar în momentul nașcereĭ; că eĭ sunt multipliĭ, cu un aspect moniliform și că aŭ un conținut cu totul clar și transparent.

Simptome. — Avem douĕ feluri de kiștĭ: superficialĭ și profundĭ, divisiune stabilită deja de Huguier.

Kiștiĭ superficialĭ sunt fórte micĭ: ca un bob de linte saŭ cel mult ca o mică alună. Eĭ pot fi multipliĭ, începênd de la 4—5 și mergênd până la 15. Une-orĭ sunt dispușĭ în masă, saŭ iaŭ forma de mătăniĭ. Aspectul lor e neted, luciŭ și cu o suprafață strălucitóre. Forma lor variază dupe baza de inplantație: sunt sfericĭ dacă sunt sesilĭ, și devin din ce în ce ovalarĭ, cu cât pediculul se subțiază și se lungesce.

In acest cas eĭ iaŭ aspectul cu totul polipos. Conținutul e maĭ mult seros, fórte puțin filant și escepțional brun închis. Une-orĭ, maĭ ales la femeile gravide, acești kiștĭ pot să conțină și gaze, dând nascere aceleĭ vaginite emfisematóse, descrisă de Winckel și despre care am vorbit.

Structura acestor kiștĭ e formată din țesut conjunctiv, căte o dată fórte desvoltat, ce servă de invăliș, iar interiorul e căptușit de celule cilindrice carĭ — câte odată — fiind prea turtite, iaŭ aspectul celulelor pavimentóse. Kaltenbach a găsit ridicăturĭ papilare, iar alțiĭ o degenerescență adenoidă a pereteluĭ kistic.

Alte dățĭ în fine nu se găsesce nicĭ un înveliș epitelial pe fața lor internă, astfel că kiștiĭ sémănă cu simple hiaturĭ pline cu un lichid seros transparent (Martin).

Kiștiĭ profunzĭ. Se numesc astfel nu numaĭ că se află în părțile maĭ profunde ale vaginuluĭ și anume minimum la 4—5 centimetri de orificiul vulvar, dar și prin aceia că aŭ sediul sub mucósa vaginală, de care sunt separați printr'un țesut conjunctiv fórte gros. Lucrul este cu totul contrariŭ la kiștiĭ superficialĭ, carĭ se găsesc maĭ aprópe de vulvă și în grosimea chiar a mucóseĭ iar nu sub dînsa. Pe lângă acestea, kiștiĭ profunzĭ sunt unicĭ, escepțional multiplĭ, pereții fórte groșĭ iar conținutul maĭ filant,

brun și de aspectul șocolateĭ. Sediul lor e de preferință în pĕretele anterior al vaginuluĭ, de unde și credința că el ar fi o pungă serósă; volumul lor póte merge până la acela al uneĭ portocale și chiar a unuĭ pumn.

In structura acestor kiștĭ, pe lângă presența celulelor cilindrice variate, ce se găsesce și în kiștiĭ superficialĭ, avem un pĕrete fórte gros de țesut conjunctiv și fibre musculare netede. In fine după Sinety, în interiorul lor e posibil a observa forme epiteliale diverse, presentând ridicăturĭ și muguriĭ, întocmaĭ comparabilĭ cu ceea ce se vĕd în uniĭ kiștĭ aĭ ovaruluĭ.

Ca evoluție clinică, acești kiștĭ, maĭ ales când sunt micĭ și superficialĭ, nu daŭ absolut nicĭ un simptom ce le-ar putea trăda existența. Presența lor nu aduce absolut nicĭ o vătămare. Huguier, citat de Sinety, arată un cas unde o tumoră kistică a durat 17 anĭ, fără să fi adus vre-un inconvenient femeeĭ precum nicĭ bărbatuluĭ. In alte circumstanțe însă, prin sediul, volumul, saŭ evoluțiunea lor, aduc óre-care genă bolnaveĭ. Acésta se manifestă printr'o sensațiune de greutate în regiunea perineală, tracțiunĭ lombare, fenomene de turburărĭ din partea micțiuneĭ, tenesme rectale, etc., etc. Cu cât tumorile vor avea un volum maĭ mare și vor fi situate maĭ aprópe de orificiul vulvar, cu atât vor fi o piedică la îndeplinirea actuluĭ de coit și decĭ o causă de sterilitate, vaginism, saŭ distocie în timpul facereĭ.

Martin în tratatul sĕŭ citéză un cas fórte interesant, de efectele ce pot produce niște asemenea kiștĭ:

„Am constatat — zice autorul — la o femee sterilă, prezența în fundul de sac vaginal stâng, a unuĭ kist de mărimea uneĭ nucĭ care proemina fórte mult în conduct, și venia să se aplice pe orificiul coluluĭ uterin întocmaĭ ca o supapă, nu numaĭ la explorațiunea digitală, dar încă și în momentul introducereĭ specululuĭ cilindric".

Tot acest autor spune că a operat, extirpând de 15 orĭ kiștĭ vaginalĭ puțin voluminoșĭ, dintre carĭ cea maĭ mare parte provocase o adevĕrată procidență complectă a vaginuluĭ.

Diagnosticul. Nu e greŭ, daca căutăm a ne da bine séma de sediul tumoreĭ, aflat exclusiv în pĕreții vaginalĭ. Când aceste tumorĭ se găsesc în fundurile de sac, ele s'aŭ luat din eróre drept polipĭ uterinĭ, saŭ aĭ gâtuluĭ sĕŭ.

Dar tocmaĭ aci trebue să fim atențĭ; a deosebi tumorile prolabate în vagin, de acele propriĭ ale acestuĭ organ.

In casul când tumora face procidență și apare saŭ chiar ese

din orificiul vulvar, se póte lua drept un cistocel, saŭ rectocel. Introducerea uneĭ sonde uretrale însă, ne va arăta de ce este vorba. Pe lângă acésta păreţiĭ cistocelului vor fi maĭ groşĭ şi sbârciţĭ, iar nu netezĭ şi întinşĭ ca într'un kist. In fine cistocelul va fi reductibil şi va creşte saŭ se va micşora, după cantitatea de lichid scósă saŭ introdusă în băşică; kistul va fi ireductibil şi cu volumul constant, neînfluenţându-se de nicĭ o manoperă. Cât pentru rectocel, introducerea unuĭ deget în vagin şi altul în rect, va resolva imediat chestiunea.

Prognosticul. Tot-d'a-una benign, afară de diferite complicaţiunĭ ca supuraţie, ulceraţia păreteluĭ, iritaţia vaginuluĭ, etc. Aceştĭ kiştĭ, prin mersul lor escesiv de lent, pot fi suportaţĭ fără nicĭ un inconvenient. Când însă iaŭ o desvoltare prea mare, saŭ aŭ un anume sediŭ, împedicând actul coituluĭ or favorisând sterilitatea, atuncĭ prognosticul devine serios, nu atât prin natura tumoreĭ, cât prin volumul şi accidentele la carĭ daŭ naştere, maĭ ales când produc prolapsul vaginal. In acest cas intervenţia se impune cu deosebire daca ar fi vorba de femeĭ tinere.

Tratamentul. Punctiunea simplă a kistuluĭ nu dă resultate definitive, căcĭ maĭ tot-d'a-una se observă recidive. In casul când tumora e pediculată, operaţiunea e fórte uşóră, putând face ablaţiunea prin simpla aplicare a unuĭ fir de legătură pe pedicul.

Dacă însă kistul e sesil, operaţiunea e maĭ dificilă. De aceia s'a recomandat nu numaĭ incisiunea largă, dar şi escisiunea marginilor kistuluĭ, spre a lăsa fundul în evidenţă şi a se cicatrisa în mod treptat.

Dar şi în casul acesta marginile se pot reuni, şi astfel cavitatea să se reformeze, iar cu dînsa reproducerea kistuluĭ. De aceea Schroeder, a propus un alt procedeŭ pentru ablaţiunea kiştilor vaginalĭ. El circumscrie cu bisturiul păretele kistuluĭ ce priveşte vaginul şi suturéză baza tumoreĭ — rămasă descoperită — de jur împrejur cu păretele vaginal, pentru a impedica astfel o nouă obliteraţiune şi reproducerea cavităţeĭ kistice.

Sunt kiştĭ — complicaţiune supărătóre — zice Martin, carĭ fără să fie născuţĭ în împrejurimele imediate ale vaginuluĭ, vin cu tóte acestea, în desvoltarea lor ulterióră, să facă ridicătură sub mucósa vaginală. Aceste tumorĭ, ce suntem obligaţĭ a le considera ca kiştĭ de origină congenitală, pot să capete un volum considerabil, şi prin situaţia lor în planşeul pelvien, să împingă peritoneul fórte mult în sus, representând astfel marĭ tumorĭ extra-peritoneale.

Până în present, s'a atacat maĭ tot-d'a-una aceste tumorĭ prin

vagin practicând incisiunea simplă și reunirea cu păretele vaginal prin sutură, lăsându-se atrofiei rolul de a asigura vindecarea. Dacă acest procedeŭ întâmpină dificultate, adaugă Martin, n'aşi ezita se recurg la laparatomie pentru extirparea acestor kiştĭ. In asemenea cas, incisăm invelişul peritoneal, enucleăm tumora şi suturăm perderea de substanţă. După resecţiunea tegumentelor superióre a păreteluĭ kistic, am putea să drenăm în jos partea imposibil de ridicat, şi să separăm porţiunea sa superióră de cavitatea abdominală prin suturĭ.

Eŭ, un singur cas am observat de kist al vaginuluĭ, situat pe păretele sĕŭ anterior şi la o distanţă de 5 c. m. de la intrarea vulveĭ. Volumul sĕŭ nu era maĭ mare ca o alună. Am tratat acest kist prin deschiderea cu Pacquelinul, şi am introdus în buzunar micĭ bandelete de tifon iodoformat. Vindecarea s'a obţinut în mod definitiv, neobservând nicĭ o recidivă saŭ vre-o mică fistulă.

§ 2. Tumorile solide ale vaginuluĭ.

I. **Fibróme.** Păreţiĭ vaginalĭ sunt constituiţi din ţesut conjunctiv şi fibre musculare netede. Decĭ fibro-miómele, găsind elementele lor esenţiale, se pot fórte bine desvolta în acéstă regiune. Putem decĭ observa fibróme pure formate numaĭ din ţesut conjunctiv, mióme formate din fibre musculare netede, precum şi fibro-mióme când ambele ţesuturĭ se găsesc amestecate, In plus, aceste tumorĭ adesea conţin vase fórte multe, graţie bogăţieĭ răţelelor vasculare ce există în acéstă regiune.

Cu tóte acestea, fibrómele vaginuluĭ formézĕ afecţiunĭ fórte rarĭ. Lawson Tait spune că n'a observat de cât 5 casurĭ.

In general, corpiĭ fibroşĭ aĭ vaginuluĭ se desvoltă pe păretele posterior. Eĭ se pot observa însă şi în alte puncte diverse. precum şi pe păreţiĭ lateralĭ. Ca sediŭ, pot fi găsiţi imediat sub mucósă, în stratul fibro-muscular, saŭ în ţesutul conjunctiv ce înconjóră vaginul. De aci am putea avea: *fibrom sub mucos*, *interstícial* şi *profund*.

De obiceiŭ sesile, fibrómele aŭ tendinţă a se pediculisa, luând caracterul unuĭ adevĕrat polip. Volumul lor nu întrece dimensiunile uneĭ nucĭ. Aŭ însă tendinţă a deveni cu atât maĭ marĭ cu cât sunt maĭ profundĭ.

Simptomele sunt propriĭ fibrómelor uteruluĭ, pe carĭ le vom vedea. Insă, pe lângă emoragie şi scurgerĭ maĭ mult saŭ maĭ puţin murdare, e posibil să avem fenomene din partea băşiceĭ uduluĭ

din orificiul vulvar, se póte lua drept un cistocel, saŭ rectocel. Introducerea uneĭ sonde uretrale însă, ne va arăta de ce este vorba. Pe lângă acésta păreţiĭ cistocelului vor fi maĭ groşĭ şi sbârciţĭ, iar nu netezĭ şi întinşĭ ca într'un kist. In fine cistocelul va fi reductibil şi va creşte saŭ se va micşora, după cantitatea de lichid scósă saŭ introdusă în băşică; kistul va fi ireductibil şi cu volumul constant, neînfluenţându-se de nicĭ o manoperă. Cât pentru rectocel, introducerea unuĭ deget în vagin şi altul în rect, va resolva imediat chestiunea.

Prognosticul. Tot-d'a-una benign, afară de diferite complicaţiunĭ ca supuraţie, ulceraţia păreteluĭ, iritaţia vaginuluĭ, etc. Aceştĭ kiştĭ, prin mersul lor escesiv de lent, pot fi suportaţĭ fără nicĭ un inconvenient. Când însă iaŭ o desvoltare prea mare, saŭ aŭ un anume sediŭ, împedicând actul coituluĭ or favorisând sterilitatea, atuncĭ prognosticul devine serios, nu atât prin natura tumoreĭ, cât prin volumul şi accidentele la carĭ daŭ naştere, maĭ ales când produc prolapsul vaginal. In acest cas intervenţia se impune cu deosebire daca ar fi vorba de femeĭ tinere.

Tratamentul. Punctiunea simplă a kistuluĭ nu dă resultate definitive, căcĭ maĭ tot-d'a-una se observă recidive. In casul când tumora e pediculată, operaţiunea e fórte uşóră, putând face ablaţiunea prin simpla aplicare a unuĭ fir de legătură pe pedicul.

Dacă însă kistul e sesil, operaţiunea e maĭ dificilă. De aceia s'a recomandat nu numaĭ incisiunea largă, dar şi escisiunea marginilor kistuluĭ, spre a lăsa fundul în evidenţă şi a se cicatrisa în mod treptat.

Dar şi în casul acesta marginile se pot reuni, şi astfel cavitatea să se reformeze, iar cu dînsa reproducerea kistuluĭ. De aceea Schroeder, a propus un alt procedeŭ pentru ablaţiunea kiştilor vaginalĭ. El circumscrie cu bisturiul păretele kistuluĭ ce priveşte vaginul şi suturéză baza tumoreĭ — rămasă descoperită — de jur împrejur cu păretele vaginal, pentru a impedica astfel o nouă obliteraţiune şi reproducerea cavităţeĭ kistice.

Sunt kiştĭ — complicaţiune supărătóre — zice Martin, carĭ fără să fie născuţĭ în împrejurimele imediate ale vaginuluĭ, vin cu tóte acestea, în desvoltarea lor ulterióră, să facă ridicătură sub mucósa vaginală. Aceste tumorĭ, ce suntem obligaţĭ a le considera ca kiştĭ de origină congenitală, pot să capete un volum considerabil, şi prin situaţia lor în planşeul pelvien, să împingă peritoneul fórte mult în sus, representând astfel marĭ tumorĭ extra-peritoneale.

Până în present, s'a atacat maĭ tot-d'a-una aceste tumorĭ prin

vagin practicând incisiunea simplă și reunirea cu păretele vaginal prin sutură, lăsându-se atrofiei rolul de a asigura vindecarea. Dacă acest procedeŭ întâmpină dificultate, adaugă Martin, n'aşi ezita se recurg la laparatomie pentru extirparea acestor kiştĭ. In asemenea cas, incisăm invelişul peritoneal, enucleăm tumora şi suturăm perderea de substanţă. După resecţiunea tegumentelor superióre a păreteluĭ kistic, am putea să drenăm în jos partea imposibil de ridicat, şi să separăm porţiunea sa superióră de cavitatea abdominală prin suturĭ.

Eŭ, un singur cas am observat de kist al vaginuluĭ, situat pe păretele sĕŭ anterior şi la o distanţă de 5 c. m. de la intrarea vulveĭ. Volumul sĕŭ nu era maĭ mare ca o alună. Am tratat acest kist prin deschiderea cu Pacquelinul, şi am introdus în buzunar micĭ bandelete de tifon iodoformat. Vindecarea s'a obţinut în mod definitiv, neobservând nicĭ o recidivă saŭ vre-o mică fistulă.

§ 2. Tumorile solide ale vaginuluĭ.

I. **Fibróme.** Păreţiĭ vaginalĭ sunt constituiţi din ţesut conjunctiv şi fibre musculare netede. Decĭ fibro-miómele, găsind elementele lor esenţiale, se pot fórte bine desvolta în acéstă regiune. Putem decĭ observa fibróme pure formate numaĭ din ţesut conjunctiv, mióme formate din fibre musculare netede, precum şi fibro-mióme când ambele ţesuturĭ se găsesc amestecate, In plus, aceste tumorĭ adesea conţin vase fórte multe, graţie bogăţieĭ răţelelor vasculare ce există în acéstă regiune.

Cu tóte acestea, fibrómele vaginuluĭ formézĕ afecţiunĭ fórte rarĭ. Lawson Tait spune că n'a observat de cât 5 casurĭ.

In general, corpiĭ fibroşĭ aĭ vaginuluĭ se desvoltă pe păretele posterior. Eĭ se pot observa însă şi în alte puncte diverse. precum şi pe păreţiĭ lateralĭ. Ca sediŭ, pot fi găsiţi imediat sub mucósă, în stratul fibro-muscular, saŭ în ţesutul conjunctiv ce înconjóră vaginul. De aci am putea avea: *fibrom sub mucos*, *interstícial* şi *profund*.

De obiceiŭ sesile, fibrómele aŭ tendinţă a se pediculisa, luând caracterul unuĭ adevĕrat polip. Volumul lor nu întrece dimensiunile uneĭ nucĭ. Aŭ însă tendinţă a deveni cu atât maĭ marĭ cu cât sunt maĭ profundĭ.

Simptomele sunt propriĭ fibrómelor uteruluĭ, pe carĭ le vom vedea. Insă, pe lângă emoragie şi scurgerĭ maĭ mult saŭ maĭ puţin murdare, e posibil să avem fenomene din partea băşiceĭ uduluĭ

a rectului, genă în urma actului coitului, etc., etc. după volumul și sediul tumorei. De aceia, fibrómele vaginului ni se trădéză mult mai ușor ca cele uterine; pe lângă acésta se complică mai repede de inflamație, supurație și gangrenă.

Diagnosticul. Nu e greŭ dacă tumora are un volum mic. In acest cas putem introduce degetul, și imediat să constatăm inserțiunea bazei sale, fie sesilă saŭ pediculată pe părețiĭ vaginalĭ. Atunci vom evita a lua un fibrom saŭ polip al gâtului uterin drept al vaginului.

Când fibromul însă are un volum prea mare și umple întréga cavitate vaginală, se înțelege că diagnosticul e greŭ și póte chiar imposibil. In adevĕr, în acest cas, neputênd introduce degetul spre a practica o explorațiune convenabilă, nu vom ști cu ce avem aface.

Dar chiar în afară de acéstă eventualitate, diagnosticul încă póte fi dificil în următórea circumstanță. Se scie că fibrómele uterului pot lua nascere pe orĭ-ce punct al suprafeței acestuĭ organ. Să presupunem decĭ că un asemenea fibrom se desvoltă în regiunea istmului, fie la partea sa anterióră saŭ posterióră. O asemenea tumoră desvoltându-se în mod continuă, va împinge țesuturile înaintea sa, și va fini prin a face irupțiune în vagin, fie prin fundul de sac posterior saŭ anterior. Vom fi atenți decĭ, examinând bine baza tumorei, modul de inplantație și diferite alte fenomene spre a evita confusiunea. Acésta ar fi fórte păgubitor pentru bolnavă, mai ales când am voi să intervenim, operația fiind fórte diferită.

In resumat, în diagnostic trebue să stabilim treĭ lucruri:

I. Dacă fibromul e sub mucos, intersticial saŭ profund.

II. Dacă nu aparține vre-unuĭ organ vecin, în special gâtuluĭ uterin saŭ corpuluĭ (istm).

III. Dacă tumora e sesilă orĭ pediculată.

Ar trebui să facem diagnosticul diferențial și cu un lipom, ce ar putea fórte bine să se desvolte în țesutul celulo-conjunctiv al păreților vaginalĭ. Dar lipomul e așa de rar, în cât nicĭ nu se descrie în autorĭ. Și apoĭ, confusiunea n'ar avea nicĭ-un pericol, tratamentul fiind acelașĭ. Vom reaminti însă că fibrómele aŭ o consistență tare, egală și fără sensațiune de acea falsă fluctuație, ce ne oferă lipomul, care e datorită ghemurilor de țesut gresos din care e compus.

Pentru detaliĭ maĭ marĭ să se vadă cap. Lipom în vol. II.

Tratamentul. Fibromul fiind o afecțiune benignă, îl putem lăsa

în pace atât timp, cât presența sa nu aducă nicĭ o supĕrare bolnavei. Și mai ales vom păstra acéstă conduită, dacă femeia va fi înaintată în vîrstă, saŭ cel puțin va fi trecut menopausa. In casul contrariŭ, dacă femeea e tînără, iar fibromul, prin volumul saŭ sediul sĕŭ, aduce genă fie în coit, în fecondație saŭ micțiune, și mai ales dacă prin crescerea sa are tendința a eși din vagin, producênd și un prolaps al acestuĭ organ, atuncĭ neapĕrat, fără nicĭ o ezitare trebue să practicăm ablațiunea.

Când tumora e pediculată, operația e ușóră. E de preferat în acest cas a pune prealabil un fir de legătură pe pedicul, și apoĭ să excisăm, spre a preveni emoragia consecutivă.

In casul când fibromul e sesil, vom practica incisiuni largĭ, saŭ lambouri dupĕ adâncimea și volumul tumoreĭ. Vom căuta să atacăm capsula fibrósă de care este învălită tumora, pentru a o enuclea întocmaĭ ca un sâmbure de prună.

Dupe ablațiune, vom sutura bine mărginele incisiuneĭ. Vom asigura în mod serios emostasa, cunoscute fiind emoragiile ce însoțesc operațiunile în acéstă regiune, din causa mareĭ sale vascularităț. Precauțiunĭ marĭ vom lua când va trebui să ridicăm fibróme din fundurile de sac anterior saŭ posterior, din causa presenței bășiceĭ înainte și a peritoneuluĭ inapoĭ. In adevĕr aceste organe maĭ mult se vor pogorâ, cu cât tumora va fi aparținând corpuluĭ uterin Dar în afară de acésta, există tumorĭ ce se desvoltă în intimitatea despărțitóreĭ vesico-vaginale. Și casurile nu sunt rarĭ, când prin cel maĭ minuțios examen să nu le putem diagnostica origina exactă, dacă sunt pure vaginale or aparțin aceleĭ clase greŭ de recunoscut, constituind fibrómele *peri-uretrale* provenite din uretră saŭ chiar bășica uduluĭ.

In asemenea circumstanțe, nicĭ odată nu trebue să aplicăm o legătură în masă pe tumorĭ. Vom căuta decĭ să procedăm prin incisiunĭ treptate și prudente și să ajungem la enuclearea fibromuluĭ, fără a deschide bășica or fundul de sac peritoneal.

II. **Papilómele.** Sunt maĭ rarĭ ca orĭ ce altă tumoră. Ele constaŭ în ipertrofia papilelor mucóseĭ vaginale, într'un grad maĭ mult saŭ maĭ puțin mare. De un volum variabil, papilómele une orĭ sunt multiple și daŭ sensațiunea catifelată a păreteluĭ afectat. Alte dățĭ papila ipertofiată se lungește, luând aspectul unuĭ deget de mănușă. Dupĕ Lawson Tait, este maĭ cu sémă stroma papileĭ care e ipertrofiată; țesutul conjunctiv, vasele și fibrele nervóse, suferă o îngroșare însemnată, pe când învălișul epitelial pare că rĕmâne cu desăvârșire normal.

Simptomul principal e durerea, datorită acesteĭ alteraţiunĭ patalogice a nervilor. Dînsa, zice Lawson Tait, e une-orĭ aşa de acută, în cât face existenţa bolnaveĭ insuportabilă. Contra lor nu e alt-ceva de cât distrugerea complectă, fie cu Pacquelin, caustice. acizĭ forţĭ, etc., etc.

§ 3. Tumorĭ maligne ale vaginuluĭ.

Acestea sunt representate prin *sarcóme* şi *cancer*.

Sarcomul e mult maĭ rar de cât cancerul. Maĭ tot-d'a-una consecutiv unuĭ sarcom al uteruluĭ, el póte să provie şi dintr'o degenerescenţă a fibro-miomuluĭ vaginal. Sarcomul primitiv al vaginuluĭ e o escepţiune, maĭ cu sémă cel melanic. In orĭ-ce cas se observă în general la fete micĭ de 3—4 anĭ; maĭ rar la adulte şi escepţional la bĕtrîne. Ca orĭ-ce tumoră malignă, sarcomul ia caracterul difus. El are tendinţa a se lăţi în suprafeţe şi adîncimĭ, şi a copleşi organele vecine ca băşică, rect, cavitatea pelviană şi peritoneală. Pe lîngă acésta se însoţesce de tóte caracterele neoplasmelor, ca emoragiĭ, scursorĭ fetide, prinderea ganglionilor, cachexie şi la urmă mórtea.

Cancerul vaginuluĭ, maĭ tot-d'a-una e consecutiv unuĭ cancer al gâtuluĭ uterin, infectând organul prin inoculaţie saŭ grefare.

Cancerul primitiv e fórte rar, ast-fel că Martin abia dă proporţia de 1 la 1000. Pozzi pe 475 bolnave de ginecologie, tratate în serviciul seŭ în 1894, a găsit numaĭ douĕ casurĭ de cancer primitiv al vaginuluĭ. Dar şi acest numĕr încă e mare. In adevĕr, eŭ în serviciul meŭ de ginecologie de la Febr. 1895 — Febr. 1899, din 1500 bolnave, n'am găsit de cât un singur cas de cancer al vaginuluĭ, descris maĭ jos. In practica mea de oraş de 16 anĭ, n'am vĕdut de cât iarăşĭ un singur cas de cancer al vaginuluĭ copleşind şi buzele marĭ, la o călugăriţă de 80 anĭ.

Acésta se explică probabil din causa lipseĭ de glande în vagin şi din presenţa invĕlişuluĭ epitelial pavimentos, ce constitue un strat destul de tare şi resistent; lucru cu totul opus de ceia-ce se găsesce în col şi uter, de aceia şi acest neoplasm se observă aşa de des aci.

Cancerul primitiv se observă maĭ mult la femeĭ tinere, şi are sediul de predilecţie pe păretele vaginal posterior în puncte diferite; pe când cel secundar ar copleşi maĭ de preferinţă, după Cruveilhier, păretele anterior.

Ca forme clinice distingem treĭ varietăţĭ de cancer: *forma*

nodósă, papilară saŭ vegetantă şi *ulcerósă*. Forma ulcerósă, care e cea maĭ comună pentru mucóse, este şi în vagin cea maĭ frequentă. Or care ar fi însă tipul, caracteristica este că nicĭ unul nu are tendinţa a rĕmâne isolat, ci formézĕ grupurĭ determinate la distanţe maĭ mult saŭ maĭ puţin marĭ, putênd astfel să copleşéscă toţĭ păreţiĭ vaginalĭ, formând une-orĭ un fel de cerc saŭ inel astupă întregul canal. Maĭ mult, cancerul póte să trécă dincolo de păreţiĭ vaginalĭ prin ţesuturile circumvecine, şi să mérgă către planşeul pelvien, saŭ chiar prin anexele uteruluĭ, lăsând totuşĭ acest organ intact. Dar maĭ adesea organele vecine nu sunt cruţate, căcĭ atât uterul cât şi băşica şi rectul, sunt de o potrivă copleşite.

Eŭ am observat un cas fórte caracteristic de cancer primitiv al vaginuluĭ la o tînĕră femee, şi unde gâtul uteruluĭ de şi presenta o ulceraţie superficială, totuşĭ nu avea nimic de specific. Forma şi consistenţa lemnósă a acestuĭ cancer nodos, m'a făcut să instituesc un tratament antisifilitic mixt, cu tóte că n'aveam nicĭ o ilusiune asupra posibilităţeĭ unuĭ şancăr indurat primitiv, saŭ gomă terţiară. Iată observaţia maĭ pe larg, luată de D-nul Vasilescu.

Observaţie.

Eliza Lăzărescu de anĭ 28, căsătorită, profesie menageră, intră la 13 Octombrie 1895 în serviciul D-luĭ Dr. Kiriac cu un cancer al vaginuluĭ.

Din antecedentele ereditare nu găsim o diateză cancerósă. La 14 anĭ avu primele menstruĭ, nedureróse, dura 4—5 ḑile, în mică cantitate. Intervalul era de 4 sĕptămânĭ.

La 17 anĭ se mărită, avu un singur copil după un an. Facerea la termen şi uşóră. După 8 zile părăseşte patul. De 11 anĭ n'a maĭ născut copiĭ, şi nicĭ n'a avut vre-un avort.

Pacienta nu póte precisa a nume timpul de când neoplasmul a început a se forma. Cu tóte astea cam de 4—5 lunĭ simte nisce durerĭ în vagin, ceia-ce îĭ producea durerĭ marĭ în actul coituluĭ. După puţin timp începu o uşóră emoragie, ce se mări încet încet, iar cu dînsa şi durerile crescură. Acésta determină pe bolnavă a intra în serviciŭ la 13 Octombrie.

Starea locală. Tot peretele lateral stâng al vaginuluĭ şi jumĕtate din cel posterior, este ocupat de nisce tumorĭ boselate, de tărie cartilaginósă; către mijlocul lor intrăm cu degetul ca într'o peşteră ulcerată, sângerândă şi fórte durerósă.

Examinată la specul, aplicând o valvă pe latura drépţă a vaginuluĭ şi degetul pe păretele posterior vedem:

1. Gâtul uteruluĭ, bine distinct de tumoră, are o ulceraţie netedă pe tótă

buza inferiórā ce e lipită de părețele posterior, așa că acest fund este aprópe cu totul închis. Gâtul este dur, ulcerația coprinde și fundul de sac lateral stâng.

Pe părețele antero-lateral stâng al vaginului, există o tumoră de mărimea unei nuci, cu baza indurată, suprafața fórte ulcerată. Acéstă tumoră coprinde tótă grosimea păreților vaginului, întinḑându-se în adâncime fără a-i putea da de limită; dînsa merge până în basin. Pe părețele anterior există o altă tumoră cu aceleași caractere, avênd o bază cartilaginósă dar mobilă. Suprafața ulcerată are o formă eliptică fórte regulată, marginile tăiate a pic.

In resumat: Se pare că acéstă tumoră a fost unică la început, avênd mărimea unui mĕr mic spintecat în două.

Tușeul rectal ne arată noduli cartilaginoși multipliĭ, proeminenți în rect, fără ca mucósa să fie atinsă. Se constată prelungiri către fosa ischio-rectală, dar iarăși fără să ajungem la limitele tumorei. Pe fesă și cópsa dréptă există varicosități. La partea superiórā, împingênd cât putem degetul, nu putem trece de limita tumorei. Ganglioniĭ inguinali nu sunt prinși. Constatăm însă în fosa iliacă stângă o masă dură neregulată durerósă și atât de fixă ca și cum ar fi bătută în cue. La esplorațiune bolnava acusă dureri fórte mari.

17 Octombrie. S'a cauterisat cu Pacquelinul tótă suprafața sângerândă, apoi se introduce o bandeletă iodoformată în vagin.

Se dă fricțiuni mercuriale pe corp.

25 Octombrie. Se injectéză în țesutul tumorei mai multe seringi Pravaz cu soluție de sublimat corosiv 1‰, în acest timp bolnava acusă dureri fórte mari.

28 Octombrie. Bolnava iese nevindecată.

Simptomele. Cancerul vaginal câte odată este fórte insedios, așa că nu provócă absolut nici o durere bolnavei; de aci resultă că aceste nenorocite observă lucrul deja prea târdiŭ. Adesea ele vin într'o perióda fórte înaintată: cu fistule recto-vaginale or vesico-vaginale în cel mai înalt grad posibil. Din contra, în alte circumstanțe cancerul vaginului se însoțește de la început de dureri fórte violente și cu un mers tot atât de repede. Bóla o dată confirmată, se caracterisă și se diagnosticéză prin tóte semnele clasice acestuĭ neoplasm și asupra cărora e de prisos a reveni, fiind pe larg descrise la capitolul *Cancer* în vol. II. Cu tóte acestea, ca noțiuni speciale vom căuta să vedem starea ganglionilor pelvieni, a gâtului uterin, a despărțitórelor rectale și vesicale, precum și gradul de infiltrare al păreților vaginali.

Tratamentul. E mai mult paliativ; o extirpare totală mai nici-o-dată nu putem face, afară de casuri cu totul escepționale, unde tumora ar fi limitată și ușor de extirpat. Dar chiar în asemenea cas, ilusiuni nu trebue să ne facem, căci mai des să ne așteptăm la recidivă de cât la o vindecare persistentă. Chestiunea devine delicată în cas de coincidență a graviditățeĭ cu cancerul.

Aci, cu tóte că facerea s'a putut efectua în multe casurĭ chiar înaintate de cancer, totuşĭ dându-se posibilitatea de grave complicaţiunĭ emoragice, septicemice şi inoculaţiunĭ asupra fetusuluĭ, e bine a recurge la o operaţie radicală, înainte ca femeia să nască. In casurĭ desesperante, putem procede la laparatomia cesariénă, pentru a scăpa viaţa copiluluĭ; saŭ fiind deja mort, la embriotomie, pentru a scăpa cel puţin momentan femeia de o mórte sigură.

Olshausen nu se dă înapoĭ a opera chiar casurĭ destul de înaintate, mergênd până şi la însăşĭ extirparea vaginuluĭ.

Iată procedeul sĕŭ, ast-fel precum el însuşĭ îl descrie în Centralbl. f. Gyn. 5 Ianuarie 1895 şi reprodus în *Archives d'obstetrique et gynecologie*.

„Incisie transversală a perineuluĭ, apoĭ separarea despărţitóreĭ recto-vaginale până la cavitatea luĭ Douglas. Acéstă deslipire a rectuluĭ şi a vaginuluĭ se face, în cas de dificultate, sub controlul unuĭ deget al ajutoruluĭ aşezat în rect.

Dacă avem să extirpăm în acelaşĭ timp şi uterul, atuncĭ deschidem cavitatea luĭ Douglas, rĕsturnăm uterul înapoĭ şi îl separăm de ligamentele largĭ, procedând de la trompe către col. Acestea făcute, secţionăm cu fórfecile vaginul împrejurul canceruluĭ. Dupe aceia terminăm prin deslipirea coluluĭ de băşică.

Când nu vrem să ridicăm uterul, procedăm maĭ întâiŭ ca adineaorĭ, separând vaginul de rect până la unirea coluluĭ şi a vaginuluĭ, avênd grije să liberăm ast-fel în lăturĭ vaginul de ţesuturile subjacente, până ce tot neoplasmul şi părţile adjacente sunt libere. Dupe aceea facem să comunice în punctul cel maĭ uşor, cavitatea vaginală şi cavitatea artificială creată înapoiul vaginuluĭ. Ridicăm în urmă cancerul cu ajutorul fórfecilor.

Când cavitatea vaginală e strîmptă şi în parte astupată de desvoltarea tumoreĭ, înlesnim fórte mult operaţiunea, dacă dupe deslipirea despărţitóreĭ, incisăm părétele posterior al vaginuluĭ de d'inainte înapoĭ până în vecinătatea neoplasmuluĭ. Depărtăm cele douĕ lambourĭ de părţile sănătóse ast-fel formate, ceia ce pune sub ochĭ câmpul operator.

Avantagele acestuĭ mod de a procede sunt uşor de înţeles. Liberarea părétéluĭ bolnav, deschiderea cavităţeĭ luĭ Douglas şi în parte ablaţiunea uteruluĭ, se fac fără să atingem tumora; câştigăm loc pentru a opera şi putem ast-fel să ridicăm partea bolnavă din părétele vaginal cu maĭ multă precisiune şi siguranţă. Afară de acésta împedicăm inocularea canceruluĭ prin grefare.

Autorul ḑice că Zuckerkandl în 1889, recomandase acest procedeŭ pentru a extirpa uterul, de preferinţă metódeĭ vaginale, şi că Fromel pusese acest consiliŭ în execuţiune. Dar emoragia, care însoţesce deslipirea recto-vaginală, este o condiţiune defavorabilă. Póte cu tóte acestea să convie, când e vorba de o multipară, în vêrstă înaintată şi cu vaginul prea larg.

Când din contra e vorba de cancer întins al păreteluĭ vaginal posterior, emoragia nu maĭ este o contra-indicaţie, pentru că dînsa se întîmplă şi cu orĭ-ce alt procedeŭ şi atunci acest procedeŭ (al luĭ Olshausen) nu oferă de cât avantage".

Maĭ există şi metóda vaginală, pe care însă trebue să o respingem, pentru cel maĭ puternic cuvênt, că nicĭ odată să nu operăm în câmpul neoplasic. Prin acésta am favorisa recidiva prin inoculaţie directă şi grefare. Cu tóte acestea, dacă tumora e mică şi bine limitată, putem recurge la aceste metóde, circumscriind prin două incisiunĭ ovalare întregul neoplas, pe care apoĭ îl vom ridica. Dupe acésta vom căuta a reuni buzele plăgeĭ, prin maĭ multe puncte de suturĭ.

Dar tocmaĭ pentru asemenea casurĭ de perderĭ marĭ de substanţe, când apropierea marginilor plăgeĭ nu se póte face, Leprévost a imaginat următorul procedeŭ descris în Legueu. Autorul disecă maĭ întâiŭ un lamboŭ semilunar, ocupând tótă lărgimea perineuluĭ; concavitatea sa îmbrăţişează furculiţa, iar convexitatea limitéză anusul.

Mucósa vulvară e divizată pe linia mediană înaintea caronculelor mirtiforme, ast-fel că lamboul e cu totul liber şi flotéză în părţile sale mediĭ, pe când prin extremităţĭ se continuă cu buzele marĭ. Dupe aceia face ablaţiunea despărţitóreĭ de la fundul de sac posterior până la jumĕtatea circonferenţeĭ anterióre a sfincteruluĭ anal. Apoĭ acest lamboŭ perineal e tras în sus, pentru a întîlni fundul de sac posterior al vaginuluĭ, şi a fi fixat la lamboul vaginal superior prin puncte de suturĭ, ast-fel că faţa sângerândă să privéscă vaginul, iar faţa cutanată să fie întórsă către cavitatea rectuluĭ. In fine partea anterióră a rectuluĭ este uşor trasă în jos şi fixată prin câte-va puncte de suturĭ la plaga perineală.

Ne-ar rĕmâne încă metóda prin calea sacrală; dar autoriĭ nu sunt toţĭ de acord, şi nicĭ că există procedeurĭ anume recunoscute.

CHESTIONAR

Bólele canaluluĭ vaginal. Consideraţiunĭ generale. Direcţiunea şi dispoziţia păreţilor; folóse practice. Adîncimea fundurilor de sac; raportul peritoneuluĭ; consecinţe. Divisiunea vaginuluĭ. Păreţiĭ şi extremităţile sale. Formarea perineuluĭ. Structura vaginuluĭ: stratul extern, muscular şi mucos. Caractere. Chestiunea glandelor vaginuluĭ. Discuţiunĭ. Diferite opiniunĭ şi teoriĭ. Vascularitatea vaginuluĭ. pag. 167—174

Traumatismele vaginuluĭ. Divisiune. Exemple. Vaginite. Consideraţiunĭ. Divisiune. Vaginita acută, cronică, granulósă, adesivă, emfisematósă; caractere. Vaginita ulcerósă, foliculară, disecantă. Etiologia vaginitelor. Diferite opiniunĭ. Modul evoluţiuneĭ şi al manifestăreĭ. Consecinţe. Tratament . . . . . „ 174—189

Tumorile vaginuluĭ. Diviziune. Kiştiĭ vaginuluĭ. Opinia luĭ Huguier, Kaltenbach, Tillaux, Dovn, Winckel, Skene, Geyl, etc. Caractere şi modul evoluţiuneĭ. Intervenţiunĭ.

Fibrómele, papilómele şi tumorile maligne ale vaginuluĭ. Caractere, modul evoluţiuneĭ, semne distinctive . . . . . „ 189—203

Cap. IV. Fistulele vaginale.

Vaginul are raporturĭ strînse cu organele ce'l înconjóră.

In urma diferitelor cause patologice saŭ accidentale, se pot stabili comunicaţiunĭ anormale şi directe între el şi aceste organe. Faptul acesta constitue afecţiunea numită în mod generic *fistulă uro-genitală.*

Putem avea tot atâtea speciĭ de fistule, câte sunt şi organele cu carĭ vaginul se află în raport. Ast-fel, când băşica comunică cu vaginul, fistula este *vesico-vaginală.* Când e rectul în joc, fistula este *recto-vaginală,* iar când comunicarea se stabileşte cu intestinul subţire prin fundul de sac al luĭ Douglas, fistula se numeşte *entero-vaginală.* S'ar mai putea observa şi alte fistule pe carĭ le-am numi *salpingo-vaginale, pio-vaginale, vagino-peritoneale,* etc., după cum vaginul va comunica cu o trompă idropică, cu un flegmon retro-uterin, saŭ cu cavitatea peritoneală. Dar dintre tóte, cele maĭ importante sunt de sigur fistulele vesico-vaginale şi recto-vaginale. Importanţa resultă nu numaĭ că dînsele sunt maĭ comune, dar şi din aceia că cele maĭ multe cercetărĭ şi procedee operatoriĭ aŭ fost făcute asupra lor şi maĭ ales asupra primelor.

La rigóre, aceste fistule fiind ale băşiceĭ şi rectuluĭ, ar fi maĭ logic să nu le studiem în acest capitol, ci cu ocasia afecţiunelor acestor organe. De óre ce însă operaţiunele ce se practică asupra lor, se fac maĭ mult pe vagin de cât pe băşică şi rect, de aceia s'a luat obiceiul a se trata în capitolul de bóle ale vaginuluĭ. Incepem dară cu:

§ 1. Fistulele Vesico-Vaginale.

Există o mulțime de fistule, ce resultă din diferite alterațiuni patologice ale băsiceĭ saŭ vaginuluĭ. Astfel este cunoscuta afecțiune fórte tenace și desesperantă numită *cistita cronică*. Dînsa cu timpul se complică de o ulcerațiune a mucóseĭ într'un loc limitat. Dar acest ulcer, încetul cu încetul, se întinde în mod considerabil și termină în cele din urmă a perfora despărțitórea vesico-vaginală, stabilind cu modul acesta o fistulă.

De asemenea neoplasmele vaginuluĭ și gâtuluĭ uterin, se însoțesc la un moment dat de acelaș resultat, dând naștere iarăș la fistule. Ambele aceste categoriĭ se numesc *fistule spontanate*.

Dar acestea fiind niște complicațiuni, în general nu se tratéză; ele ne arată ultima fasă a bóleĭ, care în curând va ucide pe individ. De aceia le lăsăm la o parte fără a ne ocupa de ele.

Iarăș vom lăsa la o parte și fistulele venite în urma diferitelor accidente saŭ plăgĭ, din pricină că dînsele nu aŭ nicĭ un anume sediŭ, nicĭ acelaș mecanism. De alt-fel, acestea le-am vĕdut când am tratat despre traumatismele și corpiĭ strĕinĭ aĭ vulveĭ și vaginuluĭ. Contra lor ne vom comporta dupe circumstanțe, fără a putea institui un tratament clasic.

Maĭ avem încă o varietate de fistule create de însuș chirurgul în scop terapeutic. In catarul cronic al băsiceĭ descris maĭ sus, *Simpson* cel d'întâiŭ a preconisat contra acesteĭ afecțiunĭ, crearea uneĭ fistule vesico-vaginale temporare. Scopul este de a sustrage organul de la orĭ ce contracțiune și a pune ast-fel muschiul vesical într'un repaus absolut.

Tot în numĕrul fistulelor temporare vom cita acelea, carĭ resultă din talia numită vaginală, și unde prin mijlocul acesteĭ fistule, putem extrage diferițĭ corpĭ strĕinĭ din băsică, în special calculĭ.

Dar noĭ vom trece peste tóte aceste feluri de fistule, ca și peste cele congenitale, carĭ prin raritatea lor nicĭ nu sunt descrise, ne vom opri la o singură categorie și anume la acelea provenite în urma facerilor.

Ba încă, pentru a fi și maĭ expliciți, la acelea produse *în momentul expulsiuneĭ fetuluĭ*.

Sunt casurĭ în adevĕr, unde fistulele vesico-vaginale se datoresc unor întinse ulcerațiunĭ gangrenóse, orĭ difterie desvoltate în timpul puerperalităței, și decĭ cu totul în afară de meca-

nismul celor d'întâiŭ. Ele se însoțesc de desordine câte o-dată colosale.

Am vĕzut un cas — zice Schroeder — recunoscând acéstă origină. Nu numaĭ tótă despărțitórea uro-genitală și uretra eraŭ distruse, dar se produsese în acelaș timp și o fistulă recto-vaginală.

Terminăm decĭ repetând că, tóte aceste varietățĭ de fistule vor fi lăsate la o parte, oprindu-ne exclusiv asupra acelora determinate în momentul trecereĭ fetuluĭ prin vagin. Dar și din acestea vom da la o parte fistulele determinate tot în momentul expulsiuneĭ, însă nu de fet, ci de mamos, fie în urma aplicăreĭ vițióse a forcepsuluĭ saŭ cefalotribuluĭ, fie a uneĭ próste manipulărĭ a acestor instrumente.

De alt-fel, în ginecologie când se zice fistulă vesico-vaginală, se înțelege aceea formată exclusiv de fet, în momentul expulsiuneĭ sale. Ele sunt cele maĭ bine studiate, și în privința lor s'aŭ imaginat procedeele cele maĭ diverse, bazate pe tot atâtea teoriĭ și principiĭ deosebite.

Etiologia. Fistula vesico-vaginală este constituită atuncĭ, când despărțitórea ce separă cele doŭĕ organe între ele se mortifică, se gangrenéză.

Acest lucru cere neapărat, ca despărțitórea formată din părțĭ moĭ, să fie coprinsă și apăsată între doĭ corpĭ solidĭ. Aceștia sunt pubisul de o parte și capul fetal de alte parte. Compresiunea iarăș se cere a fi cât se póte maĭ îndelungată; alt-fel tóte femeile ar avea fistule, căcĭ la tóte expulsiunea fetuluĭ determină óre-care compresiune în momentul trecereĭ sale prin vagin.

Se știe din patologia generală că, o compresiune forte dar de scurtă durată, nu provócă de ordinar gangrenă; pe când o alta maĭ slabă dar prelungită, adesea se însoțește de efectele cele maĭ desastróse.

In timpul acesteĭ compresiunĭ, circulațiunea se întrerupe; o escară se formézĕ. Acésta deslipindu-se dupĕ 2—3 zile de la facere, lasă în loc o perdere de substanțe, puind în comunicare vaginul cu băsica, fistula vesico-vaginală e formată.

Am dis că se cere pentru crearea fistuleĭ o compresiune îndelungată. Cu tóte acestea, une orĭ accidentul pare a fi inevitabil, căcĭ de și expulsarea este de scurtă durată, totușĭ mortificarea păreților se produce.

Lawson Tait spune că a avut un asemenea cas, contra căruia n'a reușit nicĭ o încercare operatorie, nu numaĭ pentru res-

taurare, dar nicĭ pentru cea maĭ mică ameliorare. Intregul vagin era distrus de o necrosă întinsă, așa că rectul, uterul și ureterele, se deschideaŭ tóte într'un cloac comun, aprópe de douĕ police de adâncime și era căptușit de părețĭ cu o tărie cartilaginósă.

In aceste condițiunĭ, leziunile fiind așa de întinse și considerabile, rĕmân în afară de orĭ-ce intervențiune.

Dar asemenea casurĭ se observă fórte rar și constitue adevĕrate escepțiunĭ. E probabil că atuncĭ avem afface cu femeĭ de o constituție slabă, bĕtrîne, în miserie fisiologică; în fine cu ființe rĕŭ hrănite și ale căror țesuturĭ, după cum dice Schroeder, numaĭ aŭ nicĭ un suc în ele.

Care e mecanismul intim al producțiuneĭ fistulelor vesico-vaginale și cum ne explicăm diferitele varietățĭ? In timpul facereĭ, bășica e împinsă, tîrâtă și óre-cum dată puțin afară din micul basin. Atuncĭ marginea sa inferióră se așéză drept inapoiul simfiseĭ, tocmaĭ în locul unde capul fetal apasă maĭ mult. Une orĭ, dar casurile sunt rarĭ — o porțiune fórte însemnată din părețele posterior al bășiceĭ póte să fie comprimat, dând nascere la nisce largĭ și colosale fistule. Dar și într'un cas și în altul comunicarea se face între fundul bășiceĭ și vagin. De aci:

I-a varietate **fistulă vesico-vaginală.** Primul cas care e cel maĭ comun, îl întâlnim la primipare. La ele vaginul fiind în general strîmpt, capul fetuluĭ e forțat a sta maĭ mult timp în loc, și decĭ a exercita o presiune a bășiceĭ pe simfisă.

Casul al doilea se întîmplă la multipare. La ele, bășica fiind maĭ laxă, dînsa maĭ ușor se pogóră inapoiul simfiseĭ. Nu se observă însă așa des din causa lărgimeĭ vaginuluĭ, care permite o expulsiune maĭ repede a fetuluĭ.

Maĭ rarĭ sunt casurile ca bășica sa să lase așa de jos, în cât vîrful sĕŭ să se găséscă de desuptul punctuluĭ comprimat. In asemenea împrejurărĭ nu se póte face o fistulă urinară, căcĭ după cum cu drept cuvênt dice Schroeder, chiar dacă ar fi o presiune întinsă, dînsa se va exercita pe peritoneŭ, aducând perforațiunea acestuia, iar nu a bășiceĭ. Am avea decĭ:

A II-a varietate numită **fistula vagino-peritoneală.**

A III-a varietate este **fistula uretro-vaginală.** Acésta se întîmplă fórte rar și anume când bășica în loc de a se lăsa în jos, din contra se ridică, tîrând ast-fel în sus meatul urinar și puindu'l inapoiul pubisuluĭ. Casul se întîmplă în special, când bășica e plină, lăsându-se neegolită în timpul facereĭ.

Dacă fistula vesico-vaginală e prea sus, și anume către fun-

dul de sac, așa în cât marginea sa superióră să fie formată de buza anterióră a coluluĭ, atuncĭ avem:

A IV-a varietate numită **fistula vesico-vaginală uterină superficială (cervicală)** saŭ maĭ corect juxta-cervicală, în opositie cu cea profundă, când buza coluluĭ e distrusă. Dar acésta formézĕ altă varietate, al căruĭ mecanism e următorul: Corpul uteruluĭ n'are nicĭ o rațiune a intra în acéstă combinație de fistulă; și nicĭ că ar fi posibil acest lucru, dându-se situația ce el ocupă în abdomen; că orificiul sĕŭ intern este fórte sus aședat d'asupra simfiseĭ.

De aceia fistula vesico-uterină corporală nu există și nicĭ nu este descrisă. Nu este însă tot ast-fel cu porțiunea sa cervicală, adică cu gâtul (colul) uterin.

In adevĕr, se întîmplă că în momentul unor durerĭ energice, orificiul extern al coluluĭ să trécă pe d'asupra capuluĭ fetal și să fie prins în locul strîmpt, adică inapoiul simfiseĭ. O compresiune decĭ exercitată pe acest organ, póte determina necrosa sa, cu atât maĭ mult cu cât buzele coluluĭ uterin în acest moment, sunt fórte ramolite și subțiate. Atuncĭ douĕ lucrurĭ se pot întîmpla: saŭ că buza anterióră a coluluĭ e sfacelată împreună cu părețele vaginal și vesical, saŭ că vaginul nu ia parte și decĭ comunicarea se stabilește numaĭ între bășică și colul uterin. Din primul cas resultă:

A V-a varietate numită **fistulă vesico-vaginală uterină (cervicală) profundă**; din al II-lea cas resultă:

A VI-a varietate numită **fistulă vesico-cervicală** iar după uniĭ **vesico-uterină.**

Acestea sunt varietățile cele maĭ frecuente de fistule vesico-vaginale, exceptând prima varietate care incontestabil e cea maĭ comună. Intre varietățile mult maĭ rarĭ se numĕră *fistulele ureterale.*

In acest cas, uretra și bășica rĕmân intacte; una din uretere însă e singură coprinsă de presiune, care necrosându-se, canalul se deschide. Urina în loc să se verse în bășică se scurge aiurea. Și după cum acest canal ast-fel perforat comunică cu gâtul uterin saŭ cu vaginul vom avea:

A VII-a varietate **fistulă uretero-cervicală** saŭ a VIII-a **uretero-vaginală.**

Dar aceste fistule uretero-vaginale sunt cu totul escepționale. Ele aŭ de obiceiŭ drept origină intervențiunile chirurgicale îndreptate contra cancerelor uteruluĭ saŭ a diferitelor afecțiunĭ a anexelór și ligamentelor largĭ. In adevĕr, isterectomiile în special vaginale, extirparea anexelor prin acéstă cale precum și

deschiderile largĭ a supuraţiilor pelviene, pot fi însoţite de o fistulă ureterală. Acésta resultă din faptul că uretera înconjurată de produsele neoplasice, şi-a schimbat raportul normal saŭ chiar a contractat aderenţe cu ţesuturile ce aŭ trebuit fi ridicate. Dar maĭ ales se observă când pentru a opri o emoragie arterială mare, punem la întîmplare pense unde nemerim. In acest cas, uretera póte fi prinsă saŭ legată împreună cu vasele. De aci sfacel apoĭ fistulă.

Maĭ există încă o altă varietate cu totul escepţională şi confus descrisă, din causa neexplicăreĭ moduluĭ sĕŭde formaţie. Este vorba

IX de **fistule recto-vesicale.**

Simon a observat în urma uneĭ faceriĭ laborióse, o oclusiune a celor douĕ terţuriĭ superióre ale vaginuluĭ şi stabilirea uneĭ fistule recto-vesicale. Schroeder însă crede, cu drept cuvênt, că nişte asemenea fistule, maĭ des sunt datorite unor abcese parametrice, cariĭ se deschid de o dată în băşică şi în rect, de cât uneĭ compresiuneĭ fetale în timpul expulsăreĭ. Vom reveni.

Acesta este mecanismul dupĕ care se produc tóte varietăţile enumerate de fistule uro-genitale.

Acum să vedem cariĭ sunt factoriĭ, cariĭ favoriséză înlesnirea acesteĭ compresiuniĭ?

Primul loc îl ocupă basinurile strîmpte oriĭ viţióse. In acest cas, capul fetal avênd diametrele maĭ mariĭ în raport cu ale basinuluĭ, se angajéză în mica strîmptóre şi nu póte înainta maĭ mult. Atunciĭ el inevitabil va apăsa pe părţile moĭ, cariĭ coprinse între douĕ planuriĭ osóse se vor necrosa, se vor gangrena. Cu deosebire compresiunea exercitată de capul fetuluĭ şi în special de frunte, determină maĭ cu uşurinţa aceste leziuniĭ.

Schroeder admite şi presentaţia umerală, ca fiind capabilă a produce aceleaşiĭ resultate.

Scurgerea prea repede a liquiduluĭ amniotic, încă jócă un rol important în acéstă afacere.

Iată ce dice Schroeder:

„Inainte de scurgerea apelor amniotice, acéstă presiune este minimă, din causă că şi forţa expulsivă, care se transmite la copil e slabă. Deciĭ facerile cu presentaţiuniĭ craniene, şi unde muncile se prelungesc mult timp după ruptura buzunaruluĭ amniotic, sunt acelea cariĭ produc maĭ adesea fistule.“

Insă cu tot concursul acestor factoriĭ, dacă arta obstetricală intervine la timp, fistulele la sigur pot fi prevenite.

Când dar vom avea afface cu un basin strîmpt, cu un craniŭ

fetal mare și cu o inclavare prelungită, fistula uro-genitală se produce la sigur. Care este punctul osos contra căruia părțile moĭ sunt presate?

Maĭ tot-d'a-una, dice Schroeder, presiunea se exercită pe partea posterióră a margineĭ superióre a pubisuluĭ; și maĭ mult încă, pe mica spină osósă care se găsesce alăturĭ de simfisă. Este escepțional a vedea țesuturile sdrobite pe alte părțĭ a cingătóreĭ pelviene, saŭ pe ramurile montante ale pubisuluĭ.

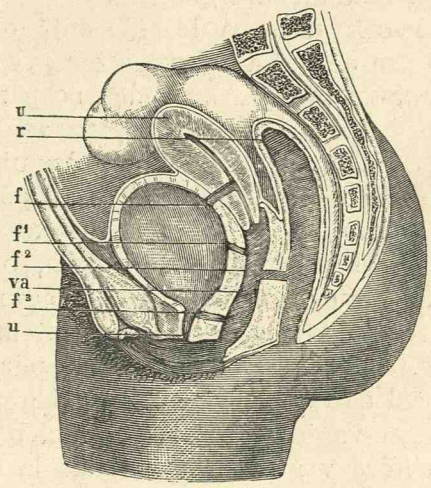


Fig. 20. Figură representând sediul principalelor varietățĭ de fistule vaginale.

U. Uterul. u. Uretra. va. Vaginul. f. Fistulă vesico-uterină. f^1. Fistulă vesico-vaginală. f^2. Fistulă recto-vaginală. f^3. Fistulă uretro-vaginală.

Vedem dar că stânca osósă, ce represintă punctul de sprijin, este aprópe constant, acelaș; forța impulsivă saŭ puterea, iarășĭ e aprópe constantă, fiind representată prin capul fetal. Părțile moĭ însă variéză mult. Nu tot-d'a-una acelaș segment din despărțitórea vesico-vaginală va fi comprimat, necrosat; ci porțiunĭ diferite, după mecanismul deja arătat și din care aŭ resultat tóte varietățile de fistule vesico-vaginale.

Cu altă ocasiune am vĕdut cuvêntul, pentru care în momentul producereĭ acestuĭ fenomen, rectul scapă de la acțiunea presiuneĭ.

Causa este că aci avem excavațiunea sacruluĭ, precum și o mobilitate óre-care a cocixuluĭ: grație acestor lucruri compresiunea nu se póte efectua. Cu băsica e cu totul alt-fel. Acest organ fiind apăsat pe simfisa pubiană, compresiunea e la maximum, din causă că scheletul e cu totul fix și în afară de cea maĭ mică mobilitate posibilă.

Acesta e cuvîntul, că în timpul facerilor dificile, fistulele vesico-vaginale sunt mult maĭ comune, în comparație cu cele rectale, carĭ constitue adevărate rarități și curiosități sciințifice.

Anatomia patalogică. Nimic maĭ variat de cât aspectul și dimensiunile ce ne oferă fistulele uro-genitale.

In adevĕr, une-orĭ perderea de substanță e așa de mică, în cât comunicarea între cele douĕ organe e representată printr'un orificiŭ, ce de multe-orĭ nu-l putem vedea, scăpând orĭ-căreĭ investigațiunĭ.

In alte casurĭ din contra, orificiul e destul de larg, permițênd chiar introducerea degetuluĭ. In fine se póte observa o distrugere totală a despărțitóreĭ vesico-vaginale, așa că de la meat până la gâtul uterin e o deschidere colosală, o adevărată gură de lup. Atuncĭ cele douĕ organe, băsică și vagin, formézĕ o singură cavitate. Intre aceste douĕ extreme putem vedea tóte formele intermediare. Sediul fistuleĭ este în raport cu varietățile, ast-fel că după locul ce ocupă, vom spune și genul la care aparține. In fistula vesico-vaginală tipică, orificiul băsiceĭ ocupă, linia mediană a despărțitóreĭ vaginuluĭ și conduce la trigonul vesical, saŭ partea mijlocie a funduluĭ băsiceĭ. Dar une-orĭ, după cum a arătat Spiegelberg, orificiul fistulos póte fórte des să se găséscă pe părțile laterale ale vaginuluĭ și în special la drépta. Pentru rest am insistat destul la mecanism, spre a maĭ reveni.

Numĕrul fistuleĭ în general e unic. N'am găsit descris, nicĭ menționat, casurĭ de fistule vesico-vaginale cu orificiurĭ multiple. Trebue însă a sci, că în urma diferitelor complicațiunĭ, se formézĕ bride saŭ bârne fibróse, carĭ plecate din diferite puncte ale vaginuluĭ saŭ chiar din marginele fistuleĭ, trec de la un punct la altul, și imparte ast-fel orificiul fistulos în 2 saŭ chiar 3 părțĭ, după numĕrul punților fibróse. Acésta ni s'ar impune drept fistule cu orificiĭ multiple, pe când în realitate e vorba de un proces cu totul artificial și secundar. Câte-odată, formațiunea unor asemenea bride fibróse, aduce un adevĕrat serviciŭ bolnaveĭ, maĭ ales când desvoltarea lor se face dedesubtul orificiuluĭ fistulos. Cu acésta se produce o atresie a vaginuluĭ în acest punct. Dînsa

constitue o vindecare relativă și spontanată: urina iese prin meat în același timp cu fluxul menstrual, în tocmaĭ ca și când practicăm oclusia vaginuluĭ pentru casurĭ desesperate, după cum vom vedea la tratament.

Forma orificiuluĭ e variabilă. Ca ordine de frecuență avem: forma ovală, longitudinală și cu totul rar forma în corn.

Marginele orificiuluĭ, când nu există nicĭ o complicație, sunt rotunde, subțirĭ și tăióse; în casul contrariŭ ele sunt fórte gróse, calóse și proeminente.

In fig. 20 luată din Sinety, se vĕd diferite varietățĭ de fistule urogenitale.

Ceia ce caracterisă acéstă fistulă și ceia ce tocmaĭ le deosebesce de restul tutulor fistulelor ce am studiat în Vol. I, este că margina sa e unică. In adevĕr, mucósa vaginală și vesicală atât de intim s'aŭ unit între ele, în cât numaĭ există nicĭ o inie de demarcație; cel mult găsim un mic lizereŭ de o culóre sidefie, dar reprezentat printr'o linie imperceptibilă. De aci maĭ resultă că în fistula vesico-vaginală, nu se află nicĭ un traject or cât de mic ar fi el, precum lucrul există în cele-l'alte fistule. Aci, imediat din orificiul vaginal intrăm în cel vesical. Ba ce e maĭ mult, privind în vagin ne uităm direct în băsică.

Simptome. Semnul patognomonic e format din douĕ acte: pe de o parte femeia nu maĭ are sentimentul trebuințeĭ de a urina, iar pe de alta dînsa se simte în permanență udă: faptule datorit trecereĭ continue a urineĭ prin vagin. Primul din acest act are maĭ puțină valóre ca secundul. Maĭ mult, fórte adesea se întâmplă că, în primele zile după facere, femeia să fie coprinsă de retențiune de urină, fără să aibă fistulă; și din contra, să urineze și totușĭ să aibă fistulă.

Nu e în adevĕr nimic maĭ comun după facere ca o paresie a băsiceĭ. Decĭ retențiunea nu constitue un semn caracteristic. Cu tóte acestea, o escară e în stare a produce acest fenomen prin acțiune reflexă. Dar încă o dată, acésta nu ne póte autorisa a conchide la aparițiunea uneĭ fistule, afară numaĭ daca am asistat, saŭ știm condițiunile în carĭ s'a efectuat facerea. Numaĭ atuncĭ putem bănui și lua faptul ca un semn precursor al fistuleĭ.

Tot același lucru vom spune și la al II-lea cas, adică când femeia urinéză și totușĭ are fistulă. Este știut și în afară de orce discuție, că escara produsă prin compresiune, nu se eliminéză de cât după 4 saŭ chiar 8 zile. Decĭ în acest interval, femeia póte fórte bine să urineze, și cu tóte acestea să fie sub

iminența aparițiuneĭ fistuleĭ vesico-vaginale. Dar ce este maĭ mult, chiar dacă fistula e deja creată, femeia încă póte să urineze în mod normal, fără a putea bănui grava infirmitate de care e coprinsă.

Eată diferitele circumstanțe unde ne putem înșela.

I. Daca avem a face cu o fistulă uretro-vaginală, nicĭ un fenomen de incontenență nu are rațiunea să apară: femeia își reține udul în mod fisiologic; însă numaĭ în timpul micțiuneĭ se simte puțin udă. Dar acest fapt în definitiv nu presintă nicĭ o importanță, putându-se atribui uneĭ relaxărĭ a meatuluĭ saŭ chiar uneĭ stărĭ normale: nimic maĭ comun ca prelingerea uneĭ cantitățĭ de urină la intrarea vulveĭ, în timpul micțiuneĭ. Singurul lucru ce ne-ar atrage atențiunea ar fi că, jetul saŭ projecțiunea urineĭ nu se face la o distanță depărtată. Dar și acésta e luat ca lucru secundar, putându-se atribui uneĭ parese vesicale, saŭ chiar posițiuneĭ dorsale ce femeia parturientă e obligată a păstra. Și cu tóte acestea dînsa are fistulă.

II. Să presupunem că am avut a face cu o fistulă vesico-vaginală pură. Dar și în acest cas ne putem găsi în fața maĭ multor posibilitățĭ:

a) Daca fistula își are sediul în segmentul anterior al pereteluĭ vesical, și daca orificiul e destul de larg, atuncĭ neapărat urina se va scurge în mod continuă și decĭ nicĭ o îndoială n'ar maĭ avea loc. Când însă acest orificiŭ ar fi enorm de mic, de sigur cea maĭ mare cantitate de urină ar eși prin meat în mod normal, și numaĭ o parte infinitisimală s'ar scurge prin orificiŭ; scurgere căreia nu s'ar da nicĭ o importanță, luându-se drept o umectație vaginală, așa de comună la parturiente.

b) Să presupunem însă că fistula se află maĭ sus, adică în segmentul posterior al bășiceĭ. Neapărat, probabilitatea ar fi ca scurgerea urineĭ să se facă în mod și maĭ regulat, și maĭ continuă. Cu tóte acestea și aci avem maĭ multe escepțiunĭ.

Maĭ întâiŭ am putea avea casul, când fistula ar fi representată prin o simplă fisură saŭ spintecătură. Atuncĭ e posibil că, femeia avênd posiția dorsală, păretele posterior al vaginuluĭ să se aplice pe cel anterior, și să închidă ast-fel strîmpta și mica linie ce pune în comunicație cele douĕ organe. Cu modul acesta urina póte fórte bine să nu se scurgă în vagin, ci să iasă în timpul micțiuneĭ; decĭ fistula va fi mascată.

c) Maĭ putem avea și o altă eventualitate și anume: fistula să fie vesico-vagino-cervicală superficială. In acest cas, daca ori-

ficiul e fórte mic, e posibil ca gâtul (colul) uterin să se aplice pe acest orificiŭ, și ast-fel astupându'l, urina nu se póte scurge în vagin, și decĭ fistula să rĕmâie ascunsă.

In casul de fistulă uretero-vaginală bolnava n'are propriŭ vorbind incontinență de urină căcĭ dînsa urinézĕ fórte bine cu unul din rinichiĭ rĕmas intact. Cel-l'alt a căruĭ ureteră e atinsă, va secreta urină, dar în loc de a se scurge în băşică va eși picătură cu picătură prin vagin. Maĭ mult, aceste fistule uretero-vaginale fiind în general provezute de un orificiŭ fórte mic, adesea dînsul se astupă în mod provisoriŭ, așa că femeia nu se simte câtușĭ de puțin udă. Acésta ne-ar face a crede că nu există fistulă, saŭ dacă a fost s'a vindecat în mod spontanat. Dar acéstă bucurie e fórte înșelătóre, căcĭ nu duréză de cât o zi, douĕ, maximum treĭ, când urina din noŭ începe a curge. Eŭ am avut un cas tipic de o asemenea fistulă. E vorba de o damă P... din Brăila ce poseda o fistulă uretero-vaginală, al căruĭ orificiŭ se strîmpta câte odată așa de mult, în cât nicĭ nu'l maĭ puteam constata. Femeia văzându-se perfect uscată se credea vindecată: dar a doua saŭ a treia zi din noŭ fenomennl apărea și de astă dată cu o intensitate mult maĭ mare. Un lucru demn de notat în asemenea casurĭ e următorul. Când orificiul se astupă, femeia se simte mult maĭ rĕŭ; în plus observăm durerĭ în abdomen și o tumefacție datorită distensiuneĭ ureterei obstruate, determinând chiar un fel de idronefrosă. In acest timp, când obstacolul e învins, se produce o adevĕrată *debaclă* de urină ce ĭese prin vagin, iar umflătura abdominală la moment dispare.

Lăsând la o parte tóte aceste casurĭ unele rarĭ iar altele excepționale, rĕmâne drept simptom unic și patognomonic al fistuleĭ vesico-vaginale o *scurgere continuă a urineĭ și suprimarea actuluĭ de micțiune.*

Consecințele acestuĭ singur fapt constitue isvorul celeĭ maĭ marĭ nenorocirĭ pentru femee. Și nenorocirea, e cu atât maĭ mare cu cât acéstă incontinență perpetuă nu rĕmâne isolată, ci maĭ tot-d'a-una se însoțesce de leziunĭ fie locale, saŭ a organelor vecine; aceste leziunĭ unele sunt maĭ teribile ca altele. Nimic maĭ greŭ de cât a descrie starea de mizerie a uneĭ femeĭ, atinsă de fistulă vesico-vaginală.

Eŭ nu cunosc o afecțiune maĭ infectă și maĭ degradătóre pentru speța umană, ca fistulele vesicale. Nicĭ însușĭ cancerul nu e de comparat cu o fistulă.

In adevĕr, pe acest neoplasm adesea îl putem ridica și

individul, dacă nu pentru tot-d'a-una, dar cel puțin pentru un timp óre-care, are satisfacțiunea de a se vedea vindecat. Dar chiar admițând o recidivă saŭ o imposibilitate de a fi operat, încă acéstă stare rĕmâne pe un plan maĭ jos de cât fistula inoperabilă. Cancerul în asemenea cas, represintă pentru mine o nenorocire maĭ mică ca o fistulă. Căcĭ ce se întîmplă? In fața unuĭ cancer inoperabil avem a lupta contra a douĕ lucrurĭ: contra ichoruluĭ canceros ce dă un miros din cele maĭ fetide, și apoĭ contra durerilor. Aplicațiunile locale și spălăturile largĭ antiseptice pe de oparte, iar narcoticele pe de alta, luptă destul de bine, cel puțin pentru un timp limitat, maĭ ales contra mirosuluĭ infect. Intr'o fistulă însă, orĭ ce mijloc e ineficace, căcĭ scurgerea de urină e continuă. Și sciut este că descompunerea acestuĭ lichid, dă un miros așa de fetid, în cât întrece nu numaĭ pe acela al cancerului, dar chiar și pe al gangrenei umede.

Pe lângă mirosul extrem de fetid, procurat de fermentațiunea urinósă; pe lângă cantitatea enormă de deposite nisipóse, concrețiunĭ și chiar calculĭ vaginalĭ, etc., bolnavele se găsesc în prada unor teribile eriteme, exulcerațiĭ și chiar adevĕrate ulcere pe părțile externe ale organelor genitale, pe cópse, pe perineŭ și chiar orificiul anal. Tóte acestea le împedică a-și căuta de afaceri, de óre ce nu le maĭ este posibil a umbla. Vecĭnic femeea e ținută în pat de teribile mâncărimĭ și usturimĭ. De aceia zic, mizeria în care duce pe femee fistula vesico-vaginală, e maĭ mare de cât orĭ-ce alta bólă de natura cea maĭ maligná posibilă. Cât pentru suferințele cancerului, ele în scurtă vreme vor înceta — prin desnodămêntul fatal ce va determina; suferințele însă ale fistuleĭ sunt de durată lungă, căcĭ din nenorocire nu omóră repede.

Diagnosticul. Nimic maĭ ușor de cât a recunóște o fistulă vesico-vaginală. In imensa majoritate a casurilor, fistula vesico-vaginală se diagnosticéză nu pipăindu-o și nicĭ vĕzându-o, dar de la distanță, de la ușă. *Diagnosticul fistuleĭ se pune cu nasul, iar nu cu ochiĭ și nicĭ cu degetul.* In adevĕr, e destul a intra într'un salon de bolnave, pentru a spune la sigur că e vorba de o femee cu asemenea fistulă: atât de pătrunzător și patognomonic e mirosul exalat de urina ce inundă bolnava.

Totuși un examen minuțios trebue făcut, pentru a ne da sémă de varietatea, întinderea și complicațiunile fistuleĭ. Introducând degetul în vagin, îl aplicăm pe peretele sĕŭ anterior. Vom simți un orificiŭ anormal. Atuncĭ introducem o sondă în băsică: vîrful sĕŭ va eși în vagin, lovind degetul nostru: Indoială nu

mai încape: fistula e demonstrată. In casuri, din nenorocire rari, de fistulă prea mică, vom introduce valva de specul pe păretele posterior al vaginului. Atunci făcând spălături vesicale cu lichide colorate, vom recunóște varietatea, urmărind punctul de eșire al lichidului. Prin acésta vom determina genul de fistulă cu care avem a face. Liquidul iese prin vagin? fistula e vesico-vaginală; iese prin gâtul uterului? avem fistulă uterină. Fistula uretero-vaginală e mai greŭ de recunoscut, căci liquidul numai iese prin vagin în mod manifest și abondent.

Când orificiul ureterei comunică cu gâtul uterin, Freund a arătat că introducând o laminarie în col, bolnava nu întârzie a fi coprinsă de dureri lombare. Lucrul se explică, prin aceia că laminaria astupând orificiul, acumularea de urină dilată uretera și produce un fel de idronefrosă; de aci durerile lombare.

Prognosticul. Partea cea mai gravă a prognosticului este aceea relativă la posițiunea socială a femeei. Fistula vesico-vaginală este o infirmitate care de și ascunsă, se manifestă însă mai mult ca cele aparente. E destul ca o singură femeie să fie într'o sală de bolnave, pentru ca mirosul penetrant și infect al urinei în descompositiune, să ne atragă și să descoperim imediat victima. In asemenea condițiuni deci, femeea devine în imposibilitate de a intra în societate, și a fortiori a-și păstra relațiunile sale conjugale; de aci și divorțul legitimat.

Dar lucrurile nu se opresc aci: femeea, într'o continuă suferință și în mijlocul acestei infecțiuni, începe a fi coprinsă de o tristeță morală, aducând încetul cu încetul depresiunea forțelor și desgustul de viață. Fórte adesea, mai tóte din aceste nenorocite, cu timpul devin ftisice, murind în cel mai complect marasm. Și acest sfîrșit fatal se îndeplinesce cu atât mai repede, cu cât diferite încercări operatorii n'aŭ reușit a aduce vindecarea infirmității.

In afară de acestea, sunt și alte complicațiuni ce întunecă prognosticul. In prima linie avem retracțiunea globului vesical, care nemai fiind obligat a se contracta, se atrofiază, prin lipsa rolului sĕŭ fisiologic. Vin apoi fenomenele de cistită și infecție a mucóseĭ, precum și inflamația pe cale ascendentă, ce póte merge până la rinichi, determinând pielo-nefrita și chiar nefrita intersticială.

Prognosticul chirurgical variază și dînsul. Noi îl considerăm ca tot-d'a-una grav, căci din nenorocire, casurile ușóre sunt mai puțin frequente ca cele complicate.

Nu trebue să avem nicĭ o speranță de vindecarea spontanată a uneĭ fistule odată confirmată. Sunt în adevĕr autorĭ carĭ susțin că, une-orĭ o fistulă și în special cele micĭ și longitudinale, se pot închide spontanat, prin burjonarea mărginilor orificiuluĭ, grație acțiuneĭ iritante a urineĭ ce se scurge. Schrœder, Martin și Schulze susțin că fistulele vesico-cervicale s'ar vindeca maĭ tóte în mod spontanat, precum și cele vesico-uterine.

După noĭ acestea sunt escepțiunĭ. Cu tóte acestea, o dată am putut observa o mică fistulă la o țigancă, ce în adevĕr, prin simple spălăturĭ s'a vindecat la perfecție. Dar escepțiunea nu formézĕ regula. Decĭ contra fistulelor vesico-vaginale nu ne rĕmâne de cât tratamentul operator, care va fi cu atât maĭ ușor, cu cât fistula e maĭ nouĕ, orificiul maĭ mic, maĭ puțin profund, marginile netede, pereților vaginalĭ laxĭ și absență de bride fibróse și indurațiunĭ calóse.

Tratamentul chirurgical al fistulelor vesico-vaginale.

Nu ne vom opri câtușĭ de puțin asupra încercărilor de a obține vindecarea acestor fistule, prin operațiunĭ nesângerânde. Vom menționa numaĭ, pentru respectul istoric al chestiuneĭ, procedeul luĭ Dessault. Acest autor căuta a obține afrontarea mărginilor fistuleĭ, prin tampóne și diferite aparate unele maĭ complicate ca altele. Iarășĭ vom trece peste metóda cauterisărilor repetate cu nitrat de argint saŭ paste caustice aplicate în jurul marginilor fistuleĭ. Acésta se făcea în speranță de a provoca desvoltarea mugurilor cărnoșĭ și în urmă reunirea lor secundară. Tóte n'aŭ dat nicĭ odată vre-un resultat satisfăcĕtor.

Nu numaĭ că asemenea conduită e cu desăvîrșire părăsită, dar este și desastrósă, în sensul că nisce asemenea iritațiunĭ repetate, nu daŭ ca efect de cât inflamațiunea marginilor și transformarea lor în calositățĭ. Dar tocmaĭ acésta constitue o piedică, pentru orĭ-ce intervențiune ulterióră în adevĕratul sens chirurgical.

Autorĭĭ decĭ aŭ fost nevoițĭ să recurgă la avivarea directă a marginilor fistuleĭ și la coaptarea lor prin puncte de sutură. Dar aci dificultățile eraŭ fórte marĭ, din causa subțiimeĭ extreme a mărginilor fistuleĭ și decĭ imposibilitate aprópe absolută pentru coaptare. Pe lângă acésta, odată cu avivarea părților, se atingea și mucósa vesicală. Incidentul acesta une-orĭ se însoțea de nisce emoragiĭ așa de marĭ, în cât nu numaĭ că compromitea opera-

țiunea, dar punea și viața bolnavelor în pericol. Dacă mai adăogăm apoi că firele erau trecute și prin băsică, și deci urina se infiltra în plagă prin punctele de sutură, lesne ne putem explica insuccesele ori-căreĭ intervențiuni și desesperarea operatorilor.

S'au făcut încercări d'a se umple pierderea de substanță prin lambouri, luate din buza cea mare și chiar cópse, constituind *elitroplastiile*. S'a făcut recurs la diferite incisiuni liberatrice în părțile laterale ale fistuluĭ; dar tóte au fost inutile, căci tóte n'au dat nicĭ un bun resultat. De aceia chirurgiĭ desesperați de aceste insuccese, n'au ezitat a declara că, fistulele vesico-vaginale sunt în afară de resursele arteĭ; sunt infirmități incurabile.

Singura operațiune la care se oprise autorii, era aceea recomandată și susținută de Vidal de Casis, și care consta în oclusiunea vaginuluĭ de desuptul fistuleĭ. Operațiunea este cunoscută sub numele de *colpocleisis*. Dar acéstă intervențiune era póte mai penibilă de cât însăși infirmitatea, căci prin ea se suprima sexul femeeĭ, făcênd-o incapabilă de actul conjugal. Pe lângă acésta, în partea superióră a vaginuluĭ obstruat, urina acumulându-se, era supusă la descompositiuni, la formare de calculĭ, la infecțiuni, inflamațiuni și chiar abcese, carĭ de multe ori fie în mod spontanat, saŭ a uneĭ noĭ intervențiuni, atresia vaginală artificială era distrusă. In colpocleisis menstruele femeeĭ ies prin meatul urinar împreună cu urina; de aci noĭ cause de infecțiune. Pe lângă aceste motive, carĭ fac ca operațiunea să nu fie durabilă, mai sunt încă două: întâiŭ, că femeia voind a-și ascunde acéstă infirmitate, se lasă la satisfacerea plăcerilor sexuale. Atunci, în actul coituluĭ cicatrița se póte rupe. Dar casul cel mai grav este când în timpul coituluĭ uretra se póte în destul dilata, pentru a permite intromisiunea penisuluĭ; saŭ în casul cel mai ușor, strebaterea spermatozoizilor, carĭ pot feconda femeia și să determine o graviditate. Dacă faptul acesta nu se mărturisesce, saŭ chirurgul nu intervine a distruge colpocleisis, consecințe funeste pot urma pentru bolnavă, dacă din nenorocire fetul n'a putut ieși prin vagin rupând cicatrița.

Cu tóte aceste inconveniente și pericole a operațiuneĭ luĭ Vidal de Casis, totuși și astădi în casurĭ desesperate — în ciuda perfecționărilor moderne—încă une-ori suntem siliți a recurge la dînsa, ca ultimul mijloc de a îndulci cel puțin consecințele uneĭ asemenea fatale infirmități. In adevĕr, atunci când e vorba de distrugerĭ colosale și de presența unor complicațiuni, carĭ fac imposibilă orĭ-ce încercare de avivare și coaptare, de sigur

femeia preferă suprimarea infecțiuneĭ și a desgustuluĭ, sacrificându-și plăcerile sexuluĭ.

Numaĭ încape îndoială, că acesta este cel maĭ mare sacrificiŭ ce póte cine-va face, maĭ ales când e vorba, precum fórte des se întêmplă, ca fistulele vesico-vaginale să atingă femeĭ tinere.

De aceia lucrul cel maĭ bun este, a procura tóte mijlócele acestor femeĭ, de a fi scutite de contractarea acestor infirmități, fapt care m'a făcut din sentiment de umanitate, să propuiŭ nisce mĕsurĭ ce am publicat în jurnalul „Lupta“ în 1890.

Ce este în adevĕr maĭ sdrobitor de cât a vedea femeĭ tinere, carĭ în loc de a produce 7—8 copiĭ, dînsa la prima facere să rĕmână extropiată și nenorocită printr'o fistulă vesico-vaginală? Și unica causă este, că sermana femee a făcut pe drum saŭ în căruță, fără ca nicĭ sórta să'ĭ vie în ajutor.

Dar să revenim.

Pentru a face să dispară acéstă stare desesperantă în care căzuseră toți autoriĭ și pentru a distruge credința, că fistulele vesico-vaginale sunt operațiunĭ incurabile, Jobert de Lamballe, basat pe nisce date anatomice precise, aduse o adevĕrată revoluțiune în tratamentul fistulelor. El a fost cel d'întâiŭ care a putut obține vindecarea lor, printr'o metódă specială, cunoscută în termenĭ clasicĭ de *cisto-plastie*, saŭ *metóda luĭ Jobert de Lamballe*.

Noĭ nu vom descrie în tóte detaliile sale acéstă metódă, căcĭ astădĭ dînsa este înlocuită prin metóda americană, despre care vom vorbi. Cu tóte acestea vom arăta principiile și trăsurile sale generale.

Ceea-ce făcea incurabilitatea fistulelor, era faptul că țesutul celular interpus între pĕretele anterior al vaginuluĭ și bășică este fórte dens, așa că unirea acestor două organe e prea intimă, și aprópe imposibil a le separa. De aci resultă că, după avivarea mărginilor, coaptarea suprafețelor sângerânde nu se obține de cât pe socotéla uneĭ tracțiunĭ fórte puternice. Dar acesta face că firele rupe țesuturile și reunirea nu se obține. Jobert de Lamballe dic, bazându-se pe faptul că între fața anterióră a uteruluĭ—la extremitatea sa inferióră—și între fața posterióră a bășiceĭ, există un țesut celular fórte gros și în special fórte lax, autorul a profitat de acest fapt. El desinseréză pĕretele anterior al vaginuluĭ de inserțiunea sa pe gâtul uteruluĭ. In urma acestuĭ lucru, printr'o ușóră tracțiune înainte, bășica póte ușor să alunece, și ast-fel buza posterióră a fistuleĭ să se pue în contact cu cea anterióră fără nicĭ o siluire, după ce prealabil ambele aŭ

fost avivate. Prin acéstă metódă, căreia Jobert i-a dat numele de *cisto-plastie*, s'a putut obține mai multe vindecări, și a făcut mare resunet în sciință. Astă-zi chiar putem cu profit recurge la acéstă metódă în casuri de pierderi largi de substanță, și unde din pricina unei prea mari tracțiuni, nu putem reusi a uza de tóte perfecționările aduse de *metóda Americană*.

Mai avem următórele două procedee. In casul când prin orificiul fistulei avem ernia păreteluĭ posterior al băsiceĭ, Lannelongue procede ast-fel: Deschide mucósa vesicală prolabată la o distanță suficientă de buza posterióră a fistulei, iar pe de altă parte și partea anterióră a vaginuluĭ. Părțile avivate sunt puse în contact prin puncte de suturi metalice.

Procedeul lui Freund. Acest autor a pus un procedeŭ al sĕŭ în practică, cu succes în două casuri de fistule fórte întinse unde uterul era fixat și fără să pótă fi pogorât. Freund incizéză fundul de sac posterior, apucă prin acéstă cale fundul uteruluĭ, îl basculéză înapoĭ și în jos, așa ca să restórne mitra în mod complect.

Fața posterióră a uteruluĭ vine ast-fel să se aplice pe perderea de substanță a fistuleĭ vesico-vaginale, unde a fost cusută după avivarea prealabilă a marginilor uteruluĭ și a fistuleĭ. Pentru a permite menstruelor să se scurgă, el spintecă fundul uteruluĭ. Resultatul obținut a fost satisfăcător. Fistula s'a astupat, băsica a păstrat urina, iar sângele menstrual a trecut ușor prin deschiderea făcută în fundul uteruluĭ.

Metóda Americană.

Acéstă metódă, numită încă a luĭ Bozemann, deși adevĕratul inventator este *Marion Sims*, se baséză pe două mari principiĭ carĭ o deosebesc de tóte cele-l-alte metóde și a nume: *avivarea* și *modul aplicărei suturilor*.

Condițiunea indispensabilă și care în mare parte asigură succesul metódeĭ, este pe de o parte să se facă cu multe dile înainte, antisepsia zilnică și frecuentă a părților genitale; să se combată tóte inflamațiunile circumvecine, și să se vindece tóte escoriațiunile și ulcerațiunile vulvare ale cópselor, etc., iar pe de alta a se obține o lărgime mare a vaginuluĭ, fie cu ajutorul degetelor prin tampóne, saŭ dilatatóre speciale sub formă de bule, cilindre etc., etc.

Când credem că aceste condițiunĭ sunt îndeplinite, hotărâm, operațiunea.

Chestiunea cloroformisăreĭ e discutată. Dînsa nu depinde

atât de actul operator cât de posițiunea ce trebue dată bolnaveĭ, precum și de timpul îndelungat al operațieĭ. Și cu atât cloroformisarea devine imposibilă când, dupĕ adevĕrata metódă Americană, bolnava trebue să ia posiția genu-pectorală, adică cu capul în jos și ședutul în sus. De aceia de obiceiŭ, operațiunea se face fără cloroform. Noĭ însă la început adormim bolnava, iar maĭ la urmă când dînsa se deștéptă, nu o maĭ readormim, căcĭ în acest timp fiind puțin amețită, nu este așa de sensibilă la durere; pe lângă acésta ne găsim aprópe de finele operațiuneĭ, ne fiind vorba de cât de aplicarea suturilor.

Odată bolnava aședată pe masă în posiția sacro-dorsală, laterală saŭ genu pectorală, căutăm prin tóte mijlócele ca specule, degete, croșete, etc. a pune fistula în cea maĭ perfectă evidență. Incepem — dacă e necesar — a distruge cu bisturiul tóte cicatricele vicióse saŭ diferite alte aderențe ce ar exista în vagin.

Avivarea constitue de sigur punctul cel maĭ principal al acesteĭ operațiunĭ, și se face în modul următor:

Prin mijlocul unuĭ bisturiŭ drept saŭ cudat, înfigem vîrful sĕŭ la o distanță de câți-va centimetri de marginea fistuleĭ, în părțile sănătóse ale vaginuluĭ. Mergem apoĭ șerpuind pe de desubt, și scótem vîrful instrumentuluĭ în mod tangent cu marginea fistuleĭ. Dupe aceia, prin mișcărĭ de ducere și întórcere ne coborâm saŭ ne urcăm, confecționând ast-fel un lamboŭ pe una din părțile laterale ale fistuleĭ. Trecem apoĭ la cea-l-altă jumĕtate, unde procedând în acelașĭ mod, efectuăm aceiașĭ operație.

Cu chipul acesta am determinat o suprafață sângerândă de jur împrejurul fistuleĭ și fără să atingem marginele sale, atât maĭ puțin mucósa vesicală.

Dar acésta trebue mărturisit, este un ideal greŭ de obținut. Se cere în adevĕr, pe lângă o conformație specială a organelor, întinderea perfectă a părților, sediul fistuleĭ, cu totul anterior și încă și o dexteritate proprie a chirurguluĭ.

Principiul de a nu atinge mucósa vesicală aparține maĭ mult luĭ Marion Sims. In adevĕr, Bozemann, și Simon nu se tem a aviva tótă grosimea margineĭ fistuleĭ coprinzând atât mucósa vaginală cât și cea vesicală. Noĭ tot-d'a-una am respectat pe acésta din urmă, din causă că mi-a rĕmas adânc imprimat în memorie, o emoragie fórte abondentă ce am vĕdut producându-se la o operație, făcută, de un chirug al nostru ce atinsese mucósa vesicală. Dar în afară de acest inconvenient, ce de alt-fel ușor póte fi evitat, maĭ sunt încă și altele, inerente operațiuneĭ. In adevĕr, avivarea se

face cu multă greutate și une-orĭ în mod chiar imperfect; adesea rĕmân părțĭ din mucósa vaginală neridicate, părțĭ carĭ constitue o causă de nereușită a operațiuneĭ. Și lucrul se comite cu atât maĭ ușor, cu cât în timpul operațiuneĭ, mica emoragie ce se produce, coloréză în roșu teritoriul peri-fistular. Acésta ne face a crede că totul este avivat, pe când în realitate rĕmân părțĭ de mucósă neridicate. Iar când prin tampóne căutăm a curăța bine

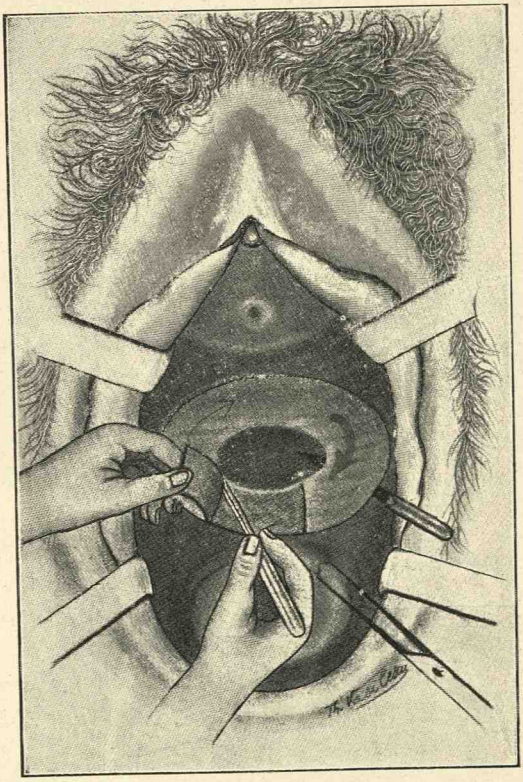


Fig. 21. Modul avivăreĭ fistuleĭ vesico-vaginale, după metóda Americană (personală).

regiunea, atunci cădem într'o altă greșélă, anume că, părțile fiind fórte întinse, soluția de continuitate ni se oferă icĭ cólea, cu un aspect cenușiŭ, impunându-se drept țesut cicatricial, pe când în realitate avivarea e efectuată. Decĭ voind a ridica aceste porțiunĭ, ne putem înșela, espunându-ne a distruge despărțitórea vesico-vaginală. Fiind decĭ preveniți de tóte aceste eventualități,

vom căuta a învinge orĭ-ce dificultate, silindu-ne a obține o avivare perfectă, fie cu bisturiul saŭ cu fórfecele.

Când părețiĭ vaginalĭ sunt laxĭ iar fistula procidentă putem ridica lamboul direct cu degetele în loc de pense cu dinți, așa precum arată fig. 21.

Acestea constitue primul timp al operațiuneĭ și care e de cea maĭ mare importanță. Dacă avivarea nu e *totală, întinsă* și *complectă*, resultatul operațiuneĭ va fi nul.

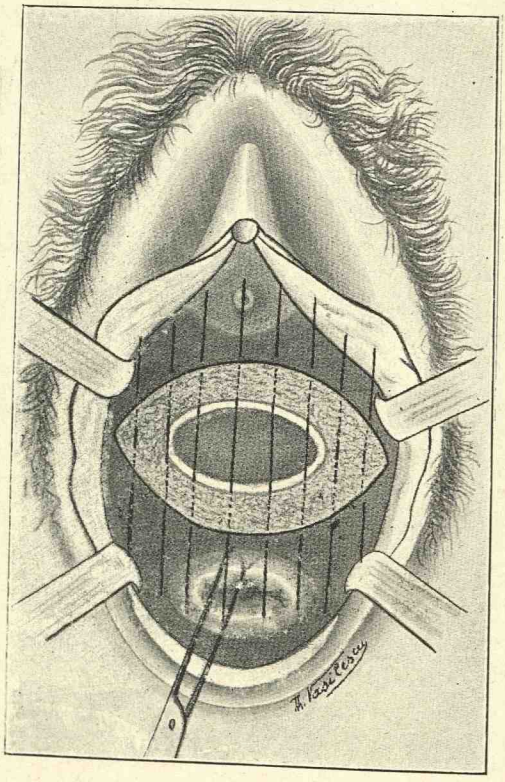


Fig. 22. Aplicarea suturilor în metóda Americană (personală).

Al II-lea timp al operațiuneĭ. Constă în aplicarea suturilor. Se introduce vîrful aculuĭ Reverdin, saŭ al unuĭ instrument special numit chasse-fil (împinge firul), la o mică distanță de marginea avivată. Se împinge acul pe dedesubtul suprafeței sângerânde, scoțându-se vîrful la câte-va milimetri de marginea fistuleĭ. Trecem în partea opusă unde iarășĭ, fără a atinge marginea fistuleĭ, înfigem vîrful alăturĭ de dînsa. Inaintăm iarășĭ pe dedesubtul su-

prafeței sângerânde și ieșim în punctul opus la o mică distanță dincolo de mucósa vaginală. Atunci, facem să înainteze printr'un mecanism special firul de argint; saŭ dacă am lucrat cu acul Reverdin, punem în deschidătura sa ansa unuĭ fir de mătase. Inchidênd acul, tragem firul. In tocmaĭ în acest mod aplicăm la o distanță de o ½ saŭ un cm., maĭ multe puncte de sutură, după întinderea fistuleĭ și lărgimea suprafeței avivate. In fig. 22 lucrul acesta se vede în mod fórte clar.

Nu ne rĕmâne acum de cât a inoda firele și operațiunea e terminată.

Aci însă trebue insistat asupra unuĭ lucru fórte important. Dacă ne-am mărgini a strânge firele în modul obicĭnuit, coaptarea suprafețelor sângerânde nu s'ar face în mod perfect, căcĭ ele se vor sbârci; și acésta cu atât maĭ mult cu cât câmpul operator va fi fost maĭ larg. Decĭ cu tótă avivarea complectă și perfectă, reunirea nu s'ar obține de loc, cel mult în parte; din pricina acésta putem avea lipirĭ imperfecte a puntelor suprafeței sângerânde. Dar tocmaĭ pentru a se obține un resultat de coaptare totală, care singură e capabilă a asigura reușita operațieĭ, Bozemann adaugă nisce micĭ plăcĭ metalice găurite și făcute ad-hoc, prin carĭ trec firele de argint. Nodurile acestor fire se fac pe partea laterală a uneia din plăcĭ, unde rĕmân fixate prin nisce micĭ tuburĭ cilindrice de plumb, numite tuburile luĭ Gali, carĭ în urmă se turtesc printr'un anume instrument spre a asigura maĭ bine fixarea firelor. Acésta represintă o adevĕrată sutură impănată. Numaĭ cu modul acesta, coaptarea devine perfectă și totală; numaĭ ast-fel metóda Americană e considerată ca suverană, pentru vindecarea fistulelor vesico-vaginale.

Acésta este în câte-va cuvinte metóda Americană, dar pentru care se cere o instrumentațiune cu totul specială și meticulósă.

Maĭ cu deosebire la noĭ, unde nu dispunem de mijlóce pentru a ne confecționa orĭ-când acele micĭ plachete și tuburile luĭ Gali, nu putem tot-d'a-una să executăm în tótă splendórea sa acéstă metódă.

De aceia eŭ am introdus o modificare nu în principiul sĕŭ, dar în modul aplicăreĭ suturilor, pe carĭ le fac cu mătase lată și grósă.

Iată în ce constă acest procedeŭ. Avivarea o fac întocmaĭ după metoda Americană; maĭ mult, merg chiar până la 2 și 3 c. m. cu acéstă avivare de jur împrejurul fistuleĭ. După aceia, coaptarea o fac prin douĕ rînduri de suturĭ, unele profunde și altele

superficiale. Ideia de a se pune două rînduri de suturi în coaptarea fistulei, a fost deja recomandată de Simon. Dar procedeul meŭ diferă de al sĕŭ, tocmaĭ prin modul cum fac aceste suturi profunde. Iată cum procedez: la mijlocul suprafeței sângerânde, introduc acul pe dedesubtul suprafeței avivate și îl scot la nivelul fistulei; trec apoĭ în partea diametral opusă a fistulei și mergând iarăși pe dedesubtul soluțiunei de continuitate îl scot la mijlocul sĕŭ, într'un punct diametral opus cu cel precedent. Deschid acul și puiŭ un fir de mătase pe care-l trag afară în No. I. La o distanță de 1 saŭ 2 c. m.—după mărimea fistulei — introduc din noŭ acul ca și la început scoțându-l iarăși în partea opusă. Aci des-

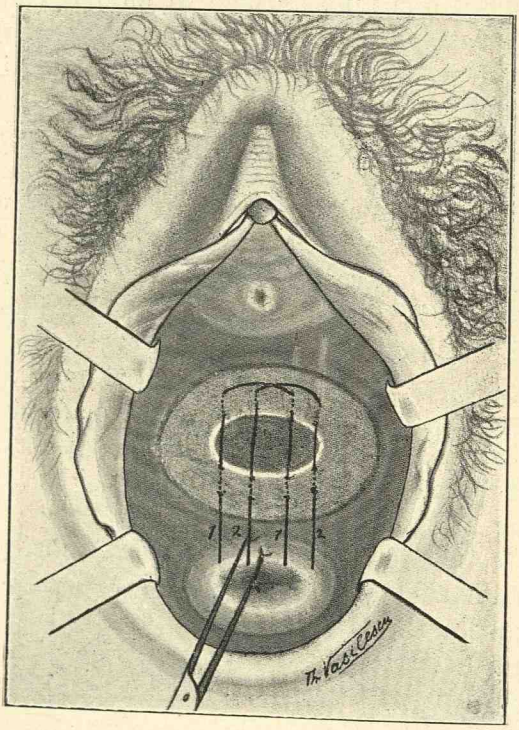


Fig. 23. Metóda Dr. I. Kiriac în aplicarea primuluĭ etagiŭ de suturi profunde sub intrante. Timpul I (personală).

chizând acul, apuc extremitatea firuluĭ ce fusese lăsată în acest loc și o trag afară în cel-l'alt No. I. Cu modul acesta am format o ansă, care îmbrățișéză jumĕtate din lărgimea suprafeței avivate a părței superióre a fistulei. (1, 1.)

La mijlocul acesteĭ anse, introduc din noŭ acul și scoțêndu-l în acelaș punct, pun un noŭ fir pe care îl trag afară în No. 2. La 1 cm. în afară de prima ansă introduc iarăși acul și apuc capătul rĕmas liber al celuĭ de al II-lea fir pe care tragêndu-l, formez a doua ansă în cel alt No. 2. Și tot ast-fel putem pune al III-lea fir cu care facem a III-a ansă, și așa maĭ departe după

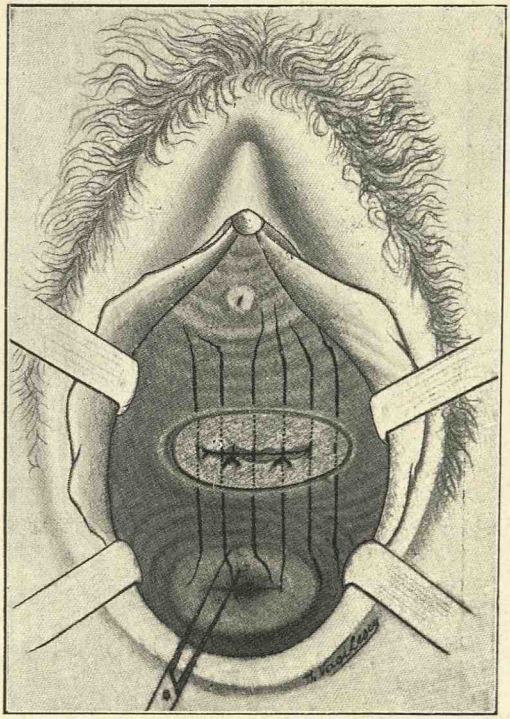


Fig. 24. Inodarea firelor profunde și trecerea firelor etagiuluĭ II-lea în metóda Dr. I. Kiriac. Timpul II-a (personală).

lărgimea fistuleĭ. Acésta constitue ceia-ce numesc suturĭ subintrante. Fig. 23 ne arată modul aplicăreĭ acestor suturĭ.

E lesne de înțeles, că strângând firele, cele douĕ suprafețe sângerânde nefiind prea largĭ, ele se vor coapta în mod perfect fără sbârcicturĭ saŭ stricțiune siluită. O dată tóte punctele strânse, iar estremitățile firelor tăiate, ne rĕmân buzele mărginilor avivate depărtate.

Nu ne rĕmâne acum de cât a reuni aceste suprafețe sânge-

rânde ast-fel precum se vede în fig. 24. Aceste suprafețe fiind deja reduse prin firele în ansa precedentă, ușor le reunim puindu-le în contact direct prin mai multe puncte separate făcute în modul obicinuit, precum iarăși se arată în figură 24. Resultatul definitiv se vede în fig. 25.

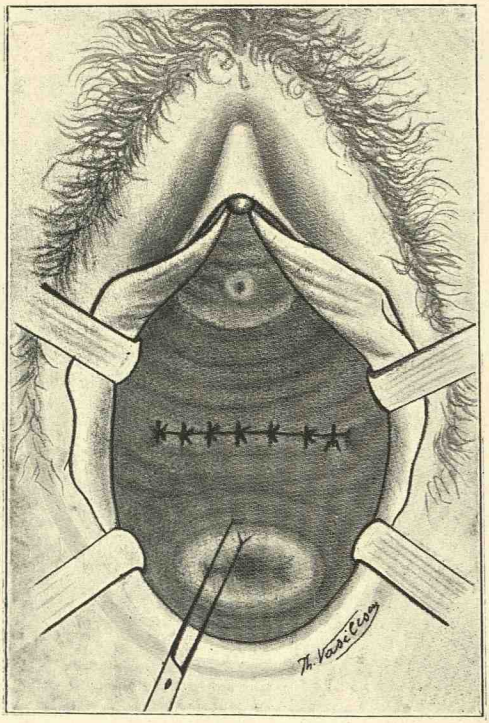


Fig. 25. Inodarea firelor etagiuluĭ II-lea în metóda Dr. I. Kiriac. Timpuĭ III-a (personală).

Cred că prin acest procedeŭ, care nu diferă absolut întru nimic de metóda Americană, de cât prin modul aplicăreĭ punctelor de sutură, carĭ se fac în douĕ etage, asigurăm de douĕ orĭ reușita operațiuneĭ. Intâiŭ prin suturile profunde în formă de ansă: Ele aŭ șansa de a coapta părțile în mod perfect, grație faptuluĭ că fețele sângerânde sunt prinse de ansă, care strângându-se le pune în contact intim. Al doilea avantagiŭ este că, presupuind chiar unele puncte ne reușite, acestea se complectéză prin

suturile superficiali, cari și ele la rîndul lor se vor coapta într'un mod mult mai ușor și repede, avênd o suprafață mai mică și deci mai apte pentru a se putea lipi.

Aceste prevederi teoretice aŭ fost urmate de un deplin succes în următórele casuri, din cele mai desesperate. Intr'unul din ele era vorba de o femee, posedând o fistulă vesico-uterină superficială fórte întinsă; buza anterióră a coluluĭ era aprópe distrusă, iar marginea posterióră a fistuleĭ era în contact direct și făcea corp intim chiar cu uterul. Am practicat avivarea după procedeul American: am aplicat un singur rînd de suturi cu mătase și le-am fixat cu fire de argint precum prescrie Bozemann. Insă ne avênd la dispositie plăcile și tuburile luĭ Gali, ne-am mărginit a strînge nodurile după procedeul ordinar. Resultatul n'a fost satisfăcător— de sigur din causa neperfecteĭ coaptări, determinată ea însăși de sbârciturile produse în timpul legăturei. Bolnava a continuat a-și face emisiunea urineĭ prin vagin.

Mai târziŭ i-am făcut o nouĕ operație. După ce am avivat din noŭ părețiĭ vaginali, am aplicat sistemul nostru de suturi; resultatul a fost fórte satisfăcĕtor prin reușita perfectă.

Al II-lea cas e cu privire la o femee ce poseda o fistulă vesico-vaginală, a căreia margine posterióră era formată în totalitatea eĭ de buza anterióră a coluluĭ. Aci din causa uneĭ prea marĭ relaxări a vaginuluĭ și a numeróselor îndoituri ale mucóseĭ, avivarea a fost fórte dificilă, ast-fel că am fost nevoiți a da bolnaveĭ posițiunea genu-pectorală, și am operat-o deci fără cloroform. După ce am obținut pe o întindere destul de largă avivarea fistuleĭ și am ridicat o porțiune din mucósa coluluĭ rĕmasă liberă, am practicat iarăși procedeul nostru de suturi; resultatul a fost de asemenea încoronat de succes.

Pentru o mai bună probă dăm aci resumatul a douĕ observațiuni ce le găsesc descrise mai detaliat în notele mele.

Observaţia I.

Maria Moraru, 36 anĭ, din Transilvania. Măritată la 20 anĭ; a fost de 6 orĭ însărcinată făcênd treĭ copiĭ la termen; acum un an din ultima facere a rĕmas cu acéstă infirmitate.

Starea locală. Se constată între buzele marĭ o tumoră rotundă, de culóre roșie, de consistență móle ce cresce în timpul sforțurilor. Tumora e reductibilă trecênd printr'un orificiŭ mare cât o piesă de cincĭ leĭ, ce represintă fistula. Pe suprafața mucóseĭ vesicale erniate, ușor se găsesce orificiile ureterelor.

La 8 Septembrie 1896, se face avivarea fistuleĭ după metoda Americană căutând a se obține o suprafață sângerândă cât mai mare. Inapoĭ avivarea s'a

împins până la baza buzeĭ anterióre a coluluĭ. Se procede apoĭ la aplicarea suturelor, carĭ s'aŭ făcut în 2 etaje; cel profund compus din 3 fire în ansă după metóda nóstră, iar cele superficiale în numĕr de 4 după metóda obicĭnuită.

Suturele aplicate, s'a făcut proba cu injecțiunĭ colorate și s'a constatat că liquidul ieșea prin vagin, dar fără să se vadă orificiul cu tóte încercările precum și tóte posițiunile date bolnaveĭ. Operațiunea durând deja de două ore, obosiți și desperați, am lăsat acest orificiŭ nedescoperit rĕmâind numaĭ cu închiderea fistuleĭ atât cât am putut.

La 11 Septembre serviciul închizându-se din causa reparațiilor, bolnava a ieșit cu aceași incontenență de urină, dar fără să-ĭ fi scos firele.

La 10 Octombrie bolnava revine în serviciul nostru, după ce sĕrmana a bătut la ușa tutulor spitalelor, dar fără să fi fost primită de nimenĭ. Din spusele eĭ însă reeșia, că cel puțin în aparență, udul s'ar fi contenit întru cât-va. Făcându-ĭ examenul, am rĕmas surprinși constatând că părețele anterior al vaginuluĭ era perfect reconstituit, ne-oferind nicĭ o urmă de pierdere de substanță; tóte firele se eliminaseră spontanat; totuși urina continua să curgă. Bolnava pusă în posițiunea dorso-sacrală, cu tótă inspecțiunea minuțiósă, n'am putut descoperi orificiul. Dându-ĭ însă posițiunea genu-pectorală, imediat găsesc un mic orificiŭ la unghiul lateral stâng, dar prin care nu intra de cât vêrful isterometruluĭ.

La 1 Noembrie se intervine din noŭ, procedând la avivarea acesteĭ fistulete și aplicând 3 puncte de sutură obicĭnuite. La 6 Noembrie pacienta nu maĭ pierde udul. Cu tóte acestea când stă în picióre încă curge câte-va picături. La 10 Noembrie se scot firele și nu se maĭ constată nicĭ o scurgere de urină. La 14 Ianuarie 1897 bolnava revine și se constată că posedă un mic traect fistulos, care se avivéză și se suturéză iarăși prin 3 puncte. De astă dată însă profunde, și în formă de ansă. S'a pus și un punct superficial. Acum reușita a fost deplină.

Observația II.

Marin Stan, 35 anĭ, din Ploescĭ. S'a mărităt la 15 anĭ și a avut 8 copiĭ, cinci la termen și 3 prematurĭ. Ultima facere a fost gemelară, care i-a cauzat și infirmitatea.

Starea locală. Există pe părețele anterior al vaginuluĭ și către mijlocul sĕŭ un orificiŭ fistulos de mărime medie.

4. Decembrie 1896 se operéză făcêndu-se o avivare fórte largă în jurul fistuleĭ după metóda Americană. Aplic însă 3 puncte de sutură în ansă după procedeul meŭ și 3 superficiale. Reușita a fost complectă așa că la 16 Decembrie, după ce prealabil firele aŭ fost scóse, bolnava a ieșit complect vindecată.

Este incontestabil că metóda Americană nu numaĭ că satisface spiritul din punctul de vedere teoretic, dar și practica a arătat eficacitatea sa. Grație eĭ, o mulțime de fistule considerate ca incurabile, aŭ putut fi vindecate prin acest mijloc.

Dar nu trebue să exagerăm. In adevĕr, metóda Americană pentru a reuși, cere o mulțime de condițiunĭ favorabile, dintre carĭ maĭ principale putem numĕra: ca fistula să nu fie prea întinsă. Cu cât fistula se apropie maĭ mult de porțiunea posterióră a vaginuluĭ, cu atât spațiul rĕmas între marginea fistuleĭ și col e maĭ

mic și decî cu atât avivarea e mai dificilă, dacă nu imposibilă, cel puțin în acéstă regiune. Dacă din contră marginea anterióră a fistuleî e escesiv de subțire și une-orî lipită, dacă nu chiar aderentă de simfisa pubienă, iarăși operațiunea este grea. Pe lângă acestea, se mai cere ca marginele fistuleî să nu fie calóse, adică înconjurate de burelete fibróse.

In fine se cere ca întregul vagin să fie destul de larg, pereții sĕi flascî în mod moderat; să nu aibă îndoiturî exagerate, și mai presus de tóte să nu fie bride saŭ frîurî cicatriciale, întinse de la un părete la altul și de o consistență rigidă.

Atunci decî, și numai atunci metóda Americană póte reuși cu deplin succes. Și încă, chiar aceste condițiunî îndeplinite, tot une-orî mai rĕmâne câte un mic traect fistulos la mijlocul saŭ la marginea suprafețelor reunite. Dar acestea ușor se pot remedia printr'o operațiune parțială.

In afară de acéstă metódă, mai există una bazată pe un principiŭ cu totul diferit, dar care e analog cu acela recomandat de Lawson Tait în rupturile perineuluî. Acéstă metódă numită francesă și patronată de Ricard, constă pur și simplu în desdoirea despărțitóreî vesico-vaginale. Iată cum se procedéză: Se pune mai întâiŭ prin mijlóce apropiate fistula în cea mai mare evidență. Se fixéză marginile sale prin pense cu dinți (tire balle) carî se pun la cele două mari extremități ale orificiuluî. Atunci înfigem vîrful bisturiuluî just în punctul de reunire al mucóseî vaginale cu cea vesicală. Il facem apoi să înainteze la o adîncime convenabilă de 1, 2 și chiar 3 centimetri. După aceia cu multă precauțiune dirigem tăișul spre drépta, șerpuind între vagin și băsică, până ajungem la un punct inferior al fistuleî, diametral opus cu cel superior de unde am plecat. Trecem apoi în latura stângă și lucrăm întocmai cum am făcut la drépta. După ce ast-fel am desdoit despărțitórea, avem un lamboŭ vaginal în formă de con de jur împrejurul fistuleî, care nu ne rĕmâne de cât a'l lipi prin suprafețele sale sângerânde cu ajutorul mai multor fire apropriate. Nu ne preocupăm de lamboul vesical pe care îl lăsăm a se cicatrisa spontanat.

Dar suturile se pot face în două etage, ast-fel precum în special recomandă Fénoménoff. Primul rênd coprinde lamboul vesical, iar al II-lea cel vaginal. Ricard însă precum am arătat, pune un singur rênd, lăsând ca lamboul vesical să se cicatrizeze în mod spontanat sub protecțiunea oclusiuneî lambouluî vaginal. Suturile se fac cu mătase saŭ argint. In cas însă de a urma reco-

mandația lui Fénoménoff, suturile profunde neapărat trebuesc făcute cu catgut spre a se putea resorbi. Pentru lamboul vaginal e absolut necesar ca acul să-l introducem de din afară înăuntru, și să străpungă lamboul la basa sa, adică la unghiul format de limita dedublăreĭ. După operație vom pune o sondă permanentă în băsică, preferind pe aceia a luĭ Pezzer (fig. 26 și 27).

Tóte aceste metode ce am descris intră în clasa acelora făcute pe calea vaginală. Maĭ există însă și altele, carĭ de și maĭ rar întrebuințate, totușĭ trebue a ne opri puțin asupra lor. Astfel avem *metódele prin calea supra-pubiană*. Aci avem douĕ procedee: deschiderea băsiceĭ cu respectarea peritoneuluĭ, saŭ deschiderea sa prin laparatomie trans-pertioneală.

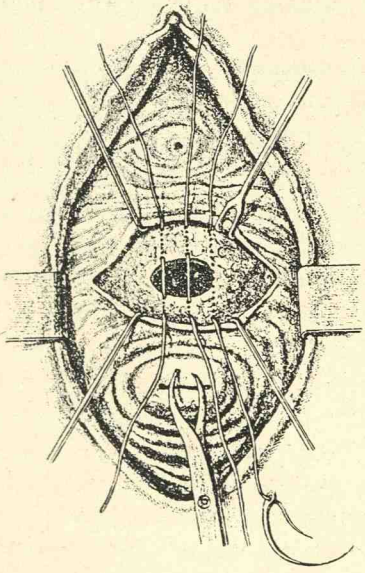


Fig. 26. Procedeul dedublăreĭ după Fénoménoff. Sutura orificiuluĭ vesical.

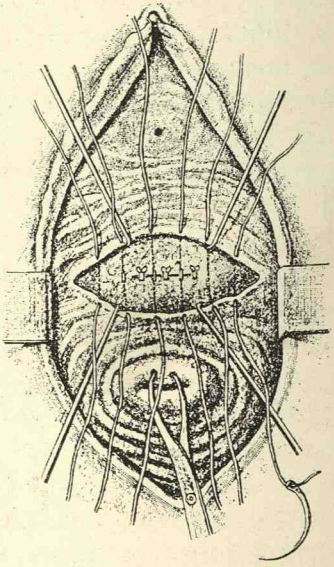


Fig. 27. Sutura orificiuluĭ vaginal.

(din Legueu).

In primul cas avem *talia ipogastrică simplă*, numită încă *operațiunea luĭ Trendelemburg*. Dînsa constă a deschide băsica și apoĭ a merge să avivăm fistula. Acéstă din urmă operație se face excisând cu fórfecele curbe marginele fistuleĭ, saŭ dacă e posibil să deslipim mucósa vesicală de peretele vagineĭ, cu ajutorul unuĭ bisturiŭ cudat. După acésta reunim suprafețele sângerânde prin

suturĭ. Dacă putem, cósem separat lamboul vaginal, iar apoĭ pe cel vesical. O singură dată am încercat acest procedeŭ, dar nu-mĭ a fost posibil a efectua avivarea din causa adâncimeĭ la care se afla fistula. Dacă reușim, ne comportăm cu băsica ca pentru orĭce talie. E de preferat a face drenagiŭ în loc de a închide organul.

Prin laparatomia trans-peritoneală, făcută de Dittel, se deschide maĭ întâiŭ peritoneul prin fața sa anterióră, iar apoĭ și peritoneul ce forméză fundul de sac vesico-uterin. Bardenhauer nu tae acest al doilea peritoneŭ, ci numaĭ îl deslipește, ridicându-l în sus. Or cum ar fi, se caută a se ajunge la despărțitórea vesico-vaginală, pe dinapoiul părețeluĭ posterior al băsiceĭ, prin fundul de sac al luĭ Douglas. O dată ajunșĭ aci, descoperim fistula, pe care avivându-o, procedăm la coaptarea suprafețelor sângerânde prin anume suturĭ.

Maĭ există încă o metódă numită calea ischio-rectală, recomandată de Michaux. Dar asupra eĭ nu ne oprim, neavênd încă confirmațiunea practică.

Cât privesce tratamentul celor-l'alte varietățĭ de fistule, nu ne vom opri mult asupra lor, căcĭ pe de o parte sunt rarĭ, iar pe de alta nu există o metódă clasică. Fie-care autor operéză după circumstanțe saŭ experiența proprie. Se va păstra însă ca regulă generală, aceleașĭ principiurĭ ale metódeĭ Americane, adică avivare largă și suturĭ profunde speciale.

Cu tóte acestea, iată în resumat ce se póte aplica la fie-care gen de fistulă. Dacă fistula e uretro-vaginală, atuncĭ am putea să ne dispensăm de orĭ-ce intervenție, de óre ce gâtul băsiceĭ fiind conservat, femeia nu perde în mod continuă urina, ci numaĭ în momentul micțiuneĭ, când o parte din urină trece prin vagin. Dar acest lucru la rigóre se póte trece cu vederea. In casul când am voi să operăm, nu ne rĕmâne de cât a reconstitui uretra prin lambourĭ din părțile vecine, după metódele cunoscute de autoplastie (metóda Indiană).

In ce privesce varietatea de fistulă vesico-cervicală superficială, adică când marginea posterióră a fistuleĭ e formată de buza anterióră a coluluĭ, avivarea restuluĭ de fistulă se va face după metóda Americană, iar marginea sa posterióră, formată de gâtul uteruluĭ, se va aviva, ridicând o porțiune din buza coluluĭ, pe care apoĭ o vom afronta cu partea anterióră a fistuleĭ, tot după aceiașĭ metódă. Dificultățile în acest cas sunt extreme, din care causă și reușitele sunt rarĭ. Noĭ putem zice că prin escep-

țiune, am reușit în două casuri prin procedeul nostru propriu de aplicarea suturilor, precum am arătat.

Când avem a face cu o fistulă vesico-cervicală profundă, adică când buza anterióră a colului e distrusă în totalitatea sa, atunci ni se impune oclusia vaginului, căci tentativele cari s'au făcut de a face reunirea fistulei cu buza anterióră a colului mai nici o dată n'a reușit. Dar chiar de s'ar obține succes, în asemenea cas încă e vorba de o adevărată oclusie a vaginului, căci menstruele vor ieși tot prin uretră ca și în oclusiune.

Ne rămâne a vorbi de varietatea cea mai rară anume de fistula vesico-uterină. Acest cas e escesiv de rar; el constă în aceea că băsica în loc de a comunica cu vaginul, comunică cu uterul prin fața sa anterióră, ast-fel că urina se scurge prin gâtul uteruluĭ. In acéstă varietate, dacă orificiul fistulos este accesibil și separarea băsiceĭ de uter posibilă, vom face avivarea și afrontarea după principiile stabilite. In casul contrariŭ recurgem la operațiunea numită *istero-stomato-cleisis*, făcută pentru prima óră de Jobert de Lamballe. Dînsa constă în avivarea ambelor buze ale colului uterin, și reunirea lor consecutivă prin suturi.

Contra acesteĭ operațiunĭ, care condamnă în mod definitiv emeia de a concepe, s'a mai obiectat și fenomene de dismenoree, mai ales în timpul menstruelor, prin faptul că fluxul menstrual ar întîmpina dificultăți a ieși prin orificiul fistulos, ce ar fi lipsit de tóte proprietățile fisiologice ale istmuluĭ uterin. Dar aceste considerațiunĭ rĕmân pe un plan mai inferior, când e vorba de a scăpa femeia de cea mai desgustătóre stare, ce-ĭ procură scurgerea continuă a urineĭ. Mai există încă o metódă numită *istero-cleisis-vesical* saŭ *incarcerațiunea gâtuluĭ uterin în băşică*. Acéstă operație recomandată de Courty, constă în a reuni buza anterióră a fistuleĭ, cu buza posterióră a coluluĭ saŭ chiar cu partea vecină a vaginuluĭ. Prin acésta se introduce întregul gât uterin în băsică. Efectele sunt aceleași ca și în metoda precedentă.

Să revenim la fistulele vesico-vaginale. Cu tóte silințele și talentele puse în joc, une orĭ nu putem ajunge sub nicĭ un cuvînt la suprimarea acesteĭ incontenențe de urină, care e singurul fenomen ce amărește viața bolnavelor.

In asemenea cas, nu rĕmâne de cât a uza de diferite aparate protetice și în special de un urinal, care încă dă servicii relative destul de satisfăcătóre. Recurgerea la aceste mijlóce e făcută de aceia, cari sunt contra oclusiuneĭ vaginuluĭ, pe motivul că schimbă, ca să ḑicem ast-fel, sexul și destinațiunea femeeĭ,

împedicându-o de la coit și concepție. Cu tóte acestea, mulți preferă acéstă operațiune, mai ales că e cerută și de bolnave, cărora mai bine le convine o infirmitate ascunsă, de cât ținerea unei dăsaje între cópse.

Oclusiunea vaginului sau *colpocleisis* este fórte simplă. Dînsa după cum am arătat, se datorește lui Vidal de Cassis. El însă se mărginea nu în închiderea propriu zisă a vaginului, ci în lipirea simplă a buzelor mari. El făcea cu alte cuvinte o *episiorafie* sau mai corect o *episiostenosă*. Astă-zi însă adevărata colpocleisis constă în avivarea largă a două suprafețe, luate una de pe părețele anterior, iar alta după cel posterior al vaginului, imediat de desubtul orificiului fistulos. In urmă facem afrontarea lor după metóda Americană, fie în mod transversal sau antero-posterior. Cu modul acesta vaginul e fórte mult redus din lungimea sa, reducere care va fi în raport cu întinderea fistulei.

Acéstă operațiune cu atât mai mult va fi suportată și mai puțin jicnitóre pentru femee, cu cât oclusiunea va fi pusă mai sus, căci rămâne un spațiu de o lungime de 5—6 c. m. unde coitul se póte efectua. Totul însă depinde de sediul și întinderea fistulei, așa că une-ori pe lângă că nu putem conserva din vagin de cât 1—2 c. m. suntem siliți a face închiderea la intrarea vaginală, iar alte dăți a practica chiar oclusiunea vulvei. Acésta e și mai penibil și constitue o adevărată extropiere a sexului. Dar ori cum ar fi, d'asupra cicatricei rămâne un buzunar, unde urina se acumuléză și de unde iese prin uretră — după ce acest buzunar s'a umplut. Tot pe aci ies și menstruele.

Dându-se fenomenele cunoscute din stagnațiunea urinei, resultă că în aceste buzunare se vor forma calcule fosfatice, iar urina se va descompune și va deveni amoniacală. De aci tot atâtea inconveniente de prisos a le mai arăta. Putem însă lupta contra lor prin spălături vesicale antiseptice, în special cu acid boric.

Conchidem: operațiunea de colpocleisis va fi cu atât mai indicată, cu cât se va face mai sus; si cu atât mai rară cu cât ar trebui efectuată mai jos și a fortiori când va fi vorba a închide vulva.

In acest ultim cas busunarul fiind prea mare, în el se va acumula urina și menstruele; de aci calcule, infecțiuni și ulcerațiuni, ce cu timpul vor distruge despărțitórea artificială. Pentru aceste motive *Rose*, un autor German, a avut o idee ingeniósă, dar care n'a luat curs în practică.

Iată ce propune acest autor: Inainte de a face oclusiunea vulvei sau vaginului, să determinăm o fistulă recto-vaginală, ast-

fel că urina și sângele menstrual să se acumuleze în rect. Ajunse aci, depositele nu se vor scurge în mod continuă, de óre-ce sfincterul anal prin tonicitatea luĭ e capabil a le reține și a nu le da drumul de cât în timpul defecațiuneĭ. Acésta ar fi un adevĕrat cloac în totul analog cu al pasărilor.

Ne este permis, dice Schröder, să ne îndoim de valórea acesteĭ operațiunĭ; Kaltenbach însă, Cazin și Dittel, au obținut bune resultate, cel puțin la început.

Eŭ am practicat oclusiunea vaginuluĭ în maĭ multe casurĭ cu bun succes; observațiile însă îmĭ lipsesc. Daŭ însă următórele douĕ casurĭ ca fiind făcute cu sistemul meŭ de suturĭ în douĕ etage.

Colpocleisis.

Observația 1. *Bucura Mitana*, 45 de anĭ: a avut 10 copiĭ; posedă o fistulă vesico-vaginală profundă ce datéză de acum 10 lunĭ în urma uneĭ faceri. Intréga vulvă e coprinsă de escoriațiunĭ. Tótă mucósa vulvară și vaginală ipertrofiată și quasi-prolabată. Prin examenul cu degetul, constatăm o deschidere largă a despărțitóreĭ vesico-vaginale în care intră cu fórte mare ușurință policele maĭ rĕmânând încă loc. Orificiul e rotund, marginile puțin calóse. In partea laterală drépță există un infundibul unde intră vîrful degetuluĭ. Acest infundibul este limitat înăuntru de o largă și resistentă bridă ce merge în formă de colónă de la părețele anterior la cel posterior al vaginuluĭ. Către fundul de sac stâng este un alt infundibul format pe de o parte de gâtul uteruluĭ, iar pe de alta de o bridă cicatricială maĭ tăiósă în partea externă. Buza anterióră a orificiuluĭ fistulos se găsesce la 5 c. m. de bureletul vaginuluĭ; buza sa posterióră e formată de gâtul uteruluĭ. Prin specul se vede orificiul uterin larg deschis, iar buza sa posterióră continuându-se cu fistula. Ne aflăm decĭ în fața celeĭ maĭ complicate varietățĭ numită *vesico-utero-vaginală*.

La 15 Februarie 1896, se operéză prin metóda Americană, dar nu tocmaĭ pură, ci prin adăogire de unele incisiunĭ liberatrice, ca și micĭ lambourĭ apropiate. Dificultățile aŭ fost escesive.

Resultatul operațiuneĭ fiind nul, la 20 Februarie se procede la oclusiunea vaginuluĭ făcându-se colpocleisis în modul următór: S'aŭ avivat părțile părețeluĭ anterior și posterior al vaginuluĭ de desubtul fistuleĭ, determinându-se largĭ suprafețe sângerânde. După acésta s'a reunit în sens antero-posterior aceste suprafețe prin douĕ rîndurĭ de suturĭ despre care am maĭ vorbit.

La 11 Martie. Până la acéstă dĭ s'aŭ dat bolnaveĭ îngrijirile obicinuite constatându-se reușita deplină a operațieĭ. Tocmaĭ la acéstă dată s'aŭ scos firele; reunirea este perfectă.

La 19 Martie bolnava iese complect vindecată, avênd o cicatrice lineară și transversală fără să fi rĕmas nicĭ-un punct prin care urina să se pótă scurge.

Observația 2. *Niță Ión Tóder*, 38 anĭ, menstruată la 16 anĭ, măritată la 17 anĭ, nasce 15 copiĭ, plus 2 avorturĭ. Câte-va faceri aŭ fost gemelare. Ultima nascere din August 95, a determinat infirmitatea de fistulă.

Vaginul relaxat. Prin fistulă se vede mucósa vesicală erniată sub formă

de burelet; în fistulă intră în libertate două degete, indicatorul și mediul. Marginea posterióră a fistulei este formată de buza anterióră a colului ce e distrusă, nerămânând din col de cât un mic mamelon roșu, ce face ridicătură în interiorul băsicei.

La 20 Februarie 1896, încerc operația fistulei prin metóda Americană, dar fără succes.

La 9 Martie proced la oclusiunea vaginului, efectuându-o întocmai după procedeul mai sus arătat. Am pus trei suturi profunde în ansă (sub intrante) și cinci superficiale.

La 19 Martie s'au făcut încercări în tóte felurile cu injecțiuni colorante în băsică, dar fără a ieși prin vagin. De alt-fel bolnava ține bine urina ca și în starea normală. Lungimea rămasă a vaginului e destul de mare, căci organul posedă o adêncime de 8 cm.

La 21 Martie se scot tóte firele dintre cari unele au produs ușóre tăeturi, dar fără nici-un inconvenient. Reunirea ca și resultatele au fost perfecte.

La 28 Martie bolnava iese pe deplin vindecată.

In fine ne mai rămâne a vorbi despre *fistulele ureterale.*

Am arătat că sunt două varietăți de aceste fistule: *uretero-vaginală și uretero-cervicală.*

Contra celei d'întâiu, Landau propune următorul procedeu:

El introduce prin vagin o sondă fină în capătul superior al ureterei. După aceia readuce extremitatea liberă a cateterului în segmentul vesical al ureterei, apoi în băsică și în sfirșit în uretră. Avivăm atunci mărginele pierderei de substanță în locul unde cateterul e visibil, și operăm sutura pe d'asupra instrumentului. Când acéstă tentativă nu reușesce, se inciséză băsica, transformând ast-fel fistula ureterină în fistulă vesico-vaginală, la marginea superióră a căreia se îmbucă uretera. Avivăm ca de obiceiu și suturăm ast-fel ca să nu coprindem uretera în legături. Bandel și Nicoladoni au operat cu succes urmând metóda lui Landau. Schede a obținut bune resultate printr'un procedeu analog.

Dacă nu reușim prin tóte aceste moduri, putem să stabilim în mod artificial o fistulă vesico-vaginală și să închidem transversal vaginul de desubtul orificiului fistulos, saŭ să extirpăm rinichiul corespondent ureterei lezate. Simon a recurs deja la acest mijloc extrem pentru a vind eca o fistulă uretero-abdominală

Relativ la casuri de acéstă natură, în loc de a extirpa rinichiul, putem pune în practică metóda lui de *Boari.* Acésta constă într'o grefă uretero-intestinală adică a îmbuca uretera într'o ansă intestinală. In acéstă operație ce s'ar putea numi *ureterenterostomie* (!), fistula se îmbucă în intestinul subțire saŭ cel gros. Fără a ne permite a opune diferite obiecțiuni ce s'ar causa prin

trecerea urineĭ în intestin și posibilitatea absorpțiuneĭ sale, noĭ recomandăm citirea acestuĭ procedeŭ ce se găsesce în „La Presse Médicale“ No. 14 din 15 Februarie 1896. Nu am crezut util a'l reproduce, pe de o parte din causa rarităței casuluĭ, iar pe de alta că experiențele aŭ fost făcute maĭ mult pe animale, și nicĭ un alt autor n'a întreprins'o pe viŭ.

Trebue să scim că fistulele ureterale, maĭ ales acelea deschise în fundul de sac vaginal, adesea prin simple cauterisăriĭ și cu pacință, de multe orĭ se închid în mod spontanat. Să evităm însă o eróre de diagnostic, pentru a nu lua o plagă a vaselor linfatice care, prin secrețiunea abondentă de serositate, s'ar impune drept o fistulă ureterală.

Relativ însă la tratamentul fistulelor ureterale, credem că metóda luĭ *Bazy* și *Novaro* apărută în 1893 sub numele de *uretero-cysto-neostomie*, ar fi singura la care am putea recurge.

Principiul este: facem laparatomia și descoperim uretera găurită. Deslipim peritoneul și lărgim fistula. După aceia împingem fundul de sac al băsiceĭ printr'un gros trocar Chassaignac prin extremitatea sa bónță introdusă în băsică; apropiem un punct al acestuĭ fund de orificiul ureteral. Spintecăm atunci băsica și introducem în acest noŭ orificiŭ uretera, pe care apoĭ o lipim de organ prin câte-va puncte de sutură. Restul ca pentru orĭ ce laparatomie.

§ 2. Fistulele fecale vaginale.

Se înțelege prin acésta, deviațiunea circulațiuneĭ normale a excrementelor, carĭ în loc de a continua traectul intestinal pentru a eși afară, trec prin vagin.

In casul când deschiderea se stabilesce între rect și vagin, fistula se numesce *recto-vaginală*. Dar eșirea materiilor fecale de și ese prin vagin, totuși acest organ nu comunică direct cu rectul ci indirect. In adevĕr, se póte stabili o asemenea comunicare cu uterul și decĭ vaginul servă numaĭ ca un canal de trecere, fără să fie el în joc. Atunci fistula se numesce *recto-uterină*. In fine vaginul nu comunică cu rectul, ci cu o ansă a intestinuluĭ subțire. In acest cas fistula pórtă numele de *entero-vaginală* și are orificiul sĕŭ în fundul de sac posterior al vaginuluĭ.

Dintre tóte aceste treĭ categoriĭ de fistule fecale vaginale, primele sunt cele maĭ frequente.

Am arătat deja în capitolul precedent, cum fistulele recto-vaginale sunt fórte rar consecința uneĭ faceriĭ. Se cer în ade-

vĕr condițiuni extra-ordinare ca ele să se producă. In orĭ-ce cas dînsele se însoțesc de rupturĭ fórte întinse ale perineuluĭ, în care timp și despărțitórea recto-vaginală e distrusă pe o întindere maĭ mult saŭ maĭ puțin mare, ceea-ce face că materiile fecale ies d'adreptul prin vagin.

Maĭ de obiceiŭ aceste fistule sunt consecința traumatismelor, a ulcerațiunilor, a stricturilor ano-rectale etc., etc. Une-orĭ orificiul de comunicare e fórte mic, așa că nu permite de cât ieșirea de gazurĭ: alte dățĭ dênsul póte lăsa liberă trecere liquidelor, iar une-orĭ tóte materiile solide ies cu cea maĭ mare înlesnire.

Sediul fistuleĭ variază, putând merge de la regiunea cea maĭ inferióră și anume sub sfincterienă, până d'asupra ridicătoruluĭ anusuluĭ și chiar până la extremitatea cea maĭ depărtată a fundului de sac posterior vaginal.

De aci diviziunea lor I) în fistule *recto-vulvare saŭ ano-labiale* când deschiderea se face fórte jos pe vulvă în dreptul imenuluĭ saŭ al furculițeĭ. Ele se maĭ numesc și *subsfincteriene*; II) fistule *recto-vaginale inferióre* când orificiul se găsesce pe segmentul inferior al vaginuluĭ și III) *fistule recto-vaginale superióre* când orificiul se află fórte sus în fundul de sac posterior, în vecinătatea gâtuluĭ uterin.

Cu acéstă ocasiune trebue să fim preveniți a deosebi o fistulă recto-vaginală de un anus contra natureĭ vaginal, saŭ fistulă intestinală. Când o ansă de intestin subțire se prolabéză prin cavitatea luĭ Douglas în fundul de sac posterior al vaginuluĭ deschis; și când acéstă ansă comprimată se gangrenézĕ, iar consecutiv se deschide, atuncĭ avem un *anus contra natureĭ vaginal;* când aceiașĭ ansă contractézĕ aderențe cu fundul de sac al luĭ Douglas și în urmă păretele sĕŭ se deschide printr'un mic orificiŭ, avem o simplă *fistulă intestinală.* In casul întâiŭ, tóte materiile fecale din intestinul subțire ies prin vagin, iar în al II-lea numaĭ gazele.

Diagnosticul acestor varietățĭ de fistule recto-vaginale se stabilesce în modul următor: Facem o injecțiune prin orificiul anal cu o seringă conținênd lapte saŭ materie colorantă. Dacă acest lichid iese imediat prin vagin, conchidem la o fistulă recto-vaginală. Acelașĭ lucru l'am putea obține și în casul de anus contra natureĭ saŭ fistulă intestinală, însă trebue să injectăm o cantitate enorm de mare de liquid cu irigatorul, pentru ca să trécă prin tot intestinul gros și apoĭ să vie prin intestinul subțire și în urmă să iasă prin orificiul acestuia, creat în mod artificial în fundul de sac posterior al vaginuluĭ.

Am mai putea recurge și la examenul chimic al materiilor obținute, pentru a se vedea dacă conținutul este al intestinului subțire saŭ gros. In general însă, diagnosticul nu este dificil, căci o sondă introdusă prin orificiŭ, lesne va întâlni degetul explorator așezat în rect—fiind vorba de fistulă recto-vaginală; în casul contrariŭ instrumentul orĭ-cât de lung ar fi și ar merge în sus, nu ar întâlni acest deget, de óre-ce dînsul (instrumentul) strĕbate în intestinul subțire, iar nu în rect.

Tratamentul este același ca și pentru fistulele vesico-vaginale prin metóda Americană, de dedublare, etc. In cas când fistula e complicată și de ruptura complectă a perineuluĭ, facem în acelaș timp și perineorafia după metóda luĭ Lawson Tait.

Dacă orificiul fistulos e jos și cu traject scurt, putem fără inconvenient să spintecăm întréga fistulă. După acésta vom căuta a desdoi și de o parte și de alta fie-care buză, pentru a reuni separat lambourile vaginale și cele rectale între dînsele.

Când însă sediul fistuleĭ e prea sus, vom căuta a uza de cele-l'alte metóde deja descrise. In casurĭ imposibile nu ne rĕmâne de cât a ataca fistula prin calea sacrală făcênd în complectul sĕŭ operațiunea luĭ Kraske. Ajunși la locul dorit, vom separa rectul de vagin, și prin avivărĭ și suturĭ apropriate vom astupa fie-care orificiŭ în parte.

Pentru fistulele entero-vaginale și chiar recto-uteri ne, credem că cel mai bun lucru ar fi să recurgăm d'adreptul la laparatomie. Aci două căĭ avem: saŭ facem operația radicală constând în separarea orificiilor și sutura lor isolată; saŭ în casurĭ grele preferim deviațiunea cursuluĭ materiilor fecale. Acéstă metódă preconisată de Casamayor constă într'o entero-anastomosă și anume: stabilim o comunicare între partea intestinuluĭ d'asupra fistuleĭ cu rectul, fie printr'o deschidere laterală, aplicând apoĭ o legătură strangulantă sub anastomosa pentru a suprima fistula; saŭ facem d'adreptul resecția intestinuluĭ subțire și apoĭ îl introducem în cel gros.

CHESTIONAR

Fistulele vaginale. Considerațiuni generale. Fistulele rarĭ și nedescrise: Fistulă entero-vaginală, salpingo-vaginală, pio-vaginală, vagino-peritoneală. Fistule spontanate. Fistule chirurgicale și obstetricale. Etiologie. Condițiunile de îndeplinit pentru producerea fistuleĭ vesico-vaginale. Gradul și durata compresiuneĭ. Mecanismul. Rolul spineĭ pubisuluĭ. Varietățĭ. I. Fistulă vesico-vaginală. II. Vagino-peritoneală. III. Uretro-vaginală. IV. Uterină-superficială saŭ cervicală. V. Uterină profundă. VI. Vesico-uterină. VII. Uretero-cervicală. VIII. Uretero-vaginală. IX. Recto-vesicală . . . . . pag. 203—208

Rolul scurgereĭ premature a liquiduluĭ amniotic. Anatomia patologică. Formele și întinderea orificiuluĭ fistulos. Numĕrul orificiilor, caracterele marginilor orificiilor. Lipsa de traect fistulos. Simptome. Scurgerea continuă, epoca aparițiuneĭ. Casurile când cu tótă existența fistuleĭ semnul patognomonic lipsesce. Condițiunile și formele fistulelor ce pot rĕmâne ascunse. Diagnosticul. Efectul scurgereĭ continue a urineĭ. Modul de a examina femeia pentru a descoperi fistula. Prognosticul considerat din punctul de vedere social și chirurgical. Tratamentul. Procedeul luĭ Dessault. Metóda avivăreĭ directe. Metóda prin lambourĭ. Metóda luĭ Vidal de Cassis (colpocleisis). Inconveniente. Metóda luĭ Jobert de Lamballe saŭ cisto-plastia. Procedeul luĭ Freund. Metóda Americană. Principiĭ . . . . . „ 208—223

Metóda autoruluĭ prin douĕ rînduri de suturĭ. Principiul metódeĭ. Modul aplicăreĭ suturilor . . . . . „ 223—228

Metóda luĭ Ricard și Fénoménoff. Metóda supra pubienă. Procedeul luĭ Trendelemburg; procedeul luĭ Dittel. Tratamentul celorl'alte varietățĭ de fistule: uretro-vaginală; utero-vaginală; uretero-vaginală. Metóda luĭ Jobert de Lamballe (istero-stomato-cleisis). Metóda luĭ Courty. Metóda luĭ Landau, Boari și Bazy . . . . . „ 228—236

Tratamentul fistulelor recto-vaginale. Diferite procedee . . . „ 236—238

PARTEA III

BÓLELE UTERULUI

Cap. I. Scurte considerațiuni asupra desvoltăreĭ și viciilor de conformație a organelor genitale femeescĭ.

După ce am studiat bólele vulveĭ și ale vaginuluĭ, iar acum suntem pe punctul de a ataca marele capitol al bólelor uteruluĭ, credem necesar și suntem chiar obligați, a ne opri puțin asupra unor date embriologice, cu privire la desvoltarea acestor organe.

Noĭ nu avem puterea a intra în amănunte embriologice ce întrec competința nóstră. Lucrul acesta este de o specialitate pură și cu totul unilaterală.

Totuși din noțiunile simple ce am căpătat citind autorĭ competințĭ în acéstă materie, ca Gilis și Testut,vom face un scurt resumat. El va avea esclusiv în vedere pe de o parte esplicarea casurilor patologice de vițiurĭ de conformație ce putem întâlni în practică, iar pe de alta, cunoscința unor organe de resturĭ embrionare, precum sunt *paraovariul*, *corpul luĭ Rosenmüller* și *canalele luĭ Gärtner*, carĭ în anume circumstanțe sunt capabile prin desvoltarea lor anormală, să producă bóle — dacă nu curente, cel puțin atâta în cât să fim nevoițĭ a ne ocupa de ele.

Baza fundamentală a aparatuluĭ urinar a fost descoperită de Wolff în 1759. El a descris un organ glandular pereche, propriŭ tutulor vertebratelor, și care îndeplinește funcțiunea de rinichĭ primitivĭ. Organul acesta — care persistă la unele vertebrate inferióre ca batracienĭ, iar la altele neconservându-se de cât până la

nascere, cum sunt reptilele și pasările — are tendința a fi cu totul transitoriŭ, pe mĕsură ce ne urcăm pe trépta superióră a scăreĭ zoologice. In adevĕr, la om, acest rinichiŭ primitiv — care apare către a doua sĕptămână a vieței embrionare — dispare cu totul după 40—50 ḑile, înlocuindu-se bine înțeles printr'un organ mult maĭ complect și complicat.

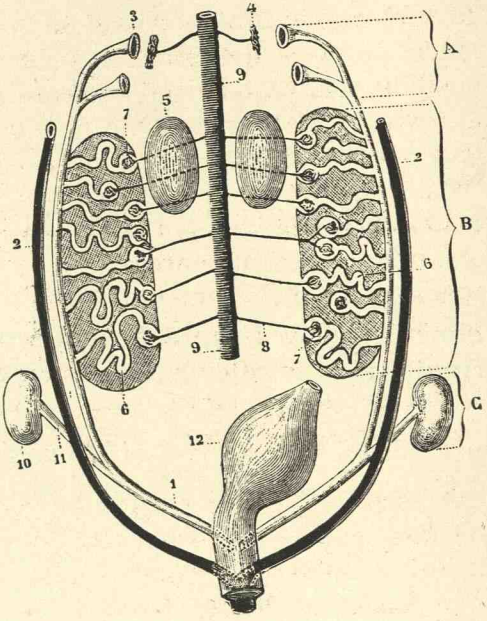


Fig. 28. Vedere generală a diferitelor aparate excretoriĭ ce se succed în cursul desvoltăreĭ (schematic).

A. Pronephros. B. Mezonephros (corpul luĭ Wolff). C. Metanephros (rinichiŭ definitiv).

1. Canalul luĭ Wolff. 2. Canalul luĭ Müller. 3. Pâlnia peritonială a pronephrosuluĭ. 4. Glomerula pronephrosuluĭ. 5. Glanda genitală. 6. Canalul mezonephrosuluĭ. 7. Glomerula mezonephrosuluĭ. 8. Artera mezonephrosuluĭ. 9. Aorta. 10. Inceput de rinichĭ. 11. Uretra. 12. Bășica urinară (alantoida).

Onórea descoperitoruluĭ, a fost recompensată printr'un alt autor numit Rathke, care în 1825, fiind cel d'întâiŭ care a înțeles rolul acestuĭ organ, i-a dat numele de *corpul luĭ Wolff*.

Există treĭ categoriĭ de rinichĭ primitivĭ saŭ corpĭ aĭ luĭ Wolff: *pronefros*, *mezonefros* și *metanefros*.

In fig. 28 luată din Testut vom putea vedea pe lângă multe alte detaliĭ și acelea ce vom menționa.

Pronefrosul, format dintr'un canal longitudinal, ce se întinde de la cord până în cloacul urogenital — provĕdut de unul până la cinci tubĭ ciliaţi, aşedaţi în unghiŭ drept pe traectul sĕŭ, deschidêndu-se în cavitatea peritoneală, printr'un fel de pâlnie provĕdută de cilĭ — este destinat a rĕmâne organ definitiv pentru uniĭ peştĭ ososĭ şi alte vertebrate inferióre.

Mezonefros, avênd aceeaşĭ constituţiune ca şi cel precedent, posedă o serie de tubĭ numiţi tubiĭ corpuluĭ luĭ Wolff. Dînsul asemenea póte să rĕmâe ca stare definitivă la unele vertebrale inferióre; are însă posibilitatea, ca suferind óre-care transformaţiunĭ de desvoltare, să devie un *metanefros* saŭ rinichiŭ definitiv.

Metanefros saŭ **rinichiul definitiv**. Este representat prin ceĭ doĭ corpĭ aĭ luĭ Wolff, aşedaţi de fie-care parte a colóneĭ vertebrale. Eĭ aŭ suprafaţa brăzdată de striĭ transversale, luând maĭ târdiŭ forma unor circumvoluţiunĭ neregulate.

Trebue să adăugăm că din momentul când încep a se desvolta organele genitale, rinichiul definitiv se desvoltă înapoĭ şi d'asupra corpilor luĭ Wolff, rĕmânând cu totul independent de evoluţiunea aparatuluĭ genital. Uretera apare luându-şĭ punctul de plecare dintr'un mugure, la care contribue conductul luĭ Wolff.

Se disting treĭ părţĭ în fie-care corp al luĭ Wolff: *o bandeletă externă longitudinală*. Dînsa conţine în grosimea sa doĭ corpĭ tubularĭ: unul intern numit *canalul luĭ Wolff* — canal excretor al glandeĭ — şi altul în afară numit *canalul luĭ Müller*. *La partea internă* se află o altă bandeletă umflată în mijlocul sĕŭ; acésta este eminenţa sexuală saŭ glanda genitală. Intre aceste douĕ organe se găsesce *masa principală a organuluĭ* saŭ corpul luĭ Wolff propriŭ dis.

Glanda genitală dă nascere testicululuĭ saŭ ovaruluĭ, după cum fetul va fi bărbat saŭ femee. Modul formăreĭ ovaruluĭ, îl vom vedea când vom descrie patogenia kiştilor ovaricĭ.

Vom spune însă pentru moment, că acéstă glandă genitală este acoperită de un epiteliŭ cu celule cilindrice, numit *epiteliul germinativ a luĭ Waldeyer*. După modul invaginaţiuneĭ acestuĭ epiteliŭ se va nasce ovarul — dacă se va produce tuburile numite a luĭ Pflüger, din carĭ vor ieşi ovoblastiĭ saŭ foliculiĭ luĭ de Graaf. In casul contrariŭ, acéstă evoluţiune neefectuându-se, tubiĭ luĭ Pflüger vor deveni canaliculele seminifere, iar ovuliĭ se vor transforma în spermatoblastĭ, şi ast-fel în loc de ovar va ieşi un testicul.

Cât privesce rolul corpuluĭ luĭ Wolff, el depinde iarăşĭ după cum evoluţiunea embrionuluĭ va fi către sexul masculin saŭ fe-

minin. Ast-fel, canalele drepte, rete testis, canalele eferente și capul epididimuluĭ, provin din partea superióră a corpuluĭ luĭ Wolff. Partea sa inferióră se atrofiază și produce ca vestigiurĭ, organul luĭ Giraldes numit paradidym, care este un organ rudimentar tubulos, aflat aprópe de capul epididimuluĭ. Maĭ rĕmâne încă un vestigiŭ tot din corpul luĭ Wolff, ce se găsesce la códa epididimuluĭ, în punctul de origină al canaluluĭ deferent; el pórtă numele de *vas aberans* saŭ *conductul deferent orb* a luĭ Cooper.

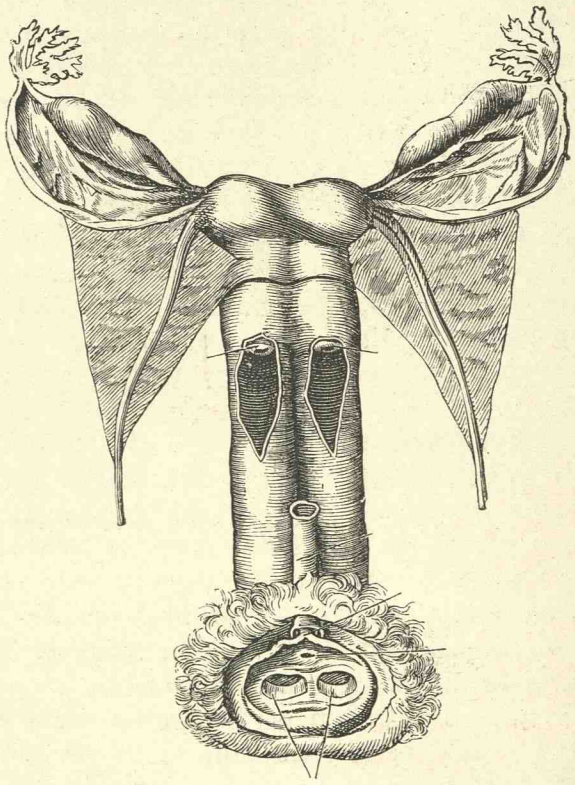


Fig. 29. Vagin și uter dublu.

Canalul luĭ Wolff produce canalul epididimuluĭ și canalul deferent. La partea sa inferióră presintă ușóre diverticule, ce vor produce maĭ târziŭ vesiculele seminale și canalele ejaculatoriĭ.

Acum să venim la canalul luĭ Müller.

Acest canal se desvoltă în conexiune strînsă cu corpul luĭ Wolff; el se află la partea sa externă și merge împreună cu

canalul corpuluĭ luĭ Wolff scoborându-se, dar păstrând o direcție paralelă. El finește prin a veni să se termine la extremitatea inferióră a vesiculeĭ alantoide, ce maĭ târziŭ va deveni băşica uduluĭ.

Pe când canalul corpuluĭ luĭ Wolff e destinat pentru sexul masculin, acela a luĭ Müller servă esclusiv la desvoltarea organelor genitale interne și a vaginuluĭ la femee. In adevĕr, din canalul luĭ Müller nasc trompele, uterul și vaginul. Dar ambele aceste canale la început sunt cu totul separate, și rĕmân ast-fel în mod definitiv numaĭ către extremităţile lor superióre, formând trompele, al căror orificiŭ abdominal neînchiḑându-se nicĭ odată, constitue pavilionul trompeĭ. Unirea canalelor luĭ

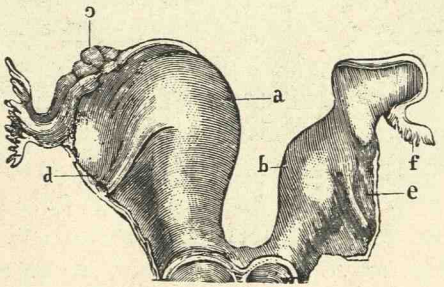


Fig. 30. a. Segment drept. b. Segment stâng. f, e. Ovarul și ligamentul rotund stâng. c. d. Ovarul și ligamentul rotund drept.

Müller pentru a forma uterul și vaginul, se face pe socotéla uneĭ despărţitorĭ, care la un moment dat resorbindu-se, ne oferă starea normală de un vagin, un uter și două trompe.

După cum acéstă despărţitóre rĕmâne definitivă saŭ nu se resórbe de cât pe anume teritoriĭ, vom avea tot atâtea viciurĭ de conformație. Ast-fel, dacă despărţitórea care separă uterul și vaginul în două părţĭ laterale, nu se resórbe, atuncĭ avem vagin dublu și uter dublu, numit încă *didelf.*

In casul acesta, cele două canale lipite între ele, aŭ fie-care comunicare deosebită cu exteriorul. Ele pot funcționa în mod normal, avênd menstruațiunea de o dată saŭ la epoce diferite, și putênd fi ambele apte la copulație și fecundație.

In fig. 29 luată din Martin avem un esemplu de uter și vagin dublu.

Dacă despărțitórea persistă numaĭ pe vagin — aceia a uteruluĭ resorbindu-se — atuncĭ avem vagin dublu cu uter unic, saŭ vice-versa. Dacă reunirea nu se face pe nicĭ un punct, ast-fel în cât canalele luĭ Müller rĕmân definitiv isolate, atuncĭ avem *uter* saŭ *vagin bifid* saŭ *bipartitus*. Dacă numaĭ unul din canalele luĭ Müller se desvoltă, cel-l'alt rĕmâind înapoĭ saŭ atrofiindu-se, avem uter cu un corn (uterus unicornis). Când fusiunea canalelor luĭ Müller se face maĭ jos de punctul normal, atuncĭ uterul până la o înălțime óre-care e spintecat în douĕ, oferindu-ne douĕ córne (uter bicornis saŭ didelfus), ca în fig. 30.

In fine cele douĕ canale ale luĭ Müller în loc de a rĕmâne deschise, ele se obliteréză în porțiunea destinată uteruluĭ, saŭ nu iaŭ desvoltarea cuvenită. In casul întâiŭ avem absența uteruluĭ (uterus deficiens); iar în al doilea atrofia uteruluĭ — uter-infantil, pubescens. Alte dățĭ gâtul uteruluĭ, se găsesce în desvoltare normală, corpul fiind atrofiat saŭ chiar lipsind, etc., etc.

Ceea-ce ne intereséză este că, presupuind complecta desvoltare a organelor, fie-care sex posedă unele rĕmășițe rudimentare din cel-alt sex. Acésta probéză înfrățirea și chiar ermafrodismul în care ne găsim în perióda embrionară. Ast-fel la bărbat, canalul luĭ Müller neavênd nicĭ un rol, el se atrofiază; nu însă în totalitate, așa că partea superióră persistă, formând pe testicul corpul numit idatida nepediculată a luĭ Morgagni. De asemenea, partea sa inferióră, forméză utricula prostatică, ce represintă *uterul masculin*.

La femee de asemenea găsim urme din sexul masculin. Așa, precum la bărbat canalul luĭ Müller se atrofiază numaĭ în parte, tot ast-fel și la femee, porțiunea inferióră a corpuluĭ luĭ Wolff lasă un organ compus din micĭ mese celulare către hilul ovaruluĭ, căruia Waldeyer i-a dat numele de *paroofor* saŭ *parovarium*, ce este analog cu paradidymul saŭ organul luĭ Giraldes la bărbat. Tot din corpul luĭ Wolff resultă un alt organ mult maĭ mare, aședat în grosimea ligamentelor largĭ, între ovar și trompă, și care pórtă numele de *corpul luĭ Rosenmüller*. El e format dintr'un canal colector transversal și o mulțime de altele verticale, resultând din persistența uneĭ formațiunĭ superióre din canalul luĭ Wolff. Acest corp a luĭ Rosenmüller are ca omolog la bărbat canalul epididimuluĭ, conurile eferente și corpul luĭ Highmor cu canalele sale.

In fine tot din persistența uneĭ porțiunĭ din corpul luĭ Wolff saŭ a canaluluĭ sĕŭ, avem o mică vesiculă suspendată de un lung

pedicul ce putem întâlni pe una din frangele pavilionului trompeï, saŭ pe aripa superióră a ligamentului larg, formând *idatida pediculată a luï Morgagni*, analógă cu aceiașï idatidă ce există la bărbat pe capul epididimuluï. In fig. 31 luată din Testut ni se represintă ligamentele largï cu ovarul și trompa, avênd între ele corpul luï Rosenmüller provĕdut de canaliculele sale, precum și idatida luï Morgagni, inserată la pavilionul trompeï.

In sfîrșit, când partea inferióră a canaluluï luï Wolff per-

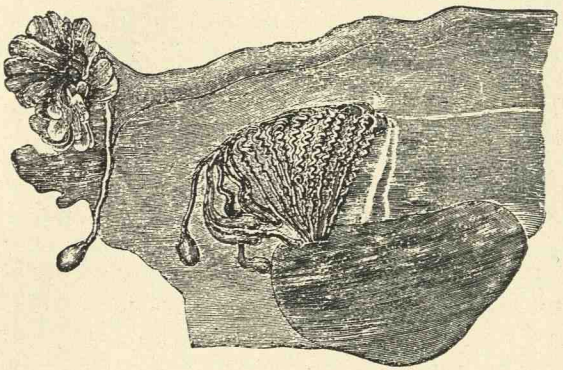


Fig. 31. Corpul luï Rosenmüller și idatida luï Morgagni.

sistă, atunci formézĕ douĕ conducte aședate iarășï în grosimea organuluï luï Rosenmüller; de acolo merg în părțile laterale ale uteruluï, se pogóră pe părețiï laterali aï vaginuluï și se termină prin extremitatea lor inferióră la vestibulul vulveï, saŭ în vecinătatea meatuluï urinar. Aceste canale, ce sunt constante la unele mamifere și rumegătóre, se numesc *canalele luï Gärtner*, care cel d'întâiŭ le-a descris în 1822.

Acésta este embriologia în scurt a organelor genitale interne și a vaginuluï.

Cât privesce organele genitale externe (vulva), ele se desvoltă cu totul independent de cele interne, și anume din ectoderm saŭ fóia externă a blastodermuluï, așa în cât absența saŭ presența lor nu aŭ nicï o legătură cu cele precedente.

Tóte vițiurile de conformație ce am arătat, până și ermafrodismul, le putem întâlni. Din nenorocire însă n'avem mijlóce de a lupta contra lor. Tot ceia ce putem face, este a interveni contra atresiilor vulveï, a imperforațiuneï imenuluï, a oclusiuneï

congenitale a orificiuluĭ gâtuluĭ uterin, etc., pentru a înlătura accidentele ce se provócă ca: ematocolpos, ematometria, ce sunt representantul unor asemenea leziuni.

Maĭ putem încă interveni în cas de persistență a despărțitóreĭ vaginale, precum și în casul de presența uneĭ bolțĭ interpusă între gâtul uteruluĭ și vulvă, întrerupênd saŭ chiar suprimând canalul vaginal. Când e vorba numaĭ de presența despărțitóreĭ verticale a vaginuluĭ, nu există nicĭ un pericol pentru a o secționa, transformând vaginul din dublu în unic. Nu tot ast-fel însă va fi, dacă am avea a face cu oclusia vaginuluĭ. Aci nu putem intreprinde spintecarea acesteĭ bolțĭ, dacă nu suntem pe deplin convinșĭ de existența uteruluĭ. In casul contrariŭ, în speranța de a crea un vagin, putem intra direct în peritoneŭ, și am expune bolnava, fără a-ĭ aduce nicĭ un folos. Tot ce ne rămâne în asemenea casurĭ, este a lupta contra simptomelor ce apar la epoca menstruațieĭ, precum și în casul de ematocele, sângele ne avênd pe unde ieși. De alt-fel, nisce asemenea vițiurĭ de conformație se însoțesc, dacă nu de o lipsă totală a organelor genitale interne, cel puțin de o atrofie și o stare rudimentară.

Noĭ am avut ocasiunea să întâlnim un cas de oclusiune congenitală a vaginuluĭ, a căruĭ observație, credem că merită a fi cunoscută.

Tudora Bănică, 27 anĭ din jud. Ialomița, intră în serviciul nostru la 1 Maiŭ 1896. Părinții bolnaveĭ trăesc și sunt sănătoșĭ ; aŭ fost 12 copiĭ, din carĭ numaĭ 4 sunt în viață. Are 2 surorĭ, una măritată și cu copiĭ, iar alta nemăritată, dar cu menstruele regulate.

Bolnava declară că n'a avut nicĭ odată menstrue, dar nicĭ vre-o altă scurgere suplimentară, precum de asemenea nicĭ dureri în basin, afară numaĭ de nisce dureri în dreptul erniilor inguinale, ce posedă și unde există ovarele.

La 18 anĭ s'a măritat. Timp de 4 anĭ aŭ trăit fórte bine, bărbatul practicând raporturile sexuale, fără ca nicĭ el nicĭ dînsa să se plângă de ceva, saŭ să bănuiască vre-o anomalie. Intêmplându-se însă ca bărbatul să se ducă la altă femee, atunci observă că vaginul femeeĭ sale e prea scurt. Acum începe cérta, acuzând-o că d'aceea n'are copiĭ, amenințând-o cu divorțul, etc. Pentru aceste cuvinte și în dorința de a i se face un vagin maĭ adênc, femeia intră în spital.

Starea locală. Organele genitale externe bune, afară numaĭ de buzele marĭ, carĭ sunt maĭ proeminente. Constatăm că în părțile laterale ale munteluĭ Venus, sub tegumente și în grosimea părților există douĕ tumorĭ de mărimea unuĭ măr, avênd aspectul de testicule; ele sunt așeḍate drept la orificiul extern al canaluluĭ inguinal. Examinându-se de aprópe ne convingem că sunt ovarele. In urma deselor manipulărĭ tumora din stânga a dispărut în abdomen. Atunci constatăm deschiderea canaluluĭ inguinal în care se introduce degetul. In partea dréptă tumora persistă sub forma uneĭ nucĭ, de consistența ovaruluĭ. Muntele Venus împreună cu cele douĕ tumorĭ are aspectul unor fese, iar în jos ipertrofia bu-

zelor merge descrescênd pentru a se pierde la furculiță. Deschidênd vulva, constatăm o suprafață albă cicatricială la furculiță și un burelet cu îndoituri proeminente în mijlocul intrărei vaginului. Cu degetul ne convingem de o imperforațiune absolută a vaginului, prin presența unei perdele fibróse, de grosime și resistență fórte mare.

Orĭ-cât de forțat am împinge degetul, nu putem înainta mai mult ca 3 cm. Intinḑênd acéstă membrană, observăm pe suprafața ei îndoituri luând aspectul de polipi pediculați rĕspândiți icĭ și colo. Meatul urinar deschis în formă de pâlnie, îndoituri de mucósă semănând cu cele anale, produse probabil prin coit.

Prin examenul vaginal pe cât e permis precum și cel rectal n'am putut căpăta sensațiunea uteruluĭ și a anexelor, locul lor fiind gol. Aveam însă sensațiunea de bride transversale, mobile, ca nisce pachete de sfóră, ce ar pleca de la o anexă la alta.

Restul conformațiuneĭ nu presintă nimic de particular, afară numaĭ că cópsele sunt maĭ puțin arcate, apropiându-se de ale bărbatuluĭ. Mamelele perfect desvoltate.

16 Maĭ. Laparatomia. Se constată absența uteruluĭ, se simția însă în locul sĕŭ o ușóră tumefacție în formă de ghem, dar fórte profund situată și care nu s'a putut vedea cu ochiul, de cât numaĭ simțindu-se cu degetul. De la acest ghem plecaŭ douĕ cordóne late, îndreptându-se spre ambele orificiĭ interne a canalelor inguinale, unde s'aŭ putut urmări cu degetul. S'a căutat să se reducă aceste erniĭ, însă nu s'a reușit în mod complect. Atuncĭ am făcut chelotomia, scoțând și de o parte și de alta organele conținute, carĭ constaŭ din trompe și ovar, avênd câte o jumĕtate de rudiment de uter. Se închide abdomenul prin 6 puncte, precum și orificiile inguinale prin 5 puncte.

La 14 Iunie pacienta iese vindecată de laparatomie, dar cu aceiași oclusie vaginală, contra căreia n'am putut face nimic, de óre-ce a fi deschis bolta vaginală am fi intrat în peritoneŭ, ceia-ce n'am preferat.

Cap. II. Considerațiunĭ generale anatomo-patologice asupra uteruluĭ.

Uterul, organ propriŭ al mamiferelor, are ca destinațiune pe de o parte a da loc ovulelor — în cas de fecondație — să se așeḑe în el pentru a se desvolta, iar pe de alta a înlesni eșirea acestuĭ ovul, când a ajuns la complecta sa maturitate. Uterul decĭ este organul de *gestațiune* pentru ovul și de *expulsiune* pentru fetus.

Uterul, organ în general unic, simetric și așeḑat pe linia mediană a abdomenuluĭ în escavațiunea miculuĭ basin, stă înaintea rectuluĭ, înapoiul bășiceĭ, d'asupra vaginuluĭ cu care se continuă, și dedesubtul anselor intestinuluĭ subțire, carĭ în parte plutesc pe periferia sa.

Chestiunea care a preocupat mult pe autorĭ a fost a se determina în mod exact, locul ce ocupă acest organ în interiorul abdomenuluĭ.

Uterul e provĕḑut de organe fórte puternice, carĭ aŭ de scop

a-ĭ asigura o anumită posițiune. Ast-fel în lături avem cele două îndoituri ale peritoneului, cari îl învelesc în cea mai mare parte a fețelor sale laterale, anterióre și posterióre și cari fixându-se în laturile basinului, constitue două fășii puternice cunoscute sub numele de ligamentele largi. Rolul acestor ligamente este a împedica uterul de a înclina într'o parte saŭ în alta. Dar pentru ca uterul să nu pótă cădea înainte, e provĕdut înapoi de ligamentele utero-sacrale.

In același timp însă, dînsul, spre a nu fi expus a rĕmâne esclusiv sub influența acestor ligamente și deci în mod permanent să fie tras înapoi, posedă înainte ligamentele rotunde. Acestea înserându-se la pubis, îl împedică de a cădea înapoi. Cu modul acesta uterul grație, unui asemenea aparat, își asigură întru cât-va posițiunea sa stabilă.

Din causă însă că aparatele ligamentóse sus citate nu represintă nisce bare rigide, ci sunt organe elastice, adică supuse la extensiune și retracțiune, resultă că posițiunea uteruluĭ póte fi schimbată dintr'un moment în altul, imediat ce survine o putere ceva mai însemnată. N'avem pentru moment să ne ocupăm de dislocările uterine, căci ele constitue stări patologice, pe cari le vom studia la capitolul deviațiuni și prolaps uterin.

Vom menționa de o cam dată numai acele deplasări transitorii, saŭ fisiologice. Ele resultă exclusiv din starea de plenitudine saŭ vacuitate a organelor de cari uterul e înconjurat. Și insistăm asupra acestuĭ lucru, pentru a arăta slaba resistență ce opun ligamentele uteruluĭ, celor mai mici forțe ce intervin—în afară de graviditate și alte tumori, unde uterul din basin se urcă până la diafragm. Să luăm deci lucrul în mai mic.

Am vĕzut că uterul se află între rect, băsică, intestine și vagin. Dacă de exemplu băsica urinară este gólă, atunci uterul și în special fundul sĕŭ tinde a veni înainte, iar gâtul în direcție opusă, adică înapoi; și acéstă posițiune devine cu atât mai exagerată cu cât băsica e în complectă vacuitate. In acest cas fundul e cu totul ascuns sub simfisă, iar gâtul situat așa de mult înapoi, în cât nu numai cu speculul nu e posibil a-l descoperi, dar nici chiar cu degetul nu-l putem găsi. Fenomene inverse se produc când băsica urinară e plină.

Să scim însă, că daca băsica e cu totul plină, dînsa póte să apese pe fundul uteruluĭ, ast-fel că gâtul sĕŭ e împins în jos spre vagin. El póte chiar să iasă la intrarea vulveĭ în cas de extremă plenitudine a băsiceĭ. E de prisos a insista asupra

stareĭ de plenitudine a rectuluĭ saŭ a intestinelor subțiriĭ, căcĭ efectul lor e lesne de prevĕḑut: unul avênd ca resultat împingerea uteruluĭ înainte, iar cele-l'alte coborîrea luĭ. Dar tóte aceste deplasăriĭ, sunt transitoriĭ, căcĭ organele fiind puse în starea lor fisiologică, uterul îșĭ reia posițiunea sa normală. Acésta este și scopul ce urmărim în clinică, ca atuncĭ când voim să ne dăm bine séma de uter, trebue prealabil să golim bășica, rectul și intestinele. In afară decĭ de aceste stărĭ de vacuitate saŭ plenitudine escesivă a bășiceĭ și rectuluĭ; în afară de o relaxare saŭ retracțiune prea mare a ligamentelor, vaginuluĭ și perineuluĭ; în afară în fine de o presiune abdominală exagerată, chestiunea importantă este de a se sci, care e statica saŭ situațiunea normală a uteruluĭ, considerând totul în starea lor obicĭnuită.

Chestiunea în esența eĭ este estrem de dificilă. Noĭ nu putem afirma că ceea-ce constatăm prin examenul clinic, ni se presintă adevărata normă a lucruluĭ; de altă parte iarășĭ nu putem susține că faptele observate la autopsie ne-ar da situațiunea justă a organuluĭ. Și probă avem că, tóte experiențele întreprinse de Kohlrausch pe cadavre congelate, după deschiderea prealabilă a cavitățeĭ abdominale, n'aŭ reușit să represinte în mod exact starea fisiologică a situațiuneĭ saŭ *habitul uterin.*

Multe alte esperiențe aŭ fost intreprinse și de alțĭ autorĭ între care de Carl Ruge la clinica luĭ Schroeder în 1886, și carĭ după Martin aŭ dat tot ceea-ce putem dori maĭ mult ca basă, a condițiunilor fisiologice și patologice a viscerelor pelviene.

Se admite decĭ în mod general că uterul se *află în micul basin și pe linia mediană; îșĭ are fundul întors către simfisa pubiană, puțin dedesubtul planuluĭ strimtóreĭ superióre, iar gâtul maĭ mult saŭ maĭ puțin înapoĭ dirijat către coccix.*

In privința celor-l'alte considerațiunĭ anatomice ce ne pot interesa, vom reaminti pe scurt următórele:

I. Forma uteruluĭ este aceia a unuĭ con cu vîrful trunchiat ce privesce în jos, iar corpul saŭ baza în sus.

La unirea terțuluĭ inferior cu cele doĕ treimĭ superióre există pe suprafața acestuĭ con o ușóră depresiune circulară care-l divide în douĕ părțĭ neegale: una superióră maĭ voluminósă — e *corpul uteruluĭ;* alta inferióră — e *gâtul saŭ colul uterin.* Punctul unde aceste douĕ porțiunĭ se unesc, adică în nivelul depresiuneĭ circulare, se numesce *istmul uterin.*

II. Direcțiunea uteruluĭ este iarășĭ importantă din punctul de vedere clinic.

Cu drept cuvênt Tillaux consideră două feluri de direcțiuni ale acestuĭ organ: *extrinsecă* și *intrinsecă*.

Prin direcțiune extrinsecă se înțelege posițiunea generală, pe care o are uterul în totalitatea luĭ, adică corp și col, cu organele vecine; intrinsecă este direcțiunea respectivă a acelor două părți din care dînsul se compune, adică corp și col. Ast-fel, direcțiunea extrinsecă a uteruluĭ se consideră ca fiind oblică de sus în jos și de dinainte înapoĭ, întocmaĭ analogă cu direcțiunea axeĭ strîmtoreĭ superióre a basinuluĭ. Acésta după cum se scie este representată printr'o linie, ce ar pleca de la ombilic la mijlocul escavațiuneĭ sacruluĭ. Dînsa are întocmaĭ aceiașĭ direcțiune ca și a uteruluĭ, adică de sus în jos și de dinainte înapoĭ.

Tillaux dice că aceste două direcțiunĭ se confundă; noĭ credem cu majoritatea autorilor, că ele sunt maĭ mult paralele. Faptul important este că vaginul avênd o direcțiune inversă de a uteruluĭ, face că ambele aceste organe formézĕ o curbă cu concavitatea anterióră, adică concentrică cu escavațiunea pelvienă. Lucrul ușor se esplică, dacă ne reamintim posițiunea normală a uteruluĭ. In adevĕr plecând de la simfisă, unde se află fundul acestuĭ organ și mergând în jos și înapoĭ către gâtul uteruluĭ, iar de aci urmărind inserțiunea vaginuluĭ până la terminațiunea sa, adică la vulvă, obținem o linie aprópe curbă, care în adevĕr e concentrică cu escavațiunea pelvienă.

Schimbarea direcțiuneĭ extrinsece a uteruluĭ dă nascere la deviațiunile numite versiunĭ. Daca fundul uteruluĭ se află cu totul înainte, înapoĭ saŭ în lăturĭ avem: anteversiune, retroversiune saŭ lateroversiune. In tóte aceste deviațiunĭ gâtul uteruluĭ se află într'un punct opus de al corpuluĭ. Ast-fel în anteversiune fundul uteruluĭ fiind înainte gâtul va fi înapoĭ; și vice-versa. Din contră, în lateroversiunĭ fundul fiind la drépta, gâtul e inevitabil la stânga și așa maĭ departe.

Acésta resultă de acolo că gâtul fiind fixat prin inserțiunea sa pe vagin, uterul se mișcă ca pe un fel de basculă. Decĭ pe când corpul vine înainte, colul vine înapoĭ, etc. Tóte aceste deviațiunĭ numite versiunĭ sunt paralele cu axa uteruluĭ.

Direcțiunea intrinsecă a uteruluĭ resultă din posițiunea respectivă pe care o ia corpul cu gâtul. Dupĕ majoritatea autorilor se admite că, chiar în starea normală, corpul formézĕ un unghiŭ în partea anterióră cu gâtul. Când acest lucru devine maĭ pronunțat constitue stărĭ patologice, numite *flexiunĭ*. Când dar numaĭ corpul uteruluĭ se deviază înainte, înapoĭ saŭ în lăturĭ, iar

gâtul sĕŭ rĕmâne fix, adică îșĭ păstrézĕ posițiunea normală, atunci avem flexiune corporală; când din contra corpul uteruluĭ îșĭ păstrézĕ situațiunea normală și singur numaĭ gâtul se deviază, atunci avem *flexiunile cervicale* ante-retro saŭ laterale; iar când și corpul și gâtul se flexézĕ unul pe altul formând la nivelul istmuluĭ un unghiŭ drept saŭ ascuțit, atunci avem *flexiune cervico-corporală*, iarăși ante-retro saŭ laterale. Cu alte cuvinte, pe când în versiunĭ deviațiunea corpuluĭ aduce inevitabil și direcțiunea coluluĭ într'un punct opus, în flexiunĭ din contra corpul se deviază, independent de gât și vice versa.

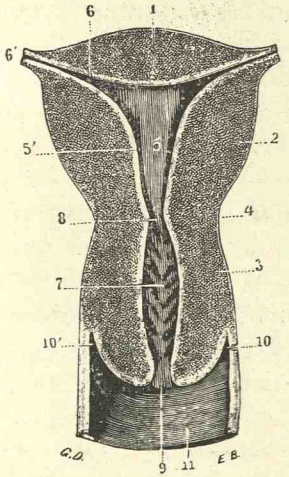


Fig. 32.
Secțiune frontală a uteruluĭ uneĭ femeĭ nulipară (Segmentul posterior al secțiuneĭ).

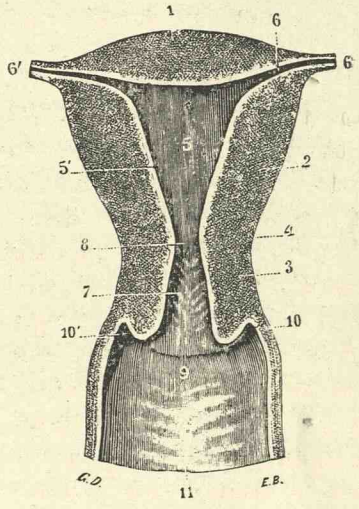


Fig. 33.
Secțiune frontală a uteruluĭ uneĭ femeĭ multipară (Segmentul posterior al secțiuneĭ).

1. Fundul uteruluĭ. 2. Părețiĭ laterali aĭ corpuluĭ. 3. Colul. 4. Istm. 5. Cavitatea corpuluĭ cu 5′ marginele sale laterale; 6. Unghiurile sale superióre continuându-se prin ostium uterinum cu extremitatea internă a trompelor luĭ Fallope (6′). 7. Arborele vieței, a căreĭ axă e ușor inclinată în sus și la stânga. 8. Orificiul intern al coluluĭ. 9. Orificiul extern. 10, 10′. Fundurile de sac laterale ale vaginuluĭ. 11. Părețele posterior al acestuĭ conduct.

Dimensiunile uteruluĭ, de și studiate cu multă îngrijire, nu s'aŭ stabilit însă în mod precis, din causă că dînsele variază fórte mult după persóne. Se admite însă că la femeile carĭ n'aŭ avut copiĭ, diametrul vertical, adică înălțimea cavității este de $5^1/_2$ maximum 6 c. m; iar la acelea carĭ aŭ avut copiĭ dînsa póte

merge 7 până la 8 c. m. Lungimea cavității gâtului e mai mare ca a corpului la virgine, la multipare e mai mică. In termeni generali cavitatea gâtului în lungime variază de la $2^1/_2$—4 c. m. Diametrul transvers al cavității se admite după Richet a fi pe jumătate mai mic ca cel vertical. Deci, pe un uter a cărui cavitate e de 8 c. m. în sensul longitudinal, diametrul transvers va fi de 4 c. m.

E bine înțeles că aci e vorba de fundul uterului, unde cavitatea e mai largă, sciut fiind că cu cât ne coborâm în jos către gât, cu atât dînsa se micșoréză, devenind chiar virtuală. Lucrul îl putem constata ușor în timpul răzuirei uterine. In adevěr, introducând lingura în uter, aprópe nu putem executa nici o mișcare de circumducțiune a instrumentului, până ce n'am ajuns la fundul organului. Noi am căutat a face un instrument special pentru determinarea diametrului transvers al cavității în diferitele sale porțiuni, dar n'am reușit din lipsă de mijlóce.

In ceea ce privesce capacitatea cavității uterine, dînsa este enorm de mică, căci abia póte conține 4—5 c. m. c. de liquid. Sappey restrânge și mai mult acésta capacitate. După dînsul, la virgine nu putem introduce de cât 2 până la 3 c m. c. iar la multipare 5 c. m. c.

Grosimea pereților uterului variéză de la un c. m. putând merge după Sappey până la 2 c. m.

Greutatea totală a uterului variază: în termen mediu e de 32 la *42* și *55* grame. La a noua lună a graviditățeĭ, acésta greutate se póte ridica de la 900 până chiar la 1500 grame. La femeile bětrîne, unde acest organ e atins de atrofie, dînsul póte să nu cântărésca de cât 4—8 grame.

Uterul presintă de studiat o suprafață exterióră și una interióră. Cea exterióră coprinde o față anterióră, una posterióră două margini laterale, o extremitate saŭ fund și una inferióră saŭ gât. Raporturile acestor fețe cu diferitele organe și în special cu peritoneul, le vom studia la bólele ligamentelor largi, când vom face și aplicațiuni patologice. Suprafața interióră representată prin cavitatea uterină: acésta am vědut-o în capitolul precedent. In fig. 32—33 luate din Testut se vede conformația interióră a uterului.

Vasele uterului sunt fórte numeróse, așa că acest organ e mai vascularisat de cât ori care altul din organism, chiar și de cât cerebrul. După Sappey, prin faptul că din cele șase trunchiuri arteriale pe cari le vom vedea, trei din ele vin la organ prin marginea sa dréptă, iar trei prin cea stângă, dînsul se găsesce provědut de două hiluri saŭ de un dublu pe-

dicul vascular. Din acest punct de vedere, circulațiunea uteruluĭ este maĭ bine asigurată de cât aceea a cerebruluĭ, care îșĭ primesce tóte vasele numaĭ prin partea sa inferióră. Maĭ există încă un avantaj pentru uter: tóte vasele dintr'o parte comunică în mod larg cu cele din partea opusă. De aci posibilitatea pentru fie-care din ele de a se înlocui, în casul când un obstacol timporar saŭ permanent s'ar afla în acel loc.

Cele șase trunchiurĭ arteriale de carĭ este provĕdut uterul sunt:

I. Douĕ artere uterine carĭ vin din ipogastrica. Acestea aședate la partea inferióră a ligamentelor largĭ, se dirig aprópe transversal către partea inferióră a coluluĭ; se reflectéză apoĭ pentru a se duce oblic în sus, terminându-se la nivelul originieĭ trompelor, unde se anastomoséză în plin canal cu arterele utero-ovariene. Din acéstă anastomosă resultă o mare arcadă aplicată prin convexitatea sa la marginele uteruluĭ, și e remarcabilă maĭ cu sémă prin flexuositățile fórte numeróse și fórte pronunțate ce presintă. Din partea internă saŭ convexă a acesteĭ arcade, plécă o mulțime de rămurĭ, carĭ străbat în grosimea tuniceĭ musculare, și se rĕspândesc în tóte părțile visceruluĭ. Pe lângă acestea sunt douĕ carĭ trec una înainte, alta înapoiul gâtuluĭ, pentru a se anastomosa cu rămurĭ analóge venite din partea opusă. Tóte aceste divisiunĭ arteriale aŭ o direcțiune eminamente flexuósă.

II. Cele douĕ artere utero-ovariene sunt mult maĭ micĭ, dar fórte lungĭ. Ele nasc din aorta abdominală.

III. Douĕ arteriĭ, care ocupă centrul ligamentelor rotunde, sunt iarășĭ subțirĭ și nasc din epigastrica.

Venele uteruluĭ sunt fórte numeróse. Ele sunt remarcabile prin aceia că aderă în mod intim de musculatura uterină, prin mijlocul unuĭ țesut conjunctiv dens formând adevĕrate sinuse. După-ce ele primesc diferite rămurĭ și se anastomoséză între dînsele pe mărginele laterale ale uteruluĭ, formézĕ douĕ marĭ plexurĭ; unul superior ce urmézĕ trunchiul utero-ovarien; cele din drépta se varsă în vena cavă, iar cele din stânga în vena renală. Venele din plexul inferior, urmézĕ artera uterină și se varsă în vena ipogastrică. Pe lângă acestea maĭ există un plex, care urmézĕ ligamentele rotunde și arterele sale. El se varsă în venele epigastrice saŭ iliaca externă de o parte și de alta.

Vasele limfatice nasc tóte din mucósa uteruluĭ și din pereții sĕĭ musculariĭ. După Sappey, unele șerpuesc la superficie,

altele în grosimea uteruluĭ și pot fi deosebite în superficiale și profunde. Ele formézĕ pretutindenea o rețea fórte bogată. Devenite sub seróse, limfaticele se dirig de dinăuntru în afară, și strĕbat în ligamentele largĭ unde se divid în inferióre și superióre. Cele inferióre urmézĕ venele uterine. Unele se duc la ganglionĭ pelvienĭ laterălĭ; iar altele la ganglionii așeḑațĭ înaintea sacruluĭ.

Limfaticele superióre, carĭ sunt maĭ numeróse și maĭ voluminóse, însoțesc venele utero-ovariene, terminându-se în ganglionĭ lombarĭ. Vom reveni.

Nervii vin din plexul ipogastric și plexul ovaric și urmézĕ în general arterele.

Cap. III. Leziunile uteruluĭ.

§ 1. Leziunile traumatice ale uteruluĭ.

Din cunoscințele ce avem asupra situațiuneĭ și deviațiune uteruluĭ, ușor se póte vedea că acest organ, așeḑat în escavațiunea miculuĭ basin, e fórte bine protejat de întréga cingătóre osósă ce formézĕ basinul.

Dacă maĭ adăugăm că uterul se află pus între băsică și rect, iar fundul sub ansele intestinale, lesne putem conchide cum acest organ e așa de bine garantat contra violențelor exterióre. In adevĕr, el nu póte fi atins de cât fórte cu greŭ, pentru a nu ḑice de loc. De aceia contusiunile cele maĭ profunde ale abdomenuluĭ, precum și plăgile penetrante, maĭ lesne distrug orĭ-ce organ din cavitatea abdominală, de cât uterul, afară de casurĭ escepționale. Pentru ca uterul să fie atins, se cer nisce condițiunĭ anumite, adică: primo ca el să aibă un volum destul de mare, spre a trece dincolo de strîmtórea superióră; iar apoĭ, ca agentul vulnerant să aibă o direcțiune de sus în jos și de d'inainte înapoĭ. Numaĭ astfel s'ar putea reuși a se ataca uterul. Dar chiar și în acest cas, rănirea uteruluĭ inevitabil e însoțită de rănirea celor-l'alte organe, precum băsică, intestine, etc. Tot acelașĭ lucru vom spune și în casurile de căḑerĭ pe abdomen. Aci iarăși uterul nu póte fi atins, de cât după ce maĭ întâiŭ cingătórea osósă a fost distrusă, iar prin ea și cele-l'alte organe circumvecine.

Conchidem deci, că leziunile traumatice ale uteruluĭ sunt escepționale, dacă nu imposibile—organul găsindu-se în stare normală; că în momentul când asemenea fenomene se produc, ele sunt însoțite de distrugerĭ colosale ale celor-l'alte organe, ce în-

trec prin importanța lor pe ale uteruluĭ — maĭ tot-d'a-una fiind mortale.

Numaĭ în casul decĭ, când uterul ia o crescere mare de volum și ocupă un plan ridicat în abdomen, numaĭ atunci el póte fi atins isolat de traumatisme, representate prin contusiunĭ, plăgĭ saŭ rupturĭ, etc. Casurile acestea se întêmplă când avem a face cu uter gravid, saŭ cu fibróme marĭ intersticiale. In special în graviditate, o contusiune aplicată pe abdomen se reflectă direct asupra uteruluĭ. Ea e capabilă a produce plăgĭ contuse și rupturĭ, carĭ pot fi complecte și incomplecte.

Sunt *complecte* când cavitatea uteruluĭ e deschisă, iar *incomplecte*, când soluțiunea de continuitate ocupă fie numaĭ serósa, adică peritoneul care-l însoțesce (plagă superficială), fie că leziunea se întinde și la întregul părete muscular până la mucósă (plagă profundă).

In afară de aceste leziunĭ traumatice, prin contusiunĭ saŭ instrumente înțepătóre, maĭ avem plăgĭ obstetricale și chirurgicale.

Plăgile chirurgicale sunt involuntare și voluntare. Primele se produc din eróre în diferite circumstanțe de fibróme. De multe orĭ în tumorile uterine, practicând tracțiunĭ ne moderate în dorința de a avea cât maĭ mult sub ochĭ baza pedicululuĭ, putem produce o inversiune uterină. Atuncĭ aplicând lanțul saŭ bisturiul, rĕmânem surprinșĭ când împreună cu fibromul am ridicat și o parte din uter, recunoscută prin presența seróseĭ peritoneale pe suprafața sa. Tot acelaș lucru se întêmplă trăgênd cu forța spre a estrage placenta, căcĭ putem determina o plagă penetrantă a uteruluĭ.

Dar cele maĭ frequente dintre plăgile chirurgicale sunt cele produse în casul de esplorare cu isterometrul, saŭ cu lingura, în timpul răzuireĭ uteruluĭ. Aceste perforațiunĭ aŭ format causa principală ce s'a ridicat contra răzuireĭ uteruluĭ, făcênd ca acéstă operațiune să fie mult timp părăsită. Toțĭ autorĭĭ sunt de acord că, dacă uterul îșĭ are pereților normalĭ, eĭ oferă destulă fermitate pentru a se opune străbatereĭ unuĭ instrument bont, grație grosimeĭ respectabile de unul până la douĕ centimetre ce aŭ acești pereți. Ast-fel fiind lucrul, perforațiunile nu se produc, de cât printr'o violență exagerată și de o mână cu totul ne experimentată.

Din nenorocire însă, pereții uteruluĭ sunt câte o dată fórte ramoliți și subțiați. Acésta se întâlnește maĭ ales în urma facerilor recente, a involuțiunilor incomplecte, a endometritelor cronice cu stenosa orificiuluĭ intern, în tuberculosă și cancerile ute-

rine, etc., etc. In asemenea circumstanțe, cu tótă atențiunea, și fără nicĭ o sforțare, instrumentul perforéză cu cea maĭ mare înlesnire uterul, producând o plagă penetrantă. Sunt multe casurĭ, unde acest accident a fost produs chiar de autorĭ fórte reputațĭ.

Mi s'a întîmplat și mie acest accident în următórele circumstanțe. Primul cas e relativ la o femee cu cancer uterin. Voind a face răzuirea, după câte-va manipulațiunĭ am intrat cu lingura la o adâncime colosală. Imediat am retras instrumentul și am suspendat operația. Bolnava n'a suferit întru nimic.

Din 200 de răzuirĭ ale uteruluĭ, ce am făcut pentru endometrite, mi s'a întîmplat iarăși o singură perforațiune: O femee după ce a fost răzuită, voind a esplora din noŭ uterul după interval de 15 ḑile, am fost surprins cum isterometrul a străbătut, absolut fără cea maĭ mică sforțare, până la mâner. Pe dată am scos instrumentul, n'am făcut nicĭ o spălătură. Bolnava n'a presentat absolut nicĭ un fenomen inchietant.

Este însă constatat că aceste perforațiunĭ nu presintă în ele însăși nicĭ o gravitate, cu condițiune ca instrumentele să fie bine aseptisate. Pericolul stă maĭ mult în complicațiunile de septicemie și strĕbaterea altor organe prin plagă, de cât în leziunea însăși. De alt-fel este sciut că plaga produsă prin isterometru saŭ o lingură mică, imediat ce instrumentul s'a retras, dînsa se închide, grație contractilităței fibrelor musculare. Când însă plaga e prea mare, atuncĭ printr'însa póte să ernieze epiploonul saŭ chiar o ansă intestinală. Acésta s'a întîmplat luĭ Hoffmann, unde epiploonul a făcut ernie prin plagă arătându-se până la orificiul coluluĭ. Bolnava a fost scăpată printr'o laparatomie, făcută 4 ore după accident și prin sutura perforațiuneĭ. Olshausen vorbește chiar de ernia intestinuluĭ printr'o plagă uterină.

Pentru a preveni aceste accidente, nu numaĭ că trebue să manipulăm cu cea maĭ mare prudență, dar să asigurăm la perfecție sterilisarea instrumentelor. Iar când perforațiunea s'a produs, imediat trebue să ne abținem de la orĭ-ce manipulare. In special să nu practicăm absolut nicĭ o irigațiune intra-uterină, care e mult maĭ periculósă de cât însăși perforațiunea. Prin spălătură, liquidul strĕbătând în cavitatea peritoneală, mórtea póte fi instantanee.

Acésta trebue să avem cu atât maĭ mult în vedere, că uneorĭ o injecțiune forțată în uter, e capabilă ea însăși să producă o perforație. Ast-fel este casul luĭ Gebhard, care relatéză că per-

forațiunea a fost produsă printr'o dușă intra-uterină. Bolnava a murit printr'o intoxicațiune mercurială.

Nouĕ ni s'a întîmplat întocmaĭ un asemenea cas nenorocit în spital, unde din pricină că nu am avut instrumentele necesare, am fost siliți a face o injecție intra-uterină de clorur de zinc, după raclagiŭ, cu siringa obicĭnuită de pansament. Imediat bolnava a fost coprinsă de peritonită și a sucombat după 48 ore. La autopsie am găsit plăcĭ difuse de peritonită supra-acută, iar pe fundul uteruluĭ o echimosă cât o piesă de 50 banĭ, care probabil era locul perforat.

Plăgile chirurgicale voluntare se fac cu ocasia enucleereĭ miómelor, saŭ în operațiunea cesariénă. Intr'un cas, după laparatomie, am spintecat în douĕ uterul, scoțând o cantitate enormă de fongositățĭ sarcomatóse. După aceia am făcut sutura, iar bolnava s'a vindecat perfect. Reproduc acéstă observație destul de importantă, făcênd un extract din condica de operație 1896.

Maria Preotésa de 45 anĭ, din Buzĕŭ, intră în serviciul meŭ cu următórele: Posedă în gâtul uteruluĭ o tumoră ce'ĭ umple întréga cavitate, avênd aspectul de polip. Acéstă tumoră e sângerândă iar gâtul ipertrofiat și dur. Uterul mare cât un pumn, pare relativ mobil. E de consistență tare, dureros la presiune. Presintă pe suprafața sa maĭ multe ridicăturĭ, maĭ ales spre stânga, luându-se unele drept anexe. Durerile fiind escesive, bolnava cere operație.

La 19 Februarie 1896, excisez douĕ tumorĭ cartilaginose din părețele anterior al vaginuluĭ, dupe care aplic patru puncte de suturĭ. La 24 Februarie, fac raclagiul. Cavitatea uterină are 9 cm. Se scóte o enormă cantitate de fongositățĭ, lambourĭ de mucósă și chiagurĭ de sânge. Dupe operație emoragia persistă.

Se face tratamentul obicĭnuit.

La 20 Martie, procedez la *laparatomie*. Părețiĭ abdominalĭ fórte vascularĭ, pentru care am pus o mulțime de pense. Deschidênd peritoneul, constat marĭ aderențe între uter și anexe precum și părțile vecine. Distrug aderențele și caut a aduce organele în plagă. Nu reușesc de cât pentru trompe, ovarele eraŭ fórte profunde și fără nicĭ-un pedicul. Aplic câte o legătură emostatică cu mătase pe fie-care trompă în nivelul cornuluĭ uterin. Mobilizez din noŭ și pe cât posibil uterul, ce se găsesce mult maĭ voluminos precum se credea, avênd mărimea a doĭ pumnĭ și fără ridicăturĭ. Fac o incisie de 6 cm. cu bisturiul pe fața sa anterióră simulând operația cesariénă. De și emoragia nu era mare, totuși apuc cu clampele cele douĕ buze, pe carĭ le depărtez în mod larg. Inconjur uterul cu comprese ferte în sublimat, spre a preveni căderea de produse patologice în peritoneŭ.

Introduc degetul în uter aĭ căruĭ părețĭ eraŭ fórte groșĭ. Nu constat nicĭ o tumoră, afară de o cantitate enormă de fongositățĭ cu aspect sarcomatos. Le ridic pe tóte, parte cu degetul, parte cu o lingură largă de Volkmann. Curăț bine cavitatea prin spălăturĭ; închid plaga prin 4 suturĭ profunde extra-mucóse. Complectez coaptarea prin alte câte-va puncte pe serósă. După aceia fac isteropexia simplă prin douĕ puncte de sutură. Inchid abdomenul, după toaleta prea

labilă. Prin vagin se scurge o cantitate enormă de fongositățĭ și sânge. Se curăță prin spălăturĭ. Urmările operațieĭ aŭ fost bune.

La 2 Iunie bolnava iese din spital fără a maĭ presenta emoragiĭ. A rĕmas însă cu óre-carĭ durerĭ în laturĭ, dar nu îngrijitóre.

Importanța acesteĭ operațiunĭ constă în inocuitatea plăgeĭ uterine ce am făcut în mod chirurgical și aseptic.

O altă categorie de plăgĭ chirurgicale ale uteruluĭ sunt acelea preconisate de Thiriar. Ele sunt făcute în scopul de a combate retro-deviațiunile uteruluĭ, fie de versiune saŭ flexiune.

Lucrul constă în ridicarea unuĭ lamboŭ în formă de con, coprinḍênd întregul părete uterin anterior saŭ posterior. Aceste plăgĭ numite *cuneo-isterotomice* iarăși nu sunt grave, căcĭ ele sunt făcute de chirurg, înconjurat de tóte precauțiunile cerute de antisepsie saŭ asepsie. Vom reveni.

Plăgile obstetricale se produc spontanat în timpul facereĭ, saŭ prin diferite manipulărĭ, ca aplicațiunĭ de forceps, debridările uteruluĭ prin incisiunĭ cu bisturiul, etc., în scop de a înlesni ieșirea fœtuluĭ. Nu insistăm asupra rupturelor corpuluĭ uterin în timpul expulsiuneĭ fœtuluĭ, căcĭ acestea nu intră în cadrul ginecologieĭ. Intervențiunea trebue făcută imediat prin laparatomie, dacă bolnava n'a murit instantaneŭ.

Părțile carĭ sunt maĭ mult expuse la asemenea leziunĭ sunt de sigur acelea ale gâtuluĭ uterin. Ele maĭ tot-d'a-una și în mod inevitabil se produc în timpul facereĭ. Sediul lor de predilecție este pe partea laterală stângă; acésta din causa frequenței posițiuneĭ fœtuluĭ, ce de obiceiŭ este occipito-iliacă stângă anterióră. Maĭ rar aceste plăgĭ sunt la drépta, și cu totul escepționale pe buza anterióră saŭ posterióră. Și maĭ rar încă sunt plăgile multiple saŭ stelate.

Tóte aceste plăgĭ cunoscute sub numele de unilaterale, bilaterale, anterióre, posterióre și stelate sunt de treĭ grade.

Gradul I. **Plagă superficială.** Constă când soluțiunea de continuitate nu ocupă de cât marginea liberă a orificiuluĭ extern al coluluĭ. Ea nu produce de cât o simplă spintecătură a ineluluĭ ce circumscrie acest orificiŭ.

Gradul II. **Plagă profundă.** Este când soluțiunea de continuitate înaintéză până la fundul de sac. In acest cas tótă înălțimea porțiuneĭ vaginale a coluluĭ este spintecată.

Gradul III. **Plagă perforantă.** Resultă când ruperea distruge și fundul de sac, întinḍêndu-se până la țesutul celular peri-uterin,

Tóte plăgile uteruluĭ ce am studiat, se maĭ pot împărți în *directe* și *indirecte*. In primele intră tot ce am descris. Dar și ele se sub-divid în plăgĭ provenite din aplicarea traumeĭ de din afară înăuntru, și vice-versa de din năuntru în afară, faptul nu are nevoe de nicĭ o esplicație. Exemplele sunt numeróse din cele arătate. O perforare a uteruluĭ cu isterometru, represintă o plagă directă de dinăuntru în afară; aceiașĭ plagă resultată dintr'un instrument ascuțit, ce ar fi atins uterul trecênd prin părețiĭ abdominalĭ, e o plagă de din afară înăuntru.

Plăgile indirecte sunt mult maĭ rarĭ. Ele se produc când femeea cade de la o înălțime óre-care pe ședut, genunchĭ saŭ drept în picióre. In asemenea cas se póte determina o ruptură a uteruluĭ; se cer însă anume condițiune. Se observă de obiceiŭ la femeile însărcinate și ajunse în ultimele lunĭ, precum și la acelea cu fibróme marĭ ale uteruluĭ.

Simptomele. Plăgile corpuluĭ uterin ne oferă o scenă dramatică și adesea mortală. Une-orĭ emoragia e așa de abondentă, că femeia piere ca trăsnită, pe de o parte din causa anemieĭ profunde, iar une-orĭ de o mare spaimă, de un șoc teribil. Dacă ruperea vasuluĭ nu e mare, e posibil ca vindecarea să se obție cu încetul. S'a observat chiar rupturĭ uterine la femeĭ gravide, și unde plaga s'a cicatrisat, iar graviditatea și-a urmat cursul sĕŭ normal.

Cât privesce plăgile gâtuluĭ uterin, acestea sunt lipsite de orĭ-ce simptom subiectiv.

Ele în general se cicatrizéză repede și nu atrag prin nimic atențiunea bolnavelor. Probă e că aprópe nu există femee, care să fi avut copiĭ și asupra cărora să nu constatăm rupturĭ ale coluluĭ unele chiar de gradul III. Și cu tóte acestea ele nu suferă întru nimic. E cu totul rar ca aceste plăgĭ cicatrisându-se, să dea nascere la un nodul provĕdut de o sensibilitate mare. La rigóre e posibil, ca în cicatrice să se închidă vre-un firișor nervos, saŭ să se desvolte chiar vre-un mic nevrom; acésta ar fi punctul de plecare al atâtor durerĭ și fenomene isterogene, inherente unor asemenea leziunĭ.

Plăgile gâtuluĭ uterin se diagnosticéză cu degetul saŭ cu ochiĭ. Lucrul e ușor ; n'avem de cât să constatăm gradul ruptureĭ prin tact saŭ vedere.

Putem însă fi înșelați în următórele circumstanțe. La gâtul uterului ca și la perineŭ putem avea rupturĭ întinse sub mucóse, carĭ scapă orĭ căreĭ exploratiunĭ.

Tratamentul. Pentru plăgile uteruluĭ tot-d'a-una trebue intervenit prin laparatomie, maĭ ales când fenomenele ne indică acésta. Nu trebue să ne bazăm pe vindecărĭ spontanate. Casul luĭ Albarran — ce luăm din Legueu — e demonstrativ. Dînsul cóse maĭ multe plăgĭ perforante ale unuĭ uter gravid; la una din ele era complicată de ernia cordonuluĭ. Bolnava s'a vindecat și a născut maĭ târdiŭ un copil viŭ. Tot aci găsim că Reusing, într'un cas de plagă intensă a unuĭ uter gravid, a avut curagiul să facă imediat laparatomia. El scóse din abdomen copilul ce era liber în pântece; ridică placenta, cóse uterul și scapă bolnava de la o mórte sigură.

Pentru plăgile chirurgicale vom avea aceiașĭ conduită. Sänger într'un cas a cusut plaga uterină ce din eróre făcuse, și a obținut un frumos succes. Noĭ, precum am arătat în observație, am avut acelașĭ succes, închizând imediat plaga ce în mod voluntar practicasem pe uter.

Dar plăgile făcute în timpul raclagiuluĭ? Aci ne putem abține cel puțin 24 de ore, căcĭ asemenea plăgĭ pot să nu aibă urmărĭ fatale, maĭ ales când s'aŭ făcut în condițiunĭ aseptice. Nu va fi însă tot ast-fel, cu acele plăgĭ făcute de persóne streine și cu instrumente murdare, pentru a provoca avorturĭ. Acestea la sigur se complică de septicemie; decĭ la cea maĭ mică alarmă vom deschide pântecele, și vom lucra în consecință. Cred că în loc de a practica isterectomia, putem uza de spălăturĭ largĭ ale peritoneuluĭ cu sublimat dupĕ metóda nóstră, fiind siguri de un bun succes.

Tratamentul plăgilor gâtuluĭ uterin. Asupra acestora de obiceiŭ nu se intervine, căcĭ ele în general se reunesc singure, imediat ce expulsiunea fetuluĭ s'a efectuat. Se ajută la acest lucru, practicând spălăturĭ largĭ vaginale, spre a împedica infecțiunea plăgeĭ și decĭ nereunirea sa.

De când însă Emmet a arătat marele rol vătămător al acestor plăgĭ, ce permite eversiunea mucóseĭ uterine și decĭ infectarea sa; iar Sänger că ele ar fi o causă sigură de sterilitate, împedicând fecondația, astădĭ se caută a se face diferite operațiunĭ, cu scopul de a reuni aceste plăgĭ și a reconstitui colul. Dar de ele vom vorbi în următorul capitol.

CHESTIONAR

Desvoltarea embriologică a organelor genitale. Rolul corpuluĭ luĭ Wolff, pronefros, mezonefros şi metanefros. Canalul luĭ Wolff, canalul luĭ Müller, rolul şi destinaţiunea lor. Diferite consecinţe a nereunireĭ canaluluĭ luĭ Müller saŭ a persistenţeĭ despărţitóreĭ interpuse între ele: vagin dublu, uter dublu, uter dificiens, pubescens, etc. Origina paraovaruluĭ, corpul luĭ Rosenmüller şi canalele luĭ Gärtner . . . . . pag. 241—249

Consideraţiunĭ generale asupra roluluĭ organuluĭ uterin şi a situaţiuneĭ sale. Statica uteruluĭ. Forma şi diviaţiunea. Deviaţiunile extrinsice şi intrinsice ale uteruluĭ, versiunĭ şi flexiunĭ. Conformaţiunea exterióră şi interióră a uteruluĭ. Vasele venóse şi limfatice ale uteruluĭ . . . . . „ 249—256

Leziunile traumatice ale uteruluĭ. Consideraţiunĭ generale. Diviziune: plăgĭ superficiale, profunde şi penetrante. Plăgĭ chirurgicale. Condiţiunĭ de producere. Exemple. Plăgĭ chirurgicale voluntare. Caractere. Plăgile gâtuluĭ uterin. Diviziune: superficiale, profunde şi perforante. Simptome şi tratament . . . . . „ 256—263

Cap. IV. Leziunile inflamatoriĭ ale uteruluĭ.

§ 1. Despre metrite în general.

Nicĭ unul din organele femeeĭ nu e maĭ expus a contracta procesul inflamator, ca uterul.

Acest organ, **prin situaţiunea ce ocupă**, prin **rolul sĕŭ fisiologic** şi **prin forma şi constituţia sa**, devine refugiul cel maĭ propice pentru stabilirea şi desvoltarea inflamaţieĭ. In adevĕr, uterul în vecinătate şi comunicare directă cu vaginul, este expus a se inflama la orĭ-ce moment de acest organ, care e lăcaş al tututor necurăţeniilor şi infiniţilor microbĭ. Dar chiar în afară de o contaminaţiune directă, însăşĭ secreţiunea normală a mucóseĭ vaginale se póte conrupe, prin simpla stagnare, prin contactul aeruluĭ, o imprudenţă saŭ răcélă în timpul menstruelor, etc., etc. In asemenea casurĭ putem vedea, chiar la fete virgine, isbucnirea uneĭ metrite, graţie continuităţeĭ deţesuturĭ şi deschiderea directă a uteruluĭ în vagin, prin orificiul coluluĭ. Acest organ, care vecĭnic stă deschis în partea cea maĭ profundă a vaginuluĭ, acolo tocmaĭ unde tóte secreţiunile se acumuléză şi tot-d'a-una se găsesc în abondenţă, el póte înlesni inflamaţiunea uteruluĭ. Pe de altă parte,

uterul așeḍat fiind de desubtul meselor intestinale, încă are ocasiunea a fi influențat de inflamația și alterația acestor organe. Enteritele, disenteriile, ulcerațiile și tuberculosa intestinală, etc., transmit procesul inflamator la uter. Și cu atât mai ușor lucrul se efectuéză, cu cât adesea, în asemenea casuri se stabilesc aderențe, și decî comunicarea devine mai directă între dînsele și el. Serósa peritoneală bolnavă, iarăși ne dă acelaș efect: orî-ce inflamație a acesteia, ușor se transmite uteruluî, ale căruî conexiunî cu dînsa sunt așa de intime.

La rîndul sĕŭ, uterul, victimă a vaginuluî și intestinelor, nu rĕmâne nerĕsbunat; mai tot-d'a-una când el se bolnăvesce primitiv, infectéză pe vecinii sĕi, comunicându-le procesul inflamator de care e cuprins. Cine are metrită are vaginită, are turburărî intestinale, are durerî peritoneale. Și ca proba avem că mai tóte femeile nu se plâng atât de bóla uteruluî, cât de scurgerî și usturimî vaginale, de dificultate în funcțiunea organelor digestive, de durerî de stomac, durerî de cap, de cópse, etc., etc. Dar tóte acestea nu sunt de cât resultatul direct saŭ reflex, al căruî punct de plecare e uterul.

Prin destinaţiunea sa. Organul uterin este expus la contractarea inflamațieî, mai mult ca or-ce parte a corpuluî. De la nascere până la finele vieței, femeia trebue considerată ca bolnavă, tocmai din causa uteruluî seŭ. Lăsând la o parte prima copilărie — care nicî ea nu este scutită de pericole — vedem uterul expus la fie-care perióḍă menstruală a se congestiona, a se irita, a se inflama. In fie-care lună tînĕra fată póte căpăta o metrită; și acésta numai din causa menstruelor, numai din causa funcțiuneî fisiologice de care uterul sĕŭ e inzestrat. La cea mai mică imprudență, urméză cea mai teribilă inflamație uterină.

Când ființa devine femee, pericolul cresce și mai mult, căcî în fie-care ḍi, în fie-care moment, la fie-care raport sexual, dînsa póte căpăta o metrită și adesea din cele mai rebele. De multe-orî primul contact amoros lasă urme neșterse de o amară suvenire; de multe-orî prima séră de nuntă, face pe o nenorocită femee, clientă pe anî întregî în serviciile de ginecologie. Mai trebue óre să reamintim consecințele parturițiuneî? Căcî există vre o femee care să fi făcut copiî și să nu aibă o inflamație a uteruluî? Nicî una; în afară póte de acelea privilegiate de sórtă, carî dispunênd de mijlóce, își procură o îngrijire mai bună, de cât sărmana ce abia își tîrăsce existența, ne cutezênd a se gândi măcar la ideia de a vedea un medic.

Dar adesea chiar fiinţele bogate, cu tot ajutorul ştiinţific, încă pot deveni bolnave; atât de grav e actul parturiţiuneĭ, în cât une-orĭ desfide orĭ-ce îngrijire. Femeia din cea maĭ înaltă tréptă socială póte căpăta o bólă uterină, ca şi femeia cea maĭ de jos, ca şi cea din urmă servitóre.

Uterul prin **forma şi constituţia sa** este organul prin excelenţă predispus la inflamaţie.

Provĕḑut în interiorul seŭ de o cavitate în forma unuĭ fund de sac, dînsul devine receptacolul tutulor secreţiunilor trecute în el din vagin, saŭ venite din trompe prin orificiile aflate la cele douĕ unghiurĭ superióre ale sale. Pe lângă acésta, suprafaţa internă a uteruluĭ e căptuşită de o membrană mucósă, ale căreĭ celule cilindrice, pe lângă că sunt provĕḑute cu cilĭ vibratilĭ, maĭ aŭ şi o dispositie cu totul anfractuósă. De aci resultă că

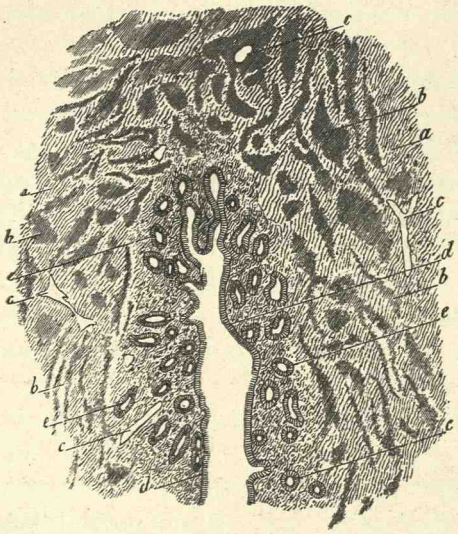


Fig. 34. Secţiunea mucóseĭ corpuluĭ uterin în afară de perióda menstruală. (După Sinety).

a a. Ţesut conjunctiv. *b b*, Făşiĭ de fibre musculare netede tăiate în diferite sensurĭ. *c c.* Secţiunea vaselor. *d d.* Invălişul epitelial. *e e.* Secţiunea glandelor.

agentul patogen o dată străbătut în uter, e fixat óre-cum de cilĭĭ vibratilĭ, iar pe de alta că găsesce destule ascundăturĭ în anfractuositătile mucóseĭ uterine. Acésta e şi causa că tóte inflamaţiile uteruluĭ aŭ o tendinţă iresistibilă a se perpetua, a deveni cronice.

In plus, mucósa uterină e atât de bogată în vase limfatice, încât unii autori aŭ comparat'o cu un ganglion limfatic lățit. Drept consecință avem că, microbul nu numaĭ că e atras și fixat de mucósă, dar póte în acelaș timp să fie și repede absorbit de vasele limfatice, și ast-fel să fie dus în teritorii mult maĭ depărtate.

Dacă pe lângă acésta maĭ adăogăm și presența enormă de glande ce posedă mucósa uterină, glande ce merg în adîncime până la tunica musculară, înțelegem cum inflamațiunea o dată intrată în aceste organe, se pierde în profunzime, de unde cu fórte multă greutate o maĭ putem scóte. In fig. 34 dată de Sinety avem o idee de compositia mucóseĭ uterine.

Presența numeróselor vase în uter, și maĭ ales dispositia lor în sinusurĭ, ce represintă tot atâtea gurĭ deschise pentru a primi și absorbi orĭ-ce proces morbid, fac ca inflamația acestuĭ organ să devie din cele maĭ periculóse, maĭ ales când dînsa se complică de cea maĭ mică infecție.

In fine am vĕdut că uterul este organul cel maĭ mult irigat de sânge arterial, grație numeróselor ramurĭ și trunchiurĭ arteriale venite din ipogastrică și aortă. E posibil decĭ că prin acéstă cale, să observăm o infecție secundară, determinată prin migrarea uneĭ emboliĭ, care intrată în marea circulație, să vie a se opri în acest organ, provocând ast-fel o inflamație, capabilă a se termina prin abces saŭ chiar sfacel.

Din tóte acestea vedem că uterul prin *situația, fisiologia* și *constituția* sa, este în adevĕr organul cel maĭ predispus pentru contractarea inflamațieĭ.

Și dacă maĭ adăogăm că tóte tumorile benigne saŭ maligne, fie ale uteruluĭ or a organelor în conexiune cu dînsul; că tóte deviațiunile, viciile de conformație și chiar turburările trofice îl pot înfluența în mod secundar, atunci ușor înțelegem cum tótă atențiunea autorilor și tot felul de studiĭ și cercetărĭ aŭ fost fixate asupra metritelor, cea maĭ frecuentă și maĭ rebelă din bólele uterine.

Diviziunea metritelor. Nicĭ o afecțiune inflamatorie n'a suferit o divisiune maĭ multiplă și maĭ complicată ca metritele.

La început, când fenomenele clinice conduceaŭ pe autorĭ, singura bază în divisiunea metritelor aŭ fost simptomele, cu carĭ acéstă bólă se manifesta.

Ast-fel s'a stabilit *metrita catarală*, *emoragică* și *purulentă*, dupĕ cum manifestațiunea se făcea printr'o scurgere de mucosităț,

sânge saŭ puroiŭ. O altă divisiune a fost făcută din punctul de vedere etiologic. De aci a resultat *metrita graviditățeĭ*, *puerperală*, *blenoragică*, *traumatică*, *a frigore*, etc. Tot în acest capitol intră *metrita accidentală*, desvoltată în urma explorațiuneĭ uterine cu degetul, saŭ orĭ-ce alt instrument fără precauțiunĭ antiseptice; *metrita secundară* provocată de polipĭ, mióme, salpingite, ovarite, cancere și diferițĭ corpĭ streinĭ aĭ uteruluĭ, etc., etc. In perióda când diatesele aŭ început să jóce un mare rol în medicină, autoriĭ, și în special Martineau, n'aŭ intârziat a admite metrita *artritică*, *erpetică*, *sifilitică*, *scrofulósă*, *tuberculósă*, etc., etc.

Cu timpul, anatomia patologică macroscopică, fiind singura care putea să dea maĭ ușor esplicațiunea fenomenelor, a condus pe autorĭ a stabili o diviziune maĭ rațională, basată pe aspectul și leziunile ce presenta organul bolnav.

Ast-fel s'a admis o *metrită ulcerósă*, *granulósă*, *polipósă*, *fongósă*, etc., etc., după cum uterul bolnav presenta în interiorul sĕŭ o ulcerație, granulațiunĭ, presența unuĭ polip, saŭ o tumescență (bursuflare) a mucóseĭ sale. Tot pe basa anatomieĭ patologice s'a introdus *metrita congestivă* și *fluxionară*, când nu se constata în uterul bolnav de cât o simplă crescere de volum, datorită uneĭ imbuibărĭ maĭ mare de sânge. Până și etatea bolnaveĭ n'a fost dată uităreĭ, pentru a forma și ea o causă a metritelor. Ast-fel avem metritele *virginale*, *pubescente* și *senile*, după cum inflamația apare la aurora, apogeul, saŭ declinul vieței genitale a femeeĭ.

Fără a maĭ insista mult asupra numĕruluĭ infinit de divisiunĭ ce s'aŭ succedat, vom spune că dintre tóte, aceia care a persistat maĭ mult și a rĕmas și azĭ încă ne atinsă, este diviziunea anatomică a metritelor, adică aceea de **metrita gâtuluĭ** și **a corpuluĭ uterin.**

In adevĕr, de și din punctul de vedere istologic, aceste douĕ afecțiunĭ se caracterisă aprópe prin aceleașĭ leziunĭ, totușĭ metrita gâtuluĭ saŭ cervicală, îșĭ póte avea existența independentă de aceia a corpuluĭ. Maĭ toțĭ autoriĭ admit acest lucru și susțin că, orificiul intern se opune până la un óre-care punct la străbaterea micro-organismelor din gât în corp. Decĭ inflamațiunea acestuĭ organ póte rĕmâne mult timp saŭ chiar tot-d'a-una limitată în acest punct, fără a trece în corp, grație obstacululuĭ ce întâlnesce în presența orificiuluĭ sus citat, ce servă ca o adevĕrată barieră. Pe lângă acésta, metrita gâtuluĭ se manifestă prin nisce simptome și leziunĭ cu totul separate. Tóte acestea formézĕ o rațiune și maĭ mult în favórea conservăreĭ inflamațiuneĭ sepa-

rate a gâtuluĭ uterin, de a corpuluĭ. Mult maĭ greŭ este a admite o metrită a corpuluĭ independentă de a gâtuluĭ: căcĭ în afară de casurĭ cu totul escepționale, metrita corpuluĭ e tot-d'a-una consecutivă uneĭ metrite a gâtuluĭ.

O altă divisiune care iarășĭ a rĕmas și adĭ consacrată, e cea bazată pe modul de aparițiune al bóleĭ. In adevĕr, de și în imensa majoritate a casurilor, inflamația uteruluĭ se stabilesce încet și fără nicĭ o alarmă, fiind decĭ tot-d'a-una cronică, există însă casurĭ, rarĭ în adevĕr, dar nu maĭ puțin probante, de metrită acută.

Un lucru trebue arătat, că din tóte divisiunile metritelor atât de numeróse și confuse, nicĭ una nu s'a putut impune în mod definitiv. Acésta resultă din aceia că pe de o parte, nu există un raport constant între simptome și leziunĭ, de óre-ce aceiașĭ leziune póte da simptome diferite și vice-versa; iar pe de alta, că metritele fiind afecțiunĭ cronice, nu se putea sci mult asupra lor, precum nu se scie nicĭ adĭ în esența sa, ce este inflamațiunea cronică. Maĭ era încă o dificultate, anume că mucósa uterină saŭ endometrul, fiind compusă în marea sa parte numaĭ din celule epiteliale și glande, inflamațiunea acestor organe tot-d'a-una a lăsat și lasă chiar și adĭ mult de discutat în studiul sĕŭ.

Noĭ în studiul metritelor vom adopta clasificațiunea anatomo-istologică, admisă de toțĭ autorĭĭ și astădĭ în vigóre. Este adevĕrat că acéstă clasificațiune nu e în concordanță absolută cu fenomenele clinice prin carĭ ni se manifestă bóla; dar totușĭ ea este singura care ne póte esplica maĭ ușor, cel puțin o parte din diversele fenomene de carĭ se însoțesc metritele.

Dacă dar la leziunile mucóseĭ glandelor, a țesutuluĭ conjuctiv, etc., constatate cu ajutorul microscopuluĭ, nu corespund anume aceleașĭ simptome, acésta nu e un cuvênt a respinge un fapt palpabil, pe care numaĭ microscopul ni-l arată.

Este știut că metritele se însoțesc de o mulțime de simptome clinice ca scurgerĭ mucóse, emoragiĭ, secrețiunĭ mucopurulente, etc., fără să fim în stare a susține că faptele observate sunt în legătură, de exemplu, cu alterațiunea mucóseĭ, a glandeĭ saŭ a țesutuluĭ conjunctiv; căcĭ aceleiașĭ simptome pot fi produse de leziunĭ diferite și vice-versa. Ba ce e maĭ mult, une-orĭ tóte fenomenele sunt negative, adică nu constatăm nicĭ un simptom; și cu tóte acestea metrita nu există maĭ puțin. Dar în mijlocul orĭ căreĭ confusiunĭ, încă nimic nu ne póte aduce óre-care lumină, de cât acéstă divisiune bazată pe cercetările anatomo-patologice, de microscopie și bacteriologie.

Ca studiŭ general decĭ, vom descri inflamaţiunea care se stabilesce în tóte părţile, saŭ maĭ bine dis, în tóte păturile constitutive ale uteruluĭ; căcĭ orĭ-care ar fi etiologia, leziunile sunt aprópe aceleaşĭ cu óre-carĭ micĭ diferenţe. Vom studia decĭ: alteraţiunile mucóseĭ şi a parenchimuluĭ însuşĭ al uteruluĭ.

Acesta ne va da: *endometrita mucósă*, *glandulară*, *intersticială* şi *parenchimatósă* saŭ *metrita propriŭ dişă*.

Noĭ vom studia exclusiv leziunile în inflamaţiile cronice ale uteruluĭ, rĕmâind a ne opri asupra celor acute la capitolul simptome, etiologie, etc.

§ 2. Endometritele corpuluĭ uterin.

I. *Endometrită cronică-mucósă.*

Mucósa uterină pe cât e de interesantă în studiul sĕŭ, pe atât e plină de dificultăţĭ, când e vorba a se face cercetărĭ asupra eĭ. Acésta lesne se înţelege, dacă luăm în consideraţie diferitele faze în carĭ se găsesce o femee, faze unde mucósa uteruluĭ schimbă şi de aspect şi de constituţie. In adevĕr, în timpul regulelor, a graviditĕţeĭ şi chiar la epoce apropiate de menstrue, structura mucóseĭ variază, nefiind aceiaşĭ la virgină, femee nulipară, multipară saŭ femee bĕtrînă. Noĭ pentru înlesnirea studiuluĭ vom lua tipul considerat de autorĭ ca normal, şi nu ne vom ocupa de cât de mucósa proprie a corpuluĭ uterin, lăsând pe aceia a coluluĭ ce are o structură puţin deosebită şi pentru care ne vom reserva a vorbi la inflamaţia acestuĭ organ.

Mucósa uteruluĭ plecată de la buzele externe ale coluluĭ, merge în sus, căptuşind în mod regulat şi complect tótă suprafaţa internă a uteruluĭ; dînsa se continuă în nivelul ostiilor uterine cu aceia a trompelor.

De o culóre albă roşatică, mucósa uteruluĭ — îndoelnică pentru uniĭ, neexistând pentru alţiĭ — astă-zĭ îşĭ are existenţa sa constantă. Dînsa ni se presintă sub aspectul unuĭ corp neted şi unic, fără papile, fără vilosităţĭ saŭ orĭ-ce alte ridicăturĭ. Nu observăm pe suprafaţa sa de cât o mulţime de orificiurĭ saŭ depresiunĭ infundiforme, carĭ represintă deschiderea tot atâtor gurĭ de glande. Mucósa uteruluĭ aderă fórte intim cu stratul muscular subjacent. Acésta e şi causa pentru care a existat marĭ divergînţe cu privire la grosimea sa, căcĭ nu se putea bine distinge la secţiunĭ partea ce aparţinea mucóseĭ, de aceia a tuniceĭ musculare, ambele aceste

tunicĕ oferind după Sappey aceiaşĭ culóre. De aceia, pe când Coste susţinea că grosimea mucóseĭ uteruluĭ este de 6—8 milimetri, astă-zĭ autorĭĭ nu admit de cât maximum o grosime de $1^1/_2$—2 milimetri. Ba, ce e maĭ mult, nu tótă suprafaţa sa e de aceiaşĭ grosime, ci numaĭ partea de mijloc a cavităţeĭ corpuluĭ, căcĭ mergênd către col saŭ unghiurile superióre, adică la deschiderea trompelor, mucósa se subţiéză aşa de mult, că abia are $^1/_2$ milimetru de grosime.

Mucósa uteruluĭ considerată în intimitatea sa, e compusă dintr'un strat superficial saŭ epitelial, şi dintr'un strat profund numit dermul saŭ chorionul mucóseĭ.

Primul strat e format dintr'un singur rênd de celule epiteliale cilindrice lungĭ şi provĕdute cu cilĭ vibratilĭ. Dupe Sinety, existenţa acestor cilĭ vibratilĭ e constantă numaĭ la femeia adultă; dînşiĭ nu există la noile născute; cu multă probabilitate despar la femeile bĕtrîne.

E curios cum unĭĭ autorĭ consideră în mod cu totul diferit mişcarea acestor cilĭ.

Iată ce dice Testut: „Mişcarea lor se efectuéză de sus în jos, voesc să zic de la fundul uteruluĭ către col, în sens invers prin urmare de direcţiunea ce urméză spermatozoiziĭ.“

Sappey se exprimă ast-fel: „Stratul epitelial se compune dintr'un singur plan de celule vibratile. Extremitatea liberă a fie-căria din aceste celule este acoperită de 6—8 cilĭ, ale căror mişcărĭ se efectuéză de la orificiul vaginal al uteruluĭ către trompe.“

Credem însă că opiniunea luĭ Sappey e maĭ admisibilă şi maĭ conformă cu ideile admise în fecondaţiune. Dar maĭ putem invoca şi un alt fapt: Dacă acéstă mişcare ar fi descendentă, de sigur că ar forma o piedică destul de puternică contra progresiuneĭ micro-organismelor de a intra în cavitatea uterină; din nenorocire însă practica nu confirmă acéstă ipoteză.

Faptul important însă pentru clinic este că, aceste celule epiteliale sunt un adevĕrat protector al straturilor subjacente, ast-fel că graţie lor, inflamaţia póte să rĕmâe limitată numaĭ la mucósă, fără ca dînsul să trécă în ţesutul conjunctiv saŭ muscular al uteruluĭ. Numaĭ în casul când ar interveni o soluţie de continuitate, numaĭ atunci inflamaţia de la mucósă se póte propaga în adîncime, precum lucrul se observă în deslipirea placenteĭ, saŭ a vre-unuĭ traumatism, ca de exemplu în timpul răzuireĭ, explorăţiunilor, or alte diferite manipulărĭ, etc., etc.

Dermul saŭ chorionul mucóseĭ. Acesta este format de țesut conjunctiv tînĕr, embrionar. Stratul cel maĭ superficial, acela care e așezat imediat sub epiteliŭ, este aprópe exclusiv format de celule rotunde cu nucleĭ voluminoșĭ, plutind într'o mică cantitate de substanță amorfă și reunite unele cu altele prin micĭ prelungirĭ protoplasmice, anastomosate în răția (celule embrioplastice ale luĭ Robin). Maĭ profund aceste celule devin maĭ rarĭ și sunt înlocuite încetul cu încetul prin celule fusiforme saŭ stelate. In acelaș timp fibrele conjunctive devin maĭ abondente și se așéză în fășiĭ ondulate, carĭ se confundă la limita externă a mucóseĭ, cu fășiile conjunctive ale tuniceĭ musculare. Pentru a termina vom spune că întréga suprafață mucósă e acoperită de un liquid semitransparent cu reacțiune alcalină, ținênd în suspensiune leucocite și celule epiteliale deslipite din mucósa, care de și aderentă cu stratul muscular subjacent, este însă fórte friabilă și prin urmare ușor alterabilă.

Avênd aceste micĭ cunoștințe asupra constituțiuneĭ mucóseĭ uterine, se vedem ce leziunĭ se produc asupra sa, în timpul uneĭ inflamațiunĭ cronice: vom studia decĭ:

Anatomia patologică a endometriteĭ cronice.

Primul lucru ce se observă cu ochiul liber, este schimbarea de colóre normală a mucóseĭ; dînsa în loc de a fi albiciósă, devine închisă roșie, ca drojdia de vin. Icĭ colea putem observa pete echimotice, resultat de extravasate sanguine vechĭ saŭ inflamațiĭ acute. Al doilea fenomen este o îngroșare considerabilă a acesteĭ mucóse, care de la un milimetru, maximum douĕ ce are în starea normală, póte merge până la 10 și chiar 15 m. m. Pe lângă acésta, mucósa în loc de a fi netedă și unică, acum devine maĭ umflată, iperemiată, plină de sânge, móle și friabilă. Ast-fel sbârcită, anfractuósă, brăzdată de vilositățĭ, și semĭnată de granulațiunĭ, dînsa póte să ia aspectul de fongositățĭ, une-orĭ de mărimea uneĭ smeure. Acestea prin numĕrul și volumul lor, umple câte o dată în mod complect întréga cavitate uterină. Unele din fongositățĭ cresc în lungime, dar subțiindu-se din ce în ce la basa lor, așa că în loc de a rĕmâne sesile, ajung de formézĕ adevĕrate tumorĭ polipóse. In or-ce cas, sediul lor de pedilecțiune este pe părețele posterior al cavitățeĭ uterine.

Forma acésta a atras încă de mult atenția ginecologilor; dînsa este care a determinat divisiunea endometritelor în: *fongósă, polipósă, vegetantă,* etc., etc. Dînsa este care a provocat o descriere clasică a acesteĭ afecțiunĭ de către Aran; dînsa e în fine

care a hotărât pe Recamier, a procede la distrugerea saŭ abraziunea lor, puind ast-fel bazele răzuireĭ uterine.

In ceea-ce privesce leziunile miscrocopice ale acesteĭ afecțiunĭ, e rar ca ele să fie limitate esclusiv asupra celulelor, fără a atinge glandele saŭ corionul mucóseĭ. Cu tóte acestea, după majorifatea autorilor, există o alterațiune esclusivă a celulelor mucóseĭ, fără ca cele-l'alte elemente să ia parte.

Primul lucru ce se observă este că epiteliul cilindric al mucóseĭ îșĭ pierde ciliĭ vibratilĭ și se transformă în epiteliŭ pavimentos. Acest lucru e contestat de unĭĭ; Sinety, spune că n'a observat nicĭ odată acéstă transformațiune. El susține că aceste elemente sunt celulele țesutuluĭ conjunctiv subjacent, carĭ extrase prin răzuire, aŭ fost luate drept celule cilindrice transformate. După dînsul, singura leziune constă în dispariținea cililor, iar nicĭ de cum în transformarea celulelor.

Leziunile maĭ constante însă sunt cu privire la crescerea de volum a celulelor și a nucleilor lor. In gradul cel maĭ ușor observăm o simplă crescere de volum a celulelor și nucleilor, separate prin o substanță intercelulară cu aspect granulos. Alte dățĭ însă, celulele și nucleiĭ se măresc, întocmaĭ ca și acelea ale caduceĭ, și se multiplică câte odată într'un mod așa de mare, în cât prin turtirea lor reciprocă iaŭ aspectul unor adevĕrate mese sarcomatóse. Acésta a făcut pe unĭĭ autorĭ ca Abele și Landau, să le ia drept neoplasiĭ, pe când în realitate sunt efectul uneĭ inflamațiunĭ cronice.

Forma acésta descrisă maĭ întâiŭ de Recamier, a fost numită de Olshausen *endometrită cronică iperplasică, fongósă, vegetantă*, etc.

O cercetare maĭ minuțiósă asupra acesteĭ ipertrofiĭ a mucóseĭ, ajunsă la gradul de fongositățĭ arată că, ele sunt compuse din diferite elemente, ceia ce a și motivat divisiunea lor, admițându-se treĭ tipurĭ principale:

I. Fongositățĭ compuse în mare parte din glande ipertrofiate și flexuóse, dar fără să-șĭ fi pierdut epiteliul.

II. Fongositățĭ unde elementul predominent e format din celule embrionare; glandele și cele-l'alte elemente ale mucóseĭ rĕmân intacte, saŭ prea puțin atinse. Acest țesut embrionar e cu totul analog cu structura ce ne-o presintă mugurii cărnoșĭ din orĭ-ce plagă.

In fine al III-lea tip, e representat prin fongositățĭ, formate esențialmente numaĭ din vase fine fórte numeróse și enorm dilatate.

Cunoscința acestor treĭ feluri de fungositățĭ, ne explică diferitele fenomene clinice sub carĭ ni se presintă de ordinar endometritele, precum și unele forme speciale ale acesteĭ afecțiunĭ.

Ast-fel: dacă într'o endometrită predomină fungositatea din primul tip, atunci dînsa ni se va manifesta maĭ mult printr'o scurgere abondentă și mucósă — produs al secreținneĭ glandulare — dându-ne forma cunoscută de *endometrită cataralĕ*. Când din contra vom avea fongositățĭ din tipul al II-lea, bóla va fi caracterisată printr'o secreținne muco-purulentă — resultat al distrugereĭ degenerescenței celulelor embrionare: *endometrita purulentă*. Iar când în fine, vom avea predominența de fongositățĭ vasculare, atunci endometrita va avea caracterul emoragic, resultând din ruperea vaselor friabile din carĭ dînsele se compun: *endometrita emoragică*. Maĭ mult, în acéstă din urmă formă producêndu-se o estravasare maĭ abondentă de sânge, dînsul infiltrându-se sub stratul superficial al mucóseĭ, acésta se póte deslipi în lambourĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin marĭ; ea ne dă o formă particulară de endometrită numită *exfoliativă* saŭ *dismenorce membranósă*, caracterisată tocmaĭ prin eliminarea de porțiunĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin marĭ de mucósă uterină.

II. *Endometrita cronică glandulară.*

Glandele corpuluĭ uterin sunt glande în tubĭ drepți; către partea lor profundă însă îșĭ pierd direcțiunea rectilină și devin maĭ tortuóse și spiroide.

Deschiderea acestor glande se face pe suprafața mucóseĭ în mod perpendicular, saŭ puțin oblic, printr'un orificiŭ întru cât-va lățit. Fundul lor ușor umflat, une-orĭ bifid saŭ trifid, stă pe stratul muscular al uteruluĭ, iar câte odată îșĭ crează chiar lojĭ printre fibrele musculare. Fața internă a acestor tubĭ glandularĭ e căptușită de celule epiteliale prismatice, avênd la estremitatea liberă un platoŭ, provĕdut de cilĭ vibratilĭ, ce se mișcă de la fundul glandeĭ către orificiul de deschidere.

Leziunile în endometrita cronică glandulară.

Studiul acesta aparține în totul școleĭ germane și în special luĭ Martin și Ruge din Berlin.

Dar maĭ cu deosebire Ruge, prin cercetările sale microscopice, pe lângă adaosul de cunoștințe noĭ asupra chestiuneĭ, a

dat nascere la nisce discuțiuni fórte vii. Este vorba de posibilitatea transformăreĭ inflamațiuneĭ cronice în produs neoplasic, în specie în cancer. Iată cum stă lucrul.

Ruge a arătat că glandele uteruluĭ coprinse de inflamație cronică, presintă douĕ feluri de alterațiuni: una care constă în crescerea de volum, și alta în crescerea de numĕr; cu alte cuvinte avem *ipertrofie* și *iperplasie glandulară*. Ipertrofia se póte presenta sub douĕ forme: parțială și generală. Cea parțială constă în aceia că tubul glandular se dilată din distanță în distanță, luând aspectul moniliform. Aceste dilatațiuni presintă la suprafața mucóseĭ nisce ridicături lineare, papiliforme, representând figuri dentelate saŭ ca dinții de ferestrăŭ. In ipertrofia generală, crescerea de volum se face în tótă lungimea și lărgimea glandeĭ. Din acésta resultă că tubul glandular în totalitatea sa, ia forma unuĭ burghiŭ, unuĭ șurp, unuĭ *tire-bouchon*.

Dacă asupra ipertrofieĭ glandulare toți autorii sunt de acord și o primesc fără contest, nu e tot ast-fel pentru iperplasie; aci obiecțiunile sunt multiple și serióse. Acéstă iperplasie saŭ crescere numerică a glandelor se face dupĕ Schroeder în treĭ moduri: saŭ că glandele primitive aŭ dat loc la glande nouĭ—printr'o desvoltare laterală escesivă; saŭ că celulele epiteliale de la suprafața glandelor se multiplică și formézĕ nouĭ glande—străbătând în interiorul mucóseĭ; saŭ în fine că la baza mucóseĭ, proliferațiuni glandulare străbat până saŭ chiar în tunica musculară a uteruluĭ.

Sunt autori și în special Delbet, care cu drept cuvênt combate fenomenul iperplasic al glandelor, basându-se pe un raționament fórte solid. Drept vorbind, ḑice autorul, e fórte greŭ a constata acéstă crescere numerică a glandelor. E adevĕrat că în unele forme de metrită, proliferațiunea glandelor e așa de mare, că fundurile de sac sunt lipite unele cu altele și fără nicĭ o interposiție de țesut conjunctiv. Din momentul însă ce glandele se măresc în lungime și lărgime, ele devin helicine, flexuóse, întortochiate, etc., ast-fel că aceiași secțiune microscopică póte să întâlnéscă de maĭ multe orĭ aceiași glandă, și să ne facă a crede la o crescere de numĕr, ceia ce în realitate nu există. De sigur la vederea unor secțiuni transversale, e imposibil a evita impresiunea că glandele sunt maĭ numeróse ca pe o mucósă normală. Dar cum putem afirma că acestea nu sunt îndoituri saŭ ramuri, grefate pe glandele primitive? Pentru a se demonstra că în adevĕr e vorba de noĭ invaginațiuni glandulare, ar trebui să se arate pe secțiuni exact

perpendiculare la suprafața mucóseĭ, că fie-care din fundurile lor de sac se deschid separat printr'un anume orificiŭ. Dar nicĭ o dată, ḑice Delbet, n'am vĕzut o secțiune unde acest lucru să fi fost clar; așa că e maĭ ușor a crede că vedem rămurĭ de tubĭ glandularĭ de cât glande nouĭ.

Noĭ nu putem lua parte la asemenea discuțiunĭ, fiind de domeniul istologieĭ și interpretărilor de vederĭ microscopice. Trecem decĭ la a doua chestiune.

Daca s'ar admite iperplasia glandulară, atuncĭ numaĭ e vorba de o endometrită, ci de un adenom. Dar cine ḑice adenom ḑice în acelașĭ timp cancer saŭ epiteliom.

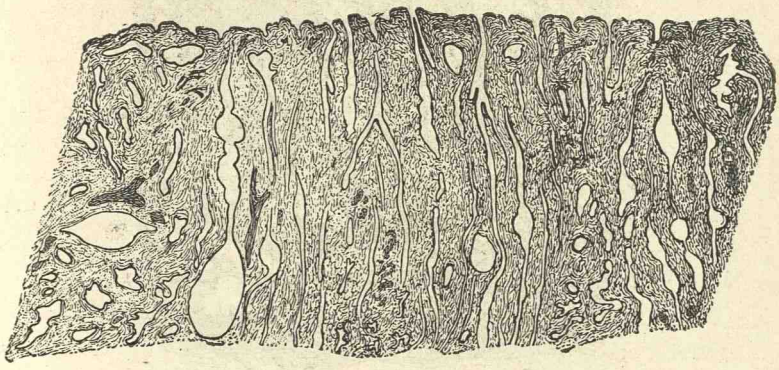


Fig. 35. Endometrită fongósă dominantă; la stânga endometrită glandulară; la drépta endometrită intersticială.

(După C. Ruge).

Nu intru maĭ mult în acéstă chestiune de patologie generală, căcĭ se găsesce pe larg tratată în al II-lea volum al meŭ la capitolul Tumorĭ [1]). Acolo am expus credințele personale, și am susținut că o inflamație cronică póte da nascere la un epiteliom. Cornil, bazat pe faptul că celulele late așezate între învelișul epitelial al glandeĭ și stratul de țesut conjunctiv periglandular, sunt tot-d'a-una conservate orĭ-care ar fi schimbarea de aspect al metriteĭ glandulare, nu admite transformarea acesteia în cancer. Pentru noĭ însă, cancerul representând o desvoltare exagerată de celule epiteliale — fie într'un loc obicĭnuit, dar maĭ ales aiurea — nu res-

[1]) Vol. II pag. 57—162.

pingem posibilitatea transformăreĭ metriteĭ cronice în acest neoplasm, dându-se după cum am arătat că, atât epiteliul glandular cât și însuși glandele se pot desvolta în porțiuni depărtate ale uteruluĭ. De alt-fel însuși Ruge admite un neoplasm (în specie adenom) benign saŭ malign, după cum iperplasia glandulară e limitată într'o mică porțiune a mucóseĭ, saŭ că acésta e copleșită într'un mod total și difus.

Dar atuncĭ, fiind vorba de o simplă apreciere, principiul rămâne, adică transformarea metriteĭ cronice glandulare în adenom; dar de aci până la epiteliom nu e de cât un pas. În fig. 35 și 36

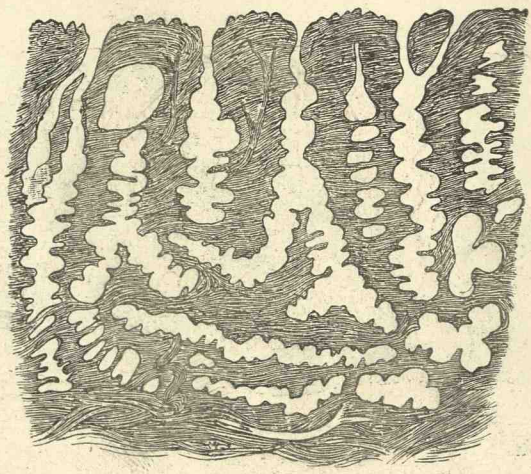


Fig. 35. Endometrită glandulară.

(După C. Ruge).

luate din Martin se vĕd modele de endometrite glandulare și fongóse.

III. *Endometrita cronică interstițială.*

Acésta e caracterisată prin participarea la procesul inflamator a țesutuluĭ conjunctiv, care formézĕ stroma saŭ scheletul stratuluĭ profund al mucóseĭ uterine, numit chorion saŭ derm. Am arătat elementele constitutive ale acestuĭ țesut când am studiat mucósa uterină; decĭ numaĭ revenim.

Când inflamația se stabilește în acest țesut, observăm o

creștere fórte mare atât a celulelor cât și fibrelor conjunctive. In adevĕr, celulele din micĭ și rotunde devin enorme, luând câte o dată aspectul de elemente fusiforme. Fășiile conjunctive intră și ele într'o proliferare considerabilă, putându-se transforma în țesut conjunctiv adult, în adevĕrate tracturĭ fibróse rigide și inextensibile. Procesul de infiltrație póte să fie circumscris saŭ difus ca în or ce sclerosă, dîndu-ne aceleași două forme de *endometrite intersticială parțială, saŭ generală*. In urma desvoltăreĭ acestuĭ țesut, glandele sunt depărtate și comprimate; de aci resultă

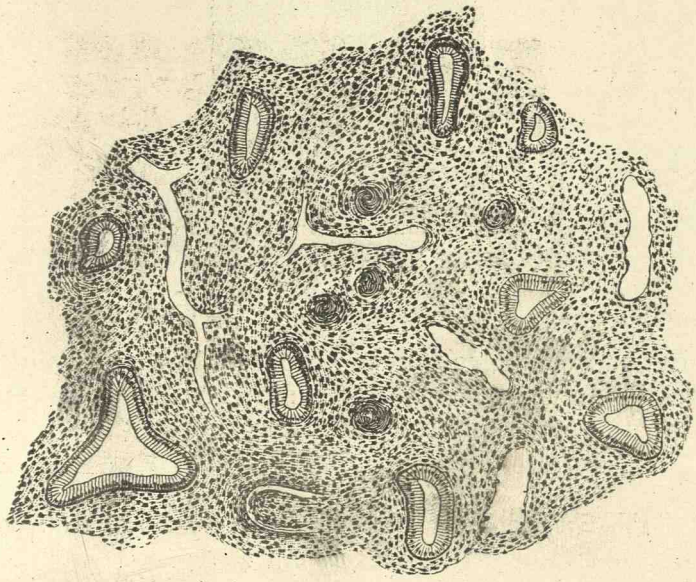


Fig. 37. Secțiune transversală în endometrita intersticială.

că la o secțiune microscopică ele par a fi mult maĭ rarĭ ca în starea normală; avem ca manifestație clinică, absență de leucoree. Când sclerosarea țesutuluĭ conjunctiv e impinsă la maximum, atuncĭ nu numaĭ glandele dar și mucósa uterină se atrofiază, și póte chiar să dispară pe alocurea. Acésta se observă maĭ ales la femeile bĕtrîne, și constitue o formă aparte numită de Klob și Heitzmann *endometrită atrofică*, iar de alțiĭ *psoriatică*. Se întâmplă însă că fășiile țesutuluĭ conjunctiv, în loc de a se iperplasia, din contra se retractă. Atuncĭ lumina tubuluĭ glandular se va

mări, iar la suprafața mucóseĭ vom observa tot atâtea ridicăturĭ mamelonate, representând orificiile glandelor dilatate, carĭ în casul acesta vor secreta cu abondență. Din acéstă causă, saŭ când țesutul conjunctiv și glandele se desvoltă în aceiași proporție, vom avea presența de leucoree în acéstă formă, constituind un tip aparte numit *endometrită interstițială cronică intermediară saŭ mixtă*. Vasele sangiune însă în or ce cas devin fórte friabile;

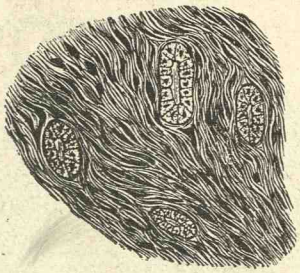


Fig. 38. Endometrita interstițială cronică.
(După Schroeder).

decĭ ca consecință vom avea emoragiĭ frecuente, une-orĭ chiar incoercibile. In fig. 37 și 38 luate din Martin avem modele de endometrită cronică interstițială.

IV. *Endometita cronică parenchimatósă saŭ metrita cronică propriŭ zisă.*

Țesutul propriŭ al uteruluĭ este format în esența luĭ din fibre musculare netede, dispuse în mod inextricabil. Ele sunt separate prin fășiĭ subțirĭ de țesut conjunctiv, care-ĭ formézĕ stroma. Aci șerpuesc vase sanguine, fórte multe vase limfatice și nervĭ.

Repetăm și cu acéstă ocasie că, inflamațiunĭ separate a părților constitutive ale uteruluĭ sunt rarĭ. Maĭ tot-d'a-una se observă stărĭ intermediare, adică forme unde douĕ saŭ maĭ multe din aceste elemente sunt de o dată coprinse de inflamațiune. Și dacă lucrul este adevĕrat pentru endometrita mucósă glandulară și interstițială, a fortiori el va fi pentru inflamația țesutuluĭ propriŭ al uteruluĭ, adică pentru metrita cronică. Cu alte cuvinte,

precum endometrita mucósă e în acelaşĭ timp şi glandulară orĭ intersticială, tot astfel şi metrita cronică parenchimatósă are ca adjuvant pe cea internă, cu tóte formele sale de trecere.

Dar nu este acéstă chestiune care a preocupat pe autorĭ. Faptul principal e de a se sci căruĭ element trebue atribuit fenomenul de crescere de volum al uteruluĭ. In adevĕr, semnul patognomonic al uneĭ metrite cronice parenchimatóse, este ipertrofia uteruluĭ în intregimea sa. Şi de óre-ce elementul nobil şi principal al uteruluĭ e representat prin fibrele musculare netede, s'ar putea crede că ipertrofia sa e datorită tocmaĭ creşcereĭ de volum a acestor fibre. Fisiologia însă şi principiile de patologie generală nu admit o ipertrofie a unuĭ organ, de cât atunci când funcţiunea luĭ se măresce, adică când el e silit a lucra maĭ mult de cât e prescris în starea normală. Cordul se ipertrofiază, când e silit, în urma unor obstacole, să desvolte o forţă în plus pentru a învinge. La un individ cu stricturĭ uretrale, băşica udului se ipertrofiază, din pricină că acest organ e silit a efectua contracţiunĭ maĭ violente pentru emisiunea urineĭ. In sfîrşit muschiĭ braţuluĭ săŭ gambeĭ devin şi eĭ maĭ voluminoşĭ, când îĭ supunem la un exerciţiŭ proporţionat, dar în orĭ-ce cas maĭ mare ca cel normal.

In tóte aceste casurĭ se constată o ipertrofie a organuluĭ, datorită în adevĕr uneĭ crescere de volum a fibrelor sale musculare

In uter, a căruĭ parte constitutivă e formată de ţesut muscular, observăm întocmaĭ aceleaşĭ fenomene ca maĭ sus, atunci când el e obligat a lucra maĭ mult ca în starea fisiologică. In timpul graviditaţeĭ, de la începutul sĕŭ şi până la sfîrşit, uterul cresce continuă de volum. Acéstă crescere e datorită în mod palpabil uneĭ ipertrofiĭ ale fibrelor sale musculare.

Dar în metrita cronică, aceleaşĭ fenomene se produc? Când vom studia etiologia, vom vedea că una din causele metritelor cronice e subinvoluţia uterină. Aci putem admite că volumul maĭ mare al uteruluĭ e datorit fibrelor musculare iperplasiate în timpul graviditaţeĭ, şi rĕmase neresorbite.

Dar pentru moment nu e vorba de aceste casurĭ, ci de efectul inflamaţiuneĭ în afară de puerperalitate.

Să vedem deci căruĭ fenomen se atribue ipertofia uteruluĭ, în metrita cronică propriŭ zisă.

Autorĭĭ diferă în acéstă privinţă.

Unĭĭ, ca Foerster, admit că tóte elementele iaŭ parte la ipertrofia uteruluĭ bolnav. Finn susţine că numaĭ elementul muscular

se iperplasiară, iar Virchow numesce metrita parenchimatósă, o iperplasie a țesutuluĭ fibro-muscular uterin. El consideră acéstă bólă că și un neoplasm, puind-o în aceeași linie cu fibro-miómele.

Astă-dĭ se admite maĭ de toțĭ opiniunea lui Rokitansky și Kiwich: că ipertrofia uteruluĭ se datorește esclusiv uneĭ proliferărĭ a țesutuluĭ conjunctiv. Istologia a arătat în adevĕr că uterul posedă, între elementele sale musculare, fășiĭ fórte fine și delicate de țesut conjunctiv, provĕdut cu celule micĭ caracteristice.

Când dar o iritațiune saŭ proces inflamator copleșesce acest țesut, fenomenele ce se vor produce în uter vor fi în totul analóge cu acelea din ficat, rinichiŭ, etc. adică, la început apare o crescere de volum a organuluĭ, iar maĭ târziŭ o atrofie și indurațiune. Cu alte cuvinte vom observa și în metrite, acelaș lucru ca și în cirosă saŭ sclerosă. De aceea Noegerrath numesce metrita o ipertofie intersticială difusă; iar alțiĭ d'a dreptul sclerosa uteruluĭ. Galard în lecțiunile sale clinice, pentru a da probă că în metrita parenchimatósă fibrele musculare nu iaŭ parte la ipertrofie, a arătat că dînsele departe de a fi crescute de volum, din contra sunt maĭ palide și chiar cu totul dispărute. Sinety, care s'a ocupat fórte mult și a făcut studiĭ speciale în acéstă privință, susține că în metrita cronică parenchimatósă, leziunile constaŭ pe de oparte într'o dilatare considerabilă a spațiurilor limfatice, iar pe de alta într'o iperplasie și sclerosă localisată a țesutuluĭ conjunctiv circumvascular.

Macroscropicesce se deosebesc douĕ perióde în metrita cronică: una de *infiltrațiune* și *alta de indurațiune.*

Perióda de infiltrațiune e caracterisată printr'o crescere de volum destul de simțitóre a organuluĭ. Acéstă crescere de și în majoritatea casurilor e moderată — neatingând de cât escepțional mărimea unuĭ pumn — alte dățĭ însă devine colosală. Ast-fel Veit citat de Schroeder, a descris un cas unde fundul uteruluĭ întrecea ombilicul aprópe cu douĕ police, pe când partea vaginală a colului se găsea așa de jos că a trebuit să se aplice un pesar.

Aceste casurĭ, dice Sinety, trebuesc considerate ca așa de extra-ordinare, în cât în absența unuĭ examen istologic complect, nu trebuesc admise de cât cu cea maĭ mare reservă.

Uterul în acéstă perióda presintă o ipertrofie aprópe regulată. Țesutul sĕŭ este móle și plin de sucurĭ plastice. El are o colorațiune roșietică, și tot parenchimul sĕŭ este ramolit și imbuibat de sânge, ce se póte scurge în cantități considerabile, în momentul când secționăm uterul. Forma acésta corespunde cu

aceia ce autorii numiau altă dată *congestiune sanguină*, *angorjament uterin* sau după Scanzzoni *stasă venósă*.

In acéstă perióda tóte vasele sanguine sunt dilatate și pline de sânge. In intimitatea țesutului uterin ca și împrejurul vaselor, se află o cantitate enormă de celule embrionare și fășii conjunctive. Caracteristica însă este că, aceste elemente n'au atins încă starea adultă. De aceia ele fiind capabile a se resorbi, pot consecutiv să producă o regresiune sau disparițiune a bóleĭ, fapt ce nu maĭ e posibil în a doua perióda.

Perióda de indurațiune sau de sclerosă a uterului. Acésta este caracterisată macroscopicesce printr'o tărie fórte pronunțată a uteruluĭ; ea póte merge până a lua consistența lemnósă sau cartilaginósă. In acéstă formă uterul de și indurat, póte însă fi ipertrofiat sau atrofiat, după sensul în care se desvoltă țesutul conjunctiv. In adevĕr, dacă țesutul conjunctiv se depune în cantități maĭ marĭ către exterior atunci vom avea o îngroșare destul de simțitóre a organuluĭ în acéstă direcțiune. Acésta constitue *ipertrofia extrinsecă* a uteruluĭ. Dînsa se însoțesce de o lărgime tot atât de mare a cavitățeĭ sale. Când din contra ipertrofia se dirijéză către interior, atunci îngroșarea pereților se face spre cavitatea uteruluĭ, care póte fi diminuată sau chiar ștersă. Acésta este *ipertrofia intrinsecă*.

S'a constatat că în general, ipertrofia uterină în metrita cronică, se găsesce de preferință acolo unde obstacolele sunt maĭ micĭ pentru desvoltarea țesutuluĭ conjunctiv. De aceia acéstă ipertrofie se observă maĭ des către cavitatea uteruluĭ, unde există un spațiŭ relativ. Dar maĭ ales porțiunea vaginală a coluluĭ, este sediul de predilecțiune al ipertrofieĭ, căcĭ aci obstacolele sunt reduse aprópe la zero. Din contra, dînsa se desvoltă maĭ greŭ pe fundul uteruluĭ, din causa aderențeĭ peritoneuluĭ, a presențeĭ celor-l'alte organe și în special a presiuneĭ intra-abdominale, carĭ tóte împreună represintă atâția agenți de resistență la progresiunea țesutuluĭ conjunctiv. Pe lângă acésta trebue să menționăm că, sclerosa uterină póte să ocupe teritorĭi limitate ale organuluĭ. Ast-fel când colul vaginal e copleșit, în loc ca dînsul să fie ipertrofiat în mod egal, procesul se mărginesce numaĭ la una din buze, care se măresce și se lungesce luând întocmaĭ aspectul uneĭ trompe. De aci și numele de col *tapiroid*, prin asemănarea ce are cu buza unuĭ animal numit tapir. Alte dațĭ ipertrofia ocupă exclusiv porțiunea supra-vaginală a coluluĭ. Une-orĭ numaĭ corpul uteruluĭ e atins, tóte cele-l'alte segmente rĕmâind intacte.

Dar și aci fenomene nu mai puțin importante se produc. In adevĕr, ipertrofia în loc de a fi generală și difusă, dînsa ocupă ca mai sus, porțiuni limitate, dându-ne noduli unici saŭ multipliĭ și de mărimi diferite, rĕspândiți fără regulă pe părețiĭ uterini.

Eŭ am avut un cas din cele mai caracteristice de acéstă formă, unde mărturisesc am pus diagnosticul de fibrom pediculat al uteruluĭ. Făcênd laparatomia, am dat peste tumoră și am extras'o. Dînsa însă era o porțiune de uter cronic inflamată iar nu un adevĕrat fibro-miom. In restul organuluĭ am constatat mai mulți alți noduli cartilaginoși, ceia ce a confirmat și mai mult existența metriteĭ cronice parțială și multiplă.

Cap. V. Endometrita gâtuluĭ uterin.

In gâtul uteruluĭ găsim aceleași elemente ca și în corpul uteruluĭ, însă dispuse în mod diferit. Acest lucru nu constitue numaĭ un interes anatomic, dar și un interes clinic din cele mai importante.

Faptul cel mai principal constă în dispositiunea fibrelor musculare. Pe linia mediană a fie-careĭ buze a coluluĭ există o ridicătură musculară longitudinală, în tocmai ca o créstă de cocoș. Din ambele părți a acesteĭ ridicături plécă o mulțime de ramurĭ iarăși musculare, semănând în tocmai cu nervurele uneĭ frunze. Totalitatea acestor fibre musculare pórtă numele de *arborele vieței* (arbor vitae). Fste de observat că nervurele buzeĭ superióre, nu se aplică direct pe acelea ale buzeĭ inferióre. Ele se îmbucă între dînsele, intrând fie-care în spațiul liber a celor opuse. De aci resultă că în starea normală, orificiul coluluĭ rĕmâne închis în mod destul de complect, prin dispositiunea acestuĭ arbore al vieței.

Mucósa coluluĭ urméză în mod exact aceste ridicături și adâncături constituite de arborele vieței. Prin urmare dînsa, în loc de a avea o suprafață netedă ca aceia a corpuluĭ, este cu totul inegală și anfractuósă, din causa ridicăturilor arborescente musculare. Pe lângă acésta, mucósa gâtuluĭ uterin maĭ diferă și prin constituțiunea sa. In adevĕr, epiteliul de și aparține tipuluĭ cilindric ciliat, însă acești cilĭ sunt mult maĭ lungĭ pe suprafața exterióră; și cu cât mucósa strĕbate maĭ mult între anfractuositățile arboreluĭ vieței, cu atât starea de epiteliŭ vibratil trece în stare de epiteliŭ caliciform. In sus către istm, epiteliul cilindric se continuă pe nesimțite cu acela al corpuluĭ uterin, pe câtă

vreme în jos își pierde caracterul, luând pe acela pavimentos stratificat și confundându-se cu cel al vaginului. Accentuăm fenomenul acesta, căci dînsul jócă un rol fórte important în explicarea ulcerațiunilor colului, asupra cărora vom reveni.

Chorionul mucóseĭ diferă, la rîndul sĕŭ, de al uterului. El este maĭ sărac în elemente celulare și maĭ bogat în țesut conjunctiv adult, precum și în fibre elastice.

Glandele sunt enorm de numeróse, trecênd peste cifra de 10.000, după Schmidt. Ele aŭ acest lucru de particular, că maĭ tóte, în loc de a fi simple adică în tubĭ drepți, din contra sunt compuse, presentând o dispositiune numită în grapă. Suprafața lor internă e căptușită de celule caliciforme, ceia-ce face a da nascere uneĭ secreținnĭ mucóse de o vîscositate colosală. Grație acesteĭ ultime proprietăți, mucositățile colului nu se deslipesc de cât cu cea maĭ mare greutate, în opositiune cu secreținnea mucóseĭ corpului, care e mult maĭ fluidă. Acest lucru a atras încă de mult atențiunea autorilor, și în special a luĭ Aran. Dînsul basat numaĭ pe acest caracter, a stabilit semnul patognomonic ce se păstréză și azĭ, în diagnosticul diferențial între o metrită a colului de aceia a corpului. Acestea sunt glandele, al căror conduct escretor astupându-se, se transformă în micĭ vesicule saŭ kiștĭ. Dînșiĭ aŭ fost luați de Nabod drept ovulĭ, pentru care și adĭ sunt cunoscuți sub numele de *ouĕle luĭ Nabod.*

Leziunile anatomice în inflamațiunile cronice ale gâtuluĭ uterin sunt identice, și aŭ aceleași forme ca și ale corpului. Cu tóte acestea aci ni se presintă óre-carĭ particularități, asupra cărora trebue să insistăm. In prima linie e de notat ca inflamațiunile intersticiale și parenchimatóse sunt mult maĭ frequente de cât în corpul uterului. De aceea observăm mult maĭ des în aceste *cervicite*, ipertrofiĭ ale gâtuluĭ fie difuse saŭ circumscrite, atingând câte o dată mărimĭ colosale. Contra acestor ipertrofiĭ vaginale saŭ supra-vaginale, Huguier este cel întâiŭ care a atras atențiunea dând bóleĭ numele sĕŭ, și instituind în același timp și un procedeŭ propriŭ de tratament.

Leziunile microscopice ale parenchimuluĭ gâtuluĭ uterin ne oferă douĕ stadiurĭ. La început fibrele musculare sunt micșorate saŭ dispărute, iar țesutul conjunctiv ia un aspect mucos. (Wyder, Olshausen). Vasele limfatice rĕmân dilatate, pe când arterele se scleroséză. De aci acele gâturĭ maĭ întâiŭ moĭ, sângerânde iar apoĭ fibroide și tarĭ (Legueu). Maĭ târziŭ, tunica musculară ca și țesutul conjunctiv împreună cu părețiĭ vascularĭ

intră într'o adevărată ipertrofie și iperplasie. De aci resultă după Martin acea ipertrofie a porțiuneĭ supra vaginale a coluluĭ, ce mai tot-d'a-una o însoțesc metritele cronice.

Personal, fórte adesea am găsit acest lucru în timpul laparatomieĭ făcută contra anexitelor. De și rar, se póte însă ca aceste elemente ipertrofiate, în special țesutul conjunctiv, să capete o putere retractilă inodulară. In acest cas buzele coluluĭ devin de o tărie cartilaginósă. Dar lucrul se observă mai mult la femeile bătrîne atinse de metrită cronică.

Când inflamațiunea se stabilesce numaĭ în mucósă, constitue ceea-ce Germaniĭ numesc *cervicită*. Atunciĭ observăm o tendință iresistibilă a acesteĭ mucóse de a face ernie, de a ieși afară din orificiul extern. Dînsa póte trece peste limitele normale; une orĭ acopere buzele coluluĭ, iar câte odată chiar fundurile de sac ale vaginuluĭ. Fenomenul acesta constitue ceea-ce Germaniĭ numesc *eversio labiorum*. Acéstă mucósă ast-fel ipertrofiată și erniată, devine fórte ușor sângerândă în timpul coituluĭ, saŭ uneĭ explorațiunĭ, ceea-ce s'ar putea impune drept un neoplasm. Contra acesteĭ stărĭ de lucrurĭ, care se produce cu atât maĭ ușor cu cât prealabil există rupturĭ ale coluluĭ, Emmet a desvoltat o teorie și sagacitate de spirit, instituind un tratament special, care pórtă numele de operațiunea luĭ Emmet.

In fine când glandele coluluĭ sunt în particular afectate de inflamație, constitue *cervicita glandulară* saŭ *catarul cronic*. Aci observăm o tendință extremă la formațiunea de kiștĭ, grație obliteraținneĭ canaluluĭ excretor. Am zis că acești kiștĭ pórtă numele de *ouĕle luĭ Nabod*. Când kiștĭ sunt prea numeroși și prea desvoltațĭ, dînșiĭ se infiltréză în tótă substanța coluluĭ și formézĕ ceea-ce se numește *degenerescență kistică a gâtuluĭ uterin*.

Câte o dată leziunea constă în simple foliculite așa de numeróse, în cât transformă întregul col într'un corp ciuruit de micĭ ridicăturĭ nu maĭ marĭ ca bóbele de meiŭ saŭ alice de plumb. Alte dățĭ însă constitue adevărațĭ kiștĭ de la unul până la maĭ mulțĭ c. m., de diametru. Eĭ aŭ un conținut mucos, tot-d'a-una gros, dar clar și transparent; alte dățĭ acest conținut e de o culóre închisă, iar prin excepțiune galben verdŭiŭ.

In casul când kiștiĭ capătă o lungime prea mare și ies din orificiul coluluĭ, pórtă numele de *polipĭ glandularĭ*.

Ipertrofia acestor glande aducând o compresiune asupra țesuturilor vecine, provócă durerĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin pronunțate. Aceste durerĭ devin manifeste maĭ ales când în urma

ipertrofieĭ se stabilesce o stenosă, adică o strîmtorare saŭ chiar astupare a orificiuluĭ extern. In acest cas, înapoiul obstacoluluĭ se produce o stagnațiune de liquid. In fig. 39 făcută de D-nu Dr. Tatușescu dintr'o piesă unde am practicat operațiunea luĭ Schroeder, se pot vedea diferitele leziunĭ în metrita cronică cervicală parenchimatósă.

Cap. VI. Ulcerațiunile gâtuluĭ uterin

Chestiunea cea maĭ principală în leziunile gâtuluĭ uterin și care a dat nascere la atâtea discuțiunĭ și teoriĭ, este fără îndoială aceia relativă la ulcerațiunile mucóseĭ sale.

Când speculul s'a introdus ca mijloc de explorațiune a organelor genitale externe, nu s'a întârziat a se constata aceste leziunĭ, așezate pe buzele și orificiul extern al gâtuluĭ uterin. Și cel întâiŭ autor, care le-a dat o importanță escesivă, considerându-le ca o entitate morbidă și chiar ca o causă principală a endometritelor, a fost *Lisfranc* și întréga sa școlă. Dînsul susținea că, pentru vindecarea metritelor, trebuiaŭ tratate ulcerațiunile coluluĭ.

Recamier considera aceste ulcerațiunĭ ca resultat al cădereĭ saŭ prolabareĭ uteruluĭ, orĭ a diferitelor infecțiunĭ uterine pe gât. Maĭ târdiŭ Gosselin, iar după el Valex și Aran, aŭ arătat și susținut că aceste ulcerațiunĭ nu sunt de cât leziunĭ secundare, și anume efectul metriteĭ cronice. Dînsa, prin liquidele iritante ce secretă și depune pe mucósă, produce consecutiv aceste ulcerațiunĭ pe col.

Este incontestabil, că există pe gâtul uteruluĭ adevĕrate ulcerațiunĭ datorite unor agenți specificĭ. Ele daŭ nascere ulcerațiunilor șancróse, erpetice, canceróse, etc., etc. Dar pentru moment nu e vorba de ele, ci de acelea carĭ nu recunosc absolut niciŭ causă specifică, fiind decĭ cu totul idiopatice. E vorba cu alte cuvinte de ulcerațiunile ce se observă concomitent cu presența inflamațiunilor cronice fie ale uteruluĭ, fie ale gâtuluĭ sĕŭ. Aci stă tótă discuțiunea și aci s'aŭ emis atâtea ideĭ și teoriĭ, pe carĭ le vom resuma în câte-va cuvinte. Treĭ teoriĭ s'aŭ admis în acéstă privință:

I. **Teoria erosiuneĭ incomplecte a corpuluĭ mucos al luĭ Malpighi.**

II. **Teoria ectropionuluĭ mucóseĭ cervicale.**

III. **Teoria de anomalie congenitală.**

Prima teorie e representată prin Ruge și Veit. Acești autorĭ aŭ arătat că aci nu e câtuși de puțin vorba de adevĕrate ulce-

rațiuni, ci pur și simplu de o erosiune saŭ despoiere a stratuluĭ de înveliș al papilelor. Dînșiĭ aŭ arătat prin microscop că, ceia-ce părea la ochiul liber ulcerație, nu era de cât iluziune, căcĭ acea suprafață era constituită de papilele dermuluĭ. Stratul celulelor epiteliale pavimentóse și stratificate, ce acopere aceste papile în starea normală, pot în urma unor circumstanțe să se deslipéscă și consecutiv să cadă, fie prin erosiune saŭ macerațiune; ele pun ast-fel în evidență papilele rĕmase góle, saŭ cel mult acoperite numaĭ de ultimul strat profund, compus din celule cilindrice, ce capătă o lungime și iregularitate particulară. Dar de aci resultă nisce suprafețe cu aspect luciŭ translucid, carĭ însă nu pot fi considerate de cât ca pseudo-ulcerațiunĭ.

Acéstă teorie este în general admisă de toțĭ, cu escepțiune de Doederlein. El susține că vîrful papileĭ póte să presinte în adevĕr o suprafață ulcerată punctiformă; baza papileĭ însă rĕmâne acoperită cu celule cilindrice.

A doua teorie — *ectropionul mucóseĭ* e representată prin Schmith și Roser. Dînsa iarăși pare a fi destul de logică. Aceștĭ autorĭ susțin că în urma uneĭ inflamațiunĭ cronice (cervicita internă), mucósa are multă tendință a face ernie prin orificiul coluluĭ, constituind ceia-ce se numesce un ectropion. Ajunsă aci, e lesne de admis, cum consecutiv dînsa se póte altera și să dea nascere la adevĕrate exulcerațiunĭ. Alterațiunea ar consta în aceia că epiteliul cilindric al mucóseĭ ectropiate 'și perde caracterile; el deveni încetul cu încetul pavimentos și ia cu totul caracterele mucóseĭ externe a buzelor coluluĭ. In asemenea situație, acest epiteliu cilindric ușor se póte ulcera ca și acela al vaginuluĭ. Fenomenul acesta de transformațiune a maĭ fost numit *epidermisațiunea ectropionuluĭ*.

Teoria acésta are multe puncte maĭ superióre ca cea d'întâiŭ. Maĭ întâiŭ ea ne explică presența kiștilor glandularĭ cunoscuțĭ sub numele de ouĕle luĭ Nabod ce maĭ tot-d'a-una însoțesc ulcerațiunile. Aceste glande găsindu-se în mucósa ectropiată, e destul obliterațiunea conductuluĭ lor pentru a se transforma în kiștĭ. In prima teorie, existența unor asemenea kiștĭ rĕmâne inexplicabilă.

Este adevĕrat că Ruge și Veit atribue formațiunea kiștilor ca provenind din invaginațiunea în profundime a celulelor cilindrice ale papilelor. Aceste celule fiind maĭ vivace, ar fi capabile să producă noui glande, carĭ la rîndul lor obliterându-se, ar explica ouĕle luĭ Nabod. Acésta însă, orĭ-ce s'ar dice, e o explicațiune maĭ

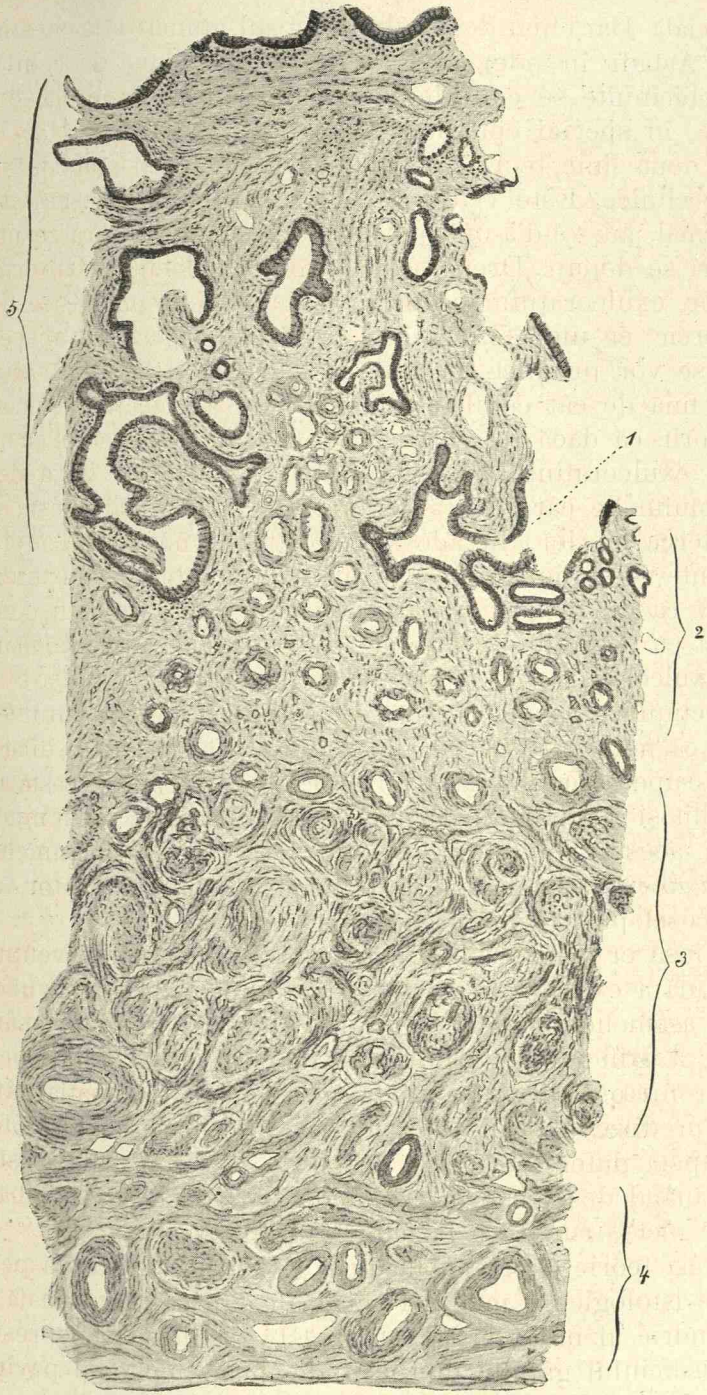


Fig. 39. 1. Glandă a gâtului uterin. 2. Stratul muscular intern 3. Stratul muscular mijlociu sau plexiform. 4. Stratul muscular extern. 5. Stratul mucos glandular. Imediat sub stratul de celule glandulare se găsesce o infiltrație abondenta de celule embrionare rotunde și mici. Spațiul dintre tubii glandulari e ocupat de un țesut în care predomină elementele conjunctive iar fibrele musculare sunt respândite în mod discret. Vasele sunt fórte numeróse și pereții vasculari îngroșați.
(Dr. Tatușescu personală).

mult artificială. Dar chiar de am admite lucrul, atunci o altă chestiune se ridică. Astădi în adevĕr o asemenea invasiune de celule în locurĭ neobicinuite se consideră, după patalogia generală, drept neoplasme, în special epitelióme.

In a doua linie, teoria ectropionuluĭ este iarăşĭ maĭ conformă cu faptele clinice. Este vĕdit, în adevĕr, că liquidele escretate în mod anormal, aŭ tot-d'a-una proprietate iritantă asupra ţesuturilor pe carĭ se depun. Drept probă avem fenomenul de intertrigo al cópselor, exulceraţiunĭ pe perineŭ, etc., determinate de liquidul leucoreic ce umectéză aceste regiunĭ; a fortiori, nisce ulceraţiunĭ se vor produce pe mucósa ectropiată a coluluĭ, care e mult maĭ fină de cât celulele epidermice. S'a obiectat însă contra acesteĭ teoriĭ, că dacă lucrul ar fi ast-fel, atunci ar trebui ca nisce asemenea exulceraţiunĭ să se observe maĭ des pe buza posterióră a coluluĭ de cât pe cea anterióră. Dar tocmaĭ acésta constitue puterea teorieĭ. In adevĕr, posiţiunea normală a uteruluĭ este de ante-versiune. Deci buza anterióră a coluluĭ e pe un plan maĭ decliv ca cea posterióră. Prin urmare, dînsa fiind în contact maĭ direct cu secreţiunile uterine, ea este în consecinţă maĭ expusă la exulceraţiĭ.

Obiecţiunea cea maĭ seriósă şi care încă nu s'a putut combate este că, mucósa cervicală nu póte să ernieze fără o dilaceraţiune saŭ rupere prealabilă a buzelor coluluĭ. Faptul acesta a fost bine stabilit şi susţinut de Emmet, care nu admite ernia mucóseĭ de cât în aceste condiţiunĭ. Pentru acéstă i se dă numele de *ectropion cicatricial*, respingând în totul ectropionul inflamator, adică ernia mucóseĭ prin orificiul gâtuluĭ rĕmas intact.

Noĭ însă credem că lucrul e posibil şi fără intervenţiunea uneĭ rupturĭ a coluluĭ. In adevĕr, nu tóte femeile ce aŭ avut copiĭ posedă o asemenea rupere a gâtuluĭ uterin; dar tóte rĕmân cu o lărgime a orificiuluĭ uterin. De aci condiţiunĭ favorabile pentru metrita cronică. Şi dacă la acésta adăogăm că inflamaţia gâtuluĭ atacă de predilecţie ţesutul conjunctiv intermuscular, ce póte cu timpul căpĕta putere retractilă, lesne ne explicăm cum acest orificiŭ rĕmânând deschis, prin el mucósa va ernia, fără să aibă trebuinţă de nicĭ o rupere a buzelor gâtuluĭ uterin.

A treia teorie representată prin Fischel, este bazată pe cunoscinţele istologice a mucóseĭ cervicale. In starea normală, epiteliul cilindric al mucóseĭ ca şi însăşĭ glandele, se opresc în dreptul orificiuluĭ gâtuluĭ uterin, unde începe epiteliul pavimentos al vaginuluĭ. Dar Fischel tocmaĭ acest lucru a arătat, că în-

tr'o mulțime de casuri fenomenul nu se produce, așa că suprafața vaginală a gâtului uterin rămâne acoperită de epiteliu cilindric. Acésta constitue ceea ce dînsul numesce *anomalie congenitală, ectropion istologic, ectropion fisiologic.*

De aci un alt autor Klotz, a dedus că în asemenea casuri, pseudo-ulcerațiunea este de fapt constituită, grație frăgezimei acestor celule, ce nu aŭ aceiași resistență ca cele epiteliale pavimentóse. Acésta ne maĭ explică și observațiunile clinice, că nu tóte femeile coprinse de endometrite aŭ ulcerațiunĭ ale colului. In adevĕr, acelea carĭ posedă anomalia sus descrisă, sunt expuse la ulcerațiunĭ în urma celuĭ maĭ ușor catar; pe când altele, al căror gât uterin e bine acoperit de celule pavimentóse, nu oferă nicĭ o ulcerațiune, chiar în urma celor maĭ rebele catare uterine și de lungă durată.

După cum vedem, acéstă ultimă teorie se asémănă întru cât-va cu aceia a luĭ Ruge și Veit. Deosebirea este că în cea întâiŭ se cere o desquamare prealabilă a celulelor epiteliale, iar în cea de a doua, existența d'a dreptul a celulelor mucóseĭ în urma uneĭ stărĭ congenitale anormale. Maĭ toțĭ autoriĭ însă admit ultima teorie a luĭ Fischel, respingênd pe cele-l'alte și în special pe a luĭ Emmet.

Conclusiunea în privința acesteĭ chestiunĭ este următórea. Ulcerațiunĭ idiopatatice ale gâtuluĭ uterin consecutive catarelor uterine nu există, fără anume condițiunĭ de anomaliĭ congenitale. Tot ce se póte admite este o pseudo-ulcerațiune, datorită presenței celulelor cilindrice esplicate prin sus-citatele teoriĭ. Aceste celule cilindrice, prin colórea lor roșie și aspectul particular, se impun drept ulcerațiunĭ, pe când în realitate nu sunt decât o iluziune.

Dar or cum ar fi, aceste pseudo-ulcerațiunĭ resultate din descuamarea saŭ căderea stratuluĭ de epiteliŭ pavimentos saŭ cilindric, și care constitue erosiunea simplă în sensul cel maĭ strict al cuvîntuluĭ, póte cu timpul să dea nascere la produse patologice maĭ 'naintate, dacă vor fi neglijate saŭ în mod continuă iritate. Ast-fel papilele se pot ipertrofia, și să producă pe suprafața colului, tot atâta micĭ ridicăturĭ cu un aspect grăunțos și aspru. Și după cum elementul vascular saŭ embrionar va predomina, vom avea ușóre emoragiĭ saŭ adevĕrațĭ muguri inflamatorĭ, dându-ne ulcerațiunile fongóse, granulóse, etc., etc.

Dar pe lângă aceste ulcerațiunĭ, autoriĭ aŭ căutat a descri altele, al căror caracter e în afară de orĭ-ce discuțiune. S'a ad-

mis trei grupe de ulcerațiuni *benigne*, *specifice* și *neoplasice* saŭ *canceróse*. Intre cele benigne se susține, după unii, că pe col se pot desvolta erupțiuni diatesice, în tocmai ca și acelea ce se observă pe tegumentul extern la persónele artritice, erpetice, etc., etc.

In general nu se dă multă importanță acestor ulcerațiuni. Ele aŭ fost puse în dubiŭ de cea mai mare parte din autori. S'a susținut că pe col nu avem aceiași structură ce ne oferă pielea. Mucósa coluluĭ e lipsită de o mulțime de elemente, între carĭ glande sebacee, sudoripare, foliculĭ piloșĭ, etc., etc. In orĭ-ce cas, chiar dacă une-orĭ aceste glande se observă, ele nu oferă aceiași dispositiune ca cele cutanate.

Ulcerațiunile specifice coprind pe cele de natură scrofulósă, tuberculósă, șancrósă și sifilitică. De și acestea se întâlnesc destul de rar, se recunosc însă prin caracterele lor patognomonice ce sunt propriĭ fie-căruĭ agent. Anamnesa bolnaveĭ, starea presentă și presența de alte leziuni analóge pe diferite regiuni ale corpuluĭ, ne vor înlesni în stabilirea diagnosticuluĭ diferențial. Ulcerațiunile venerice și sifilitice primitive sunt escesiv de rarĭ, grație protecțiuneĭ ce oferă gâtuluĭ celulele pavimentóse. Am arătat că sediul de predilecțiune al acestor leziuni e pe furculiță, iar nu pe gât. Vom menționa că după avisul tutulor autorilor, șancărul primitiv infectant, când se desvoltă pe gât, are tendință iresistibilă către vindecarea spontanată și fără a lăsa nicĭ o urmă. Manifestațiunile secundare ale sifilisuluĭ pe gât represintă iarăși o escepțiune, și nu se pot bănui de cât fiind insoțite de alte manifestațiuni în alte regiuni.

Ar trebui să ne oprim asupra ultimeĭ categoriĭ, care este și cea mai importantă, adică asupra ulcerațiunilor canceróse; dar acestea le vom vedea la tumorile uterine.

Dacă am voi să ne representăm diferitele ulcerațiuni specifice ale coluluĭ, am putea fi conduși de următórele puncte: Ulcerația erpetică va fi de o culóre rosă, rotundă, superficială și isolată. Cea tuberculósă saŭ scrofulósă ni se va presenta cu micĭ însămânțărĭ împrejur, carĭ vor fi tot atâția foliculĭ tuberculoșĭ; marginele sale vor fi deslipite, iar suprafața murdară. Ulcerația sifilitică neinfectantă, de culóre cenușie, va fi superficială și cu marginele neregulate. Ulcerul sifilitic primitiv va avea o formă adâncă, crateriformă, marginele lipite, și totul așezat pe o tărie caracteristică cartilaginósă. Ulcerația cancerósă e friabilă, fongósă și fórte ușor sângerândă.

In fig. 40 și 41 se represintă modele de aceste ulcerațiĭ.

Etiologia și patogenia metritelor.

In afară de causele banale, ca acțiunea friguluĭ, oboséla, escesele de coit, epocele menstruale, traumatismele de tot felul, etc., etc., chestiunea principală este a se sci, dacă da saŭ nu, inflamațiunile uteruluĭ sunt de natură microbienă. Maĭ toțĭ autorii rĕspund prin afirmațiune. Escepțiunile însă sunt multe,

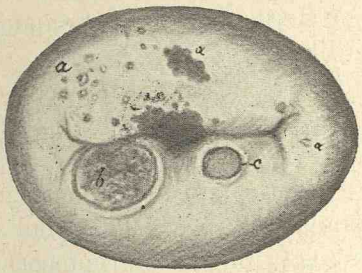


Fig. 40. *a*, *a*, *a*. Ulcerațiunĭ erpetice. *b*. Șancăr indurat. *c*. Șancăr móle.

(Personală).

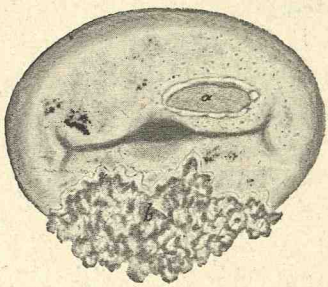


Fig. 41. *a*. Ulcer scrofulos. *b*. Ulcerație cancerósă.

(Personală).

maĭ cu sémă că pe calea inoculațiunilor nu se póte reproduce aceiașĭ bólă, chiar când microbul este descoperit.

Noĭ am insistat destul de mult la capitolul vulvitelor și vaginitelor, precum și la începutul acesteĭ lucrărĭ, în cât e de prisos a maĭ reveni, căcĭ am fi espușĭ a repeta acelașĭ lucru. Tot ce putem adăoga este că, din 30 cercetărĭ făcute în serviciul meŭ, luându-se secreținnĭ din cavitatea gâtuluĭ uterin, în nicĭ o cultură nu s'a găsit gonococul.

In endometrite, pentru înlesnirea studiuluĭ vom stabili treĭ ordine de fapte: Inflamațiunĭ în timpul puerperalităței; inflamațiunĭ în afară de puerperalitate, și inflamațiunile parenchmuluĭ propriŭ dis al uteruluĭ.

I. **Endometrita puerperală.** Natura microbienă a acesteĭ afecțiunĭ este astădĭ pusă în afară de orĭ-ce îndoială. Prin nimic nu se póte proba maĭ mult acest lucru, de cât prin faptul că de când principiile de antisepsie aŭ fost introduse cu rigurositate în arta obstetricală, pe atât infecțiunile puerperale aŭ descrescut, pentru a nu dice că aŭ dispărut cu desăvârșire. Ce putea fi maĭ de-

monstrativ pentru natura infecțiosă a bóleĭ, de cât faptul cum printr'o anchetă, se constata infecțiunea maĭ multor bolnave de o aceeașĭ móșă, care a dat îngrijirile sale primeĭ infectate? Dar pe lângă aceste fapte de observațiune și de clinică, s'aŭ adăugat cercetările moderne de microscopie și bacteriologie în persóna luĭ Doederlein, Von Ott, Bumn și Babeș. Aceștĭ autorĭ aŭ arătat în mod palpabil presența de microbĭ la tóte femeile parturiente coprinse de febră, și totala lor absență din lochiĭ la lăuzele apiretice. Dar pentru-ca acest lucru să fie în afară de orĭ-ce îndoială ar trebui să îndeplinéscă douĕ condițiunĭ:

I) ca agentul infecțios saŭ microbul să fie unul și același și

II) că dînsul inoculându-se în seriĭ, să producă la infinit aceeașĭ bólă cu același simptom.

Dar metrita puerperală fiind o septicemie în cel maĭ înalt sens al cuvîntuluĭ, dînsa ca și aceia nu-șĭ are microbul sĕŭ specific. Maĭ mult, dacă une-orĭ s'a putut găsi streptococĭ orĭ stafilococĭ singurĭ saŭ asociațĭ, alte dățĭ nu s'a găsit nimic din acestea. Și totușĭ endometrita puerperală era în tótă splendórea eĭ. De și Wertheim susține că dacă microbiĭ nu se găsesc, causa sunt imperfecțiunile technice și sagacitatea cercetătoruluĭ, noĭ suntem maĭ înclinațĭ a crede și a adopta teoria luĭ Bouchard și a altora, carĭ afirmă că microbiĭ nu lucréză asupra organismuluĭ atât prin eĭ înșășĭ cât prin produsele lor de escreție, prin toxinele lor. Putem decĭ să ne aflăm în plină septicemie și totușĭ microbĭ să nu constatăm. E vorba atuncĭ de simpla absorpțiune a ptomainelor și leucomainelor, ceia ce e cunoscut sub numele de toxemie. Maĭ credem iarăși că în endometrita puerperală se cere asociațiune de microbĭ. Dar și în afară de acésta, în starea puerperală femeia se găsește în nisce ast-fel de condițiunĭ de debilitate și receptivitate, că aceiașĭ microbĭ banalĭ ce se află în organele sale genitale și carĭ în starea normală sunt cu totul inofensivĭ, acum pot căpăta o putere virulentă așa de mare, ca să dea nascere întreguluĭ cortej al endometriteĭ puerperale. Profesorul Babeș a arătat că în endometrita puerperală cea maĭ infecțiósă n'a găsit ca agent patogen de cât ceĭ maĭ simplĭĭ din saprofițĭ. Acésta constitue *auto-infecțiunea*. Maĭ există însă și teoria *etero-infecțiuneĭ*. Un microb de dinafară este introdus în organele genitale ale femeeĭ fie prin rufe, instrumente saŭ chiar degetul chirurguluĭ. In privința acésta cred că nimic nu e maĭ periculos de cât nenorocita modă a celor ce—maĭ mult pentru a'șĭ da importanță—caută a'șĭ introduce degetele și chiar mâna întrégă în uter,

imediat după facere, pentru a se convinge că nimic nu a rămas din placentă. Nu sunt absolut contra acestuĭ principiŭ când ar fi perfect justificat. Dar lesne ne închipuim că cea maĭ mică neglijență de cea maĭ rigurósă antisepsie imaginabilă, póte fi punctul de plecare al celor maĭ desastróse consecințe ; și acésta, când am fi putut lăsa în pace un locaș sfînt ca cavitatea uterină, ce prin înțelepciunea natureĭ e virgină de or ce infecțiune. Dar proba ne o dă cruda esperiență că femeile din oraș, asistate de móșe mediocre, maĭ des mor de cât țărancele, asistate de simple babe. Acestea neîndrăsnind să umble în uter, scapă femeia. Acelea ne fiind îngerește aseptice, omóră femeia.

A doua condițiune pentru a se demonstra virulența specifică a acesteĭ bóle, ar fi reproducerea eĭ în serii prin inoculațiune. Experiențele pe animale făcute de Strauss, Delbet și alțĭ autorĭ n'aŭ reușit în acest scop. Causa a fost, că acești autorĭ aŭ experimentat pe epuróice și șórecĭ. Dar se știe că la aceste animale, fața internă a uteruluĭ își reia imediat starea normală după parturițiune. La speța umană însă, faptul rămâne demonstrat prin observațiunile clinice, că fiind lipsiți de principiile antiseptice, putem contamina o serie întrégă de bolnave ca și într'o esperiență de laborator.

Rămâne decĭ stabilit că endometrita puerperală e o bólă microbică și infecțiósă. Acest microb în majoritatea casurilor este introdus de din afară. După opiniunea luĭ Von Ott, vaginul se curăță de toți microbiĭ sĕĭ, grație liquidelor ce se scurg în timpul facereĭ, ca și prin frecările produse de capul foetuluĭ, care intinzând tóte îndoiturile vaginale, nu maĭ rămâne în acest organ absolut nicĭ un micro-organism.

Dar în afară de acéstă metrită puerperală, datorită uneĭ infecțiunĭ, maĭ există una ce recunósce drept causă persistența în cavitatea uterină a unor resturĭ de placentă. Dînsa pórtă numele de *metrită deciduală*.

Tot acelașĭ lucru se produce și în urma unuĭ avort. Noĭ credem că opinia luĭ Lawson Tait e fórte mult justificată, când pune origina celor maĭ multe metrite pe socotéla unor fecondațiunĭ sterile, carĭ în definitiv sunt avorturĭ precoce. Tóte femeile de curând măritate, ce ni se plâng de o abondență maĭ mare de flux menstrual în prima saŭ a doua lună a căsătorieĭ, nu sunt de cât avorturĭ, de cât fecondațiunĭ sterile. Micul cotiledon ce rămâne în uter, e punctul de plecare al nesfîrșitelor endometrite. In orĭ-ce cas, aceste metrite deciduale se manifestă prin emora-

gii frecuente și abundente. Une-orĭ s'a vĕdut, maĭ ales la femeile bĕtrîne, că o asemenea afecțiune ia nu numaĭ caracterele unuĭ neoplas, dar se și transformă în cancer. De aci numele de *deciduom malign*. Vom reveni.

II. **Endometrita nepuerperală.** Aci agentul provocator este admis a fi gonococul luĭ Neiser. Din studiile anterióre, am arătat numerósele opiniunĭ și teoriĭ emise în acéstă privință. Reamintim că după ultimele cercetărĭ sediul de predilecțiune al gonococuluĭ sunt glandele. Cercetările tuturor autorilor aŭ arătat că gâtul uterin al tuturor femeilor este, aprópe fără escepțiune, depositar al acestuĭ microb, pe când cavitatea uterină ar fi maĭ scutită. Memorabilele cercetărĭ ale luĭ Winter, aŭ arătat că în 50 de utere amputate pentru fibro-mióme, n'a găsit nicĭ-odată micro-organisme în cavitatea corpuluĭ. Pe lângă acestea Doederlein, în nicĭ o secțiune microscopică a mucóseĭ corpuluĭ obținută prin raclaj, n'a găsit nicĭ un fel de micro-organisme.

De asemenea Delbet dice: de patru orĭ am cules mucus din corpul uteruluĭ, pentru a face însămînțărĭ pe agar saŭ gelatină (patru tubĭ pentru fie-care metrită, în total 16 tubĭ), dar numaĭ un singur tub a dat culturĭ (stafilococ). Intr'un cas tuburile aŭ rĕmas sterile; examenul însă microscopic al mucusuluĭ a arătat existența de gonococĭ. In aceste casurĭ cu tóte precauțiunile ce am luat, nu puteam confirma că micro-organismele constatate nu veneaŭ din col. De patru orĭ am colorat secțiunĭ de lambourĭ din mucósa corpuluĭ obținute prin răzuire, și nicĭ odată n'am putut găsi un singur micro-organism.

Și aci ca și în metrita puerperală, experiențele făcute pe animale n'aŭ dat resultate demonstrative. Ele n'aŭ putut reproduce pe calea inoculațiuneĭ bóla de care ne ocupăm. Pentru detaliĭ maĭ marĭ, trimitem cititorul la capitolul vulvitelor și vaginitelor, unde chestiunea este tratată pe larg.

Pentru moment conchidem cu ceĭ-l'alțĭ autorĭ, că endometritele gâtuluĭ sunt manifest microbiene. Acelea ale cavitățeĭ corpuluĭ rĕmâne a se demonstra prin noĭ cercetărĭ. Opiniunea tuturor însă este, că aceste inflamațiunĭ trebuesc tratate ca și cum ar fi microbiene.

Am arătat la începutul acesteĭ lucrărĭ, că dopul mucos al gâtuluĭ uterin precum și istmul, constituesc o barieră adesea impenetrabilă orĭ-căruĭ microb ordinar. Microbul blenoragic însă nu recunósce nicĭ un obstacol. El are liberă trecere pe întregul parcurs de la vulvă până în părțile cele maĭ profunde ale cavitățeĭ uterine și chiar în pavilionul trompeĭ.

III. **Etiologia endometriteĭ parenchimatóse.** Cu tóte că fapte demonstrative nu sunt, totuşĭ noĭ admitem că microbiĭ, saŭ cel puţin toxinele lor, pot strĕbate în parenchimul uterin prin mijlocul limfaticelor. Ajunşĭ aci, vor determina leziunile ce caracterizĕ metrita cronică. In majoritatea casurilor însă şi chiar 99% după Lawson Tait, metrita cronică este resultatul uneĭ sub-involuţiunĭ uterine, care persistă după o facere normală saŭ avort.

Sciut este că regresiunea uterină nu e perfectă la femee de la 30—35 ḑile. Un mare numĕr de accidente pot să întêrzie, saŭ chiar să oprésca în mod complect regresiunea. Tóte inflamaţiunile pelviene post-partum; preocupaţiunile saŭ emoţiunile de ordine morală; supresiunea lapteluĭ; retenţiunile de resturĭ placentare; obiceiul saŭ exigenţele vieţeĭ silind bolnave a se ridica repede după lăuzie; puţina atenţiune dată avorturilor — carĭ în realitate sunt maĭ serióse de cât o facere normală — constitue atâtea cause carĭ întêrzie regresiunea uteruluĭ. Intregul acest numĕr de factorĭ, lăsând uterul în stare de involuţiune, formézĕ tot atâtea cauze principale a endometriteĭ parenchimatóse.

Simptomatologia. Este aprópe imposibil ca prin simptome să deducem forma endometriteĭ. Acésta resultă de acolo că tipurile nu rĕmân aceleaşĭ, ci se amestecă între ele; iar fenomenele generale variază şi dînsele de la o persónă la alta. De aceia or cât s'a scris asupra simptomatologieĭ metritelor, totuşĭ acest capitol e departe a se fi fost clarificat.

Noĭ vom căuta pre cât posibil, să dăm semnele principalĭ dacă nu patognomonice, ce aparţin diferitelor tipurĭ de metrite ce am descris.

Metrita acută. Aci sunt maĭ mult fenomenele generalĭ carĭ predomină. Bóla începe printr'un frison violent, maĭ cu deosebire când femeia e în stare de puerperalitate. In orĭ-ce cas, avem o ridicare bruscă de temperatură, puls frequent, vărsăturĭ, durerĭ în regiunea ipogastrică, tenesm vesical şi rectal. In fine în metrita acută suferinţele sunt fórte viĭ. Ele se concentrézĕ maĭ mult în sfera organelor genitale interne şi externe.

Courty dedea ca un semn patognomonic o sensaţie de căldură arzătóre, ce ar pleca de la ipogastru până în vagin şi chiar la vulvă. Metrita acută se însoţesce maĭ tot-d'a-una de o scurgere adesea sanghinolentă şi fórte abondentă. Se întâmplă însă ca mucósa să fie aşa de tumefiată, că astupă orificiul intern al coluluĭ. In acest cas nu constatăm aprópe nicĭ o scurgere. Drept consecinţă însă vom avea o creştere de volum a uteruluĭ prin

retenția secrețiunilor. Menstruele pot fi brusc suprimate: în intervalul lor scurgerile devin muco-purulente. Cu aceste scurgeri vedem că apare mici lambouri de mucósă sfacelată, iar une-ori o deslipire totală a acesteia, formând semnul caracteristic al metriței disecante. Mucósa eliminată ne represintă un tipar, o mulă fidelă a cavității uterine.

Prin tușeu: constatăm o ridicare de temperatură a vaginului. Mucósa sa câte o dată e uscată: alte dăți scăldată de o scurgere abondentă de muco-puroiu. Colul este gros, móle și edematiat; orificiul intredeschis și fórte sensibil la presiune.

Prin examenul combinat constatăm că uterul e mărit de volum. El trece d'asupra simfiseĭ și provócă o durere escesivă, maĭ ales dacă există în același timp o balonare a pânteceluĭ, dadorită de sigur iritațiuneĭ peritoneale. După Aran, durerile sunt mult maĭ marĭ când parenchimul insuși al uteruluĭ este atins: în casul de leziune simplă a mucóseĭ — cas rar — durerile ar fi minime.

Examenul cu speculul trebue evitat, căcĭ exagerăm în van durerile fără mare profit, nicĭ pentru noĭ nicĭ pentru bolnavă. De alt-fel nu am constata de cât o colorațiune maĭ roșie lividă a coluluĭ, o tumefacție a buzelor, micĭ granulațiunĭ saŭ ușóre ulcerațiunĭ. Mare parte însă din aceste lucrurĭ le putem fórte bine aprecia cu degetul. Dar chiar și acest ultim mod de esplorațiune adesea ne este interdis: metritele acute pot să apară pe virgine, fie în urma uneĭ imprudențe în timpul menstruelor, saŭ a uneĭ răcelĭ, etc., etc.

Metrita cronică. In oposiție cu cea acută, metrita cronică se desvoltă în mod fórte insidios, adesea fără conștiința bolnaveĭ, așa că în momentul când dînsa ni se presintă, bóla e deja fórte veche. In imensa majoritate a casurilor, bolnavele se plâng de fenomene cu totul depărtate, și absolut nicĭ o legătură cu bóla uterină. Ast-fel multe din femeĭ se caută de bóle de stomac, migrene, dureri de rinichĭ, etc., etc.

Pentru înlesnirea studiuluĭ s'a admis treĭ ordine de simptome în endometrite:

I. **Turburărĭ funcționale.**

II. **Simptome subiective.**

III. **Simptome obiective saŭ fisice.**

Turburările funcționale coprind: *leucorea, neregularități în menstrue și emoragia.*

Leucorea: (póla albă, fleur blanche), este semnul cel maĭ con-

stant și mai frequent al endometriteĭ, căcĭ orĭ-care ar fi forma sa, glandele tot-d'a-una sunt atinse.

Acéstă scurgere este în raport cu întinderea leziuneĭ și cu permeabilitatea orificiuluĭ intern al coluluĭ Ast-fel une orĭ bolnava abia constată câte-va pete pe cămașă, saŭ își simte prea puțin umectate părțile genitale externe: alte dățĭ scursórea e mai abondentă, iar une-orĭ în cantitate așa de mare că bolnava e silită a se proteja cu cârpe saŭ bandaje. O asemenea scurgere abondentă silesce adesea pe bolnave a se arăta mediculuĭ. Când leucorea e de proveniență pur uterină, liquidul e clar, aprópe fără consistență și nicĭ miros fetid. Când însă se amestecă și secrețiunĭ vaginale, atuncĭ tóte caracterele se schimbă.

Dacă endometrita este limitată numaĭ la gâtul uteruluĭ, dînsa nu dă loc aprópe la nicĭ o leucoree. Liquidul secretat e de o consistență vîscósă și atât de lipicióșă, în cât nu numaĭ nu póte ieși singur, dar nicĭ noĭ nu'l putem ridica cu pensa orĭ cu tamponul. In orĭ-ce cas, e fórte rar ca să observăm o leucoree purulentă saŭ chiar muco-purulentă. Endometritele în afară de o infecțiune secundară fie directă saŭ ascendentă, nu se însoțesc de supurație. Am vĕdut deja că cercetările numeróse a multor autorĭ, aŭ arătat că nu există microbĭ în cavitatea uterină.

Turburările în menstruație. Funcțiunea menstruală nu constitue un semn constant al endometriteĭ. Trebue însă a sci că rarĭ sunt casurile unde o femee cu endometrită confirmată, să nu ofere și de turburărĭ menstruale. Aceste neregularităților ni se presintă sub diferite forme. Câte odată epocele fixe se depărtéză saŭ se apropie, cantitatea de sânge rĕmâind aceiașĭ. Alte dățĭ femeia observă că scurgerea catamenială se micșoréză, mergênd chiar prin a dispare pentru câte-va lunĭ. Acésta e în legătură cu alterațiunile maĭ mult saŭ maĭ puțin profunde ale mucóseĭ și întinderea lor. Maĭ póte încă proveni și din strîmtorarea, saŭ astuparea orificiuluĭ intern de mucosități, lambourĭ, mucósă sfacelată, saŭ alte deviațiunĭ uterine de carĭ endometritele se însoțesc. In aceste casurĭ, aparițiunea epocelor menstruale — representate de multe orĭ numaĭ prin câte-va picăturĭ de sânge — se însoțesce de durerĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin violente; acésta constitue *dismenorea*. Prin *amenoree* se înțelege când epoca menstruală e representată numaĭ prin durerĭ, fără a se manifesta prin nicĭ o picătură de sânge.

Emoragiile. Este de sigur fenomenul care înspăimântă maĭ mult pe bolnave și le decide a se arăta mediculuĭ.

Emoragia constitue simptomul patagnomonic al endometriteĭ

fongóse. Scurgerea de sânge e cu atât mai violentă, cu cât aceste fongosităţi sunt formate de vase numeróse şi cu păreţi fragili. Dar şi endometrita intersticială încă este caracterisată prin emoragii. In adevĕr, în acéstă formă, ţesutul conjunctiv luând o desvoltare prea mare şi determinând o sclerosă circum-vasculară, e destul ca un mic vas să se deschidă, pentru a nu se mai putea închide. De aci emoragii câte odată incoercibile. Dar lucrul acesta de ocbieiŭ se observă la femeĭ mai bĕtrîne, în timpul saŭ după menopausă. Endometrita fongósă propriŭ dísă e mai mult apanajul femeilor tinere, ce aŭ rĕmas cu retenţii placentare în urma facerilor saŭ a avorturilor.

Emoragiile se manifestă une-orĭ numaĭ printr'o abondenţă în cantitatea şi durata fluxuluĭ menstrual, când ia numele de *menoragie*. Daca scurgerea sanguină vine în intervalul menstruelor, pórtă numele de *metroragie*. In fine une-orĭ femeea nu maĭ ţine nicĭ o socotélă de timpul regulelor, aşa că tot-d'a-una e plină de sânge

Intensitatea acestor emoragii póte fi aşa de mare, că s'aŭ vĕdut bolnave pierdând în spaţiŭ de o lună, maĭ multe litruri de sânge.

Simptomele subiective. Primul şi cel maĭ penibil din aceste simptome e representat prin durere. Strict vorbind, endometritele propriŭ dise, nu trebue şi nicĭ n'aŭ raţiunea de a fi dureróse. Aceste dureri decĭ, sunt în legătură fie cu deviaţiunile uterine, cu alte leziuni inflamatorii circumvecine, cu prinderea anexelor, saŭ maĭ în special cu existenţa uneĭ endometrite parenchimatóse. Dar orĭ-cum ar fi, durerile la femeile coprinse de inflamaţiuni uterine, sunt cele maĭ frequente, cele maĭ tenace şi cu sediul cel maĭ bizar posibil. Unele dureri se pot uşor esplica, graţie traectuluĭ cunoscut al unor anumiţi nervĭ. Ast-fel durerile inguinale sunt în legătură cu propagaţiunea inflamaţiunilor de la uter la trompe şi ovare; durerile de la faţa superióră şi internă a cópselor se datoresc nervuluĭ crural; durerile iradiindu-se pe traectul nervuluĭ sciatic, ne va da sensaţiuni dureróse pe faţa posterióră a cópselor şi chiar maĭ jos pe gambe; când plexul lombar e prins, vom avea dureri în regiunea rinichilor, în flancurĭ şi ipogastru — dacă rămurile abdomino-genitale şi obturatice vor fi prinse. In fine când sunt în joc ramurile posterióre ale nervilor sacralĭ, durerile se manifestă în jurul anusuluĭ saŭ a coccyxuluĭ, constituind bóla descrisă de Simson şi Scanzzoni sub numele de *coccycodynie*.

Tóte aceste dureri repetăm, se datoresc nu atât endome-

triteĭ, cât diferitelor deviațiunĭ uterine, saŭ unor nevralgiĭ a plexurilor, or rămurilor nervóse sus citate.

Rĕmân însă neesplicate unele durerĭ numite simpatice, ce se observă la distanțe cu totul depărtate de organul bolnav. Astfel sunt nevralgiile faciale, cefalalgiile, nevralgiile intercostale și chiar brachiale, pe carĭ deja Bassereau le punea sub dependința uneĭ metrite.

Maĭ există în fine o infinitate de simptome, ce însoțesc metritele și carĭ aŭ rĕmas fără explicațiunĭ. In special sistemul nervos jócă principalul rol, dând nascere la fenomene de cea maĭ complectă isterie. Gellé a arătat un cas chiar de pareplegie uterină. In afară de acésta, nu e organ splachnic, care să nu să resimtă de inflamația uteruluĭ. Numaĭ vorbim de fenomenele din partea rectuluĭ și a băşiceĭ constând în turburărĭ de defecație și micțiune: lucrul s'ar explica până la ore-care punct prin iritațiunile de învecinare. Dar cum rĕmâne cu gastralgiile, dilatațiile de stomac, atoniile intestinale, palpitațiile, afoniile, tusea uterină, etc., etc.? Explicațiile sunt teoretice. Cert este, că iritabilitatea mareluĭ simpatic jócă mare rol. Noĭ însă suntem de opinia acelora, carĭ admit o intoxicație lentă și progresivă, datorită absorpțiuneĭ produselor patologice, inerente orĭ-căreĭ metrite cronice.

Orĭ-cum ar fi esplicațiunea, observațiunile clinice ne arată că nisce asemenea femeĭ, pe de-o-parte din causa durerilor, iar pe de alta a scurgerilor mucóse saŭ emoragice, ele sunt coprinse de o slăbiciune crescândă, de o pierdere a apetituluĭ, de dispepsie și stare febricitantă ce le duc către marasm: trăsurile feței se schimbă, figura ia un aspect trist, se sbârcesce și constitue tipul clasic al *faciesuluĭ uterin*. In urma acesteĭ descurajărĭ complecte, unele bolnave devin cu totul irascibile, se supără ușor, plâng la cea maĭ mică contrarietate, caracterul se iuțesce, așa că devin insuportabile atât pentru ele cât și pentru ceĭ ce le înconjóră. Altele cad în melancolie și pot fini chiar prin a deveni ftisice.

Simptomele obiective. Ele variază după tipul și forma ce îmbracă metritele. Aceste simptome sunt *funcționale*, și *obiective* propriŭ dise saŭ *fisice*. Acele funcționale constaŭ în turburărĭ menstruale deja arătate.

Maĭ principale însă sunt cele representate prin scurgerĭ, fie de un liquid mucos, muco-purulent saŭ sanguin, după cum endometrita e glandulară, fongósă, etc. Une-orĭ nu se constată nicĭ un fel de scurgere, precum se vede în inflamațiile acute la începutul lor, saŭ în endometrite intersticiale. Aci sclerosa țesu-

tului conjunctiv sufocând și glandele și vasele, suprimă ori-ce secreţiune. Forma acésta e cunoscută sub numele de *metrita atrofică*.

Semnele fisice constaŭ în cele constatate prin esplorarea degetului. In inflamaţiunile acute, constătăm prin deget o ridicare sensibilă de căldură a vaginului; o tumefacţie și un ramolisment al colului. Explorarea produce dureri violente, mai ales când facem examenul combinat. In acest cas constatăm o crescere de volum a uterului; el va fi sensibil și chiar dureros la cea mai mică esplorațiune. Orificiul colului mai tot-d'a-una este întredeschis, cu buzele tumefiate și ramolite, lăsând a se scurge prin el mucosităţi pure saŭ sanguinolente. Alte dăţi nu constatăm nici o scurgere, din causa obstrucţiunei orificiului intern. In acest cas liquidele secretate se acumuléză în uter; durerile devin atroce, din causa contracţiunilor uterului, ale căruĭ fibre musculare se găsesc escitate de materiile aflate în retenţiune. Să nu uităm însă că adesea anexele, fiind și ele prinse, ne daŭ fenomenele ce le sunt proprii.

In inflamaţiunile cronice, simptomele funcţionale variază la infinit. Ele se manifestă câte o dată prin aparițiunea neregulată a menstruelor, iar alte dăţi prin amenoree, dismenoree, menoragie și chiar metroragie.

Când endometrita e pură, adică fără alte complicaţiuni, bolnava nu simte nici o durere și nu se plânge de cât de scursori mai mult saŭ mai puţin abondente.

Prin examenul cu degetul nu constatăm aprópe nimic din partea vaginului, afară numai de casuri inveterate când se pot desvolta granulaţiuni pe păreţii sĕi. Gâtul uterului în endometrite, este intredeschis, permiţênd introducerea pulpei degetului. Mucósa e ramolită, iar pe suprafaţa sa simţim mici ridicături ca bóbele de meiŭ saŭ alice de plumb, de o consistenţă tare și carĭ nu sunt de cât foliculite cronice. Impingând pe col, bolnava nu simte durere, afară de casul de metrită cronică parenchimatósă. Fundurile de sac de asemenea sunt libere și nedureróse.

In casuri mai 'naintate de endometrită intersticială, și a fortiori parenchimatósă, leziunile colului sunt mult mai accentuate fiind și el însuși atins de aceiași bólă. Cel d'întâiŭ lucru ce constatăm este o deschidere largă a orificiului colului, precum și unele rupturi de diferite grade pe carĭ deja le cunóscem. Prin acest orificiŭ larg deschis, simţim mucósa erniată și bursuflată luând une-orĭ un aspect adevĕrat fongos.

Une-orĭ colul e fórte scurtat și mucósa de învelĭș móle ; alte dăți e lung, ipertrofiat, de o consistență tare și cu buzele enorm deformate. Starea acésta constitue ceea-ce deja am numit col tapiroid.

Prin examenul bi-manual, constatăm o crescere de volum a uteruluĭ; el se presintă sub forma unuĭ glob tare și dureros la presiune. In casul când există retenție de liquide în cavitatea uterină, organul capătă un volum mult maĭ mare, trece d'asupra simfiseĭ pubiene, și merge chiar până aprópe de ombilic. Atunci părețiĭ sĕĭ sunt moĭ și maĭ puțin dureroșĭ. Acésta se observă în forma ce deja am arătat a metriteĭ cronice, sub numele de ipertrofie pasivă a uteruluĭ.

Diagnosticul. — Metrita acută nu e greŭ de cunoscut, dîndu-se aparițiunea bruscă și fenomenele generale de carĭ se însoțesce. Partea cea maĭ principală aci, ca și în cea cronică, este a evita confusiunea cu o graviditate la început. Lucrul câte odată este nu numaĭ greŭ, dar imposibil: metrita acută se însoțesce de disurie, o stare de durere a mamelelor, întocmaĭ ca și cum ne-am afla la începutul graviditățeĭ. Cu tóte acestea, metrita se va recunósce prin modul aparițiuneĭ sale care e brusc, prin starea socială a femeeĭ, durerile escesive ce însoțesc bóla, fapte carĭ de ordinar nu sunt propriĭ graviditățeĭ. Am avut însă o mulțime de casurĭ, unde cu tótă presența acestor semne și existența de durerĭ violente în anexe, totuși femeia era la începutul graviditățeĭ. Am de regulă următórele: Când o femee măritată, ce până în present a avut menstruele regulate, daca acestea încetéză însoțindu-se de disurie și chiar fenomene de durerĭ abdominale, dacă nu conchidem imediat la o groseță, cel puțin rĕmânem în reservă. Tot-d'a-una însă când am fost afirmativĭ, n'am fost înșelațĭ.

In orĭ-ce cas nu trebue să ne precipităm; și maĭ ales suntem datorĭ a nu face nicĭ o explorațiune cu isterometrul, pentru a evita orĭ-ce accident.

Diagnosticul inflamațiunilor cronice trebue făcut din maĭ multe puncte de vedere:

I. **Dacă avem a face cu metrită.**

II. **Care este forma.**

III. **Separarea de alte bóle a organelor vecine.**

I. Existența metriteĭ se recunósce prin constatarea tutulor simptomelor ce am enumĕrat. O femee în general nulipară saŭ multipară, suferind de un timp maĭ mult saŭ maĭ puțin îndelungat de turburărĭ diverse ale menstruelor, de fenomene generale ca

gastralgie, cefalalgie, dureri în lombe, în cópse, etc.: avênd pe lângă acestea scurgeri leucoreice saŭ de altă natură; și când prin deget constatăm un col intredeschis, rupt, etc., nu e nici o îndoială că ne aflăm în fața uneĭ inflamațiunĭ cronice a uteruluĭ. Dacă e vorba de endometrită simplă, constatăm numaĭ scurgere de un liquid mucos în cantități variabile. Dacă este fongósă, avem scurgeri muco-purulente saŭ emoragice, după forma ce va fi în joc.

Fiind vorba de leucoree, autoriĭ aŭ căutat prin câte-va semne, să stabilésca provenienta liquiduluĭ, dacă vine din cavitatea uteruluĭ, din col saŭ vagin. Leucorea corpuluĭ uterin e fluidă, fórte puțin vîscósă și de o colóre albă gălbue. Aceia a colúluĭ e din contra fórte vîrtósă, grósă și așa de aderentă, în cât ne este imposibil a o deslipi în întregime cu pensa saŭ un tampon. Dînsa sémănă cu un albuș de oŭ și scrobesce mult rufele.

Scurgerea vaginală represintă un liquid alb lăptos și fluid, de o colóre galbenă verzue, iar une-orĭ purulentă. După Doederlein, liquidul uterin are o reacțiune alcalină, pe când al vaginuluĭ e acid.

Trebue să scim că tot după acest autor, în casurĭ de inflamațiunĭ vaginale, aciditatea liquiduluĭ dispare și devine alcalină, ca și a uteruluĭ. De aceia, trebue să recurgem la examenul direct cu speculul, pentru a vedea maĭ bine provenienta liquiduluĭ precum și daca există saŭ nu vaginită.

Schultze recomandă că în cas de îndoială, după ce prealabil am spălat vaginul, să aplicăm un tampon de vată pe orificiul coluluĭ, pe care se va depune liquidul din cavitatea uteruluĭ dacă există. Dar maĭ adesea tóte aceste feluri de liquide sunt amestecate, căcĭ avem în acelașĭ timp și leucoree uterină și a coluluĭ și a vaginuluĭ.

Metrita parenchimatósă se recunósce prin crescerea de volum a uteruluĭ, și maĭ ales prin durerile ce determinăm în acest organ, imprimând o mișcare în sus pe gâtul uteruluĭ; lucrul acesta nu se observă când e vorba de endometrită simplă. Maĭ avem încă un semn aprópe constant: este o crescere a cavitățeĭ uteruluĭ de la minimum de 7 cm., putênd merge chiar până la 9 și 10 cm.

In acéstă formă maĭ ales, diagnosticul este câte odată imposibil de făcut între o groseță și metrită parenchimatósă. Aci trebue să fim în cea maĭ mare reservă, maĭ ales când scim că multe femeĭ în dorința de a avorta, caută prin tóte mijlócele a induce pe medic în eróre.

Am avut multe casurĭ de surprisă de acest fel, viind-mĭ în serviciŭ femeĭ, carĭ după o ședere în spital aŭ avortat, fiind însărcinate în a 3-a lună. Dincolo de acest termen, confusiunea e maĭ grea, căcĭ graviditatea are semne maĭ precise și evidente. In orĭ-ce cas trebue să luăm în considerație starea uteruluĭ și a coluluĭ. Un uter în gestațiune până la a 3-a lună, are părețiĭ maĭ moĭ, maĭ flascĭ, dând sensațiunea unuĭ organ edematiat. In acéstă perióadă putem constata un semn dat ca patagnomonic și cunoscut sub numele de *balotare uterină* (nu fetală). Dînsa constă că imprimind o mișcare uteruluĭ prin împingerea pe col, el revine la locul sĕŭ, isbind degetul esplorator (choc en retour). Dar aceste semne le putem găsi și în metrita parenchimatósă. In adevĕr, când metrita se complică de retențiunea liquidelor în cavitatea sa, atuncĭ volumul devine maĭ mare, iar părețiĭ maĭ moĭ și elasticĭ ca și într'o graviditate. In asemenea cas, putem fără nicĭ o dificultate să obținem fenomenul de balotare uterină, ceiace ne-ar autorisa a crede că avem a face cu o groseță, pe când în realitate e vorba de o simplă metrită parenchimatósă, complicată de idrometrie.

Starea gâtuluĭ uterin ne dă semne póte ceva maĭ precise de cât acelea ale uteruluĭ. Ele constaŭ în ramolirea și scurtarea sa. Stoltz susține, că scurtarea coluluĭ în groseță nu se face de cât în ultima lună; după Scanzzoni însă, cel puțin la femeile nulipare, porțiunea vaginală a coluluĭ se scurtéză de la a 3-a lună și devine fórte sensibilă către a 4-a lună. Dar și în metritele cronice observăm o asemenea scurtare; ea însă nu este însoțită și de o ramolire a gâtuluĭ uterin. Aci iarăși trebue să fim atenți și anume să nu confundăm ramolirea mucóseĭ cu a păreților coluluĭ. In adevĕr, în metrite constatăm un col ce ni s'ar impune ca fiind móle; însă fiind atenți, vom observa că acésta ocupă numaĭ mucósa, pe când părțile subjacente sunt încă tarĭ. In graviditate, tótă grosimea coluluĭ devine móle, și începe treptat cu buzele orificiuluĭ extern și merge progresând. De alt-fel fenomenul stă în armonie cu crescerea uteruluĭ: într'o metrită, chiar în casurile cele maĭ dificile, nu constatăm nicĭ de cum o armonie, ci din contra o disproporțiune. Adesea observăm o ramolire a întregeĭ porțiunĭ vaginale, dar fără să corespundă cu o crescere mare a uteruluĭ, așa că pe când acesta relativ e mic, tot colul este móle și sters.

Dar imposibilitatea devine absolută când femea e însărcinată în 3 lunĭ și are în acelașĭ timp și metrită. Atuncĭ nu ne rĕ-

mâne de cât espectațiunea — afară de o sagacitate prea mare a mediculuĭ saŭ o inspirațiune fericită.

Diagnosticul diferențial dintre metrită cu un fibrom, cancer, flegmasiile anexelor, saŭ țesutuluĭ peri-uterin, acestea le vom vedem când vom studia pe fie-care la rîndul lor.

Un diagnostic care adesea presintă o dificultate iarășĭ destul de seriósă, este a deosebi o metrită cronică de un cancer al uteruluĭ. Nu încape îndoială că, un cancer vegetant al coluluĭ ajuns în ultimul sĕŭ grad, umplând întregul fund de sac vaginal cu acele escremențe în formă de ciuperci, iar bolnava fiind deja în cachexie, nu póte fi vorba de nicĭ o sforțare de spirit; lucrul se impune de la sine. Dar chestiunea este a deosebi forma ulcerósă a canceruluĭ, de metrita cronică a coluluĭ. Și aci, ca și în cancer, putem avea ulcerațiune largă a organuluĭ, cu muguri cărnoși exuberenți, cu secrețiune fetidă analogă ichoruluĭ canceros și în fine cu producere de emoragiĭ, carĭ tóte la un loc, simuléză la perfecție un neoplasm. Afacerea, mărturisim e fórte delicată. Intr'un cas am fost așa de grozav înșelat, că am făcut amputația coluluĭ, crezându-mĕ în fața unuĭ cancer, pe când în realitate era vorba de o veche metrită și alt-ceva. Resfrângerea în afară a mucóseĭ, ulcerațiunea sa, presența de muguri cărnoși însoțițĭ de scurgeri sanguine, totul a contribuit să mĕ înșele. Maĭ mult, exista concomitent și o creștere relativă de volum a uteruluĭ. Câtă decepțiune nu am avut, când la câte-va dile după amputația coluluĭ, femeea avortéză!! Și nicĭ o dată nu voiŭ uita impresiunea negativă ce obținusem, că prin mijlocul de a ridica cu unghia porțiunĭ din mucósa quasi burgeonantă, nu reușisem. Și cu tóte acestea de și eram convins că acest lucru e patognomonic, și cu cu tóte că nu l'am găsit, totuși m'am înșelat.

In adevĕr, nimic maĭ sigur de cât acest semn dat de *Laroyenne* că, tot-d'a-una ne este posibil a ridica cu unghia particule din suprafața uneĭ ulcerațiunĭ canceróse a coluluĭ. Când nu vom găsi decĭ acest semn, suntem în drept a nega neoplasmul, chiar în ciuda tutulor celor-l'alte semne ce ar căuta să ne înșele. De sigur nu vom neglija explorația ganglionilor pelvienĭ și chiar supra-claviculariĭ, precum și orĭ-ce alt examen minuțios apropriat, pe care de alt-fel îl vom vedea la locul competent. In casurĭ urgente, microscopul, prin analisa unuĭ mic fragment luat din col, ne va fi de fórte mare ajutor.

Maĭ există încă un semn clinic dat de *Spiegelberg*, care e următorul: Intr'un cancer, orificiul coluluĭ nu se dilată. Decĭ fie

prin tije de laminarie saŭ dilatatórele luĭ Hegar, vom conchide la un cancer atunci, când prin ele nu vom putea obține nicĭ o dilatare a orificiuluĭ gâtuluĭ uterin. Dar acésta nu e un mijloc absolut sigur. Probă avem că un gât canceros se dilată în destul, pentru a permite chiar eșirea fetuluĭ, precum observațiunile aŭ arătat în graviditate complicată de acest neoplasm.

Ar maĭ fi încă presența de nodulĭ tarĭ în grosimea coluluĭ, precum și aderența mucóseĭ în nivelul lor. Dar și aci semnul acesta nu e de loc sigur. Sunt în adevĕr metrite parenchimatóse cu proces scleros, carĭ ne pot pune cele maĭ grele dificultăți în a deosebi existența unor nodulĭ de tărie cartilaginósă de aceia aĭ cancerului.

Prognosticul. Tot-d'a-una grav, nu atât prin bóla însăși, cât prin complicațiunile din partea anexelor, țesutuluĭ peri-uterin, și a celor-l-alte simptome funcționale și obiective, pe carĭ le-am vĕdut.

Este încă grav din causa sediuluĭ leziunilor. O dată inflamațiunea stabilită în fundul de sac glandular, saŭ în țesutul conjunctiv intermuscular, cu fórte multă greutate — și póte chiar nicĭ odată, procesul morbid maĭ e posibil a se stinge.

Pentru acésta noĭ credem că multă dreptate avea Scanzzoni când zice, că el nicĭ odată n'a vĕzut o metrită cronică vindecată. Este evident că parenchimul uterin o dată ce e atins de sclerosa elementelor sale nobile, or-ce regresiune devine imposibilă. O asemenea stare de lucruri însă rĕmâne nepăsătóre tratamentuluĭ în or-ce alte bóle. Óre cirosele și sclerosele, fie ele chiar de natură sifilitică, tratamentul specific maĭ are asupra lor vre-o acțiune? Nu; a fortiori decĭ o transformare a țesutuluĭ conjunctiv în țesut scleros cu putere retractilă, datorită uneĭ inflamațiĭ cronice, rĕmâne d'asupra intervențiunilor nóstre. Prin urmare asupra acestuĭ punct suntem și noĭ de perfect acord.

Dar tocmaĭ pentru a împedica realisarea acestuĭ lucru, punem ca principiŭ că endometritele trebuesc bine îngrijite și tratate la timp, pentru a pune o barieră la extensiunea sa în parenchimul uterin, precum și în țesuturile peri-uterine și maĭ ales în anexe.

In starea acută, metrita póte deveni chiar mortală, dacă inflamațiunea se întinde cu violență, copleșind întréga mucósă peritoneală.

Tratamentul. Cel maĭ bun lucru e a preveni aparițiunea bóleĭ. A evita decĭ causele ce am vĕdut în etiologie, formézĕ *Trata-*

mentul profilactic. El constă în îngrijirĭ igienice dirijate mai ales în primele lunĭ ale mariajuluĭ și în timpul parturițiuneĭ. Cu drept cuvînt toțiĭ autoriĭ aŭ protestat cu energie contra detestabiluluĭ sistem, că după căsătorie tinerii să plece în voiaj. Tînĕra femee e coprinsă de emoțiunĭ marĭ, neobișnuită fiind cu noua viață. Nu'ĭ rĕmâne de cât a o transporta din otel în otel, pentru ca emoțiunea să fie la culme. De aceia, imediat o vedem că e coprinsă de emoragiĭ, durerĭ pelviene, etc., carĭ după cercetările făcute, nu sunt de cât nisce adevĕrate avorturĭ, ce mai tot-d'auna sunt urmate de desvoltarea endometritelor.

Principiile de antisepsie rigurósă introduse în arta acușmentuluĭ, și intervențiunile de a se scóte tóte resturile placentare, aŭ contribuit mult la descrescerea acesteĭ bóle.

In fața uneĭ inflamațiunĭ a uteruluĭ, ce conduită trebue să avem?

Acésta e chestiunea cea maĭ greŭ de resolvat. Și astă-dĭ încă autoriĭ se împart în *intervenționiștĭ* și *espectativĭ.*

De sigur, cel maĭ rațional lucru e a ridica, a distruge causa ce a produs bóla. Dar causele endometritelor sunt multiple, iar sediul inflamațieĭ ascuns în straturĭ și adêncimĭ diferite.

Până la inventarea operațiuneĭ numită răzuirea uteruluĭ, tóte endometritele se căutaŭ în mod medical, cu resultate maĭ mult saŭ maĭ puțin satisfăcĕtóre. Astă-dĭ chiar, sunt mulțĭ medicĭ carĭ prin simple spălăturĭ vaginale și intra-uterine, luptă contra răzuireĭ uteruluĭ.

Fără nicĭ o exagerare, noĭ susținem că, din numĕrul imens de metóde și procedee ce s'aŭ inventat contra acesteĭ afecțiunĭ rebele, cel maĭ logic și radical este răzuirea uteruluĭ. Și pentru a întări și maĭ mult acésta afirmațiune, reproduc cuvintele unuĭ ginecolog de toțĭ cunoscut ca cel maĭ reputat — Martin. Dînsul ḑice: când mucósa corpuluĭ nu se vindecă sub influența unuĭ regim apropriat, a îngrijirilor igienice, a menajărilor sexuale, a irigațiunilor vaginale și a băilor de ședut, mĕ adresez la ridicarea mucóseĭ bolnave prin operațiunea de răzuire. Și maĭ departe adaugă: Orĭ-ce alt mod de tratament mi s'a părut nu numaĭ maĭ lung, dar chiar și inferior în privința resultatelor; el nicĭ-odată, atât cât am putut să-mĭ daŭ socotéla, nu valorézĕ pe acela al răzuireĭ.

Putem pune decĭ ca normă că, la început, dacă endometrita e simplă, mucósa într'un grad ușor atinsă, nu este nicĭ un inconvenient să începem prin *metóda luĭ Sedilliot* și *Trousseau,* care con-

stă în irigațiuni largĭ vaginale. Astă-dĭ aceste irigațiuni se fac cu liquide antiseptice ca: sublimat, acid boric, creolină, permanganat de potasă, lisol, etc., etc. După irigațiuni, e bine a pune tampóne în special cu glicerină, care se bucură de o putere mare descongestionantă.

Bolurile vaginale compuse din tanin, aristol, iodol, salol, etc., încă aŭ curs în practică. Și de óre-ce maĭ tot-d'a-una endometritele se însoțesc și de inflamații în jurul uteruluĭ precum și anexelor, aceleași irigațiuni largĭ sub formă de clisme și la o temperatură de 40—50 grade, aduc marĭ folóse. Noĭ am obținut în multe casurĭ resultate destul de satisfăcătóre prin acéstă metódă.

Schültze a introdus irigațiunile intra-uterine cu liquide antiseptice, carĭ iarăși nu trebuesc respinse.

Sneguiref din Moscua, a recomandat dușurile intra-uterine cu vaporĭ de apă. Iată procedeul: se introduce o sondă în uter; extremitatea sa liberă se pune în comunicare cu un aparat din cele maĭ simple unde apa fierbând, vaporiĭ strĕbat prin sondă în cavitatea uteruluĭ.

Incriminându-se acestuĭ sistem de a produce largĭ escare, s'a înlocuit de *Schick* în 1897, prin apă fierbinte de 80—85°. Acéstă apă ce nu trebue lăsată în contact cu mucósa de cât ½ minut, ar da resultate fórte bune. In timpul irigațiuneĭ se fac spălăturĭ largĭ în vagin cu apă rece, spre a preveni combustiunea acestuĭ organ.

Cauterisarea mucóseĭ uteruluĭ cu curenți galvanicĭ n'are nicĭ un apărător. Aceea însă cu caustice solide saŭ liquide, se bucură de bună reputație; ast-fel există creiónele medicamentóse ale luĭ Becquerel și Rodier; creiónele de nitrat de argint ale luĭ Courty și în sfîrșit pasta de clorur de zinc (pasta de Canquoin) a luĭ Polaillon și Dumontpalier care s'a bucurat de un mare svon. In special contra acesteĭ metóde — care constă a introduce în cavitatea uterină creióne formate dintr'o parte clorur de zinc și două părți făină — s'a obiectat că dacă produce eliminarea totală a mucóseĭ, determină în același timp și o atresie a cavității uteruluĭ, ale căreĭ consecințe funeste e de prisos a le maĭ arăta.

Metóda cu injecțiuni caustice liquide în uter aparține luĭ *Lisfranc* și *Vidal de Cassis*. Astă-dĭ Rheinstoedter și Broezse aŭ înlocuit diferitele liquide ca acid fenic, nitrat de argint, acid cromic, etc. prin soluțiuni de clorur de zinc 50% în care muind un tampon, îl introduce în uter și atinge tótă mucósa. Noĭ în maĭ

multe casuri am făcut chiar irigațiuni intra-uterine cu acéstă soluție concentrată, fără nici un inconvenient imediat.

Trebue să reamintim metóda lui *Vulliet* din Geneva și *Landau* din Berlin. Prima constă a introduce tampóne mici de tifon iodoformat în cavitatea uteruluĭ, până când treptat obținem o dilatație destul de mare. Numĕrul tampónelor devine considerabil. Scoțând tampónele după 1—2 ḑile, cavitatea uterină devine atât de lărgită în cât — după afirmarea autoruluĭ — putem explora cu ochiĭ tóte punctele sale (?)

Metóda luĭ Landau constă a introduce în uter bandelete lungĭ de tifon iodoformat. Eŭ am reușit a introduce până la 4 metri de bandeletă în uter, fără a provoca nicĭ un incovenient bolnaveĭ.

Iată dar o mulțime de metóde carĭ unite cu repausul, pot până la un punct fi de folos pentru bolnave. Dar iluziuni marĭ nu trebue să ne facem, căcĭ beneficiile obținute sunt de scurtă durată.

Noĭ avem obiceiul a compara endometrita cu un ulcer cronic al gambeĭ. Când ne aflăm în prima perióḑă a ulceruluĭ, simplele irigațiuni antiseptice pot aduce vindecarea. Maĭ târḑiŭ însă, găsindu-ne în fața unor muguri cărnoșĭ, suntem siliți a recurge la cauterisărĭ liquide saŭ solide, la aplicarea de topice, etc., etc. Dar când acești muguri devin fórte exuberenți, maĭ avem un moment de esitare pentru a-ĭ ridica cu instrumentul tăios?

Tot ast-fel și cu endometritele. Când mucósa devine fongósă, când pe suprafața sa se desvoltă vegetațiuni saŭ escrescențe polipiforme, atuncĭ nu simplele spălături și nicĭ cauterisările orĭ aplicarea de tampóne le póte distruge, ci ridicarea lor directă printr'un instrument tăios, adică prin răzuire.

Acésta este óre a ḑice că răzuirea e tratamentul cel maĭ radical? Nicĭ de cum. Răzuirea nu servă de cât a ridica fongositățile și mucósa bolnavă atât pe cât lingura le póte atinge. Sciut însă este, că mucósa nu formézĕ o suprafață plană, ci presintă îndoiturĭ, unele destul de adâncĭ maĭ ales în nivelul fundurilor de sac glandulare, carĭ pot merge chiar până în țesutul muscular și unde lingura nu póte străbate. Va rĕmâne decĭ porțiuni bolnave neridicate, carĭ cu timpul vor reproduce bóla, vor da nascere la recidivă. Prin urmare nicĭ răzuirea nu e suverană.

De aceia noĭ întrebuințăm o metódă mixtă: după-ce prin lingura tăiósă ridicăm tóte părțile bolnave ale mucóseĭ, facem irigațiuni cu clorur de zinc 10 %. Prin acésta atacăm porțiunile nedistruse, dar în orĭ-ce cas presupuse maĭ puțin bolnave. Ele pot

fi influențate de acțiunea recunoscută ca bine-făcătóre a clorurului de zinc, favorisând chimiotaxia.

Când însă bóla e fórte veche, când ca și într'un ulcer cronic inflamația a ajuns până la os, atunci răzuirea devine insuficientă. Și în adevĕr, în casurĭ de metrită intersticială și a fortiori parenchimatósă, lingura fiind incapabilă a ridica țesutul conjunctiv sclerosat, răzuirea e aprópe inutilă. Totuși și în aceste casurĭ, autorii încă recomandă răzuirea. Se susține că prin ea, provocându-se o suprafață sângerândă și deschiderea limfaticelor, liquidele antiseptice se vor putea absorbi mai cu înlesnire. Aceste liquide împreună cu descongestionarea produsă prin răzuire, pot avea un efect salutar în părțile profunde. Acésta ar corespunde cu *circumvalația* în ulcerele cronice.

In casurĭ vechĭ, pe lângă răzuire se asociază și alte operațiunĭ complimentare ca de ex.: amputația coluluĭ în metritele parenchimatóse. Acéstă operațiune preconisată de Lisfranc aduce cu timpul o descrescere destul de pronunțată a uterului mărit de volum. Putem recurge la abrasiunea mucóseĭ bolnave a colului constituind *operațiunea luĭ Schroeder*, saŭ la avivarea buzelor colului și la reunirea lor prin suturĭ, formând trachelorafia saŭ *operațiunea luĭ Emmet*.

Pe lângă acestea, băile termale în special cloruro-sodice, băile de nomol, de mare, etc., sunt de mult ajutor. Lawson Tait laudă fórte mult efectul sărurilor de potasă, cu deosebire a bromurului de potasă și clorat de potasă, carĭ ar avea un efect din cele maĭ salutariĭ.

Dar precum la un ulcer cronic — în casul de complicațiune din partea óselor — nu ne rĕmâne de cât amputația, tot ast-fel și în metrita cronică neglijată, orĭ-ce tratament nu maĭ are nicĭ un efect, așa că ridicarea bóleĭ ar cere ridicarea organuluĭ.

Conchidem că de la început endometrita trebue riguros combătută, nu numaĭ pentru a nu-ĭ da timp a se stabili în părțile profunde ale organuluĭ, dar a preveni și cele-l'alte complicațiunĭ din partea anexelor și a țesutuluĭ uterin, carĭ fac prognosticul și maĭ sombru și maĭ desesperant. Nu trebue să ne amusăm cu mijlóce problematice, ca spălăturĭ, irigațiunĭ, etc., ci d'a dreptul să recurgem la răzuire urmată de cauterisațiunĭ. Acéstă operație făcută în mod antiseptic nu póte aduce de cât bine bolnaveĭ. Nu trebue să considerăm răzuirea ca o operație simplă, ci să usăm de cele maĭ marĭ precauțiunĭ antiseptice. Vom avea tot-d'a-una present în spirit, că prin răzuire deschidem atâtea gurĭ limfatice,

carĭ devin un pericol pentru bolnavă, dacă în loc de a absorbĭ principiĭ antiseptice, i-am introduce germenĭ infecțioșĭ.

La prima ocazie voĭ încerca spălăturĭ uterine cu apă oxigenată, cu saŭ fără răzuirea mucóseĭ. Sunt sigur că efectul va fi bun, dându-se frumósele resultate ce am obținut în alte plăgĭ chirurgicale, complicate de septicemie.

Chestiunea răzuireĭ uteruluĭ are un istoric destul de important. Acésta m'a și determinat a face un memoriŭ asupra eĭ și din care voĭ reproduce părțĭ maĭ principale. La urmă voiŭ da un tabloŭ de resultatul obținut în 200 casurĭ de răzuirĭ ce am practicat în serviciul meŭ, lăsând la o parte multe altele făcute în diverse timpurĭ și în oraș. Aceste 200 casurĭ le-am ales ca fiind esclusiv tratate numaĭ prin acéstă metódă, pe care am adoptat'o și anume: *răzuirea combinată cu abstersiune și irigațiune cu clorur de zinc 10 %*.

Sciut este că Recamier în 1846, a avut curajul — într'o epocă când antisepsia nu era născută — să îndrăsnéscă, cu un instrument tăios sub formă de lingură, să intre în cavitatea uterină și să smulgă, distrugând pe cât posibil producțiunile morbide, carĭ sub formă de fungositățĭ întrețin acéstă bólă rebelă.

Ca orĭ-ce operațiune nouĕ, răzuirea uteruluĭ a produs o impresiune profundă în lumea medicală, atrăgênd asupra eĭ spiritul contradictoriŭ al multor confrațĭ. Cu tóte acestea, chirurgĭ ca Cloquet, Aran, Follin și maĭ ales Nelaton, încetul cu încetul se convinseră de eficacitatea inveațiuneĭ, și nu puțin contribuiră la vulgarisarea sa. Lucru însă fórte curios: pe când Richet, Maisonneuve, Demarquez și cu Follin — pe lângă autorĭĭ citați — publicară maĭ multe casurĭ de răzuirĭ uterine făcute cu fórte mare succes, când dic, acéstă operațiune era pe punctul de a căpăta sufragiul universal, de odată în 1860 nimenĭ nu maĭ vorbesce de dînsa. Lumea medicală se înspăimântă de câte-va casurĭ mortale, datorite fie uneĭ perforațiunĭ a uteruluĭ, a uneĭ flegmasiĭ a anexelor, saŭ a uneĭ peritonite generalisate. Acéstă serie négră descurajază pe ceĭ maĭ mulțĭ, așa că abia vedem icĭ colea câte un chirurg vorbind de răzuire, în mod sfiicios, până când în cele din urmă dînsa încetéză de a maĭ fi nu practicată, dar nicĭ menționată. Epitete ca operațiune îndrăsnéță, barbară, escentrică, mortală, etc., sunt aruncate cu profusiune de inimicĭĭ acesteĭ operațiunĭ, carĭ reușesc a o exclude din terapeutica endometritelor.

In Germania însă dînsa este reluată, și grație autorității

ginecologilor de talia lui Simon, Olshausen, Hegar, Kaltembach, Marion Sims, Schrœder, Fritsch și alții, răzuirea uteruluĭ se găsesce resbunată de disprețul celor unde se născuse. Și maximum resbunăreĭ este când, în 1886 răzuirea uteruluĭ se apoteozéză în Franța, fiind susținută cu multă căldură de Pozzi, Terrillon, Doleris, Charpantier, Poulet, Siredey, Sinety, Tillaux, Cusco și de toți chirurgiĭ timpuluĭ.

Chestiunea este adusă și discutată în tóte societățile savante, nu numaĭ în Franța, dar chiar în Belgia, Elveția, Rusia, Englitera și America. Cu acéstă ocasiune, puindu-se adevěratele baze ale acesteĭ operațiunĭ, s'a stabilit în mod precis indicațiunile și contra-indicațiunile sale.

Maĭ cu deosebire răzuirea uteruluĭ era interzisă când anexele eraŭ deja bolnave, susțiindu-se că prin răzuire se póte aprinde o inflamațiune cronică dormitândă. Dar acésta în mod indirect, însemna o abrogare deghisată, căcĭ casurile sunt escesiv de rarĭ, în carĭ o inflamațiune a uteruluĭ să fie esclusiv de sine stătătóre, fără rěsunet asupra trompelor orĭ ovarelor. Contra acesteĭ obiecțiunĭ — a priori destul de seriósă — s'a ridicat Valton din Bruxel, care printr'un raționament logic susține că, tocmaĭ în asemenea casurĭ trebue recurs la răzuire, căcĭ prin dilatațiunea gâtuluĭ uterin, nu numaĭ că se înlesnesce scurgerea produselor patogene, dar prin faptul abraziuneĭ fongosităților se deschid tot de odată vasele limfatice, prin mijlocul cărora agenții antisepticĭ putênd fi absorbiți, aŭ ocasiunea să distrugă efectele microbilor așeḍați în locurĭ depărtate, ca trompe, ovar, parametru etc. Cât privesce cea-l'altă obiecțiune, că prin răzuire s'ar distruge mucósa uteruluĭ și ast-fel în locul sĕŭ ar rěmâne un țesut celuloconjunctiv cu caracterele uneĭ cicatrice inodulare, al cărui efect ar fi o atresie a cavitățeĭ uterine, faptul e nefondat. In adevěr, nimenĭ nu póte să-și închipuiască o răzuire atâta de profundă și complectă, în cât să determine ridicarea absolută și totală a mucóseĭ uterine. Și din nenorocire, chiar acest lucru constitue un punct negru al răzuireĭ, căcĭ el ne explică recidivele, din causa ridicăreĭ incomplecte a mucóseĭ. Pe de altă parte istologia a probat, că e destul presența uneĭ porțiunĭ cât de micĭ rěmasă din mucósă, pentru a servi la o regenerare totală. Decĭ nu aci este partea slabă a răzuireĭ. Dînsa se găsesce în cercetările istologilor și în special ale luĭ Cornil, care a arătat că cuibul adevěrat al bóleĭ nu este atât mucósa cât fundurile de sac glandulare. Dar aceste funduri de sac sunt fórte profund situate, vîrîte fiind chiar între

fibrele musculare, așa că ori cât de puternică și tenace ar fi răzuirea, totuși bóla nu este atacată în adevěratul sěu domiciliu.

Tot istologia a arătat, că regenerarea mucóseĭ este asigurată prin conservarea glandelor uterine. Decĭ iată adevěrata și cea maĭ seriósă obiecțiune a răzuireĭ. Presupuind chiar distrugerea totală a întregeĭ mucóse, încă n'am făcut nimic, căcĭ bóla se găsesce mult maĭ adânc. Dînsa locuesce fundurile de sac glandulare, carĭ prin situațiunea și numěrul lor considerabil, sunt în afară de acțiunea orĭ căruĭ instrument și decĭ capabile a desfide totul.

Conduși de acéstă idee, unĭĭ autorĭ dar în special Polallion și Dumontpalier, aŭ înlocuit răzuirea printr'o substanță caustică din cele maĭ puternice și anume prin clorur de zinc amestecat cu făină de secară, cunoscută sub numele de pasta de Canquoin. Mijlocul acesta escesiv de energic a reușit în adevěr să determine o distrugere absolută și totală a mucóseĭ, dar cu resultate desastruóse. S'a constatat atresiĭ complecte a cavităței uterine, resultate din producerea unuĭ țesut cicatricial permanent și definitiv. Și cu tóte acestea recidivele încă n'aŭ putut fi nimicite. A rěmas însă lucrul demonstrat, că dintre tóte causticele, clorurul de zinc ar fi cel maĭ eficace, atât contra gonococilor cât și a toxinelor, carĭ după tóte probabilitățile sunt causa acestor inflamațiunĭ rebele.

Acésta constitue metóda luĭ *Rheinstoedter* și *Broese*, carĭ în 1886 aŭ reușit să o vulgarizeze prin numerósele succese ce ar fi obținut. Metóda constă a introduce în cavitatea uterină un instrument, avênd în vîrful sěŭ vată muiată în clorur de zinc 50% cu care se face abstersiunea, căutându-se a se atinge fundul uteruluĭ, precum și tóte punctele suprafeței cavităței sale. Operațiunea se repetă odată saŭ de 2 orĭ pe sěptămână, în maĭ multe ședințe, după indicațiunĭ. Autorĭĭ susțin că întrebuințând metóda lor, nu maĭ e trebuință de nicĭ o răzuire.

Noĭ fără a fi contra acesteĭ metóde, o credem însă insuficientă, atuncĭ când mucósa uterină e provědută de numeróse și serióse fongositățĭ. De aceia am adoptat metóda mixtă, care constă în răzuirea prealabilă a mucóseĭ, urmată apoĭ de injecțiunĭ saŭ maĭ bine dis adevěrate spălaturĭ cu clorur de zinc. La început am făcut aceste spălaturĭ cu soluțiunĭ escesiv de concentrate și anume 50% în cantități de 200—300 grame, printr'o sondă uterină cu dublu curent. Fenomenul cel maĭ important pe care l'am constatat, a fost emoragiĭ secundare; de aceea trep-

tat am diminuat dosa până când am ajuns la minimum clorul de zinc 10 gr., apă 100 gr. Acéstă metódă am întrebuințat'o nu numaĭ în endometritele emoragice, unde operațiunea este absolut suverană, dar chiar și în metritele cronice. Este sciut din punctul de vedere clinic, că endometritele emoragice sunt întreținute de presența unor fongositățĭ de formă și volum variabil, aflate pe mucósa uterină. Dar aceste fongositățĭ prin nimic nu se pot distruge maĭ sigur de cât prin răzuire, care urmată de irigațiunĭ și abstersiunĭ cu clorur de zinc, ne dă rezultate sigure și definitive. Dar și în cele-l'alte forme de metrite cronice, unde rĕul e mult maĭ profund, precum și în casurĭ de retențiunĭ placentare și chiar infecțiunĭ puerperale, răzuirea urmată de spălăturile și abstersiunile cu clorur de zinc, ne-aŭ dat resultate satisfăcătóre, înlesnind absorbțiunea acestuĭ liquid de tóte anfractuositățile și adâncimele părților bolnave. Proporțiunea de 10% neavênd putere escarificantă ci numaĭ microbicidă, o credem cea maĭ sigură pentru scopul urmărit. Nu insistăm a descri în tóte detaliile modul răzuireĭ uteruluĭ. Reproduc însă un resumat din raportul meŭ științific anual, ce se găsește imprimat în Analele Eforieĭ, 1898.

„Metóda ce întrebuințăm în răzuirile uteruluĭ, ne este proprie. Dînsa constă în dilatarea extemporanee a orificiilor colului prin dilatatorul trivalv Scanzzoni. După ridicarea produselor patologice, facem spălăturĭ intra-uterine cu sublimat $^{1}/_{1000}$ prin mijlocul sondeĭ Doléris. Preferăm acéstă sondă, căcĭ prin ea producem o dilatare fórte mare a gâtuluĭ uterin, prin care, în timpul spălăturilor, ies tóte lambourile de mucósă de orĭ-ce volum ar fi. După acésta facem injecțiĭ cu o siringă de pansament în cantitate de 200 gr. cu o soluție de clorur zinc de $^{10}/_{100}$. Acéstă injecție se practică iarăși prin acea sondă intra-uterină. Din noŭ apoĭ spălăturĭ cu sublimat. Scoțêndu-se sonda intra-uterină, se face abstersiunea (écouvillonage) cu ajutorul isterometruluĭ învĕlit în vată și muiat în clorur de zinc $^{10}/_{100}$.

Operația se termină întroducêndu-se o lungă bandeletă de tifon iodoformat în cavitate spre a servi ca drenaj. Pansamentul constă în punerea în vagin a câtor-va tampóne moderate de tifon iodoformat și un bandaj în T între cópse: în fața vaginuluĭ, vată multă. La tóte bolnavele, avem obiceiul ca imediat după operație, să le aplicăm urguent mercurial belladonat pe abdomen, pe de asupra guta-percă, apoĭ vată și un bandaj.

Mĕsurile chirurgicale înainte de operație sunt: antiseptisarea

complectă a vaginuluĭ prin spălăturĭ zilnice cu sublimat și băĭ generale. In ḑiua operaţieĭ se rade tot pĕrul organelor genitale.

După operaţie pansamentul se lasă în loc 48 ore. Atunci se scóte bandeleta iodoformată. De aci în colo nu se fac de cât simple spălăturĭ cu sublimat, fără tamponarea vaginuluĭ. Bolnavele după 10 maximum 15 ḑile, părăsesc serviciul.

Resultatul acesteĭ operaţiunĭ diferă. E suveran în endometritele emoragice, satisfăcător în metritele catarale și maĭ slab în cele purulente. Dar acéstă din urmă formă fiind excesiv de rară, rĕmâne stabilit, că răzuirea uteruluĭ aduce folóse reale bolnavelor, în ceia ce privește diferitele secreţiunĭ anormale.

Eficacitatea răzuirilor nu o cunóscem în detaliŭ. Ar trebui bolnavele urmărite mult timp; dar acésta nu se póte într'un spital. Când inflamaţiunile uteruluĭ se însoţesc de prinderea anexelor, raclajul are un efect iluzoriŭ asupra lor. E adevĕrat, că bolnavele cât staŭ în spital simt o fórte mare ameliorare în durerile din anexe; dar acésta o credem maĭ puţin a fi resultatul răzuireĭ uteruluĭ, decât al repausuluĭ și al uneĭ îngrijiriĭ atentive. Se scie, că Répin din Geneva a susţinut, că raclajul are efect salutar asupra anexitelor, prin faptul absorţiuneĭ liquidelor antiseptice prin mijlocul limfaticelor, saŭ chiar mucóseĭ uterine. Lucrul e probabil, dar noĭ nu suntem pe deplin convinșĭ.

Dar dacă în asemenea casurĭ răzuirea nu aduce mult folos, trebue să fim cu multă luare aminte, ca prin ea să nu provocăm desvoltare de anexite. Nimic în adevĕr maĭ uşor de cât desvoltare de infecţiunĭ secondare, în urma uneĭ răzuirĭ rĕŭ făcute și maĭ ales rĕŭ îngrijite. Cu precauţiunĭ marĭ antiseptice nu e nimic de temut. Am căutat să ţinem un registru a parte de răzuirile ce am făcut de la deschiderea serviciuluĭ, 5 Februarie 1895 până în present 1898. In acest interval am practicat 162 raclajurĭ. Tóte bolnavele în momentul eșireĭ din spital aŭ fost mulţămite. Dar importanţa stă în urmărirea lor, pentru a vedea dacă ameliorările saŭ vindecările obţinute prin raclaj s'aŭ menţinut, saŭ aŭ fost trecătóre. Scopul nu ni s'a îndeplinit în totul. Cu tóte acestea, posedăm un óre-care numĕr de bolnave, carĭ aŭ revenit declarându-ne satisfacţiunea lor maĭ ales că aŭ rĕmas gravide. Ele se găsesc în condicile de operaţie, ce există în serviciŭ. Este incontestabil, că aceste bolnave avênd în general profesiunea de servitóre, ele nu se pot menaja să aibă îngrijirile igienice ca femeile din societate. De aci și recidivele ce une-orĭ se observă, trebuesc atribuite acestor casurĭ".

Iată acum tabloul tutulor răzuirilor ce am făcut până în present 1899, și carĭ se urcă la cifra de 200. Acest tabloŭ însă îl voiŭ imprima la finele lucăreĭ, dacă vom avea timpul necesar și dacă crescerea volumuluĭ nu va lua proporție prea mare.

Tratamentul metritelor gâtuluĭ uterin.

Din causa dispositiuneĭ fibrelor musculare ale acestuĭ organ constituind arborele vieței, mucósa cervicală străbate prin tóte aceste ramurĭ, infiltrându-se decĭ la adâncimĭ destul de pronunțate. Prin urmare răzuirea gâtuluĭ uterin este aprópe fără efect, de óre ce lingura nu póte lucra de cât pe crestele acestuĭ arbore; mucósa interpusă între ramurĭ rĕmâne neatinsă.

De aceia majoritatea autorilor se abțin de la răzuire, ca ne fiind eficace, saŭ cel mult representând o muncă zadarnică. Olshausen și Fritsch susțin, că raclagiul gâtuluĭ uterin nu dă nicĭ un resultat, lingura nu atacă de cât crestele arboreluĭ vieței ea lasă părțile mucóseĭ, ascunsă între aceste creste, neatinsă. Voind decĭ să intervenim în mod chirurgical, singura operație logică și care s'a recomandat, este extirparea directă și totală a mucóseĭ cervicale. Acésta constitue *operațiunea luĭ Schroeder*, care cel d'întâiŭ a preconisat și a pus în practică acéstă idee.

Există maĭ multe procedee pentru extirparea mucóseĭ cervicale. Dar iată maĭ întâiŭ în ce constă operația luĭ Schroeder. Femeia e pusă în posiția dorso-sacrală. Dupĕ antisepsia perfectă a vaginuluĭ, apucăm buza anterióră a coluluĭ cu o pensă dințată. Cu bisturiul saŭ cu fórfecele, spintecăm și de o parte și de alta ambele comisurĭ ale coluluĭ, până la fundul de sac posterior al vaginuluĭ, exclusiv. Atuncĭ ridicăm în sus cu pensa buza anterióră a coluluĭ, ast-fel ca suprafața mucóseĭ cervicale să fie manifest pusă în fața ochilor noștri. Punem bisturiul la o distanță de 2—3 m. m. de baza lambouluĭ și tragem o secțiune transversală de la un capăt la altul al mucóseĭ cervicale. Aplicăm apoĭ vîrful bisturiuluĭ pe una din extremitățĭ și căutăm a ne dirige înainte către marginea liberă a buzeĭ coluluĭ, căutând a rotunji incisiunea, până ce treptat ajungem la cea altă extremitate a incisieĭ transversale. Cu modul acesta am capătat o incisie semicirculară avênd o bază transversală. Procedăm la disecțiunea mucóseĭ conform traseuluĭ și căutăm a o ridica în totalitatea eĭ, mergênd până la stratul muscular.

Dupĕ extirparea mucóseĭ cervicale, ne rĕmâne o largă su-

prafață sângerândă compusă din două lambouri: Unul cervical, scurt și rigid, resultat din secțiunea transversală a mucóseĭ, iar altul lung vaginal, móle și flotant, format din întréga buză anterióră a coluluĭ. Reunim prin suturĭ apropriate marginele acestor

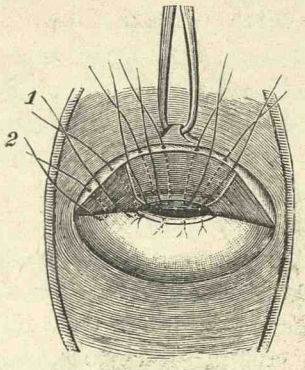


Fig. 42. Operația luĭ Schroeder.
1, 2. Firele comisurelor.

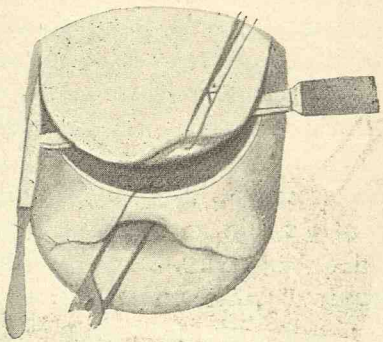


Fig. 43. Procedeul Dr. I. Kiriac în operația luĭ Schroeder. Timpul I (personală).

două lambouri și operația e terminată. Daca credem necesar, facem întocmaĭ acelaș lucru și pe buza posterióră a coluluĭ. Uniĭ adaogă 1—2 puncte separate pe comisurĭ. Veżĭ Fig. 42 luată din Martin.

Acéstă operație forte ingeniósă se practică în mod curent. Eŭ am aplicat'o în maĭ multe casurĭ cu frumos succes, introducênd însă unele modificărĭ.

Mai întâiŭ avem faptul că ne găsim în fața a două lambouri fórte disproporționate: unul cervical scurt și altul vaginal enorm de lung. Lăsând la o parte că afrontarea e dificilă — ceia-ce a îndemnat și pe alțiĭ la diferite moduri de punerea suturilor — dar chiar de am reuși, se produce totuși, în momentul lipireĭ margineĭ libere a lambouluĭ vaginal de cel cervical un sul destul de larg; părețiĭ sĕĭ nu se pot apropia: stofa este prea mare în lamboul vaginal. Pentru acésta eŭ am modificat procedeul precum urmézĕ. Principiul constă în a scurta puțin lamboul vaginal.

Iată cum procedez: In loc de a ridica buza anterióră după spintecarea comisurelor, din contră o trag în jos și înainte către vulvă. Atunci aplic bisturiul la o distanță convenabilă de marginea buzeĭ, și trag o incisie de la o extremitate la alta pe

suprafața vaginală a coluluĭ. Incep disecția mergênd în adîncime spre a mĕ apropia de mucósă și a nu rĕmâne în grosimea muschiuluĭ, de și la rigóre acésta n'ar presenta nicĭ un inconvenient, ba din contră e chiar de preferat. In orĭ-ce cas merg cu disecția până la o distanță convenabilă și până ce reușesc a ridica atâta suprafață din mucósă câtă doresc. Ajuns la rădăcina buzeĭ, secționez cu bisturiul lamboul de mucósă. Acésta formézĕ timpul II.

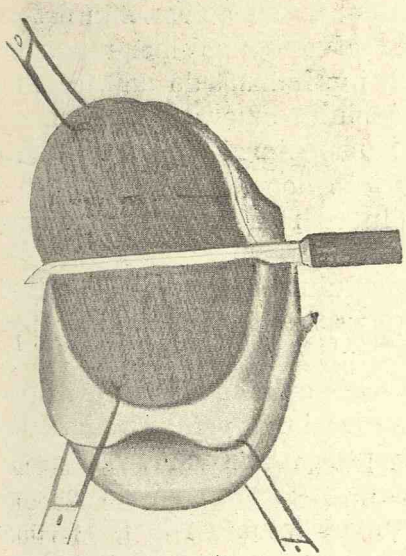


Fig. 44. Procedeul Dr. I. Kiriac în operația luĭ Schroeder. Timpul II (personală).

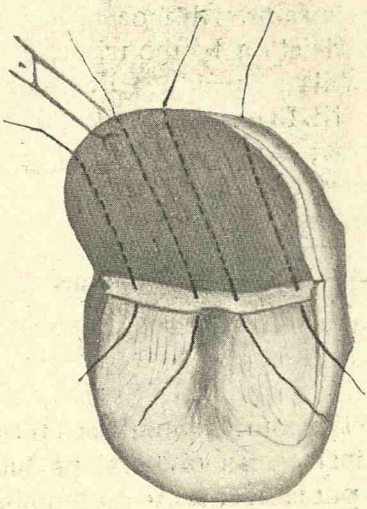


Fig. 45. Procedeul Dr. I. Kiriac în operația luĭ Schroeder. Timpul III (personală).

Prin urmare, întâia deosebire de procedeul Schroeder constă că, ridicarea mucóseĭ o fac cu totul invers și printr'o simplă incisiune. Cu alte cuvinte eŭ merg de din afară înăuntru și de din nainte înapoĭ, scurtând în acelaș timp lamboul anterior. Acesta se va coapta maĭ ușor, putându-se apropia de porțiunea cervicală fără îndoitură saŭ sul. In timpul III aplicăm suturile.

Daca voim să repetăm operația și pe buza posterióră a coluluĭ, vom procede bine înțeles în mod invers și anume: Comisurile fiind despicate, apucăm cu pensa de marginea liberă a buzeĭ și o ridicăm în sus, ast-fel ca să privim suprafața sa vaginală, cea mucósă privind către orificiul coluluĭ. Aplicăm apoĭ

bisturiul la óre-care distanță de marginea liberă și tragem o incisie puțin rotundă de la o extremitate la alta, căutând a ne apropia de mucósa cervicală. Mergem tăind până la basa lambouluĭ, când ridicând ceea-ce am disecat, operația e terminată prin coaptarea cuvenită cu ajutorul firelor necesarĭ. Prin urmare aci confecționăm lamboul ca și pe cel anterior, cu deosebire că lucrăm de sus în jos, însă tot de din afară înăuntru și de d'inainte înapoĭ.

In fig. 43, 44 și 45 se vede în schemă procedeul nostru.

II. **Procedeul Bouilly.** După ce se ridică mucósa cervicală printr'un lamboŭ dreptunghiular, se oprește cu avivarea în dreptul comisurelor. El face acésta pentru a se opune uneĭ retracțiunĭ cicatriciale a lambourilor, ce a fost incriminată de unĭĭ, ca fiind capabilă să producă coarctarea orificiuluĭ extern al coluluĭ.

III. In casul însă când întregul parenchim al coluluĭ e profund alterat; atunci când totul e copleșit de degenerescență kistică și o ipertrofie deměsurată, singurul lucru rěmâne extirparea complectă a organuluĭ.

Amputația porțiuneĭ vaginale a coluluĭ a fost deja preconisată de Lisfranc; pentru acésta operația și pórtă numele sĕŭ. Braum din Viena a patronat fórte mult acéstă operație, aplicându-o nu numaĭ pentru bóle directe ale coluluĭ, ci și pentru ipertrofiile uterine. S'a demonstrat că supresiunea coluluĭ vaginal, are o acțiune fórte bine-făcătóre asupra descreștereĭ volumuluĭ uterin.

De și s'a obiectat că acéstă amputație să nu se facă cu ansa galvanică căcĭ ar da naștere la stenose, totuși eŭ în fórte multe casurĭ am recurs la amputația prin electricitate, fără să fi observat absolut nicĭ un inconvenient. Operația o fac ast-fel: Trag colul în jos și înainte cu o pensă dințată, și aplic firul la o mică distanță de fundurile de sac. Resecția e perfectă; dînsa are forma unuĭ con cu vîrful înapoĭ și baza înainte. Operația e cu totul exangă.

Mulți însă preferă **procedeul luĭ Simon.** El nu diferă întru nimic de operația luĭ Schroeder. Deosebirea este că, în loc de a ridica numaĭ mucósa cervicală, scótem împreună cu dînsa întregul țesut muscular al coluluĭ. Prin urmare, după extirpare lamboul vaginal nu rěmâne format de cât din mucósa sa externă. Marginea sa liberă o reunim cu aceia a lambouluĭ cervical, fie prin suturĭ obicĭnuite, saŭ prin cele sub-intrante recomandate de noĭ.

Operația luĭ Emmet. Acest autor a desvoltat o activitate colosală, pentru a arăta că singura sorginte a tuturor infecțiilor uterine, constă în rupturile coluluĭ, consecutive facerilor saŭ avorturilor. Buzele acestuĭ col cicatrisându-se separat, lasă deschis în mod fórte larg

vĕr endometrita se datoresce presenţeĭ cancerului aflat la gâtul uterului, saŭ e cu totul anterióră şi independentă de dînsul recunoscênd cause diferite. Noĭ înclinăm maĭ mult către ultimul punct. Este sciut că în majoritatea casurilor, cancerul se desvoltă pe femeĭ carĭ deja aŭ făcut maĭ mulţĭ copiĭ, carĭ aŭ fost bolnave de diferite inflamaţiunĭ a organelor genitale şi decĭ vechĭ endometritice. De alt-fel, dacă s'ar adeveri că endometrita este direct provocată de iritaţiunea cancerului gâtuluĭ uterin, atuncĭ lucrul ar deveni destul de grav, din douĕ puncte de vedere: primo, un argument de propagaţiune a acestuĭ neoplasm la corp; secundo predisposiţiunea endometriteĭ pentru cancer. Dar acésta ar confirma că inflamaţiunea formézĕ şi ar fi cel maĭ bun aşternut al orĭcăreĭ infecţiunĭ şi prin urmare şi al cancerului. Ambele suposiţiunĭ însă nu sunt demonstrate.

Resumând cele dise ne rĕmâne convingerea, că până la proba contrarie cancerul gâtuluĭ uterin nu se propagă la corpul uterin.

Consideraţiunile acestea aŭ jucat şi jócă încă şi adĭ cel maĭ mare rol în tratamentul acesteĭ afecţiunĭ. S'a căutat să se probeze inutilitatea extirpăreĭ întregului organ, când ar fi suficient numaĭ aceea a părţeĭ coplesite, adică a gâtuluĭ iar nu şi a corpuluĭ uterin.

La rigóre e posibil ca o asemenea propagaţiune să se intindă şi la corpul uterului; dar acésta nu s'ar putea produce de cât după un timp fórte îndelungat. Avem însă credinţa, că dacă fenomenul nu se realiséză, este că bolnavele mor maĭ nainte de a-şĭ putea infecta şi corpul uterului. Cu tóte acestea câte-va observaţiunĭ mi-aŭ probat contrariul. Totuşĭ Ruge şi Veit împreună cu Schroeder, aŭ stabilit că, în casurile de cancer plecând de la buza externă a coluluĭ, nu există exemplu de cancer simultaneŭ şi al corpuluĭ uterin.

Trecênd peste acéstă chestiune, să vedem care este modul obicĭnuit prin care cancerul se propagă la organele vecine.

Am arătat că tendinţa iresistibilă, cel puţin a formeĭ infiltrate şi vegetante, este de a polifera la superficie şi către exterior. Prin urmare cel d'întâiŭ organ ce va suferi de consecinţele invasiuneĭ neoplasmuluĭ, va fi vaginul. Graţie acesteĭ proliferaţiunĭ centrifuge şi extensiune în suprafaţă, părеţiĭ vaginalĭ pot fi coplesiţĭ direct şi în mod treptat de cotropirea acestor exuberenţe epiteliale. Une-orĭ distrugerea începe prin mucósa externă a coluluĭ. Dînsa treptat de la buzele orificiuluĭ merge până la fundu-

rile de sac ale vaginului; de acolo printr'un proces retrograd se întinde pe păretele anterior, posterior și chiar cei laterali ai vaginului. S'a vĕdut casuri de o coplesire împinsă în așa grad, în cât fongositățile canceróse nu numai că umpleaŭ întregul vagin, dar ieșiaŭ chiar afară din vulvă. Modul însă cel mai obicinuit este ca invasiunea să se mărginéscă numai pe mucósa externă a coluluĭ, oprindu-se la fundurile de sac. Un alt cas de coplesire a vaginului — care constitue între altele o probă evidentă de puterea de inoculațiune a canceruluĭ — este când vaginul se inoculéză just în punctul și pe o porțiune limitată ce vine în contact cu buza corespondentă cancerósă a coluluĭ.

Acésta represintă o adevĕrată grefare a neoplasmuluĭ. De obiceiŭ lucrul se constată pe păretele posterior al vaginuluĭ. Examinând cu degetul și convingându-ne de acest fapt, constătăm cu surprisă că porțiunea dintre inoculațiunea vaginală și fundurile de sac sunt cu totul libere, ne-atacate. Un asemenea caz tip am observat asupra uneĭ femeĭ. Dînsa avênd un cancer înaintat al coluluĭ, poseda o producțiune neoplasică fongósă pe păretele posterior al vaginuluĭ, drept la nivelul punctuluĭ de contact ce se stabilise cu buza anterióră cancerósă a coluluĭ. Tot teritoriul de la orificiul extern până la fundurile de sac era liber.

Forma infiltrată a canceruluĭ are și dînsa proprietatea a ataca vaginul, dacă producțiunea țesutuluĭ conjunctiv îĭ permite a lua forma fongósă. In casul contrariŭ, rĕmâind adică în stare schirósă saŭ de infiltrațiune difusă, vaginul scapă de coplesire; neoplasmul nu are tendință a se propaga în părțile și organele mai profunde.

Cât pentru forma ulcerósă cavitară, tendința sa după cum am arătat, nu este atât a ataca vaginul cât a róde și distruge buzele coluluĭ; dînsa formézĕ acea ulcerațiune vastă și profundă, cu posibilitatea a străbate chiar în interiorul cavitățeĭ uterine.

Odată ce fundurile de sac vaginale sunt coplesite, propagațiunea neoplasmuluĭ merge de atacă țesutul celulo-conjunctiv al basinuluĭ. Invasiunea începe de la baza ligamentelor largĭ: de aci treptat înaintézĕ în tóte direcțiunile până ce ajunge a forma o adevĕrată gangă retractilă. Dînsa înconjóră vase, nervĭ, ligamentele largĭ și tot țesutul celulo-conjunctiv al miculuĭ basin: ea deformézĕ tóte organele aflate într'însul. Fundul de sac al cavitățeĭ luĭ Douglas este aprópe șters prin sudarea foițelor peritoneale. Uterul deformat și tras înapoĭ de aceste frâne fibróse, este vîrît și ghemuit în mica cavitate a basinuluĭ ca și cum ar fi

turnat într'o masă de gips. In timpul acesta infecțiunea vaselor limfatice este la apogeul lor. Ca resultat avem prinderea ganglionilor pelvieni; dînșii prin volumul și consistența lor cartilaginósă precum și prin numerósele aderențe, nu numaĭ că se opun la orĭ-ce operație radicală, dar contribue la exaltarea durerilor și a diferitelor compresiunĭ vasculare. In acéstă perióda bolnavele sunt în prada celeĭ maĭ teribile suferințe; ele sunt datorite invasiuneĭ nervilor obturatorĭ, a sciaticuluĭ și a tutulor rămurilor emergente, saŭ cel puțin a constricțiuneĭ lor de acea masă fibrósă și retractilă. In orĭ-ce cas efectul e acelașĭ: producțiune de durerĭ exasperante și excruciante. Aceste durerĭ din basin se prelungesc în cópse și alte regiunĭ; contra lor nimic nu triumfă orĭ câte injecțiĭ de morfină am face. Tot în urma acestuĭ factor de compresiune și invasiune a vaselor și venelor aflate în micul basin, se datoresc edemurile ce se observă pe vulvă, iar une-orĭ pe întregul membru inferior. Acésta constitue *flegmatia alba dolens*. Dînsa ne arată ultimul grad nenorocit al cancerului.

S'a susținut de unĭĭ că maĭ cu deosebire în forma ulcerósă cavitară, neoplasmul în mersul sĕŭ distructiv e capabil a determina o distrugere complectă a întreguluĭ părete uterin, și să-șĭ facă invasiunea chiar în cavitatea peritoneală. Nu numaĭ că lucrul acesta e rar — căcĭ din norocire bolnavele mor înainte ca el să se efectueze — dar în orĭ-ce cas, peritoneul resistă fórte mult grație uneĭ inflamațiunĭ precoce adesive. Prin acest proces, cele douĕ foĭ puindu-se în contact și reunindu-se, se formézĕ un obstacol puternic contra progresuluĭ cancerului în acéstă cavitate. Nu este însă maĭ puțin adevĕrat, că fenomene de peritonită se declară; ele sunt carĭ, adăogând durerea lor la cele-l'alte născute din invasiunea, constricțiunea și compresiunea nervilor, fac viața bolnaveĭ și maĭ intolerabilă și maĭ exasperantă.

Relativ la aceste durerĭ trebue să recunóscem că dînsele, în afară de orĭ-ce propagațiune de care am vorbit, pot să recunóscă drept causă unică inflamațiunea anexelor. Am avut un cas fórte demonstrativ în acéstă privință; el e relativ la o femee din Târgoviște ce am avut în sanatoriul meŭ. Pe acéstă femee, ce avea un cancer fórte înaintat al gâtuluĭ uterin, n'am putut constata asupra eĭ nicĭ o infiltrațiune în basin precum nicĭ un edem în vulvă saŭ membre; totușĭ se plângea de nisce durerĭ extraordinarĭ de marĭ. Ele și-aveaŭ sediul just în ambele fose-iliace. Am bănuit că suntan exele în joc — de și prin examenul bimanual nu le-am putut simți fiind situate prea sus. Bănuiala a fost ve-

rificată prin operațiunea ce i-am practicat. In adevĕr, făcênd laparatomia, am constatat un uter fórte voluminos; în acelaș timp însă anexele erau așa de aderente între ele și cu părțile vecine, în cât mi-a trebuit o luptă mare și îndelungată pentru a le aduce în plagă și a le extirpa. Voind a-i face după aceia isterectomia abdominală totală, am procedat la extirparea uteruluĭ. Acéstă însă a prelungit destul de mult operația. A doua di de diminéță, bolnava a sucombat în tótă plenitudiena cunoscințelor sale. Probabil, causa morțeĭ a fost starea de slăbiciune înaintată a bolnaveĭ. Dînsa n'a putut resista unuĭ șoc operator atât de mare ce a determinat o asemenea operațiune obositóre.

Cele-l'alte organe vecine ce pot fi copleșite de propagarea cancerului sunt: băsica uduluĭ, rectul și ureterele.

Rectul e maĭ adăpostit contra acesteĭ invasiunĭ; cel puțin perforațiunile sale și stabilirea de fistule recto-vaginale se observă în mod escepțional. Din contră, băsica — grație situațiuneĭ sale — este mult maĭ des atinsă de cancer, fie direct prin străbaterea acestuia prin fundul de sac anterior, fie prin distrugerea despărțitóreĭ vesico-vaginale. Consecințele sunt desastróse: nu numaĭ stabilirea uneĭ largĭ fistule vesico-vaginale măresce fetiditatea secrețiunilor, dar se adaogă exulcerațiunĭ, eczeme și iritațiunĭ a organelor genitale externe. Pe lângă acésta avem infecțiunea directă a mucóseĭ vesicale ce se pune în contact intim cu produsele neoplasice. De aci cistite rebele și incurabile, nefrita ascendentă, etc. Din norocire acéstă stare degradatóre și umilitóre nu duréză mult; bolnava deja se află către sfârșitul sĕŭ.

Dar o leziune pe atât de insidiósă cât și de importantă este de sigur și aceea a ureterelor. Dînsele, la extremitatea lor inferióră fiind fórte aprópe de gâtul uteruluĭ — distanța ce le separă nefiind maĭ mare de 1—2 centimetri — adesea sunt atinse maĭ nainte ca orĭ-ce alt organ. Invasiunea constă în aceia că țesutul conjunctiv din prejur sclerosându-se, încolăcesce ureterele căutând ca și cum ar voi să le stranguleze. Din acéstă micșorare gradată a lumenuluĭ lor, fără ca nicĭ o dată să fie complect obstruate, resultă o jenă în cursul urineĭ. Dar liquidul neputênd avea liberă trecere în băsică, se va acumula din ce în ce d'asupra acestuĭ obstacol; el va determina ca o consecință fatală dilatațiunea uretereĭ, în punctele situate d'asupra stricturei. Acéstă dilatațiune însă este maĭ mult pasivă fiind consecința uneĭ atrofiĭ a fibrelor musculare. Resultatul final este că treptat, întréga ureteră până la basinetele suferă o distensiune așa de mare, în cât capătă un

orificiul coluluĭ, prin care uşor se pot introduce toţĭ germeniĭ patogenĭ posibilĭ. De aceia, pentru a remedia acestuĭ lucru, autorul a propus reconstituirea marginilor rupte ale coluluĭ. Intervenţiunea pórtă numele de *operaţia luĭ Emmet*. Acéstă operaţie e tot ce póte fi maĭ simplu. Escisăm din fie-care buză a comisureĭ coluluĭ ce este ruptă, câte un lamboŭ din mucósa cervicală, producând

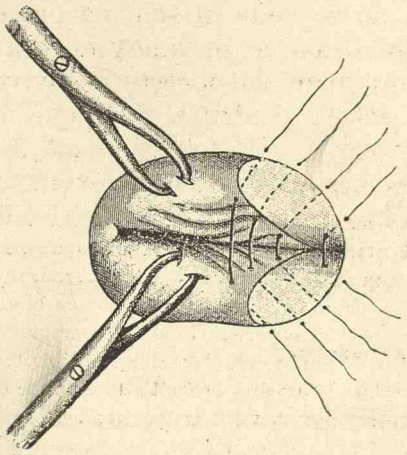


Fig. 46. Operaţiunea luĭ Emmet (trachelorhaphie).

ast-fel o suprafaţă sângerândă destul de convenabilă. Dupe acésta, coaptăm ambele buze prin câte-va puncte de sutură şi totul e terminat. Fig. 46 luată din Pozzi arată acéstă operaţiune.

CHESTIONAR

Metritele în general. Consideraţiunĭ generale. Inflamaţia uteruluĭ prin situaţiunea sa, prin destinaţiune, formă şi constituţia sa. Diviziunea metritelor. Diviziune după fenomenele clinice: metrita cataralĭ, emoragică, purulentă. Diviziune după cause: metrita graviditățeĭ, puerperală, blenoragică, traumatică, a frigore, etc. După diateze: artritică, erpetică, sifilitică, scrofulósă şi tuberculósă. Diviziunea metritelor din punctul de vedere macroscopic: metrita ulcerósă, granulósă, polipósă, fongósă, etc. Diviziunea anatomică a metritelor: metrita gâtuluĭ şi metrita corpuluĭ uterin. Clasificarea metritelor: mucósă, glandulară, intersticială şi parenchimatósă . . . . . pag. 263—269

I) Endometrita cronică mucósă. Considerațiuni anatomice asupra mucóseĭ uterine. Dermul saŭ corionul mucóseĭ. Anatomia patologică. Aspectul și colórea mucóseĭ uterine. Modificările ce încércă mucósa în acéstă afecțiune. Diferite tipurĭ de fongositățĭ. Cause . . pag. 269—273

II) Endometrita cronică glandulară. Considerațiuni anatomice a glandelor uterine. Lesiunile anatomo-patologice ale acesteĭ afecțiunĭ. Alterațiunea glandelor după cercetările luĭ Ruge: ipertrofie și iperplasie glandulară. Descripțiunea și formele acestor alterațiunĭ. Opiniunile autorilor asupra iperplasieĭ glandulare. Opiniunea luĭ Schroeder și Delbet. Diferite discuțiunĭ . . . . . „ 273—276

III) Endometrita cronică intersticială. Caractere. Descripțiune, causele. IV) Endometrita parenchimatósă. Considerațiunĭ generale asupra anatomieĭ uteruluĭ. Descrierea acestor metrite. Caractere. Ipertrofia uterină în acéstă afecțiune. Causa acesteĭ ipertrofiĭ. Opiniunile diferiților autorĭ. Perióda de infiltrațiune și de indurațiune în metrita parenchimatósă. Caracterele acestor perióde. Aspectul uteruluĭ. Ipertrofie extrinsecă și intrinsecă. Caractere . . . . . „ 276—282

Endometrita gâtuluĭ uterin. Considerațiunĭ anatomice. Elementele constitutive. Dispositiunea fibrelor musculare. Arborele vieței. Mucósa și corpul gâtuluĭ uterin. Lesiunile macroscopice ale mucóseĭ și ale parenchinuluĭ. Aspectul și culórea mucóseĭ. Caractere. Ce se numesce cervicita? Cervicita glandulară. Caractere. Polipĭ glandularĭ. Simptome. Ulcerațiunile gâtuluĭ uterin. Diferite teoriĭ: teoria erosiuneĭ incomplecte a corpuluĭ mucos a luĭ Malpighi; teoria ectropionuluĭ mucóseĭ cervicale, teoria anomalieĭ congenitală. Representanțiĭ acestor teoriĭ. Argumentele aduse de diferiți autorĭ pentru susținerea acestor teoriĭ. Caracterele ulcerațiunilor erpetice, scrofulóse, sifilitice și canceróse . . . . . „ 282—290

Etiologia și patogenia metritelor. Causa endometriteĭ puerperale. Diferite opiniunĭ. Condițiunile de îndeplinit a acesteĭ metrite în cas de a fi infecțiósă: microbul și inoculațiunile. Auto-infecțiunea și etero-infecțiunea Metrita deciduală. Endometrita nepuerperală. Rolul gonococuluĭ luĭ Neiser. Diferite cercetărĭ. Obstacolul gonococuluĭ de a străbate în uter.

Endometrita parenchimatósă, cause. Opinia luĭ Lawson Tait . „ 291—295

Simptomele. Metrita acută. fenomene generale și locale. Semnul luĭ Courty. Starea uteruluĭ. Metrita cronică. Turburărĭ funcționale. Leucorea. Caractere. Turburările în menstruație. Caractere. Dismenoree, amenoree. Emoragiile. Menoragia. Metroragia. Semnificare. Simptomele obiective; durerea, semnificarea acestuĭ simptom. Durerile simpatice. Explicațiunea. Consecințe. Facies uterin. Simptomele objective: funcționale și fisice . . . . . „ 295—301

Diagnosticul. Punctele principale, dacă avem metrită, care-ĭ forma și cum se póte separa de alte bóle a organelor vecine. Ulcerațiunĭ idiopatice. Diferite opiniunĭ. Ulcerațiunĭ benigne, neaplasice și specifice. Caractere distinctive

Etiologia și patogenia metritelor. Teoria microbiénă. Endometrita puerperală. Cause. Cercetările moderne asupra natureĭ microbiene a acesteĭ afecțiunĭ. Diferite inoculațiunĭ. Endometrita ne-puer-

perală. Cause. Cercetările diferiților autori. Opiniuni. Endometrita parenchimatósă. Cause. Simptome funcționale, subjective și objective. Caractere. Turburări menstruale. Emoragii . . . . . pag. 301—315

Diagnosticul, semne diferențiale între metrite, Semnul lui Spiegelberg. Prognosticul și tratamentul. Diferite metóde și principii de tratament. Metóda autoruluĭ. Operația lui Schroeder și Emmet. Procedeul autoruluĭ . . . . . „ 315—319

Cap. VII. Tumorile uteruluĭ.

Acestea se divid în treĭ categoriĭ: *tumorĭ liquide*, *gazóse* și *solide*.

Primele douĕ categoriĭ sunt maĭ adesea resultatul unor vițiurĭ de conformațiune congenitală. Pentru acésta maĭ toțĭ autoriĭ le descriŭ la acele capitole.

Noĭ însă am preferat, credênd lucrul maĭ sistematic, a le descri alăturĭ de tumorile uteruluĭ, cu atât maĭ mult că ele nu sunt tot-d'a-una consecința unor vițiurĭ de conformație, ci a unor accidente traumatice, inflamatoriĭ, etc.

In starea normală, uterul este un organ de recepțiune. In el se acumuléză liquidele escretate de propriile sale glande. Dar tot dînsul primesce și alte secrețiunĭ mult maĭ importante, ca menstruele venite din partea trompelor. Pentru buna funcționare și mersul regulat al lucruluĭ, se cere ca acest organ să aibă atât orificiul intern cât și cel extern libere. Numaĭ ast-fel se póte cu ușurință scurge liquidele aflate în cavitatea sa. Orĭ de câte orĭ deci aceste orificiurĭ de scurgere vor fi astupate, atuncĭ în mod fatal uterul devine sediul de acumulațiune al diferitelor secrețiunĭ. Când liquidul reținut în cavitatea uteruluĭ e format din serositate saŭ orĭ-ce alte secrețiunĭ glandulare, tumora se numesce *idrometru;* daca liquidul acumulat e format numaĭ din sânge, pórtă numele de *ematometru*, iar când în locul acestora se acumuléză puroiŭ, avem *piometru*.

Etiologia. O singură causă există în producerea acestor afecțiunĭ: *astuparea complectă și definitivă* a orificiuluĭ intern și extern al uteruluĭ, fie în mod congenital saŭ dobândit. Acésta constitue ceea-ce se numesc stenosele saŭ *atresiile uterine*. Unĭĭ le-aŭ dat numele de *ginetresie*. (Auvard)?

O asemenea stare anormală se póte observa în mod congenital, cas de alt-fel maĭ frecuent, precum și în mod accidental.

In urma diferitelor operațiunĭ ce se practică pe gâtul ute-

I) Endometrita cronică mucósă. Considerațiuni anatomice asupra mucóseĭ uterine. Dermul saŭ corionul mucóseĭ. Anatomia patologică. Aspectul și colórea mucóseĭ uterine. Modificările ce încércă mucósa în acéstă afecțiune. Diferite tipurĭ de fongositățĭ. Cause . . pag. 269—273

II) Endometrita cronică glandulară. Considerațiunĭ anatomice a glandelor uterine. Lesiunile anatomo-patologice ale acesteĭ afecțiunĭ. Alterațiunea glandelor după cercetările luĭ Ruge: ipertrofie și iperplasie glandulară. Descripțiunea și formele acestor alterațiunĭ. Opiniunile autorilor asupra iperplasieĭ glandulare. Opiniunea luĭ Schroeder și Delbet. Diferite discuțiunĭ . . . . . „ 273—276

III) Endometrita cronică intersticială. Caractere. Descripțiune, causele. IV) Endometrita parenchimatósă. Considerațiunĭ generale asupra anatomieĭ uteruluĭ. Descrierea acestor metrite. Caractere. Ipertrofia uterină în acéstă afecțiune. Causa acesteĭ ipertrofiĭ. Opiniunile diferiților autorĭ. Perióda de infiltrațiune și de indurațiune în metrita parenchimatósă. Caracterele acestor perióde. Aspectul uteruluĭ. Ipertrofie extrinsecă și intrinsecă. Caractere . . . . . „ 276—282

Endometrita gâtuluĭ uterin. Considerațiunĭ anatomice. Elementele constitutive. Dispositiunea fibrelor musculare. Arborele vieței. Mucósa și corpul gâtuluĭ uterin. Lesiunile macroscopice ale mucóseĭ și ale parenchinuluĭ. Aspectul și culórea mucóseĭ. Caractere. Ce se numesce cervicita? Cervicita glandulară. Caractere. Polipĭ glandularĭ. Simptome. Ulcerațiunile gâtuluĭ uterin. Diferite teoriĭ: teoria erosiuneĭ incomplecte a corpuluĭ mucos a luĭ Malpighi; teoria ectropionuluĭ mucóseĭ cervicale, teoria anomalieĭ congenitală. Representanții acestor teoriĭ. Argumentele aduse de diferiți autorĭ pentru susținerea acestor teoriĭ. Caracterele ulcerațiunilor erpetice, scrofulóse, sifilitice și canceróse . . . . . „ 282—290

Etiologia și patogenia metritelor. Causa endometriteĭ puerperale. Diferite opiniunĭ. Condițiunile de îndeplinit a acesteĭ metrite în cas de a fi infecțiósă: microbul și inoculațiunile. Auto-infecțiunea și etero-infecțiunea Metrita deciduală. Endometrita nepuerperală. Rolul gonococuluĭ luĭ Neiser. Diferite cercetărĭ. Obstacolul gonococuluĭ de a străbate în uter.

Endometrita parenchimatósă, cause. Opinia luĭ Lawson Tait . „ 291—295

Simptomele. Metrita acută. fenomene generale și locale. Semnul luĭ Courty. Starea uteruluĭ. Metrita cronică. Turburărĭ funcționale. Leucorea. Caractere. Turburările în menstruație. Caractere. Dismenoree, amenoree. Emoragiile. Menoragia. Metroragia. Semnificare. Simptomele obiective; durerea, semnificarea acestuĭ simptom. Durerile simpatice. Explicațiunea. Consecințe. Facies uterin. Simptomele objective: funcționale și fisice . . . . . „ 295—301

Diagnosticul. Punctele principale, dacă avem metrită, care-ĭ forma și cum se póte separa de alte bóle a organelor vecine. Ulcerațiunĭ idiopatice. Diferite opiniunĭ. Ulcerațiunĭ benigne, neaplasice și specifice. Caractere distinctive

Etiologia și patogenia metritelor. Teoria microbiană. Endometrita puerperală. Cause. Cercetările moderne asupra natureĭ microbiene a acesteĭ afecțiunĭ. Diferite inoculațiunĭ. Endometrita ne-puer-

perală. Cause. Cercetările diferiților autorĭ. Opiniunĭ. Endometrita parenchimatósă. Cause. Simptome funcționale, subjective și objective. Caractere. Turburărĭ menstruale. Emoragiĭ . . . . . pag. 301—315
Diagnosticul, semne diferențiale între metrite, Semnul luĭ Spiegelberg. Prognosticul și tratamentul. Diferite metóde și principiĭ de tratament. Metóda autoruluĭ. Operația luĭ Schroeder și Emmet. Procedeul autoruluĭ . . . . . „ 315—319

Cap. VII. Tumorile uteruluĭ.

Acestea se divid în treĭ categoriĭ: *tumorĭ liquide, gazóse* și *solide.*

Primele douĕ categoriĭ sunt maĭ adesea resultatul unor vițiurĭ de conformațiune congenitală. Pentru acésta maĭ toți autorii le descriŭ la acele capitole.

Noĭ însă am preferat, credênd lucrul maĭ sistematic, a le descri alăturĭ de tumorile uteruluĭ, cu atât maĭ mult că ele nu sunt tot-d'a-una consecința unor vițiurĭ de conformație, ci a unor accidente traumatice, inflamatoriĭ, etc.

In starea normală, uterul este un organ de recepțiune. In el se acumuléză liquidele escretate de propriile sale glande. Dar tot dînsul primesce și alte secrețiunĭ mult maĭ importante, ca menstruele venite din partea trompelor. Pentru buna funcționare și mersul regulat al lucruluĭ, se cere ca acest organ să aibă atât orificiul intern cât și cel extern libere. Numaĭ ast-fel se póte cu ușurință scurge liquidele aflate în cavitatea sa. Orĭ de câte orĭ decĭ aceste orificiurĭ de scurgere vor fi astupate, atuncĭ în mod fatal uterul devine sediul de acumulațiune al diferitelor secrețiunĭ. Când liquidul reținut în cavitatea uteruluĭ e format din serositate saŭ orĭ-ce alte secrețiunĭ glandulare, tumora se numesce *idrometru;* daca liquidul acumulat e format numaĭ din sânge, pórtă numele de *ematometru*, iar când în locul acestora se acumuléză puroiŭ, avem *piometru.*

Etiologia. O singură causă există în producerea acestor afecțiunĭ: *astuparea complectă și definitivă* a orificiuluĭ intern și extern al uteruluĭ, fie în mod congenital saŭ dobândit. Acésta constitue ceea-ce se numesc stenosele saŭ *atresiile uterine.* Unĭĭ le-aŭ dat numele de *ginetresie.* (Auvard)?

O asemenea stare anormală se póte observa în mod congenital, cas de alt-fel maĭ frecuent, precum și în mod accidental.

In urma diferitelor operațiunĭ ce se practică pe gâtul ute-

ruluĭ, maĭ cu deosebire cu fierul roșu și ansa galvanică (?) de multe orĭ se produce o atresie a orificiuluĭ extern, însoțită apoĭ de tóte consecințele sale. In tratamentul endometriteĭ, metóda prin paste cu clorur de zinc a căḑut tocmaĭ din acéstă causă; dînsa se însoția de atresia orificiuluĭ intern, dacă nu chiar și de a întregeĭ cavităților uterine. Chiar însușĭ raclajul, făcut în condițiunĭ brutale, dând nascere uneĭ largĭ suprafețe sângerânde, póte avea acelaș efect prin retracțiunea ulterioară a plăgeĭ. In fine tóte plăgile cervicale și din nivelul istmuluĭ, pot fi însoțite de atresiĭ, în urma cicatrizăreĭ și retractăreĭ țesutuluĭ inodular.

In afară de aceste coarctațiunĭ saŭ atresiĭ organice — dacă le putem numi ast-fel — maĭ există o altă categorie de atresiĭ timporare. Ele resultă din astuparea orificiilor prin presența de fongositățĭ, de mugurĭ cărnoșĭ, benignĭ saŭ malignĭ, etc., etc., carĭ daŭ aprópe acelașĭ efect ca și cele d'întâiŭ. La rigóre și însușĭ tamponarea gâtuluĭ uterin de chirurg, încă represintă o specie de astupare provisorie. Dar orĭ-care ar fi patogenia atresiilor, resultatul este acelașĭ: produsul escrețiunilor patologice saŭ fisiologice ale mucóseĭ uterine or a trompelor, ne avênd o scurgere liberă, se acumuléză în cavitatea uteruluĭ și constitue tumora liquidă.

In mod general, tumorile idrometrice maĭ tot-d'a-una sunt primitive, căcĭ maĭ tot-d'a-una orificiul intern saŭ istmul uteruluĭ se găsește atresiat. Idrometrie secundară este când obstacolul se află pe unul din porțiunile vaginuluĭ, precum ar fi o membrană grósă congenitală saŭ dodândită, imperforațiune a imenuluĭ, etc. In acest cas liquidele escretate din trompe saŭ uter trec prin acest organ avênd orificiile libere, dar se opresc în vagin, formând *ematocolpos*. Când acéstă cavitate însă a ajuns la maximum de distensiune, e posibil ca orificiul extern al gâtuluĭ uterin să se lărgéscă, să se forțeze și ast-fel conținutul vaginal să străbată în mod ascendent în cavitatea uteruluĭ și să se producă un idrometru secundar. Lucrul se observă maĭ cu sémă când obstacolul vaginal ocupă partea cea maĭ de sus a canaluluĭ, adică segmentul superior. Tot secundar este și idrometrul, când orificiul intern al uteruluĭ fiind liber, atresia ocupă numaĭ orificiul extern. Aci iarăș retențiunea primitivă se face în canalul cervical, și tocmaĭ târziŭ dînsa revine în cavitatea uteruluĭ, prin forțarea și lărgirea în mod continuă a orificiuluĭ intern.

In afară de aceste cause accidentale saŭ dobândite, maĭ există una ce s'ar putea numi fisiologică. Dînsa se observă la

femeele bĕtrîne după menopausă. In acéstă perióda a vieţeĭ, graţie uneĭ legĭ de patologie generală, ţesutul conjunctiv tinde a deveni din ce în ce maĭ adult şi maĭ fibros. Dînsul înzestrat de o nouă putere retractilă, provócă o stenosă saŭ atresie a orificiuluĭ intern al uteruluĭ. Acesta-ĭ mecanismul *idrometrieĭ femeilor bĕtrîne.*

Dar şi în urma uneĭ inflamaţiunĭ persistente şi cronice a uteruluĭ, încă putem observa acelaşĭ fenomen. Am arătat în studiul endometritelor că, cu timpul, afecţiunea póte produce stenosa orificiuluĭ intern. Consecinţa va fi iarăşĭ o idrometrie, pe care acum o vom constata chiar şi pe femeĭ tinere.

In ceia ce privesce calitatea liquiduluĭ conţinut în cavitatea uteruluĭ, el póte fi pur sanghinolent, sero-mucos şi chiar constituit din lochiĭ. Puech a arătat că atresia urméză imediat după facere.

Când aceste liquide se află aşeḍate d'asupra unuĭ obstacol ca ematocolpos, sub care prealabil există o stare inflamatorie cronică, precum de exemplu vaginita, atuncĭ liquidul, şi maĭ ales sângele se descompune şi dă nascere la formaţiunĭ de puroiŭ, formând *piometrul.* Tot la acelaşĭ resultat ajungem, când pentru stabilirea diagnosticuluĭ facem punctie în tumoră fără precauţiunĭ riguróse antiseptice: de aci infecţiunea pungeĭ şi transformarea conţinutuluĭ în puroiŭ.

Alte dăţĭ în fine, în urma extensiuneĭ prea marĭ a inflamaţiuneĭ şi descompunereĭ totale a conţinutuluĭ, avem ca resultat o desvoltare considerabilă de gaze. Fenomenul acesta constitue tumora gazósă a uteruluĭ, numită *fisiometrie.*

Simptomele. Sunt generale şi locale. In cas de atresie congenitală, simptomele rĕmân ascunse până la epoca pubertăţeĭ. Este escesiv de rar ca o mică copilă să atragă atenţiunea asupra manifestăreĭ uneĭ ast-fel de tumorĭ. De ordinar, nimic nu presupune afecţiunea până în momentul maturităţeĭ către 14—15 anĭ; şi acésta prin absenţa menstruelor. Ele sunt înlocuite prin ceia-ce se numesce *molimem,* adică simple fenomene de congestiunĭ, agitaţiune generală, durerĭ în lombe, în ipogastru, etc., dar fără nicĭ o scurgere sanguină la exterior. Acéstă crisă duréză câte-va ḍile, pentru a reîncepe la luna viitóre, când din noŭ aceleaşĭ fenomene se repetă. Şi tot ast-fel lucrurile se succed, până când părinţiĭ saŭ însăşĭ pacienta observă că pântecele începe a cresce, luând o desvoltare câte o dată destul de pronunţată.

Dacă e vorba de atresiĭ dobândite, fenomenele se petrec în

acelaşĭ mod, cu deosebire că femeea, de unde până aci avea menstruele regulate, observă absenţa lor în lunele următóre. Faptul pe multe din ele le face a crede că ar fi însărcinate. Şi lucrul e şi maĭ bizar, când ni se presintă femeĭ destul de mature, carĭ în loc de a se aştepta la o menopausă complectă, observă din contra ca pântecele se măresce ; ele iaŭ acésta drept o graviditate surprinzătóre. Este evident că, pe măsură ce tumora cresce, pe atât fenomenele dureróse caracteristice molimenuluĭ se repetă în fie-care lună. Ele se însoţesc în acelaşĭ timp de turburărĭ în micţiune, constipaţie, vărsăturĭ, etc., etc.

Cât privesce simptomele locale, ele sunt propriŭ orĭ-căreĭ tumorĭ ale uteruluĭ. Caracterele staŭ într'o tumoră mediană, d'asupra simfiseĭ, de un volum maĭ mult saŭ maĭ puţin mare, de consistenţă elastică şi semifluctuentă—în cas de idrometrie simplă; de o consistenţă tare şi cu sensaţiunea unor crepitaţiunĭ ca şi cum am sfărâma bulgărĭ de zăpadă — dacă e vorba de un ematometru. Acéstă tumoră se află pe linia mediană a regiuneĭ ipogastrice, putênd atinge chiar şi ombilicul. In casul însă când retenţiunea ocupă şi trompele, atuncĭ tumora se lăţesce în lăturĭ ocupând întregul basin. De asemenea, dacă nu există nicĭ o complicaţiune din partea peritoneuluĭ, tumora nu este sensibilă; la din contra, orĭ-ce exploraţiune devine fórte durerósă, bolnava fiind coprinsă şi de vărsăturĭ, dacă serósa peritoneală este iritată.

Prognosticul. Se pot observa casurĭ, unde atresiile uterine să nu se manifeste de cât prin absenţa menstruelor, însoţite de óre carĭ dureri maĭ mult saŭ maĭ puţin viĭ, ce apar la fie care epocă catamenială; şi atâta totul. Acésta se întâmplă când sângele menstrual vine în mică cantitate, iar mucósa uterină fiind perfect sănătósă îl absórbe, fără a'ĭ permite să se acumuleze şi cu atât maĭ puţin să formeze tumoră. In aceste condiţiunĭ s'aŭ vĕzut femeĭ deja mature, fără să fi avut vre o dată menstrue şi fără cu tóte acestea să fi fost considerate ca bolnave.

Din nenorocire lucrurile nu se petrec tot-d'a-una ast-fel. Sângele la fie care epocă menstruală se acumuleză în uter, şi fineşte prin a constitui o tumoră din ce în ce maĭ voluminósă, putând atinge chiar ombilicul. Atuncĭ ematometrul e în apogeul sĕŭ. Maĭ mult, prognosticul devine şi maĭ grav, când la acésta se adaogă un reflux al sângeluĭ în trompe, producând un emato-salpinx unilateral saŭ dublu. In fine casul devine şi maĭ serios, când trompele întinse la maximum se sparg; atuncĭ se produce un ematocel saŭ

chiar peritonită supra-acută; în acest cas prognosticul e cu totul desesperant.

In mĕsură egală, idrometrul are un prognostic mai benign ca un ematometru, și mult mai grav, dacă produsul intră în descompunere dând naștere unuĭ piometru saŭ fisometru. Prognosticul este iarăși mai benign în casurĭ de atresiĭ congenitale ca în cele dobândite: acestea se însoțesc de accidente mult mai serióse și de un mers mult mai repede.

Diagnosticul. In fața uneĭ tinere fete, care ajunsă la pubertate e lipsită de epocele menstruale, înlocuite fiind de fenomene dismenoreice, precum și de o creștere a abdomenuluĭ ocupênd linia mediană, avem tot dreptul a presupune un idro saŭ ematometru. Ce vom zice însă de următorul cas?

In luna Aprilie 1896, se presintă în cabinetul meŭ o tînĕră fată de 17 anĭ însoțită de bunica-sa. Fata îmĭ povestește cu o inocență și sinceră naivitate (?) că de vre-o 7 lunĭ i-a dispărut menstruele, în care timp a observat că treptat pântecele începe a-ĭ crește. Dînsa îmĭ afirmă că cu câte-va lunĭ înainte a avut un început de menstrue dar fórte incomplecte și dureróse. A priori m'am gândit la un ematometru crezênd în inocența eĭ, mai ales că cerea cu insistență a fi operată. Examinând'o însă mai de aprópe, constat spre marea mea surprisă că era gravidă în VIII-a lună!!

Trebue decĭ a fi fórte circumspecți, și mai ales să fim preveniți de cursele ce ni se pot întinde. In adevĕr, aflându-ne în fața uneĭ virgine, pe lângă dificultățile ce avem pentru un examen complect, se mai adaogă și condițiunile sociale, carĭ ne impun o reservă enormă în a ne pronunța în mod hotărât. Tocmai ast-fel a fost casul ce am relatat. Cerênd a fi chemat în familie spre a examina din noŭ pe pacientă, și convingându-mĕ din noŭ de cele ce constatasem, am rĕspuns în modul următor, fiind forțat de părinți a spune ce am găsit și ce cred; am zis personal mameĭ: Dómnă, nu mĕ pot pronunța cu siguranță asupra bóleĭ ce are fiica D-tale; *un singur lucru însă pot spune, că dacă fata D-tale ar fi măritată, aș zice la sigur că e însărcinată!* Restul ce a urmat se înțelege...

O situație identică ne oferă femeile deja măritate; cu deosebire că unele aŭ interes a ascunde graviditatea, pe când altele o doresc cu aviditate și se cred a fi în acéstă posițiie interesantă. E cu totul de prisos și chiar imposibil a insista asupra diagnosticuluĭ diferențial între o groseță și ematometru. Practica și bunul simț medical sunt singurile ce pot lămuri chestiunea.

In afară de aceste incidente, noĭ trebue să stabilim diagnosticul pe de o parte al ematometrului pur, iar pe de alta al diferitelor sale varietăți și complicațiunĭ. Vom observa în prima linie starea imenuluĭ și imperforațiunea sa; astuparea vaginuluĭ prin una saŭ douĕ membrane; sediul lor la segmentul inferior saŭ superior, în care cas vom constata existența unuĭ ematocolpos.

Dacă nimic din acestea nu există, atunci vom procede la examinarea directă a uteruluĭ și în special la absența saŭ prezența gâtuluĭ uterin. In casul afirmativ vom vedea dacă ematometrul e pur cervical. Aci vom găsi o tumoră în col, uterul fiind aprópe normal. Și pentru a'l diferența de un fibrom, vom recurge la explorarea cu isterometru posibilă în acest cas, imposibilă în ematometru, orificiul extern fiind închis. Când acumularea de lichid se face d'asupra orificiuluĭ intern, tumora ocupă linia mediană a abdomenuluĭ formând o tumoră globulósă, regulată și renitentă, putând atinge chiar nivelul omibiliculuĭ. In casul de complicațiunĭ, ca ematosalpinx, tumora se va întinde în laturĭ umplând întregul basin. Când există un viciŭ de conformație ca vagin dublu saŭ uter dublu, ematometrul póte fi și el unilateral saŭ bilateral, diagnostic la care ajungem printr'un examen minuțios și atentiv.

Pentru a termina vom spune, că nu trebue să uităm a uza de tóte mijlócele și explorațiunile de carĭ dispunem în chirurgie. Nu vom uita examenul prin rect și chiar prin băşică, fie cu sonda saŭ cu degetul, daca tuşeul vaginal ne este oprit. Prin acésta ne vom da bine séma de întinderea și raportul ce are tumora uteruluĭ cu organele vecine. In casul de piometru, vom avea în vedere starea generală a bolnaveĭ și manifestarea fenomenelor inflamatoriĭ clasice.

Când tumora în loc de a ne da matitate complectă la percusie, ne va oferi o sonoritate maĭ mult saŭ maĭ puțin pronunțată, vom conchide la existența unuĭ fisometru; vom exclude bine înțeles posibilitatea interpunereĭ unor anse intestinale între tumoră și păretele abdominal.

Tratamentul. Intervențiunea chirurgicală nu e permisă atât cât bolnava nu exprimă suferințe marĭ, iar tumoră nu există. In casul contrariŭ, ne vom conforma după circumstanțe: ematocolpos va fi tratat prin punctiune saŭ incisia crucială a imenuluĭ, or a membranelor fibróse, ce împarte vaginul în una saŭ maĭ multe compartimente. Alte dățĭ vom perfora orificiul extern al uteruluĭ;

saŭ în absența colului vom ataca tumora prin fundul de sac anterior saŭ posterior al vaginului. Lipsind și acestea, unii recomandă deschiderea tumorei prin rect.

In casuri complicate, ne putând aștepta deschiderea spontanată — ce se póte face în diferite organe, unele mai pericolóse ca altele — e mai bine a recurge d'adreptul la laparatomie. Acésta făcută în condițiuni de perfectă antisepsie, póte da resultatele cele mai satisfăcătóre. Vom lucra după circumstanțe și vĕdĕnd și făcĕnd.

Cap. VIII. Tumorile solide ale uterului.

Uterul prin rolul sĕŭ fisiologic și diferitele stări patologice la cari e supus, îl face să capete o predispositiune la desvoltarea de tumori solide.

Cea mai principală și mai frequentă din aceste tumori este *fibro-miomul*. Dînsa prin natura și epoca desvoltărei sale, se apropie fórte mult de ipertrofia prostatei la bărbat, cu care s'a și comparat. Chestiunea tumorilor uterului a atras de mult atențiunea chirurgilor. Studiul lor însă mai profund s'a făcut în ultimii timpi, grație extensiunei laparatomiilor, precum și a cercetărilor de anatomie patologică microscopică.

Din punctul de vedere clinic, tumorile solide ale uterului își conservă și adi vechea clasificație de: tumori *benigne* și *maligne*. Alți autori aŭ căutat să facă o divisiune anatomică, împărțindu-le după predominența țesutului ce intră în composiția lor, ast-fel ar fi: tumori *mucóse*, *glandulare*, *conjonctive*, *fibróse*, *musculare*, etc., etc. Acésta e cea mai logică și sciințifică clasificațiune ce se póte da. Totuși nu există nici o tumoră formată anume numai dintr'un țesut, ci din reunirea mai multora la un loc.

Noi propunem următórea clasificațiune, care de și analógă cu cea anatomică, nu e însă așa de pretențiósă și subtilă. Noi împărțim tumorile uterului în două mari grupe:

1. Acelea cari se desvoltă pe tóte stratele de inveliș a cavității uterului până la stratul muscular, adică mucósă, glande, vase și țesutul conjunctiv; iar în a doua categorie punem tumorile ce se desvoltă esclusiv în țesutul fibro-muscular, care constitue părețiĭ propriŭ dișĭ aĭ uterului.

La tumorile din prima categorie le dăm numele de tumori

endometrice; iar celor din a doua categorie numele de tumorĭ *mesometrice.*

Fie-care din aceste tumorĭ pot fi benigne saŭ maligne, după predominența țesutuluĭ din care e format, saŭ după deviațiunea acestuĭ țesut de la tipul normal or fisiologic.

§ 1. Tumorile endometrice saŭ tumorĭ mucóse.

Aceste tumorĭ sunt cunoscute sub numele generic de polipĭ uterinĭ. Eĭ s'aŭ numit ast-fel din causă că odată formațĭ, aŭ tendința iresistibilă a se lungi din ce în ce maĭ mult, a se subția prin baza lor și a'șĭ forma un pedicul prin care rămâne inserațĭ de părețiĭ cavitățeĭ uterine, pe când extremitatea liberă tinde a ieși afară prin orificiul coluluĭ. Decĭ numaĭ întrunind aceste condițiunĭ de pediculisare, tumorile devin polipĭ; în casul contrariŭ rămân simple tumorĭ sesile.

Douĕ sunt causele maĭ principale carĭ daŭ nascere acestor polipĭ: Inflamațiunile endometruluĭ, și porțiunĭ placentare rămase în cavitatea uteruluĭ în urma unuĭ avort saŭ facere la termen. Endometritele însă, în particular cele cronice, sunt causele maĭ frequente, dacă nu unice, ale polipilor. Și după cum endometrita a copleșit unul din elementele mucóseĭ, fixându-se maĭ cu predilecțiune asupra luĭ, acela va da nascere și polipuluĭ. Dar precum în endometrită avem varietățile și formele de mucósă, glandulară, intersticială, fongósă, etc.; tot ast-fel și polipiĭ vor fi de acelașĭ numĕr și varietățĭ. In adevĕr, avem treĭ feluri de polipĭ uterinĭ: polip *mucos, fibros* și *papilar.*

Polipiĭ mucoșĭ sunt formațĭ din mucósa uterină cronic inflamată. Acéstă mucósă umflată și burgeonândă, pe mĕsură ce se desvoltă, va lua caracterul uneĭ tumorĭ pediculate, formând polipul. El póte să se desvolte în cavitatea uterină, saŭ în canalul cervical al coluluĭ, care de alt-fel represintă și locul sĕŭ de predilecțiune.

Aceștĭ polipĭ oferă întocmaĭ caracterele mucóseĭ uterine cronic inflamată. Vom avea decĭ o tumoră, al căruĭ inveliș fórte neregulat, va presenta ridicăturĭ și adîncăturĭ, caracteristice endometriteĭ fongóse.

Un alt punct principal al acestor tumorĭ este, că suprafața de inveliș nu maĭ posedă celule cu cilĭ vibratilĭ ca în starea nor-

mală a uneĭ mucóse sănătóse, ci celulele cilindrice și chiar pavimentóse.

După predominența elementelor carĭ intră în constituțiunea acestor tumorĭ, resultă tot atâtea varietățĭ clinice. Ast-fel, când numĕrul glandelor mucóseĭ predomină, *polipul se numesce glandular* saŭ *folicular;* când vasele sanguine iaŭ o desvoltare maĭ mare, formând prin ele însăși tumora, polipul se numesce *sanghin* saŭ *polip angiomatos.* Câte odată glandele ce formézĕ tumora se obstruézĕ, se dilată și iaŭ un aspect kistic. Atuncĭ tumora pórtă numele de *polip kistic.*

In general acești polipĭ mucoși aŭ un volum mic, mergênd de la o alună și maximum până la o nucă. Forma lor e maĭ mult turtită de cât sferică, și aŭ o colóre roșietică.

Maĭ adesea polipiĭ sunt unicĭ de cât multipli. S'aŭ vĕdut însă casurĭ unde cavitatea uterină era plină cu desăvîrșire de nisce asemenea tumorĭ. In fig. 47 dăm un model de polip unic; iar în fig. 48 ce aparține luĭ Beigel se vede un numĕr considerabil de acești polipĭ.

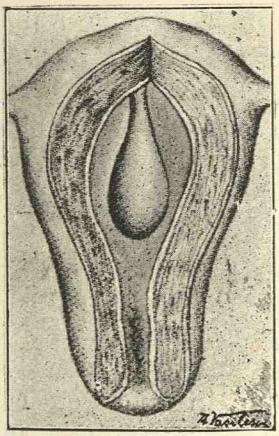


Fig. 47. Polip mucos solitar.

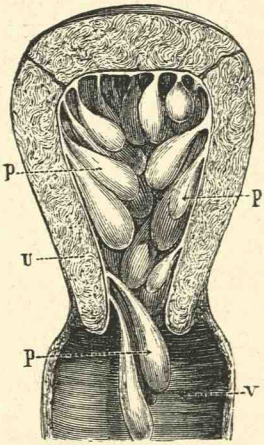


Fig. 48. Polipĭ mucoși multiplĭi.

In ceia-ce privesce polipiĭ fibroși, nu trebuesc confundațĭ cu fibrómele uteruluĭ, ce aparțin cu totul alteĭ categoriĭ de tumorĭ. Eĭ sunt tot polipĭ mucoși, însă țesutul conjunctiv al mu-

cóseĭ ia o desvoltare mult maĭ mare de cât a celor-l'alte elemente. De aci şi numirea de *polipĭ fibroşĭ*.

Tot acelaşĭ lucru vom ḑice şi de *polipiĭ papilarĭ*, formaţĭ de papilele mucóseĭ ipertrofiate, compuse ele insăşĭ de ţesut conjunctiv, vase şi epiteliŭ pavimentos stratificat; uniĭ aŭ observat chiar şi presenţa de fibre musculare netede.

Polipĭ placentarĭ saŭ fibrinoşĭ. S'aŭ numit polipĭ placentarĭ, din causă că desvoltarea lor se atribue resturilor de placentă, rĕmase în cavitatea uterină în urma avorturilor saŭ a facerilor normale. Uniĭ autorĭ îĭ maĭ numesc pentru acest cuvînt şi *deciduome*.

Numele de polipĭ fibrinoşĭ a provenit din aceia, că în mijlocul lor şi câte odată chiar la suprafaţă, s'a găsit presenţă de fibrină, acoperită de elemente figurate, saŭ sub formă de fibrină simplă coagulată şi depusă pe suprafaţa exterióră a tumoreĭ acoperită de vilositătĭ.

Aceste tumorĭ iaŭ câte odată un caracter malign, prin acest fapt că vilositătile din carĭ se compun şi carĭ sunt un fel de papile ipertrofiate, aŭ o tendinţă fórte mare către extensiune şi distrucţiune. Decĭ, dînsele pot să copleşéscă venele. Aci, după ce vegetéză şi le astupă lumina, strĕbat chiar în grosimea părepilor uterinĭ, pe care-ĭ subţiază reducêndu-ĭ până la 2 saŭ 3 m. m. Lucrul ajuns aci, există posibilitatea uneĭ perforaţiunĭ spontanate a uteruluĭ ce se va însoţi de consecinţe funeste.

Simptome. Partea cea maĭ principală a polipilor uterinĭ, şi aceea care atrage atenţiunea bolnavelor, sunt scurgerile de sânge maĭ mult saŭ maĭ puţin abondente. Une-orĭ aceste scurgerĭ sunt fórte micĭ, iar alte dătĭ iaŭ caracterul de metroragiĭ, carĭ uneorĭ de şi cu totul escepţional, pot însă deveni chiar mortale. Astfel Barnes şi Klob ar fi observat: unul o femee de 25 anĭ, iar cel-lalt una de 36 anĭ, carĭ aŭ sucombat în urma unor emoragiĭ causate de un polip relativ mic, dar ascuns în cavitatea uterină.

In general pierderile de sânge sunt în raport cu constituţiunea tumoreĭ, adică cu desvoltarea prea mare de vase. Decĭ polipiĭ mucoşĭ şi fongoşĭ aŭ pierderĭ de sânge maĭ simţitóre ca ceĭ fibrosĭ, la carĭ scurgerile sunt maĭ micĭ saŭ chiar de loc. Polipiĭ glandularĭ daŭ o scursóre de mucus saŭ de puroiŭ, dacă în adâncimea depresiunilor lor se găsesc fongositătĭ apropriate.

Afară de aceste scurgerĭ, polipiĭ nu se manifestă prin nicĭ un alt fenomen, exceptând póte óre-carĭ durerĭ spontanate. Dar aceste durerĭ apar atuncĭ, când polipul trece orificiul intern pentru

a intra în cavitatea cervicală. Mai avem încă dureri când pediculul tumorei subțiindu-se din ce în ce, se atrofiază până ce se rupe. Atunci tumora devenind liberă, femeea simte dureri ca și de facere, provenite din contracțiuni mai mult saŭ mai puțin violente ale uterului, care caută a expulsa din cavitatea sa acest corp strein.

Cele-l'alte fenomene ce mai putem observa, sunt analóge cu ale endometritelor, asupra cărora e de prisos a insista.

Prin examenul cu degetul putem de multe ori simți o mică tumoră, care se află angajată în orificiul extern al uterului. Prin ajutorul speculului constatăm și mai bine acest lucru, observând tóte caracterele de formă, mărime, etc., ce posedă tumora.

Diagnosticul. Tumorile polipóse ale uterului se diagnosticéză fórte ușor, când aŭ sediul în orificiul extern al colului; și încă și mai ușor când trec de acest orificiŭ, adică când sunt chiar în vagin. In acest cas, tumora se simte cu multă înlesnire prin examenul cu degetul; la rigóre aplicând speculul, convingerea devine și mai deplină.

Când însă acești polipi sunt conținuți în cavitatea uterină, diagnosticul nu numai că e dificil, dar e chiar imposibil; cel mult nu putem de cât presupune existența unui polip, bazându-ne pe diferite semne și considerațiuni. Aci diagnosticul trebue făcut între tóte formele de endometrită; și numai în urma esclusiunei acestora, vom rămâne fixați asupra unui polip mucos, glandular, emoragic, etc., conform fenomenelor predominante. Dar dacă o greșală de diagnostic între un polip și diferite varietăți de metrită cronică nu aduce nici un prejudițiŭ bolnavei, nu este tot ast-fel când e vorba a ne pronunța între un polip și cancer uterin. In adevĕr, nimic mai ușor de cât a se confunda aceste două afecțiuni între ele, mai ales când ne-am afla în fața unei femei deja înaintată în vêrstă. Polipul uterin, prin emoragiile ce produce, durerile ce provócă, și une-ori fetiditatea secrețiunilor ieșite din cavitatea uterină, îmbracă cele trei caractere principale ale cancerului uterin. Și nimic nu ne ajută în deosebirea lor, dacă mai ales pacienta va fi trecut de 40 ani și ar fi coprinsă și de o stare cachectică, stare ce este capabilă a produce atât cancerul cât și polipul.

Este deci de cea mai înaltă importanță stabilirea adevĕratului diagnostic, căci fiind vorba de un cancer, putem interveni de urgență, pentru a nu aștepta întinderea rĕului în anexe saŭ organele vecine. Faptul se realiséză, dacă suntem induși în eróre

și credem că avem afface cu un polip. De aceia mai cu deosebire în asemenea casuri îndoióse, se cere neapărat a procede la dilatațiunea gradată saŭ forțată a uterului; a introduce degetul, a esplora bine cavitatea organului și a ne da bine séma de cele constatate. Pentru o convingere și mai mare, vom estrage cu degetul saŭ lingura Volkmann porțiuni din tumoră, pentru a se face examenul istologic, care singurul ar putea să ne lumineze. O dificultate analogă există iarăși, când e vorba de un polip papilomatos situat pe gâtul uterului și părețiĭ vaginali. Aceste tumori nu numai că se pot impune drept cancer, dar lucrul grav este că chiar atunci când microscopul arată natura sa benignă, totuși mai târziŭ tumora se transformă, luând tóte caracterele de malignitate.

Tratamentul. Cel medical constă a combate emoragiile prin diferite mijlóce ca ergotina, hidrastis canadensis, injecții fierbinți, etc. Când polipul este în vagin și bine pediculat, o simplă lovitură cu fórfecele e destul, pentru a-l extirpa în totalitate.

Când e posibil, e de preferat ca extirparea să se facă cu termo-cauterul saŭ ansa galvanică, mai ales dacă pediculul este gros. Luând între degete pediculul și simțind presența de artere, putem prealabil să punem un fir de sutură, spre a preveni emoragiile secundare. In casuri particulare, estragem polipii prin ajutorul instrumentului numit strânge nod al luĭ Maiseauneuve saŭ chiar ecrasorul luĭ Chassaignac.

Polipul fiind intra-uterin, este evident că întâiŭ trebue făcută dilatația cavității, și apoi prin unul din mijlócele arătate să procedăm la estirparea sa. In acest cas mai cu sémă, trebuesc luate cele mai riguróse precauțiuni antiseptice.

§ 2. Tumori fibróse ale uterului.

I.

Aceste tumori sunt fórte frequente. După Beayale ele ar atinge a cincea parte din femeile cari aŭ trecut etatea de 35 ani. De aceia fibrómele aŭ atras încă de mult atențiunea autorilor. La început, studiul s'a făcut mai mult din punctul de vedere clinic și simptomatic. Acum însă, cu progresele chirurgieĭ abdominale și a cercetărilor microscopice, acest studiŭ s'a complectat fórte mult. In special anatomia patologică, fisiologia, precum și raporturile ce aceste tumori afectéză cu uterul și organele vecine, aŭ făcut

progrese mari. Nu e de mirare ca într'un moment, bacteriologia să afirme în mod definitiv ceea ce azi abia se bănuește, că tumorile fibróse ale uteruluĭ sunt de origină microbiană. Fibrómele uterine sunt formate în esența lor din aceleași elemente constitutive carĭ formézá organul însuși, adică uterul. Și precum părețiĭ acestuĭ organ sunt compușĭ din fibre musculare netede și țesut conjunctiv, tot ast-fel și tumorile nu posedă alte elemente de cât acestea și nimica alt-ceva.

Singura deosebire însă și acea care tocmaĭ caracteriséză aceste tumorĭ, este că nicĭ unul din elementele din carĭ se compune nu sunt repartisate în mod egal; dar nicĭ fie care din ele în mod esclusiv nu póte forma tumora. De aceia, ambele aceste elemente găsindu-se tot-d'a-una amestecate în constituțiunea tumoreĭ, e logic a adopta numirea ce li s'a dat, de **fibro-miómе** ale uteruluĭ.

Este adevĕrat că în unele casurĭ, elementul muscular are o predominență așa de mare, în cât tumora pare a fi formată numaĭ din fibre musculare netede; alte orĭ este țesutul conjunctiv care formézá tótă tumorá. In casul întâiŭ se numesce *miómе-uterine* saŭ *leio-miómе* dupĕ Virchow; iar în casul al II-lea *tumorĭ fibróse*, nume dat de Cruveilhier, saŭ *fibroizĭ* nume dat de Lebert.

Broca a propus numele de *isterome*. Dupĕ noĭ, acéstă numire ar fi fórte potrivită, dacă n'ar da nascere la o mică confusiune.

In adevĕr, prin isterom s'ar înțelege o tumorá formată din ipertrofia tutulor elementelor ce formézá uterul, inclusiv mucósa, glande, vase, etc. In realitate însă lucrul nu e ast-fel, căcĭ prin fibróme înțelegem tumorĭ carĭ se desvoltă numaĭ în grosimea păreților uterinĭ, fără nicĭ o participare — cel puțin primitivă — a elementelor ce formézá endometrul. Dacă ne-ar fi permis a introduce un neologism, noĭ am propune să le numim **mesisterome**, cuvênt ce exprimă maĭ bine realitatea.

Trecem peste tóte aceste numirĭ, carĭ în definitiv nu aŭ o importanță prea mare.

Fibrómele uterine constitue tumorile cele maĭ variate ca *sediŭ*, *volum*, *numĕr*, *consistență* și orĭ ce altă dispositiune.

Sediul. După tóte statisticele resultă că, sediul de predilecțiune al fibrómelor îl oferă părețele posterior al uteruluĭ. Marion Sims, susține din contra că părețele anterior ar fi maĭ des afectat. Dar s'a vĕdut tumorĭ desvoltate în mod indiferent pe orĭce punct al suprafeței uterine, mergênd de la col, în părțile laterale și chiar la origina trompelor.

Numĕrul fibrómelor variază. De unde tumora póte fi unică, putem observa un numĕr de 3—4 și chiar maĭ multe ; ba se citézĕ casurĭ unde s'a găsit chiar 50 tumorĭ pe acelașĭ uter. In acest cas organul este ca și ciuruit, nerĕmâind aprópe nicĭ un teritoriŭ liber fără a fi ocupat de tumoră. Pentru acest cuvînt, Pozzi a numit acéstă stare, *degenerescență fibrósă a uteruluĭ.*

Tot în acest autor găsim, că atuncĭ chiar când clinicesce nu există de cât o tumoră, totușĭ e fórte rar a nu descoperi în grosimea organuluĭ, saŭ la suprafața sa, un alt mic nucleŭ, care póte să rĕmâe indefinit latent, saŭ să ia o desvoltare ulterióră.

Volumul. Unele fibro-mióme nu sunt maĭ marĭ de cât o nucă saŭ un măr. Ele par că rĕmân staționare pentru tot-d'a-una; altele din contra iaŭ o crescere cât un cap de fetus, putênd chiar atinge un volum extra-ordinar de mare. S'aŭ vĕḑut fibróme cântărind până la 50 kilo.

Acésta se observă maĭ ales în tumorile moĭ, varietatea fibro-kistică, saŭ așa numitele Kistome de Germanĭ. Totușĭ Hunter (din New-York) citat în Pozzi, a ridicat o tumoră fibrósă tare, cântărind 140 livre, pe când cadavrul după ridicarea tumoreĭ, cântărea numaĭ 95 livre.

Consistența. Acésta depinde de predominența elementelor ce intră în constituția tumorilor. Cu cât ele posedă maĭ mult țesut conjunctiv, cu atât sunt maĭ ferme și dense, apropiindu-se de aceia a cartilagelor; une-orĭ ne oferă chiar consistența pietrósă. Dacă însă elementul muscular predomină, atuncĭ ele sunt maĭ moĭ, dându-ne sensația uneĭ false fluctuațiunĭ, putêndu-ne induce în eróre, crediḑnd că avem a face cu un adevĕrat kist.

Din acest mod de a fi formate, resultă și cele-l'alte caractere ale acestor tumorĭ. Ast-fel cele fibróse se taie cu greŭ prin scalpel, producênd o scârțiitură și oferindu-ne o colorațiune albă cenușie saŭ ca sideful: cele miomatóse se taie cu mare înlesnire, presentându-ne o suprafață roșie vinósă și chiar sanguinolentă. In primele, exercitând o presiune pe suprafața de secțiune, nu obținem aprópe nimic, saŭ cel mult un suc viscos, alb, asemenea cu liquidul sinovial; alte-dățĭ e fórte consistent, apropriându-se de albușul de oŭ. In tumorile moĭ, sucul se obține cu fórte multă înlesnire și are o culóre maĭ roșietică și spumósă.

II.

Modul de desvoltare şi caracterele fisice a fibrómelor.

Unii autorĭ aŭ căutat să stabiléscă că, aceste tumorĭ se desvoltă în treĭ anumite puncte, adică: pe faţa externă a păreteluĭ uterin—sub peritoneŭ; pe faţa sa internă — sub mucósă, şi în

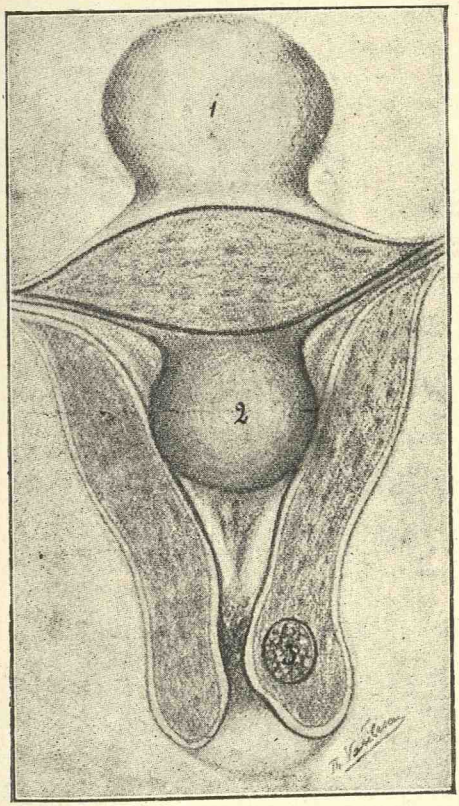


Fig. 49. Fibrom mucos şi seros (personal).

fine chiar în centrul păreţilor uterinĭ. De aci ar resulta cele treĭ marĭ varietăţĭ de corpĭ fibroşĭ numiţĭ: *sub-seroşĭ*, *intersticialĭ* şi *sub-*

mucoşĭ. In fig. 49 şi 50 avem modele de diferite varietăţĭ ale fibrómelor. Cercetările ulterióre însă arată, că primitiv fibro-miomul este tot-d'a-una intersticial; numaĭ în urmă el ia o evoluţiune fie către mucósă saŭ serósă, după cum e maĭ aprópe de aceste organe, saŭ după cum are să învingă resistenţe maĭ mult saŭ maĭ puţin micĭ.

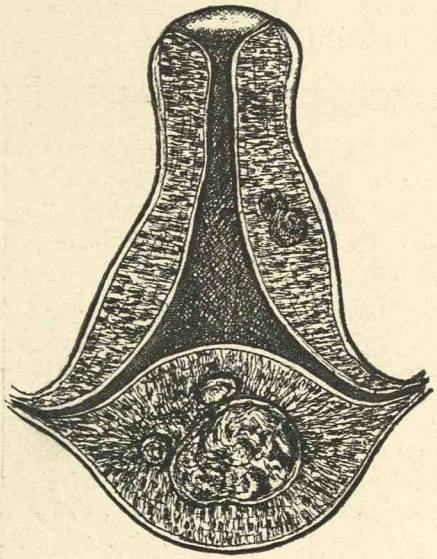


Fig. 50. Fibrom intersticial (personală).

Dacă facem o secţiune pe o tumoră fibrósă, şi o privim cu ochiul liber, lucru care ne atrage atenţiunea este că, pe acéstă suprafaţă de secţiune observăm o mulţime de făşiĭ încrucişate în diferite sensurĭ, dar carĭ tóte ar fi dispuse în mod concentric împrejurul unuĭ punct, ce ar forma un fel de ghem saŭ nodul. Câte odată nu se observă de cât un singur nod în aceiaşĭ tumoră; alte dăţĭ însă douĕ saŭ maĭ multe. In casul întâiŭ tumora pórtă numele de *monoloculară*, orĭ *mononucleară* saŭ cu un *singur sâmbure*; în al doilea cas, *polinucleară saŭ cu maĭ mulţĭ sâmburĭ*.

Pentru a ne face o idee mai justă de acest aspect, autorii l'a comparat cu acela al unui ghem de sfóră, care după-ce l'am solidificat, am practica o secțiune orizontală asupra sa.

Un alt fapt iarăși important este că, făcênd o incisiune pe tumoră, dăm peste un țesut celulo-conjunctiv. Acest țesut înconjóră tumora de tóte părțile formând ca un fel de cóje: prin ea tumora iese cu cea mai mare înlesnire, în urma celei mai ușóre presiuni, întocmai ca un sâmbure dintr'o cireașă. Acésta este *zona celulară a corpului fibros*, considerată de unii ca o adevĕrată *bursă serósă virtuală*. Grație ei, tumora e cu desăvêrșire isolată de țesutul propriu al uteruluĭ, împedicându-o ast-fel a contracta orĭ-ce conexiunĭ intime cu acest organ. Decĭ fie-care tumoră fibrósă își are loja sa celulară conjunctivă. Observațiunile aŭ arătat, că un fibro-miom e cu atât mai benign și ușor de operat, cu cât acest învelișĭ e mai complect și mai lax.

Une-orĭ în aceeașĭ lojă sunt conținute mai multe tumorĭ; alte dățĭ însă fie-care din ele își are loja sa separată, precum se óte vedea în fig. 51. Dar lucrul nu este tot-d'a-una așa de regulat, căcĭ în loc de lojĭ cu totul separate, se observă numaĭ fășiĭ celulo-fibróse. Aceste fășiĭ pléc̆ă de la capsula mumă dirigindu-se în diferite sensurĭ în grosimea tumorilor: ele forméză ast-fel maĭ mulțĭ lobulĭ, întocmaĭ cum se observă în ficat, rinichĭ, etc.

In casurile normalĭ, adică când tumora s'a desvoltat în cavitatea uterină, dînsa capătă o *formă sferoidală, rotundă*; alte dățĭ însă devine *piriformă, ovoidă* saŭ *turtită*, după cum doue saŭ maĭ multe tumorĭ s'aŭ desvoltat în acelașĭ loc și aŭ exercitat presiunĭ reciproce, deformându-șĭ ast-fel pereții lor prin compresiune. Câte o dată tumora este străbătută de un cerc de jur împrejurul sĕŭ, mergênd până la óre-care adâncime, dându-ĭ o formă *bilobată* saŭ în *bisac*. Acésta se întâmplă când tumora fiind în cavitatea uterină, tinde a ieși afară prin vagin. In acest cas, gâtul uterin exercită asupra eĭ o presiune mai mult saŭ mai puțin mare. De aci cu timpul resultă acest cerc mai mult saŭ mai puțin larg pe suprafața și în grosimea tumoreĭ. Iar când dînsa este sub peritoneală, cercul se explică prin contracțiunile ce exercită asupra eĭ fibrele musculare ale uteruluĭ. Acésta este o nouĕ probă că, corpiĭ fibroșĭ primitivĭ se desvoltă în mijlocul pereților uterinĭ. Ast-fel fiind, ele pe mĕsură ce cresc și tind a ieși afară, caută maĭ întâiŭ să depărteze aceste fibre și să-șĭ facă loc printre ele. Dar în acelașĭ timp, contracțiunea energică a fibrelor determină

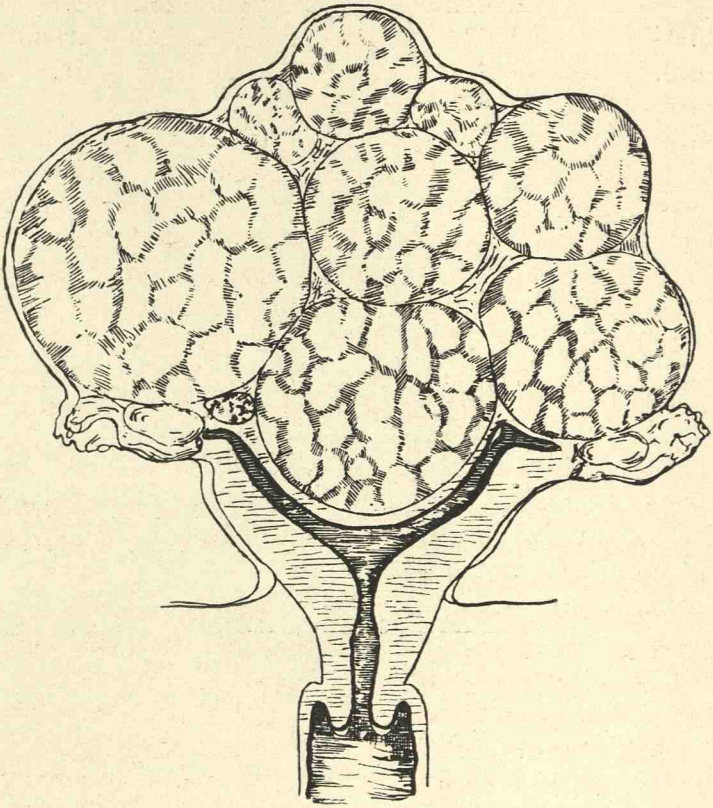


Fig. 51. Fibróme multiple cu lojĭ separate (Bonnet și Petit).

sghiabul de care este vorba. Cu acéstă ocasiune, vom adăuga încă o probă pentru desvoltarea primitivă a acestor tumorĭ în centrul uteruluĭ. Acesta e faptul că maĭ tot-d'a-una pe suprafața lor externă, ridicând serósa, găsim urme de fibre musculare nete-de, provenind de sigur din lipirea prea intimă a acestora de tumoră; în momentul enucleereĭ sale spontanate, fibrele s'aŭ deslipit după uter rĕmânând pe dînsa. In fine maĭ putem observa pe suprafața externă a fibrómelor o mulțime și micĭ granulațiunĭ; ele nu sunt de cât resultatul reunireĭ unor micĭ nodulĭ, carĭ re-presintă tot atâtea tumorĭ în miniatură.

Examenul istologic, după cum a arătat Vogel cel d'întâiŭ, nu ne oferă de cât presența a douĕ elemente: *țesut conjunctiv și fibre musculare netede.* Ele însă sunt în proporțiunĭ fórte variate, dar nicĭ o dată pure așa că numaĭ unul din ele să formeze tumora. Cu alte cuvinte. nu putem avea adevĕrate tumorĭ fibróse saŭ miomatóse, ci combinate. Acésta și justifică numirea de *fibro-mióme.*

Se admite însă că aceste douĕ felurĭ de tumorĭ — de și rar — pot exista și separat. Dar atuncĭ corpiĭ fibroșĭ purĭ ar avea punctul de plecare în porțiunea supravaginală a coluluĭ, care e maĭ bogată în țesut conjunctiv; iar miómele, exclusiv în corpul uteruluĭ, maĭ bogat în fibre musculare.

In orĭ-ce cas, prin cercetările minuțióse s'a constatat, că elementul muscular tot-d'a-una este inferior celuĭ conjunctiv, orĭ-care ar fi varietatea tumoreĭ.

In adevĕr, chiar în tumorile moĭ, carĭ clinicesce ni se pre-sintă ca mióme, încă țesutul muscular nu formézĕ nicĭ jumĕ-tate din partea sa constitutivă. Charles Robin susținea, că nu găsim nicĭ a 10-a parte fibre musculare; restul este format cu totul de țesut conjunctiv. Dar acest țesut nu a ajuns în stare adultă, ci rĕmâne maĭ mult în cea embrionară; acésta procură caracterul de moliciune al acestor tumorĭ. Causa ar fi după Robin, că elementul muscular al uteruluĭ nu se ipertrofiază și nicĭ se mărésce de numĕr, de cât numaĭ în graviditate. De opinie cu desăvârșire contrarie este Lawson Tait, care în tratatul sĕŭ sus-ține, că termenĭ de tumorĭ fibróse, fibróme saŭ fibroizĭ, trebuesc suprimațĭ din nomenclatura patologică. Cred, adoagă el, că după un examen minuțios al acestor tumorĭ cunoscute sub numele de fibróme, se va găsi că elementul principal — afară de casurĭ cu totul excepționale — *este fibra musculară fusiformă cu nucleiĭ sĕĭ caracteristicĭ lungĭ.*

Dar or-cum ar fi, în tumorile moĭ, miomatóse, fibrele mus-

culare se pot fórte bine distinge: păstréză o dispositiune paralelă și destul de regulată. Când însă țesutul conjunctiv devine adult, iar fășiile sale se condenséză și se întăresc, atunci ele devin tortuóse, scurte și aprópe imposibil a obține o fășie ceva mai lungă. In acest cas predominența o ia țesutul conjunctiv, presentându-ne și el dispositiunile cele mai neregulate, prin întorsăturile și flexuositățile infinite ce ne oferă; ele în general sunt lipsite, saŭ fórte sărace de celule.

Intre cele douĕ elemente fibros și muscular ce compun aceste tumorĭ, se mai găsesce câte odată o substanță a norĭi, cenușie, de un aspect granulos, având mare analogie cu acela ce infiltréză țesutul cartilagelor intervertebrale.

Acéstă substanță, după Sinety, se găsesce mai mult către centrul tumoreĭ de cât la periferie.

In afară de aceste elemente, Recklinghausen a arătat în 1896, posibilitatea de a găsi în interiorul fibrómelor elemente glandulare. Lucrul n'ar fi greŭ de înțeles, când tumora se găsesce în contiguitate cu mucósa uterină. In acest cas, e probabil că glandele să fie prinse de tumoră și să rĕmâe în corpul sĕŭ. Recklinghausen susține însă, că presența acestor elemente epiteliale nu sunt de cât resturĭ din corpul luĭ Wolff.

Dar dificultatea pentru explicarea fenomenuluĭ devine mare, când existența acestor elemente se găsesc în tumorĭ, al căror sediŭ e fórte depărtat de mucósa uterină. Ast-fel sunt câte-va casurĭ arătate de Legueu și Marien. Reproducem următórele liniĭ din tratatul de ginecologie al luĭ Legueu: „Noĭ am găsit pe mai multe piese în centrul fibrómelor, elemente glandulare; dar asupra origineĭ lor am ajuns la o concepție diferită. Aceste invaginațiunĭ glandulare aŭ caracterele producțiunilor epiteliale a mucóseĭ; și noĭ credem, că ele aŭ luat naștere în mucósa, din care dînsele sunt o dependință. Când tumora prin faptul desvoltăreĭ sale se depărtéză de mucósă, dînsa tîrăște cu ea aceste elemente glandulare, carĭ vor părea cu atât mai inexplicabile cu cât se vor găsi într'un teritoriŭ mai depărtat de cavitatea uterină. Aceste elemente se atrofiază mai târziŭ, saŭ se transformă; vom vedea mai departe rolul în evoluția lor“.

III.

Vascularisaţiunea şi modul de nutrire a tumorilor fibróse ale uteruluĭ.

In privinţa acésta aŭ fost discuţiunĭ multe. S'a susţinut cu drept cuvînt că, de óre-ce fibrómele uterine iaŭ maĭ tot-d'a-una o desvoltare fórte mare, acésta nu se póte datori de cât uneĭ nutriţiunĭ puternice, asigurată printr'o irigaţiune sanguină pe o scară întinsă. De aci afirmarea presenţeĭ de artere numeróse, precum şi de nervĭ, semnalaţĭ de Dupuytren, confirmaţĭ de Bidder şi descrişĭ până la terminaţiunea lor de Hertz şi Lorey. Cu tóte acestea, în câte-va casurĭ nu s'a putut reuşi a se injecta aceste vase. In adevĕr, pe când materia colorantă străbătuse tóte părţile cele maĭ profunde din părеţiĭ uterinĭ, totuşĭ un fibrom intersticial aflat în acest organ, a rĕmas absolut incolor. Acésta probéză până la evidenţă lipsa desăvêrşită de vase. Tot ceia-ce s'a putut constata, a fost presenţa de vase arteriale, însă numaĭ în zona celulo-conjunctivă saŭ de separaţiune, pe care am descris-o în jurul tumoreĭ. Aceste vase s'ar opri în nivelul părеteluĭ extern al tumoreĭ, fără a străbate în interiorul sĕŭ.

Astă-zĭ însă e perfect demonstrat, că fibrómele conţin vase. Iată ce găsim în Legueu în acéstă privinţă: „In centrul fibromuluĭ tot-d'a-una există un vas. Une-orĭ e vorba de un capilar cu învăliş endotelial, saŭ un vas maĭ bine diferenţiat şi format de un endotelium de 1—2 şi chiar 3 straturĭ de fibre musculare, şi o tunică adventice. In maĭ multe puncte, acest vas central trimite nisce prelungirĭ dirijiate către periferia nodululuĭ. Tunica adventice a vasuluĭ conţine tot-d'a-una celule tinere în cale de desvoltare. In jurul acestuĭ vas central sunt aranjate, în formă de vîrtej, făşiĭ de fibre musculare netede. Acéstă aglomeraţiune de fibre musculare în jurul unuĭ vas, deja observate şi notate de Klebs şi Kleinwächter, arată o eră nouă în desvoltarea acestor tumorĭ".

Ca compensaţiune însă, fibrómele sunt brăzdate de un număr destul de considerabil de vene. Dînsele, plecate din acelea ale organuluĭ vecin, străbat în interiorul tumoreĭ printr'un fel de prelungirĭ, precum lucrul se observă în falşele membrane.

Virchow susţine, că la început orĭ-ce tumoră e provĕdută de vase; ele însă iaŭ o evoluţiune ulterióră, după cum va predomină elementul muscular saŭ conjunctiv. Aşa, în primul cas, vasele se pot desvolta în aşa grad, în cât tumora să fie brăz-

dată de o vastă rățea sanguină, dând cu totul tumoreĭ un aspect cavernos. De aci numele de *fibróme cavernóse, sanguine.* Virchow le numesce *fibróme telangiectasice.* Când însă țesutul conjunctiv predomină și mai ales devine fibros, atunci vasele se sugrumă, lumenul se astupă; nu se mai găsește nici o urmă din ele în interiorul tumoreĭ, saŭ nu rămâne de cât numaĭ trunchiurile lor în zona celulo-conjunctivă de separațiune. Fenomenul acesta a făcut pe Cruveilhier și Levret să susție, că fibrómele sunt lipsite de vase. Cu tóte acestea observațiunea a arătat că, chiar și tumorile fibróse pure, încă pot conține vase arteriale în interiorul lor. Acésta se întîmplă în următorul cas: Tumora, fie mononucleară saŭ polinucleară, rămâne divisată în lobĭ prin prelungirea tracturilor celulo-fibróse, carĭ pléacă de la învĕlișul comun saŭ zona de separațiune primitivă. Atunci, vasele de la periferie urméză aceste fășiĭ; ele brăzdéză tumora cu o rățea sanguină destul de întinsă.

In termenĭ generalĭ conclusiunea este că, în majoritatea casurilor nu trebue să avem iluziunĭ de tumorĭ uterine nevasculare, orĭ cât de abundent va fi țesutul conjunctiv. Maĭ tot-d'a-una în timpul operațiuneĭ, ablațiunea acestor tumorĭ se însoțesce de emoragiĭ serióse. Deci să nu neglijem a avea la îndemână cele maĭ puternice mijlóce emostatice.

Presupunênd însă că există tumorĭ fibróse exangue, adică fără vase, atunci cum se explică crescerea lor, care câte odată capătă un volum fórte considerabil? In unele casurĭ Gusserow a arătat, că aceste tumorĭ își iaŭ materialul de nutriție, grație diferitelor aderențe ce ele contractéză cu organele vecine; deci ele nu aŭ trebuință de intervențiunea vaselor aparatuluĭ genital propriŭ dis.

Dar când acest lucru nu există? Atunci crescerea ne-o putem explica în modul următor: Celulele centrale ale tumoreĭ se hrănesc întocmaĭ după modul cartilagelor, adică ele își trag elementele nutritive din celulele periferice. Ele deci cresc ca și un fel de parasiți, prin adăogirea și justa posițiune a straturilor exterióre carĭ vin și acopere straturile centrale. Acésta însă are o limită. De aci resultă că pe cât straturĭ nouĕ se adaogă, pe atât părțile centrale vor suferi în nutriținea lor, depărtându-se de isvorul periferic. Resultatul este că dînsele cad în detritus, printr'o adevĕrată mortificațiune. Acésta ne explică faptul adesea observat, de găsirea în centrul tumorilor a unor cavități pline cu asemenea resturĭ.

De alt-fel și în foliculiĭ tuberculoșĭ, transformarea celulelor sale centrale într'o materie cazeiformă, nu se explică de cât tot prin acest mecanism de nutriţiune indirectă de celulă la celulă.

Dar dacă relativ la vascularisaţiunea tumorilor uterine există óre-carĭ bănuelĭ, nu e tot ast-fel cu vasele limfatice. Acestea nu numaĭ că se găsesc în mare numĕr și în mod constant, dar iaŭ câte odată o desvoltare considerabilă. Poirrier a arătat că în uterele miomatóse, limfaticele sub-seróse se ipertrofiază așa de mult, în cât capătă volumul unuĭ police.

Acéstă dilatare enormă a spaţiurilor limfatice nu are nimic de extra-ordinar. Cercetările moderne aŭ arătat, că origina limfaticelor se află în fie-care spaţiŭ saŭ ochiŭ ce formézĕ încrucișarea fășiilor conjunctive. Decĭ nimic maĭ natural ca ele să existe în mare abondenţă într'o tumoră uterină, a căreia bază este tocmaĭ formată pe desvoltarea deměsurată a ţesutuluĭ conjunctiv.

Dar or cum ar fi, constatarea acesteĭ dilatărĭ a spaţiurilor limfatice — care formézĕ unul din caracterele cele maĭ principale a metritelor cronice, — pledézĕ fórte mult în favórea opiniuneĭ emise de Virchow, că între metrita cronică și fibro-mióme există o asemănare anatomică fórte mare.

Când constatăm o asemenea crescere deměsurată a spaţiurilor limfatice într'un fibrom uterin, formézĕ o tumoră a parte numită *limfangiectasică*.

IV.

Transformaţiunile patologice a fibro-miómelor uterine.

Acestea sunt în numĕr de șése: *ramolirea, indurațiunea, calcificaţiunea, supuraţiunea, gangrena, transformarea cancerósă* și *degenerescența kistică*.

I. **Ramolirea.** Chestiunea de a se sci cum se produce ramolismentul tumorilor uterine, a dat loc la lungĭ discuţiunĭ. S'a căutat a se stabili dacă procesul este da saŭ nu consecinţa uneĭ inflamaţiunĭ, saŭ al unuĭ alt agent morbid.

Dacă e adevĕrat că tumorile fibróse pure sunt lipsite de vase sanguine, atuncĭ nu putem admite desvoltarea uneĭ inflamaţiunĭ într'un organ pus în asemenea condiţiunĭ, precum încă nu e demonstrată inflamaţiunea cartilagelor și a corneeĭ.

Ast-fel fiind, inflamațiunea corpilor fibroși n'ar putea să-și aibă locul de cât în zona celulo-conjunctivă de separațiune, interpusă între tumoră și țesutul uterin, căci numaĭ acolo există vase; nicĭ de cum însă în centrul tumoreĭ, care e eminamente fibros și format numaĭ de celule conjunctive ca și fibro-cartilagele. Dar atuncĭ, acéstă inflamațiune periferică este ea capabilă ca printr'o cale indirectă atât de depărtată să aducă ramolirea întregeĭ tumorĭ? La rigóre putem rĕspunde afirmativ: dacă tumora întrégă se nutresce prin imbibițiune, și cu timpul, pe mĕsură ce cresce, părțile sale centrale se depărtéză de periferie și pot suferi regresiunea fisiologică, a fortiori acest fenomen se va produce și maĭ repede, când elementele nutritive de la periferie vor fi suprimate, grație copleșireĭ vaselor sanguine de procesul inflamator, desvoltat în zona celulo-conjunctivă din jurul tumoreĭ. Acésta însă e o simplă ipoteză. Ramolirea tumoreĭ se datorește maĭ mult intervențiuneĭ următorilor treĭ factorĭ și anume:

a) **Degenerescența grăsósă.** Virchow este cel d'întâiŭ care a arătat că, în urma unor circumstanțe și cause puțin cunoscute, fibrele musculare carĭ intră în constituția fibrómelor, se infiltréză de celule gresóse. Acestea alterând în totul elementul nobil muscular, prin copleșirea succesivă, îĭ distruge funcțiunea fisiologică, transformându'l la urmă într'o adevĕrată grăsime. Maĭ mult, acest autor a arătat că un asemenea proces degenerativ, póte să cotropéscă și însușĭ țesutul conjunctiv. Atuncĭ întréga tumoră este transformată într'un fel de terciŭ gresos, ce cu timpul emulsionându-se determină ramolirea sa. E posibil ca acest proces degenerativ încetul cu încetul să reintre în torentul circulator, iar cu dînsul tumora să dispară în mod spontanat. Acelașĭ autor maĭ susține, că fibrele musculare formând elementul activ și cel maĭ principal din tumoră, este destul degenerescența lor, pentru ca tumora să dispară spontanat ca o consecință a ramolireĭ.

Bazațĭ pe acest principiŭ, s'a explicat nu numaĭ regresiunea tumorilor în urma graviditățeĭ și a menopauseĭ fisiologice saŭ provocate, dar s'a și instituit diferite metóde de tratament, în special electroterapia, avênd de scop tocmaĭ provocarea uneĭ asemenea degenerescențe. Vom reveni.

Dar iată în mod maĭ detaliat, după Legueu, cum Virchow iar apoĭ Cornil explică fenomenul regresiv și chiar disparițiunea unuĭ fibrom în urma facereĭ: în timpul graviditățeĭ, fibrómele participă într'o primă fază la ipertrofia generală a elementelor constitutive ale uteruluĭ. După acușment, ele se mic-

șoréză de volum, suferă degenerescența gresósă saŭ chiar dispar. Fășiile musculare atinse la început de iperemie, de acéstă activitate nutritivă ce se apropie de inflamație, comprimă fășiile interpuse până a opri circulațiunea sanguină precum și sosirea elementelor nutritive. Aceste fășiĭ rĕmân atrofiate, iar celulele lor contractile se mortifică. In urma acestuĭ prim stadiŭ, vasele turgide a muschilor ipertrofiațĭ lasă să iasă din ele globule albe în mare cantitate. La limita părțeĭ sănătóse și a părțeĭ necrosate globulele migratoriĭ devin adevĕrate fagocite, carĭ se încarcă cu detritusurile precum și cu granulațiunile proteice și gresóse a fibrelor musculare, lipsite de viață și de resistență. Ast-fel se póte produce resorpțiunea unuĭ mare numĕr de lobulĭ, și micșorarea de volum a tumoreĭ după acușment, saŭ chiar dispariția sa.

b) **Degerescența mixomatósă.** Acésta constă în aceia, că fibromiómele pot să se infiltreze și să se transforme într'un țesut mucos. După Virchow, între ochiurile fășiilor țesutuluĭ conjunctiv prealabil ramolite, saŭ chiar în părețiĭ vaselor după Pilliet, se depune un liquid conținând o cantitate mare de mucină.

Acest liquid clar și de o colóre gălbue, sémănă fórte mult cu limfa, avênd proprietatea a se coagula imediat în contact cu aerul. Spațiurile în carĭ este conținut liquidul, aŭ fost numite de Cruveilhier *geode*. Cu cât ele se măresc, cu atât fibrele musculare și conjunctive suferă în nutriția lor. De aci consecutiv, necrosă, ramolire și resorbție. Acéstă transformațiune mixomatósă este escesiv de rară. După cum afirmă Gusserow, nu s'a maĭ vĕdut nicĭ un cas afară de cel relatat de Virchow. Cu tóte acestea când lucrul există, tumora constitue o varietate clinică numită de Vorms *mióme uterine idropice*; de Gueneau de Mussy *mióme complicate de idropisie uterină*, iar de Trélat *mióme-uterine idrorcice*. Aceste denumirĭ s'aŭ dat din causa unuĭ fenomen bizar ce apare la bolnavă. El constă într'o scurgere de lichid prin uter saŭ fundul de sac posterior. Acest liquid clar, gălbuĭ, și câte o dată fórte abondent, este ușor coagulabil în mod spontanat.

Infine al treilea agent care contribue la ramolirea fibrómelor uterine este *edemul*. Acesta nu e alt ceva de cât iarăși o infiltrațiune de serositate maĭ mult saŭ maĭ puțin abondentă între fibrele musculare și conjunctive, dar într'un grad mult maĭ mic ca în degenerescența mixomatósă. In adevĕr, edemul nu ajunge a determina acele lacune intersticiale saŭ geode.

II. **Indurațiunea.** Acéstă stare cu totul contrarie celeĭ prece-

dente, se caracterizá printr'o tărie fórte mare a tumoreĭ, întocmaĭ ca aceia a cartilagiuluĭ. Indurațiunea póte fi primitivă saŭ secundară. Este primitivă când țesutul conjunctiv nu numaĭ că de la început ia o prea mare desvoltare, dar repede ajunge în stare adultă, fibrósă. In acest cas tumora suprimă tóte vasele; totuși dînsa rĕmâne cu un volum mare și consistență fórte dură.

Indurațiunea secundară se produce în urma degenerescenței gresóse a fibrelor musculare. Atuncĭ țesutul conjunctiv se retractă, iar tumora se micșoréză din ce în ce, căpătând o consistență cartilaginósă.

Putem zice decĭ, că avem o *indurațiune primitivă ipertrofică* și *una secundară atrofică.*

III. **Calcificațiunea.** Se observă maĭ ales în tumorile intersticiale și sub peritoneale, și în special în acelea carĭ aŭ fost supuse degenerescenței mixomatóse saŭ de ramolire.

Dînsa se póte efectua în douĕ moduri. De la periferie la centru — când se formézá o adevĕrată cóje saŭ carapace; maĭ frecuent însă de la centru la periferie — când observăm incrustațiunĭ de fosfațĭ, carbonațĭ de calce și sulfațĭ de calce depușĭ pe fășiile fibro-conjunctive, saŭ în jurul unuĭ vas capilar. Acésta dă tumoreĭ aspectul unuĭ adevĕrat zoofit, semănând cu un burete saŭ coraliŭ (mărgean), maĭ cu sémă dupe ce tumora a fost supusă la macerațiune. Consistența acestor deposite calcare e așa de mare, în cât oferă o resistență fórte considerabilă chiar la tăetura cu ferestrăul. Acésta a și făcut pe mulțĭ a considera aceste deposite ca producțiunĭ osóse. Freund susține, că ar fi găsit în ele cel maĭ principal element al sistemuluĭ osos, adică corpusculiĭ ososĭ. Majoritatea autorilor însă admit, că aci e vorba numaĭ de un deposit pur și simplu de sărurĭ calcare, adică de o calcificațiune iar nicĭ de cum de osificare.

Or cum ar fi, faptul clinic este că unele deposite se pot deslipi de scheletul fibros al tumoreĭ și să formeze bucățĭ separate, întocmaĭ ca niște micĭ pietricele maĭ mult saŭ maĭ puțin voluminóse. Daca circumstanțele sunt favorabile, acele petricele pot cădea în uter saŭ chiar în organele vecine ca băsică or vagin, prin perforațiune secondară. Ast-fel se citézá în Schroeder, din scrierile luĭ Hippocrate, că o femee thesaliană în etate de 60 anĭ, care tot-d'a-una fiind cuprinsă de durerĭ violente în timpul coituluĭ, mâncând o dată din întâmplare puțin usturoĭ, a fost imediat coprinsă de durerĭ de facere, dar carĭ saŭ terminat prin eșirea din vagin a uneĭ pietre destul de respectabile. Un alt

autor vechĭ, Salius, povesteşte şi el casul uneĭ călugăriţe, care de asemenea fiind coprinsă de dureri analoge facereĭ, a născut în loc de copil o piatră de mărimea unuĭ oŭ de raţă. Sunt încă o mulţime de alte casurĭ de asemenea natură ce se găsesc citate în vechiĭ autorĭ. Dar maĭ curióse dintre tóte este acela al unuĭ felcer (oficier de santé), care chemat în grabă la o femee ce trebuia să nască, dînsul imediat s'a grăbit a aplica forcepsul. Dar spre colosala luĭ surprindere constată, că în loc de a scóte un copil, extrage o piatră... cât capul luĭ de mare!?...

Tóte aceste producţiunĭ sunt cunoscute în ştiinţă sub numele de pietre uterine, saŭ calculĭ uterinĭ. Proveniénţa lor însă fiind azĭ bine cunoscută, Robert Lee, spre a evita confusiunea, le-a numit *tumorĭ fibro-calcare.*

IV. **Supuraţiunea şi gangrena.** Din cele arătate, dîndu-se constituţiunea tumorilor fibróse, inflamaţiunea supurativă şi a fortiori cea gangrenósă este cel puţin fórte greŭ de susţinut, ca putându-se desvolta în aceste tumorĭ. Lucru ce se observă maĭ des este inflamaţia supurativă în zona periferică a tumoreĭ. Lesne se înţelege că, acest proces luând o intensitate prea mare şi copleşind de odată tóte vasele nutritive, ar putea să producă nu numaĭ supuraţiunea zoneĭ de isolare a tumoreĭ, dar şi a părţilor sale centrale, mergênd chiar până la sfacel. Dar în afară de aceste accidente secundare, s'a constatat supuraţiunĭ şi gangrene primitive în centrul tumoreĭ, fără ca zona sa periferică să fie atinsă.

In casul acesta, e probabil că inflamaţiunca se desvoltă în urma uneĭ trombose, precum susţinea deja Cruveilhier. Ea s'ar produce în mod spontanat — cum se întâmplă în timpul facerilor, în urma diferitelor traumatisme aplicate pe abdomen, orĭ esploraţiunĭ intempestive, ca punctiunĭ, ruperea mucóseĭ uterine cu instrumente murdare, etc., etc.

Cercetările moderne arată, că aceste supuraţiunĭ şi gangrene sunt de natură microbică.

Ast-fel Hartmann şi Mignot, aŭ găsit într'un miom supurat şi gangrenat un microb anaerob. Acest microb constatat şi în vagin, se crede a fi ajuns la miom prin limfatice. Din partea lor, Reymond şi Deplat aŭ găsit coli-bacilul — venit probabil în urma aderenţelor intestinuluĭ cu tumora. Dar în alte circumstanţe, supuraţia şi în special sfacelarea tumoreĭ provine în mod mecanic, anume din traumatisme şi torsiunea bruscă a pedicululuĭ — daca e suficient lung iar tumora mobilă. Acésta se ob-

servă în particular în miómele sub peritoneale, singurele capabile a fi provĕzute de asemenea pedicule.

Resultatul acestor complicaţiunĭ inflamatorĭ câte o dată este salutar, căcĭ puroiul o dată colectat, se póte scurge în mod spontanat prin uter saŭ organele vecine, iar une-orĭ chiar prin părețiĭ abdominalĭ. Un asemenea cas am observat pe sora unuĭ confrate, S. R. Dînsa avênd un fibrom utero-vaginal, i-am extirpat pe acesta din urmă. Dupĕ cât-va timp însă (o lună) pacienta a fost coprinsă de fenomene inflamatorĭ, terminându-se printr'un abces supra-pubien, care deschidêndu-se, comunica direct cu miomul uterin. Dupĕ maĭ mult timp și îngrijirĭ speciale, tumora treptat a descrescut, abcesul s'a închis iar femeea s'a vindecat și trăește și adĭ.

Alte dăţĭ, aceste deschiderĭ se fac în regiunĭ mult maĭ depărtate de organele genitale, lucru de care trebue să fim preveniţĭ. Și cel maĭ bun exemplu în acéstă privinţă este casul luĭ Martin. Este vorba de o femee, cu un miom intrat în supuraţiune. Puroiul treptat a perforat peretele posterior al uteruluĭ, și a mers până a róde în nivelul promontoriuluĭ osul sacru, de care uterul era fórte aderent; aci se produsese o fistulă.

Tot acelașĭ lucru putem ḑice și când tumora intră în sfacel, căcĭ se întâmplă une-orĭ, ca părțĭ maĭ mult saŭ maĭ puţin marĭ de detrisurĭ să se elimeneze prin uter saŭ alte căĭ; tumora descrește, și bolnava se vindecă.

Adesea se întâmplă și accidente mortale, determinate prin lungĭ supuraţiunĭ saŭ complicaţiunĭ de septicemie, piemie, etc., carĭ slăbind pe bolnavă o tărasce în cachecsie și o omóră. Personal cunosc douĕ asemenea casurĭ: unul în clientela din oraș, la care sfacelul s'a produs spontanat; iar altul în spitalul Colțea, pe o israelită, căreia făcêndu-ĭ laparatomia și ne putênd estrage miomul, m'am mărginit a-l desinclava, deslipindu-l din escavaţia sacrală și fixându-l la părețele abdominal. Dupĕ un scurt timp a început să iasă prin vagin un liquid murdar și infect, care nu era alt-ceva de cât resultatul sfacelăreĭ miomuluĭ; bolnava a sucombat dupĕ o luptă de 3 lunĭ, în cea maĭ complectă cachecsie.

Pentru a termina vom adăoga că examenul microscopic al produselor de putrefacţiune al acestor mióme, a arătat luĭ Bouch, presența uneĭ materiĭ particulare, căreia i-a dat numele de *inostearină*. El chiar numește, pentru acest cuvênt, asemenea fibróme *inosteatome*.

Intr'un singur cas un autor Strat ar fi observat *degenerescență amiloidă* în tumorĭ.

V. **Degenerescență cancerósă.** S'a discutat fórte mult și s'aŭ făcut studii întinse, pentru a se sci în mod positiv, dacă o tumoră fibrósă a uteruluĭ póte din benignă ce este, să ia caracterul malign, adică să se transforme în cancer. S'aŭ adus în adevĕr multe observațiunĭ, căutându-se a se proba acest lucru. Dar cercetările minuțióse aŭ arătat, că era vorba fie de o copleșire secundară a tumoreĭ de la un cancer al colului, saŭ al corpuluĭ, fie de o infiltrațiune a tumoreĭ prin muguriĭ canceroșĭ plecați de la periferie și în special de la mucósa uterină. S'a constatat une-orĭ, că învălișul întreg al tumoreĭ era copleșit de degenerescență cancerósă, pe câtă vreme partea sa centrală, adică miomul propriŭ dis era intact, plutind ast-fel în mijlocul acesteĭ carapace canceróse. Cel mult se admite, că în mucósa uterină este posibil desvoltarea de epitelióme numite glandulare, și că muguriĭ lor cu timpul pot strĕbate învălișul și chiar substanța tumoreĭ, precum de alt-fel se observă și în orĭ-ce alt organ. Dar atuncĭ e vorba de o degenerescență secondară, iar nicĭ de cum primitivă.

Sunt însă citate câte-va casurĭ, unde fibromul s'a găsit canceros chiar în centrul sĕŭ, fără ca periferia saŭ mucósa uterină să fie atinse. Acésta ar fi o probă de posibilitatea transformăreĭ canceróse primitive a acestor tumorĭ. Dar asemenea casurĭ pe lângă că sunt rarĭ, sunt și în contradicție cu cercetările moderne. De aceia Schroeder se esprimă ast-fel în acéstă privință. Casurile sunt rarĭ si trebue să priméscă probabil interpretațiunea următóre: la începutul formațiuneĭ miomuluĭ, câte-va funduri de sac glandulare aŭ fost strangulate și separate de mucósă; tumora continuând a se desvolta, aceste extremități glandulare aŭ rĕmas în centrul miomuluĭ; ele în cele din urmă aŭ suferit în acest nivel degenerescența carcinomatósă.

De alt-fel nicĭ nu e posibil a se admite transformarea miómelor în cancer. Astădĭ este perfect demonstrat — maĭ ales de Waldayer — că neoplasia cancerósă nu se póte desvolta de cât în organele unde normal se găsesc celule epiteliale. Fibro-miomul însă, nefiind esclusiv compus de cât din fibre musculare netede și țesut conjunctiv, el nu póte și nicĭ nu-ĭ permite legile embriologice a se transforma în cancer. Tot ceia-ce le este permis, și degenerescența la care fórte adesea sunt supuse aceste tumorĭ, este transformarea lor în sarcom. Acesta în adevĕr, după datele embriologice, (sarcomul) se desvoltă în țesutul conjunctiv și în tóte organele carĭ provin din fóia medie a blasto-

dermuluĭ. [1]) Dar tocmaĭ acésta este transformarea cea maĭ des observată a fibro-miómelor ; de aci a și resultat numirea de *miosarcom* saŭ *fibro-miosarcom*. In acest cas, substanța intercelulară se umple cu celule rotunde, la început micĭ, apoĭ marĭ și cu nucleĭ numeroșĭ. Ele străbat între fibrele musculare, le disociază, le întinde, până finesc a le face să dispară, ocupându-le dînsele locul în tótă întinderea tumoreĭ. In acest moment fibromiomul ia un aspect omogen, maĭ mult gălbuiŭ, de o consistență fórte móle și enorm de vascular. Faptul acesta e demonstrat nu numaĭ prin cercetările microscopice, dar maĭ cu sémă prin observațiunile clinice, carĭ tot-d'a-una aŭ rĕmas inatacabile. Aceste observațiunĭ constaŭ în producțiunĭ metastatice de neoplasie sarcomatósă găsite și în alte organe, la autopsia persónelor mórte de miosarcóme uterine.

Kartz în special, a arătat transformațiunea unuĭ fibro-miom în sarcom și generalisarea sa în acelașĭ timp în plămânĭ.

VI. **Degenerescența kistică**. Tumorile ajunse în acéstă stare aŭ făcut obiectul de cercetărĭ și discuțiunĭ fórte importante, căutându-se a se lămuri maĭ cu sémă patogenia acestor cavitățĭ, uneorĭ enorme, ce se găsesc în centrul tumorilor. Ele au fost numite pe rând de Englesĭ *tumorĭ fibro-kistice* ; de Germanĭ *kistome*, pe când Schroeder le dă numele de *tumorĭ mixte*. Ceia-ce s'a căutat maĭ cu sémă a se lămuri este faptul demonstrat, că aceste cavitățĭ orĭ cât de marĭ ar fi, ele nu sunt adevĕrațĭ kiștĭ ; decĭ nu e vorba de o entitate morbidă nouĕ, ci o simplă modificațiune patologică a uneia și aceleașĭ tumorĭ uterine. Cercetările microscopice aŭ arătat, că aceste cavitățĭ nu numaĭ nu posedă pe fața lor internă nicĭ un învăliș epitelial, dar nu aŭ nicĭ părețĭ propriĭ. Dînșiĭ sunt representanțĭ prin aceleașĭ elemente din carĭ e formată tumora, adică țesut fibros și muscular. Și dacă în unele casurĭ s'a găsit pe părețiĭ lor internĭ celule endoteliale, acésta provine din modul cum aŭ luat nascere cavitățile kistice.

In privința acésta putem aplica teoria luĭ Broca asupra formatureĭ kiștilor în general, lucru ce am desvoltat în al doilea volum al meŭ. [2])

In adevĕr, uniĭ din acești kiștĭ se formézĕ în afară de existența uneĭ cavități prealabile, pe când altiĭ resultă din dilatarea uneĭ asemenea cavități deja existente.

Dar iată în câte-va cuvinte cum se petrec lucrurile : Am arătat

[1]) Vol. II pag. 112—120.
[2]) Vol. II pag. 152—158.

precedent, că în sînul acestor tumorĭ se póte desvolta o cantitate mai mult saŭ mai puțin mare de serum saŭ mucină, producênd degenerescența mixomatósă și edemul tumorilor. Când lucrurile nu merg mai departe, tóte spațiurile interfasciculare ast-fel dilatate, ne oferă o mulțime de micĭ kiștĭ separați uniĭ de alțiĭ, dar plinĭ cu un liquid sui-generis. Cu timpul însă, unele din fășiile de separațiune a acestor kiștĭ încep a se rupe; atuncĭ din mai multe micĭ locule se formézĕ o cavitate mai mare, representând un busunar kistic. Este rar ca tóte acelè micĭ kiste să se fusioneze într'unul singur și să transforme întréga tumoră într'un kist unic. De ordinar găsim în centru o cavitate kistică mai mare, iar în restul corpuluĭ altele mai micĭ. Mai constatăm încă fășiĭ mai mult saŭ mai puțin gróse plecate de la un părete la altul; ele nu sunt de cât vestigiul fășiilor conjunctivo-fibróse ale tumorilor. Dupuytren le compara cu aspectul ce ni-l oferă colónele cărnóse ale corduluĭ. Aci, pe părețele intern nu găsim nicĭ o urmă de celule epiteliale; totul este format din țesut conjunctiv.

Printr'un mecanism aprópe analog putem introduce în acéstă categorie și kiștiĭ resultați din ramolirea subită a tumorilor carĭ aŭ suferit degenerescențe granulo-gresóse, prin suprimarea materialuluĭ nutritiv. In acest cas, daca nu intervine nicĭ un microb specific spre a determina gangrena, se produce formațiunea uneĭ simple mese moĭ; dînsa intrând în deliquescență, dă nascere prin topirea eĭ la formațiune de cavități saŭ geode, pline cu o materie mai mult saŭ mai puțin liquidă. Dar acésta în definitiv constitue o pungă kistică, însă iarăși falșă: dînsa nu are nicĭ părețĭ propriĭ și nicĭ fața sa internă nu e căptușită de celule epiteliale.

Alte dăți aceste cavități kistice aŭ altă patogenie. Ele nasc nu din intersticiul ochiuluĭ celulo-conjunctiv, dar din însăși vasele limfatice. Lumina acestora se măresce atât de mult, în cât nu numaĭ capătă grosimea unuĭ deget, dar se transformă în adevărate buzunare enorme. Forma acésta a făcut pe Leopold și Fehling precum și pe Koeberle, să le numéscă *tumorĭ fibróse limfangiectasice*. In acest cas putem găsi celule epiteliale pe foița internă a kiștilor; dar ele aparțin organuluĭ carĭ le-a produs, adică vaselor limfatice, iar nicĭ de cum kistuluĭ însuși.

Origina acestor kiștĭ se mai datorește și uneĭ dilatațiunĭ exagerate a vaselor capilare; resultatul este analog cu cel precedent. Virchow le-a dat numele de tumorĭ *telangiectasice*.

In fine arterele, dar mai în special venele, pot suferi o ase-

menea dilatațiune cu formațiuni de pungi, când tumora ia în totul caracterele unui țesut erectil. Pentru acest cuvînt Cruveilhier le-a dat numele de *fibróme cavernóse*, *tumori angiomatóse*, *sanguine* sau *erectile*.

Și într'un cas și în altul, produsul de secreținne al tumorilor ast-fel inkistate în aceste pseudo-kiste, se póte vărsa în cavitatea uterină. Și dacă orificiul intern sau extern al acestui organ e astupat, atunci tótă cantitatea de liquid se va acumula în uter, formând une-ori tumori colosale. Ele sunt cunoscute sub numele de *uter kistic* sau *ematometru*, după cum lichidul va fi seros ori sanguin.

V.

Etiologia. Nu se scie absolut nimic sigur cu privire la adevărata causă producătóre a acestor tumori. Tot ceia-ce s'a dis relativ la etate, sex, temperament, rasa umană, etc., etc., au rămas simple supositiuni, neputând nici una din ele să resiste obiecțiunilor făcute. Singură observațiunea a arătat, că fibrómele își au maximum de frequență de la 30 la 50 ani. Este în adevĕr escepțional ca ele să apară înaintea aparițiuneĭ menstruelor, precum și după încetarea fisiologică a acestora. Cu alte cuvinte, virginele și femeile prea bĕtrîne ar fi scutite. Cu tóte acestea, din când în când se observă escepțiuni la regulă. Faptul s'a constatat mai ales la femeile Americane. De aci s'a susținut că rasa négră nu numai că e mai predispusă ca cea albă, dar la ele, fibrómele ar apare la o etate relativ puțin înaintată, adică la 20 ani. Schroeder, în statistica sa, arată că din 798 casuri, a găsit două la fete de 19 ani și la 8 femeĭ între 60—66 ani; maximum de frequență, în numĕr de 407, ar fi între 40—50 ani.

In ceia-ce privesce abstențiunea de la plăcerile sexuale și deci implicit sterilitatea — factor pe care Bayle îl dădea ca o causă predisponentă — nu are nici un fundament. Observațiunile clinice adesea au arătat contrariul. In special, Schroeder în statistica sa, dă că din 792 femeĭ atinse de fibromiom, 614 adică 72½ % erau măritate, pe când numai 178, adică 22½ %, nu erau măritate, fără însă a susține că nu avusese raporturi sexuale. S'a conchis deci, că sterilitatea nu numai nu e causa desvoltăreĭ miomului, dar din contra, dînsa ar fi efectul fibrómelor. Și în adevĕr din 604 femeĭ afectate de aceste tumori, numai 58 au fost sterile, restul avusese copii; tóte la un loc născuse 1298 copii, adică fie-care din bolnave a avut mai mult ca 3 copii în termen mediu. In fine sunt și alte statistice, pe cari ne dispensăm a le mai cita, considerându-le ca fără mare importanță, cu atât mai mult cu

cât multe din ele se contrădic. Ast-fel între altele, e statistica luĭ Fehling, făcută de Schumacker la clinica din Ball. Dînsa arată că fibro-miómele ar fi maĭ frequente la celibatare de cât la femeile măritate.

Adevĕrul este că teoreticesce, sterilitatea ar fi maĭ capabilă să producă aceste tumorĭ. In adevĕr, după Cohnheim, există în organul uterin germenĭ embrionarĭ (nucleĭ musculariĭ și conjunctivĭ, carĭ rĕmân acolo închișĭ pentru un anume scop fisiologic. Grație acestor germenĭ, noĭ ne esplicăm enorma crescere de volum a uteruluĭ în timpul gestațiuneĭ. Când dar fecondațiunea nu se produce și decĭ femeia rĕmâne sterilă, aceștĭ germenĭ cresc: cresc însă nu în mod fisiologic ci anormal. Dar atuncĭ eĭ daŭ nascere uneĭ tumorĭ, nu cu tendința a suferi involuția ca după o facere, ci din contra a cresce la infinit.

Maĭ există încă o teorie care a jucat un rol mare și care adĭ chiar circulă în sciință. Acésta este aceia a luĭ *Winckel* și *Olshausen*. După dînșiĭ, agentul precursor al fibro-miómelor sunt desele congestiunĭ ale organelor genitale interne, în special ale uteruluĭ. Noĭ, la capitolul metritelor cronice, am atins acéstă chestiune și am dat desvoltarea cuvenită, susținând că metritele pot fi punctul de plecare al fibro-miómelor. Obiecțiunea care se opune acesteĭ teoriĭ sprijinită și de Virchow, este: că dacă lucrul ar fi adevĕrat, atuncĭ gâtul uterin, care e maĭ des afectat de inflamațiune, pentru ce e maĭ rar atins de fibróme de cât corpul? Dar acesta nu e un argument puternic, de óre-ce nicĭ el nu e cu totul scutit. Dar maĭ mult, se susține că însușĭ congestiunile și stazele sanguine în organe maĭ depărtate, sunt capabile a da acelașĭ resultat. Ast-fel emfisemul, afecțiunile corduluĭ, ale ficatuluĭ pot predispune la fibro-mióme. Winckel a căutat să arate, că surmenajul intelectual și fisic, precum preocupările, studiile neîntrerupte, melancolia, patinajul, cantul, șederĭ prelungite la piano, etc., aducând congestiunĭ în organele pelviene, predispun la fibro-mióme.

In 1892 Prochownik, bazându-se numaĭ pe 4 casurĭ, a emis ideea că sifilisul póte fi considerat ca factor capabil a produce fibro-mióme. Dînsul susține acéstă idee prin faptul că, bolnavele sale fiind supuse la un tratament specific, tumorile aŭ descrescut, iar metroragiile și durerile aŭ încetat. Dar acésta e o simplă supositiune, fără ca vre-un alt autor să fi maĭ dat casurĭ analóge.

Care este însă modul intim al formațiuneĭ acestor tumorĭ, cu alte cuvinte care e patogenia lor?

Teoria cea maĭ veche și care a jucat un mare rol, a fost aceea susținută cu multă ardóre de Velpeau. El atribuia desvoltarea tumorilor fibróse uneĭ organisărĭ a coagululuĭ sanguin, depus în țesuturĭ.

Acest autor, împreună cu o întrégă șcólă, susținea că, precum după legarea uneĭ artere, astuparea complectă a vasuluĭ se obține prin organisarea ulterióră a coagululuĭ sanguin, tot ast-fel este și dacă o picătură de sânge, saŭ limfă plastică dupe Robin, se depune în intimitatea țesutuluĭ uterin; dînsa se póte fórte bine organisa. Prin urmare, cu timpul acest deposit capătă o viață independentă. El începe a cresce și dă ast-fel nascere uneĭ tumorĭ. Cercetările moderne însă, demonstrând că acéstă pretinsă organisare a coagululuĭ sanguin nu e de cât resultatul strĕbatereĭ vegetațiunilor venite din păreții vascularĭ, întréga teorie a căḑut. De aceia aḑĭ, aprópe nimenĭ nu maĭ admite o asemenea organisare a sângeluĭ revărsat în țesuturĭ. Dînsa se consideră ca un fapt rĕŭ observat și falș interpretat. De alt-fel noĭ în vol. II la cap. Tumorĭ, am desvoltat pe larg acéstă teorie și decĭ trecem peste dînsa.

Astă-ḑĭ teoria cea maĭ modernă și maĭ acreditată este aceia a luĭ Virchow. Acest autor atribue fibro-miómele uneĭ arterio-sclerose locale. Părerea sa e cu atât maĭ adevĕrată, cu cât s'a căutat să se demonstreze, că femeile atinse de fibro-miomul, maĭ tóte oferă semne de un început de arterio-sclerosă generalisată. Pentru detaliĭ asupra acestor caractere, trimitem pe cititor la Vol. I, cap. Ulcere.[1])

Tóte cele-l'alte teoriĭ carĭ aḑĭ aŭ curs în sciință, coroboréză cu ideia luĭ Virchow, căcĭ tóte în definitiv sunt bazate pe arterio-sclerosă.

Ast-fel este teoria luĭ Klebs. Acest autor atribue desvoltarea fibro-miómelor uneĭ proliferațiunĭ a țesutuluĭ conjunctiv și muscular, ce se forméză în jurul vaselor capilare. Din acéstă proliferare resultă unul saŭ maĭ mulțĭ nucleĭ. Produsele acestea la rîndul lor forméză nodulĭ, iar aceștia prin aglomerarea lor finesc a constitui tumora.

Gottschalk susține aprópe acelașĭ lucru, cu deosebire că el, pe lângă proliferarea țesutuluĭ conjunctiv peri-vascular, adaugă și o proliferare endarterială. Decĭ, pe de o parte iritația locală a vasuluĭ, iar pe de alta turburarea circulatorie periferică, constitue

[1]) Vol. II. pag. 33—66.

doĭ agenți puternicĭ în producerea tumorilor. Dar și aci nu e vorba de cât tot de o arterio-sclerosă.

Pentru Kleinwœchter, fibro-miómele s'ar forma prin aglomerațiunea și transformarea celulelor fusiforme în celule rotunde, ce se găsesc împrejurul capilarelor pe cale de obliterațiune. Pilliet în Franța a ajuns prin cercetările sale de control la acelașĭ resultat; el susține că fibro-miomul este o bólă primitivă a rețeleĭ vasculare uterine.

In definitiv, actuala patogenie a fibro-miómelor rezidă într'o supra activitate a elementelor constitutive peri-vasculare, fie că ele aparțin capilarelor saŭ chiar însușĭ vaselor arteriale.

Dar noĭ cunóscem vechiul adagiŭ *ubi stimulus ibi fluxus*. Care este decĭ agentul intim al acesteĭ stimulațiunĭ, capabilă a determina ipertrofia și la rigóre însășĭ ipergenesa elementelor fisiologice, pentru a ne oferi producerea uneĭ asemenea stărĭ morbide? De sigur iritația. Dar acest nume e vag și cu totul abstract. Tendința cercetărilor moderne este a concretiza lucrul. Și s'a ajuns la acest scop, prin punerea în joc al celuĭ maĭ palpabil agent al or-căreĭ iritațiunĭ saŭ inflamație a țesuturilor, cu resultatul sus indicat. Acest lucru concret este microbul. Când însușĭ calculele nefretice, vesicale și chiar salivare, s'a demonstrat a fi datorite depositului substanțelor minerale în jurul unuĭ microb, de ce óre ipertrofia celulelor și țesutuluĭ conjunctiv peri-vascular n'ar recunósce aceiașĭ origină? Și în adevĕr, Galippe —sunt câțĭ-va anĭ — a arătat existența de microbĭ în fibro-mióme. Vedeler a găsit în secțiunea fibrómelor colorate prin ematoxilină și eosină, aspecte ce reamintesc pe acelea a amibelor; el consideră acești ematozoarĭ drept causă a fibro-miómelor.

Noĭ, de și nu posedăm cunoscințe speciale de bacteriologie, totușĭ suntem convinșĭ că, adevĕrata causă a fibro-miómelor uterine este o arterio-sclerosă, determinată ea însășĭ printr'o iritațiune specifică, fie sub dependința uneĭ anumite stărĭ diatesice or constituționale. Tot-d'a-una însă va exista influența unuĭ agent palpabil, ce nu póte fi de cât un microb necunoscut. Trecem acum la altă chestiune.

Din punctul de vedere clinic, miomul într'un mod iresistibil tinde a lua următórele treĭ căĭ, dându-ne tot atâtea varietățĭ:

1. Când rĕmâne în locul unde a luat nascere, adică în mijlocul țesutuluĭ uterin, *pórtă numele de fibrom intersticial, intra parietal saŭ mural*. Aceste tumorĭ une-orĭ sunt solitare, alte dățĭ însă multiple. Kivitsch și Cruveilhier aŭ găsit până la 40 pe acelaș uter,

Schultze pe o femee de 83 ani a găsit 50 de mióme. Când fibrómele sunt unice, ele prin faptul că posedă cele mai intime conexiuni cu țesutul uterin, sunt provĕdute de vase fórte numeróse. Din acéstă causă iaŭ și desvoltări enorme, ajungênd une-ori la volume considerabile. Dar tendința unuĭ fibrom nu este a rĕmânea loculuĭ ci a progresa. El caută a'și face drum fie către cavitatea peritoneală fie către mucósa uterină. Muschiul uterin însă îĭ oferă o mare resistență. Prin urmare, dacă tumora s'a desvoltat just în mijlocul păreteluĭ uterin, dînsa neputênd lupta contra resistenței ce-ĭ opune fibrele musculare, adesea rĕmâne definitiv ca tumoră intersticială. In casul contrariŭ, tumora cu timpul devine sub serósă saŭ sub mucósă, după cum se găsesce în puncte mai apropiate de aceste organe. Dar orĭ-care ar fi locul de origină, totuși muschiul uterin, prin contracțiunile sale, caută a se opune la progresiunea tumoreĭ ținênd a o ține în loc. Cu timpul, tumora reușesce a depărta fibrele musculare, făcêndu-și drum printre dînsele. Și din momentul când ea reușesce a 'și angaja în acéstă butonieră ceva mai mult de cât jumĕtatea circomferenței sale, atunci contracțiunea fibrelor musculare, departe de a constitui un obstacol, acum se transformă în agentul cel mai favorabil, înlesnind progresiunea tumoreĭ. O asemenea contracțiune uterină tinde a împinge tumora în afară de butonieră, făcênd'o să alunece întocmai ca un sâmbure presat între degete.

Fibro-miomul deci, respins din sânul păreților uterinĭ, nu rĕmâne în conexiune cu acest organ de cât printr'un pedicul mai mult saŭ mai puțin gros, format din țesut conjunctiv, câte-va fibre musculare și unele vase. Dupĕ modul de vascularisațiune a acestuĭ pedicul depinde mersul ulterior al tumoreĭ. In adevĕr, câte o dată pediculul conține vase fórte desvoltate, atingând grosimea unuĭ creion saŭ chiar de $2^1/_2$ police dupĕ cum arată Herwitt. In acest cas tumora póte lua o crescere colosală, grație abondenței de materialurĭ nutritive venite prin aceste vase. Alte dăți însă pediculul e cu totul sĕrac: el posedă vase fórte rarĭ și de un calibru mic. Atunci nutrițiunea fiind insuficientă, tumora suferă; dînsa ne oferă tóte metamorfosele de carĭ am vorbit.

Când tumora a scăpat din sînul țesutuluĭ uterin, dînsa îșĭ ia direcția către cavitatea peritoneală. Ea formézĕ a II-a varietate numită *fibrom sub peritoneal saŭ sub seros*. Dacă tumora posedă un pedicul lung, Virchow îĭ dă *numele de polip extern saŭ sub peritoneal*.

A III-a varietate este când tumora îșĭ face aparițiunea în cavitatea uterină. In acest cas avem a face cu un *fibrom sub mucos.* Aci două lucrurĭ se întâmplă. Tumora are conexiunĭ fórte largĭ cu țesutul uterin; dînsa proeminând în cavitatea organuluĭ, se acoperă de mucósă pe care o împinge înaintea sa. Alte dățĭ în loc de a fi sesilă îșĭ formézĕ un pedicul; atuncĭ ia numele de *polip fibros.* Acest pedicul une-orĭ e format tot din țesutul uterin și prin urmare fórte vascular; alte dățĭ țesutul uterin se atrofiază iar pediculul rĕmâne compus numaĭ din mucósa uterină, saŭ țesutul conjunctiv sub mucos. In acest cas pediculul e fórte subțire și nevascular. Adesea el se rupe, lăsând tumora liberă în cavitatea uterină.

Acestea sunt varietățile cele maĭ principalĭ de fibro-mióme. Ele resultă atuncĭ, când tumora îșĭ are punctul de plecare în grosimea fundului uterin. Fibrómele carĭ nasc pe marginele laterale ale uteruluĭ, aŭ tendința a străbate maĭ mult în grosimea ligamentelor largĭ deslipindule cele două foĭ din carĭ se compun.

In acest cas avem:

A IV-a varietate: *tumorĭ fibróse intra-ligamentóse, sub-ligamentóse* și *extra-peritoneale.*

Ele aŭ aceiașĭ evoluție ca și cele precedente, putând fi sesile or pediculate. Une-orĭ pediculul care le ține legate cu uterul se rupe; atuncĭ tumora rĕmână isolată în grosimea ligamentelor largĭ. Acésta a făcut pe unĭĭ să le ia drept fibróme primitive a acestor ligamente, pe când în realitate ele aparțin uteruluĭ.

In fine tumorile carĭ nasc din porțiunea supra-vaginală a coluluĭ, aŭ tendința a se infiltra în țesutul celular al basinuluĭ saŭ sub aponevrosa pelviană (sacro recto-genitală a luĭ Delbet). Acestea formézĕ:

A V-a varietate numită de Pozzi *fibro-mióme sub aponevrotice* saŭ *corpĭ fibroșĭ pelvienĭ.* Fibrómele porțiuneĭ vaginale a coluluĭ sunt rarĭ. Causa ar fi după unĭĭ că acest organ conține fórte puține fibre musculare. Acésta însă nu e un cuvênt, de óre ce chiar fibrómele uterine adesea posedă maĭ puține fibre musculare de cât are colul în stare normală. Se susține decĭ, că frequența tumorilor uterine în raport cu ale coluluĭ, resultă din rolul fisiologic diferit ce aceste două porțiunĭ ale aceluiașĭ organ aŭ între ele.

In fine se pot observa fibróme și în porțiunea sub vaginală a coluluĭ și maĭ ales pe buza sa posterióră. Une-orĭ iaŭ o desvoltare enormă avênd un pedicul larg; acésta le permite a eși din

vagin și a atârna chiar între cópse. Alte dăți tumora se infiltréză pe grosimea pereților vaginali, disecând despărțitórea recto-vaginală saŭ vesico-vaginală.

VI.

Raportul uteruluĭ și anexelor cu fibro-miomul.

Schimbările de direcțiune ce fibro-miómele cauzéză uteruluĭ sunt fórte importante. Ele îĭ imprimă o topografie specială, transformând cu totul statica normală a organuluĭ și eată cum.

De îndată ce tumora a trecut peste dimensiunile permise de a nu fi băgată în sémă; de îndată ce ele aŭ atins un volum dincolo de limita medie, atunci imprimă douĕ feluri de deviațiuni: versiuni și flexiuni uterine. In adevĕr, câte odată dacă tumora se află desvoltată în părețele posterior al uteruluĭ; dînsa trage acest organ înapoĭ imprimând o mișcare de basculă uteruluĭ; în urmă colul ia o direcție în sus, și determină ast-fel o retroversiune tipică. Anteversiunea și latero-versiunele se produc după acelașĭ mecanism, cu condiție ca tumora să se desvolte pe părețele anterior, saŭ pe unul din părțile laterale ale uteruluĭ. Alte dăți însă tumora nu lucréză asupra întreguluĭ organ, ci numaĭ asupra corpuluĭ pe care îl îndoește în dreptul istmuluĭ. In acest cas avem retro-flexiune, antero-flexiune saŭ latero-flexiune, după cum tumora desvoltată în părețele posterior, anterior saŭ lateral al uteruluĭ, va produce o îndoitură a corpuluĭ înapoĭ, înainte saŭ în lăturĭ, fără ca gâtul să'șĭ schimbe direcțiunea normală. Cu alte cuvinte vom avea flexiuni corporale. Daca și gâtul se îndoesc privind către corpul uteruluĭ deja flexat, atunci avem flexiunele cervico-corporale.

Până aci, tóte deviațiunile de versiune saŭ flexiune se produc către punctul unde tumora o lipită de uter. Noĭ le numim deviațiuni centripetale. Dar alte dăți și maĭ cu sémă când fibromul capătă un volum mare, deviațiunile se produc în sens opus situațiuneĭ sale; uterul în loc să fie atras către tumoră, din contră este respins în sens contrariŭ. Acestora le dăm numele de deviațiuni centrifugale.

Când tumora căpătă o desvoltare prea mare și nu maĭ póte fi conținută în micul basin, ci e silită a se ridica trecênd sus în cavitatea abdominală, atunci dînsa ridică în acelașĭ timp și uterul In urma acesteĭ ascensiuni, gâtul uterin, grație inserțieĭ sale cu

păreții vaginalĭ, resistă. Dar corpul silit fiind a urmări progresiunea tumoreĭ, dînsul (gâtul) se subțiază din ce în ce în nivelul istmuluĭ; dînsul se reduce la o simplă fășie de țesut celulo-fibros; și póte chiar să dispară cu desăvêrșire. In casul acesta tumora cu uterul rĕmân libere în cavitatea abdominală. Dar acésta se întîmplă escepțional de rar; nu se citézĕ de cât un singur cas observat de Rokitansky. După majoritatea autorilor, orĭ-carĭ ar fi alterațiunile uteruluĭ, încă se găsesce un mic cordon fibro-muscular, în care există vestigiul de cavitate. Grație acestuĭ lucru, se recunósce că nu e vorba de un simplu pedicul, ci de o alungire escesivă a porțiuneĭ supra-vaginale a corpuluĭ uterin. Acésta e de o importanță colosală în stabilirea diagnosticuluĭ diferențial.

Un fenomen cu totul invers se produce, când fibromul, în loc de a progresa către cavitatea abdominală, tinde a deveni sub mucos și decĭ a înainta către cavitatea uterină. In acest cas, prin faptul tendințeĭ iresistibile a tumoreĭ de a ieși din uter, dînsa forțézĕ orificiul intern al coluluĭ în tocmaĭ ca într'o graviditate. Atunci, dacă tumora în loc de a avea un pedicul lung, are din contra o bază largă, adică e sesilă, dînsa căutând a ieși afară, trage după ea uterul. Dar în urma acesteĭ mișcărĭ imprimată de sus în jos, fundul uterin se resfrânge întocmaĭ ca un deget de mănușă; acésta formézĕ ceia-ce se numesce inversiunea uterină.

Acestea sunt în general deviațiunile și deformațiunile uterine produse de corpiĭ fibroșĭ. Noĭ le numim deviațiunĭ *centripete, centrifuge, ascendente* și *descendente.*

Câte odată, după ablațiunea tumoreĭ putem deosebi în mod clar diferitele porțiunĭ de uter rĕmase sănătóse. Putem iarăși cu ușurință distinge anexele, carĭ fie dis în trécăt, maĭ tot-d'a-una ne presintă óre-carĭ alterațiunĭ; în special ovarele aprópe fără escepțiune sunt coprinse de degenerescență sclerokistică. Alte dățĭ însă nu maĭ este de loc posibil a distinge porțiunĭ din corpul uteruluĭ de acelea ale tumoreĭ; totul formézĕ un singur corp. Maĭ mult, anexele nu numaĭ că 'șĭ perd cu totul positiunea normală, dar une-orĭ pe cele din drépta le găsim în stânga, saŭ ascunse prin diferitele organe vecine. Câte odată numaĭ există nicĭ un vestigiŭ și nicĭ că e cu putință a descoperi ceva din trompe saŭ ovare; totul formézĕ o singură masă inextricabilă. Dar acésta se observa atunci când fibromul își are sediul dedesubtul inserțiuneĭ anexelor. Tumora progresând, ridică împreună cu uterul și anexele, carĭ deformate și alterate pot a-

tinge chiar ombilicul. Din contră, tumora desvoltându-se pe fundul uteruluĭ, numaĭ el se ridică. In acest cas anexele pot să rĕmână în locul lor. Dar or cum ar fi, atât trompa cât și ovarul maĭ totd'a-una se găsesc bolnave prin infecțiune. De aceia în cursul operațieĭ nu e rar a găsi leziunĭ de salpingite, ovaro-salpingite saŭ anexite în cel maĭ înalt grad, cu aderențe, leziunĭ plastice saŭ supurative.

Alterațiunile uteruluĭ în fibro-miómе. Muschiul uterin câte odată nu suferă nicĭ o schimbare patologică de cât numaĭ în punctul unde primitiv tumora s'a desvoltat. Dar daca aceste tumorĭ devin fórte numeróse, atuncĭ o mare parte saŭ chiar totalitatea corpuluĭ uterin fiind înțesată de nucleĭ miomatoșĭ, constitue o stare particulară deja arătată și cunoscută sub numele de *degenerescența fibro-miomatósă uterină*. Alte dățĭ țesutul uterin în loc de a fi atins numaĭ pe un teritoriŭ limitat, el intră într'o ipertrofie generală și fórte regulată; dînsul în întregimea luĭ se desvoltă egal în tóte părțile întocmaĭ ca și un uter gravid. Fenomenul s'a numit de Guyon *graviditate fibrósă* iar de Polaillon *uter gigant*.

Dar pe lângă aceste alterațiunĭ se maĭ găsesc și altele. Importanța și rolul ce ele jócă în stabilirea diagnosticuluĭ e maĭ presus de orĭ-ce îndoială. Iată-le :

I. **Mărimea constantă a cavităței.** Este o consecință naturală a ipertrofieĭ și iperplasieĭ păreților uterinĭ, carĭ pot dobândi grosimĭ considerabile.

In regulă generală — și ca semn patognomonic al fibro-miómelor — există o adâncime reală a cavităței uterine, ce póte merge de la 8—10 și chiar 15 ctm. Acéstă crescere a cavităței uterine nu lipsesce nicĭ o'dată, afară póte în tumorile sub seróse pediculate — când tumora umple totă cavitate uterină — saŭ când se stabilesc aderențe între tumoră și părețele opus al cavităței uterine.

Al II-lea fenomen e cu privire la *alterațiunea mucóseĭ uterine*. Cel d'întâiŭ autor este Kampe, care în 1884 a arătat că, fibromiómele produc asupra mucóselor leziunĭ analóge cu endometritele cronice glandulare. Dar deja înaintea acestuia, Wyder, în 1878 arătase o degenerescență glandulară a mucóseĭ, căreia îĭ deduse numele de *adenom difus*. Un alt autor Curatalo a arătat, că mucósa care e în contact cu tumora, presintă leziunĭ de endometrită intersticială însoțită de atrofia și dispariținea glandelor, pe când în cele-lalte porțiunĭ există metrită glandulară tipică ipertrofică.

S'a căutat a se arăta o legătură strânsă între leziunea mu-

cóseĭ și întinderea tumorilor uterine. S'a observat însă, că de multe orĭ leziunĭ fórte pronunțate ale mucóseĭ, se găsesc alăturĭ cu tumorĭ de un volum fórte mic. Tot ceia-ce se scie sigur este, că aceste leziunĭ nicĭ odată nu lipsesc în fibro-mióme, orĭ care ar fi numĕrul și volumul lor. In general leziunile principalĭ constaŭ în desvoltarea de marĭ fongositățĭ pe mucósă; ele sunt punctul de plecare al emoragiilor, formând semnul patognomonic al acestor tumorĭ fibromatóse. Patogenia acestor alterațiunĭ se atribue de unĭĭ la o simplă turburare circulatorie, datorită congestiunilor provocate de presența tumorilor; dupĕ alțiĭ ele recunosc diferite alterațiunĭ trofice. Borissow, în afară de leziunile citate, a găsit pe mucósă o mare cantitate de vase dilatate și extravazărĭ sanguine. Autorul esplică lucrul ast-fel: tumora provócă congestiunea; acésta representând primul stadiŭ al inflamațieĭ, favoriséză desvoltarea microbică. Pe mĕsură ce tumora crește, pe atât mucósa se congestionéză, se inflaméză și sângeréză. De aci emoragiĭ continue provenite nu din tumorĭ, ci din mucósa uteruluĭ.

VII.

Simptomele. Acestea variază fórte mult și staŭ în legătură cu diferitele speciĭ de fibro-mióme. In tesă generală, fibromul uterin prin el însuși e bland, căcĭ nu dă aprópe nicĭ un simptom. Adesea la autopsia femeilor bĕtrîne se găsesce nu unul, dar maĭ multe tumorĭ fibróse aședate în părețiĭ uterinĭ, fără ca prin nimic să fi atras atențiunea bolnavelor în viață. Ba ce este maĭ mult, cunosc personal femeĭ purtătóre de fibro-mióme de un volum colosal, fără ca să se plângă absolut de nimic, de cât de o ușoră jenă. Acésta se observă maĭ cu deosebire în tumorile sub-seróse saŭ peritoneale.

Adevĕratul simptom patognomonic al acestor tumorĭ e representat prin douĕ fenomene constante: **emoragia** și **crescerea cavităței uterine.** Dar și acestea luate isolat, nu aŭ atâta valóre, fiind comune și altor bóle. Trebue decĭ combinate cu o totalitate de alte elemente, precum vom vedea la diagnostic. Dar or cum, să vedem în ce mod se manifestă aceste semne.

La început emoragia atrage atenția bolnavelor prin aceea că începênd prin dismenoree, finesce printr'o prelungire maĭ mare a menstruațieĭ: *menoragie.* Maĭ târziŭ acéstă durată se măresce și maĭ mult, mergênd de la 8—10 ḑile: *metroragie.* Dupĕ un timp

óre-care, bolnava observă că și în cursul luneĭ, adică atuncĭ când menstruele aŭ încetat, încă îĭ apare pentru o ḑi saŭ a doua o nouĕ scurgere de sânge. In fine bolnavele ajung a nu-și maĭ ține socotéla epocelor menstruale ast-fel că după propria lor espresiune, tot-d'a-una sunt în sânge. Atuncĭ ne aflăm în fața uneĭ adverate *emoragiĭ*.

Causa acesteĭ scursorĭ de sânge abondente o înțelegem ușor, dându-se alterațiunile destul de profunde ale mucóseĭ uterine, care se transformă în enorme fongositățĭ: lucru e deja arătat. Câte odată emoragia îșĭ are o origină mult maĭ periculósă; dînsa în loc de a veni numaĭ din mucósa alterată, provine din ruperea de vene ce se prelungesc în grosimea mucóseĭ; ele aŭ un părete fórte subțire. Când dar aceste trunchiurĭ venóse, aflate în grosimea tumoreĭ saŭ țesutul conjunctiv periferic, se rup, daŭ loc la emoragiĭ mortale. Ast-fel sunt casurile citate în Delbet, ale luĭ Duncan și Cruveilhier, precum și acelea a luĭ Klob, care a vĕḑut un sinus venos aflat la periferia tumoreĭ, rupt cu ocasia uneĭ fracturĭ a basinuluĭ. Une-orĭ concomitent cu emoragiele, saŭ în locul acestora, bolnavele observă și o scurgere albă, mucósă, leucoreică; acésta se întîmplă când glandele sunt maĭ mult prinse. Câte odată acest simptom nu numaĭ că predominĭ, dar scurgerea vine în cantitățĭ așa de marĭ, în cât devine o adevĕrată surprisă. Acésta se întîmplă maĭ cu sémă în varietatea de fibro-mióme *idropice*, despre carĭ deja am vorbit.

Pe lângă aceste semne principale, bolnavele sunt cuprinse și de altele mult maĭ alarmante, carĭ le hotăresc a cere orĭ-ce intervențiune. Acestea sunt **durerile.**

Deși multiple și recunoscând mecanisme diferite, le putem însă reuni în treĭ tipurĭ clinice: durerĭ de *compresiune*, de *expulsiune* și de *iritațiune*.

Durerĭ de compresiune. Ele se observă maĭ cu sémă în fibro-miómele intersticiale, carĭ desvoltate pe părețele posterior al uteruluĭ, cad în micul basin. Aci, luând o desvoltare destul de mare și neputând trece strîmtórea superióră pentru a se ridica în abdomen, ele se inclavéză. Atuncĭ, în mod fatal, comprimă plexul sacral și dă nascere în prima linie la nevralgiĭ sciatice, iar în urmă la diferite alte durerĭ urmând traectul cunoscut al nervilor ieșițĭ din acest plex. Iarășĭ, fibro-miómele intra-ligamentóse și cele sub aponevrotice, prin faptul situațiuneĭ lor, determină compresiunĭ și maĭ marĭ, iar în consecință durerĭ intolerabile. Și probă că aceste durerĭ provin din simpla compresiune,

este că introducând degetele saŭ chiar mâna în rect, dacă reuşim a disloca tumora, durerile încetéză imediat şi ca prin minune.

Al doilea gen de dureri se presintă sub formă de **colici**. Ele resultă când fibro-miomul este sub mucos. Dînsul pediculisându-se saŭ căděnd în cavitatea uterină, tinde a ieşi afară. In acest moment femeia simte întocmaĭ sensaţiunea durerilor ca în timpul facereĭ; pentru acest cuvînt se şi numesc *colicĭ uterine*. Aceste dureri sunt mult maĭ pronunţate în timpul menstruelor.

In fine, **durerile peritoneale** resultă din iritaţiunea pe care o produce tumora asupra peritoneuluĭ, în timpul desvoltăreĭ sale abdominale. Aceste dureri câte-odată sunt aşa de violente că se însoţesc de tóte fenomenele uneĭ peritonite, — care se şi produce, maĭ des însă în mod parţial.

Tot în acest grup intră şi *durerile provenite din aderenţele* ce tumora contractă cu epiploonul, saŭ ansele intestinalĭ.

In fine, une-orĭ bolnavele sunt coprinse în mod subit de dureri escesiv de violente, numite *excruciante*, putând chiar determina mórtea. Acésta provine din torsiunea bruscă a pedicululuĭ asupra axeĭ sale. Casurile acestea sunt rarĭ, dar nu imposibile.

Găsim în Schroeder maĭ multe citaţiunĭ, între carĭ aceia a luĭ James Cuppier. E vorba de torsiunea pedicululuĭ care provocând gangrena miomuluĭ, a determinat mórtea femeeĭ — ce era gravidă. Küster menţionéză un alt cas, unde pedicului se sucise de maĭ multe orĭ împrejurul axeĭ sale; gâtul uterin, întins şi lung, nu maĭ forma cu uterul de cât un cordon fórte subţire. Prin acest fenomen se explică şi mecanismul curios ce se observă une-orĭ în aceste tumorĭ constând în cresceri şi turtirĭ alternative; de aci presentare de aceiaşĭ tumoră câte o dată maĭ mare saŭ maĭ mică. Se admite că în momentul uneĭ torsiunĭ brusce, tóte vasele tumoreĭ se umple de sânge, mărindu-ĭ ast-fel volumul; când după aceia pediculul îşĭ reia situaţiunea normală, circulaţiunea se restabilesce, iar sângele ieşind din tumoră, volumul acesteia descresce.

Numaĭ puţin importante, în afară de dureri şi emoragiĭ, sunt şi diferite *turburărĭ funcţionale* de carĭ se însoţesc fibrómele uterine. Dintre acestea, cele maĭ frequente sunt fenomenele vesicale. Dînsele une-orĭ ni se manifestă prin disurie, strangurie şi chiar prin retenţie absolută de urină. Acésta se observă maĭ cu sémă în fibrómele porţiuneĭ supra-vaginale a coluluĭ şi a pereteluĭ anterior al uteruluĭ. Ele pe mĕsură ce se desvoltă, exercită

o presiune asupra corpuluĭ vesical; dar și gâtul uterin apăsând pe uretră, póte să determine fenomenele sus citate, până chiar și retențiunea. Fenomenul apare maĭ cu deosebire în timpul epocelor menstruale, când — probabil în urma congestiuneĭ fisiologice — tumora capătă un volum maĭ mare. Alte dățĭ însă se observă acelașĭ lucru și în fibrómele păreteluĭ posterior al uteruluĭ; aci în loc de a ne aștepta la fenomene din partea rectuluĭ, observăm din contra fenomenele vesicale, fără a se putea incrimina compresiunea acestuĭ organ de tumoră. Dar fenomene și maĭ grave se pot întîmpla, după cum a arătat cel d'întâiŭ Murphis din Londra: compresiunea întinḑându-se asupra uretrelor, determină alterațiunĭ destul de serióse asupra rinichilor, manifestându-se prin accidente uremice, carĭ de multe orĭ coprind brusc pe bolnavă.

Tot prin mecanismul de compresiune ne explicăm fenomenele din partea rectuluĭ. Ele, începênd cu dificultățĭ în defecațiune, pot merge treptat a determina constipațiunĭ opiniatre și chiar fenomene de obstrucțiune intestinală. In urma acestor constipațiunĭ rebele, bolnavele sunt supuse uneĭ resorbțiunĭ continue de toxine, representate prin ptomanie și leucomaine, ceia-ce determină o quasi cachexie. Acéstă intoxicație lentă a fost deja descrisă de Barnes, sub numele de *copremie*. Dînsa produce o stare particulară de suferințe și contribue mult în a da aspectul general al suferindeĭ, imprimêndu-ĭ un habitus caracteristic numit *facies uterin*.

Când tumora contractéză aderențe cu diferite anse intestinale, aceleașĭ fenomene le putem observa. In plus, ansa se póte angaja în bridele saŭ tractele formate de aderențe; acésta dă naștere uneĭ adevĕrate strangulațiunĭ.

Un lucru iarășĭ trebue menționat. Dînsul, pe lângă alterațiunile renale, este unul din factoriĭ ceĭ maĭ puternicĭ care întunecă prognosticul și intervențiunile operatoriĭ. Este vorba de alterațiunea corduluĭ, arătată de *Hoffmayer*. Faptul constă în dilatația corduluĭ drept, în ipertrofia cardiacă și în fine în degenerescența gresósă și atrofia fibrelor sale musculare.

Ca fenomene maĭ rarĭ ce putem observa în fibro-miómele uterine, avem *ascita* și *edemul* membrelor inferióre. Ascita póte să recunóscă o compresiune directă a veneĭ pórte — lucru maĭ rar — saŭ o iritațiune peritoneală produsă de tumoră; acésta avênd un pedicul lung, posedă mișcărĭ multiple în abdomen. In regulă generală ascita nu trebue să existe într'un fibro-

miom; saŭ și când se găsesce să fie într'o cantitate fórte mică. Când e în mare cantitate, ne arată o degenerescență malignă a tumoreĭ: probă este că printr'o punctiune, în loc de a extrage liquid pur ascitic, el este maĭ mult sanguinolent. Cât privesce edemul membrelor inferióre, casul cel maĭ ușor e când dînsul recunósce o compresiune directă a tumoreĭ pe vasele basinuluĭ, în special venele iliace; casul cel maĭ grav e când recunósce o alterațiune a rinichilor saŭ a corduluĭ.

VIII

Prognosticul. Ce devine o tumoră fibro-miomatósă a uteruluĭ lăsată la mersul sĕŭ natural? In tesă generală, aceste tumorĭ sunt considerate de majoritatea autorilor — în urma faptelor clinice și a cercetărilor anatomo-patologice — ca fiind de bună natură. Transformarea lor în tumorĭ maligne se observă fórte rar; în orĭ-ce cas malignitatea e maĭ adesea secundară iar nu primitivă. Punctul acesta a fost suficient desvoltat la Capitolul transformărĭ, pentru a nu maĭ reveni. Ast-fel fiind, fibro-miómele, neavênd nicĭ un resunet rĕŭ asupra organismuluĭ, ele pot fi lăsate libere, fără ca sănătatea individuluĭ să fie compromisă. Un singur punct defavorabil găsim în ele: posibilitatea transformăreĭ în sarcom. De și la rigóre, după datele patologieĭ generale, sarcomul nu e considerat ca o tumoră malignă, totușĭ nu póte fi comparat cu un fibrom pur.

In afară de aceste eventualităț̆ĭ, tumorile fibróse ale uteruluĭ sunt benigne, necompromițând sănătatea bolnavelor. Și ca probă este, că adesea vedem femeĭ purtând asemenea tumorĭ de anĭ îndelungaț̆ĭ, fără ca să sufere întru ceva, de și volumul fibromuluĭ e une-orĭ colosal de mare. Maĭ mult, din capitolele precedente am vĕdut o mulțime de transformațiunĭ ce se produc în aceste tumorĭ, transformărĭ de multe orĭ favorabile. Grație lor tumora nu numaĭ descresce de volum, dar póte chiar să dispară cu totul. Și în special graviditatea și menopausa adesea aŭ procurat cele maĭ plăcute surprise, însoțindu-se de resorbțiunea câte odată totală acestor tumorĭ. Se susține în adevĕr că, de óre-ce uterul gravid în urma faceręĭ revine la volumul sĕŭ normal, grație involuțiuneĭ, care constă în resorbțiunea elementelor ipertrofiate, s'a conchis a priori, că și fibro-miómele — carĭ în definitiv posedă aceleași elemente ale uteruluĭ normal, dar ipertrofiate — pot să sufere și ele aceiași regresiune și decĭ la rigóre chiar să dispară. Observațiunea a

confirmat în mare parte aceste premise. De aceia adĭ graviditatea se consideră de toţĭ ca un factor fórte util contra tumorilor uterine. S'a constatat de observatorii ceĭ maĭ profundĭ, că în timpul graviditățeĭ tumorile fibróse cresc de volum; dar că în urmă după facere, ele treptat se micșoréză revenind la volumul primitiv. Adesea ele devin maĭ micĭ de cum eraŭ; ba câteodată — drept cea maĭ plăcută surprisă — dînsele dispar cu desăvêrșire.

Dar dacă graviditatea are acéstă acțiune bine-făcétóre asupra fibrómelor, făcêndu-le să dispară printr'o resorbțiune spontanată, nu e tot ast-fel cu influența ce aceste tumorĭ aŭ asupra gestațiuneĭ. Sunt casurĭ unde fecondațiunea și chiar graviditatea n'aŭ fost împedicate. S'aŭ vĕdut femeĭ născêndu copiĭ în mod fórte normal, de și eraŭ purtătóre de fibróme manifeste. Dar acésta se întîmplă numaĭ când tumora e sub-peritoneală; și încă cu condițiе de a fi pediculată și să nu cadă în fundul de sac al luĭ Douglas. In tóte cele-l'alte casurĭ, fibrómele aŭ influență fórte rea asupra graviditățeĭ. Este lesne de înțeles că, dacă o asemenea tumoră ocupă fundul uteruluĭ și e aședată sub mucósă, fecondațiunea se face cu fórte multă greutate; copilul nu póte ajunge la termen, căcĭ repede placenta se va deslipi; de aci avort în primele lunĭ. Dar casul e și maĭ grav când fibrómele ocupă segmentul inferior al corpuluĭ; când sunt așezate în ligamentele largĭ; când sunt sub aponevrotice saŭ aŭ sediul în fundul de sac al luĭ Douglas. In asemenea circumstanțe, graviditatea póte să 'șĭ urmeze cursul normal; dar pericolul este că fetul nu póte fi expulsat, din causa enormuluĭ obstacol ce oferă fibro-miómele. Și ce este maĭ rĕŭ e că, mutilând chiar fetul, încă nu putem reuși a'l scóte afară în bucățĭ. Atuncĭ nu ne rĕmâne de cât a practica operația Cesariană saŭ a luĭ Porro, operațiunĭ asupra gravităței cărora e de prisos a insista.

Maĭ există un agent bine-făcĕtor asupra fibro-miómelor, capabil a determina dacă nu dispariținea complectă, cel puțin regresiune fórte simțitóre. Acésta este *menopausa*. S'a susținut, că de óre-ce în acéstă perióda a vieței organele genitale interne tind către atrofie, tumorile fibróse uterine s'ar părea că sufere și ele acelașĭ proces. Și lucrul pare așa de logic în cât nu numaĭ chirurgiĭ, dar și însăși bolnavele aștéptă cu nerăbdare acéstă epocă bine-făcĕtóre pentru bóla lor. Când timpul e prea depărtat pentru sosirea menopauseĭ, s'a căutat a se provoca acéstă stare în mod artificial, făcêndu-se castrația femeeĭ. Aci însă resultatele nu par a fi cu totul conchizătóre, din pricină că tu-

mora încă se hrănesce prin arterele uterine. Pe de altă parte, Gusserow a arătat că, aderențele ce se stabilesce între tumoră și diferitele organe, sunt suficiente a asigura nutrițiunea tumoreĭ, chiar de am lega tóte arterele ce se duc la uter.

Dar dacă prin natura lor saŭ prin diferitele metamorfose bine-făcătóre, fibro-miómele uterine ne oferă un prognostic bun, sunt însă casurĭ, și din nenorocire cele maĭ multe, când ele, cu tótă benignitatea, totuși provócă suferințe destul de marĭ bolnavelor. In capitolul simptome, se găsesc o mulțime de motive carĭ legitimézá stăruința bolnavelor și hotărîrea chirurguluĭ de a extirpa aceste tumorĭ. Dar maĭ presus de tóte avem emoragiile și durerile. Ele dacă iaŭ o intensitate prea mare, alt mijloc nu este a le combate de cât operațiunea radicală. In adevĕr, nu numaĭ că emoragiile aduc pe bolnavă într'o stare de emaciațiune fórte mare, dar une-orĭ pot deveni mortale. Ast-fel Rokitanscky a vĕdut un cas, unde femeia a murit în urma deschidereĭ uneĭ marĭ vene de sub mucósa uterină. Ce să maĭ dicem de acele durerĭ insuportabile determinate prin compresiunea progresivă și permanentă a tumoreĭ, și contra căreia nu putem lupta, de cât lucrând direct asupra agentuluĭ, adică ridicând tumora?

Și dacă maĭ adăugăm diferite alte simptome funcționale, și posibilitatea alterăreĭ rinichilor și corduluĭ, avem atâtea cuvinte destul de puternice pentru a sfătui pe bolnave a se supune operațiuneĭ. Prin operație scăpăm femeia de tumoră, care cu tóte benignitatea aparentă, totuși póte avea un sfîrșit fatal. De multe orĭ s'aŭ vĕdut femeĭ murind subit de peritonite acute, de accese uremice, de embolie și maĭ ales de așa cunoscutul șoc, care nu e de cât resultat al degenerăreĭ corduluĭ.

Un cas din cele maĭ demonstrative am avut acum în luna Iulie. E vorba de o vĕduvă a unuĭ fost confrate, purtătóre veche de un enorm fibrom intersticial. Când am fost chemat de fiica sa, pentru a vedea bolnava în strada Feteĭ, am găsit-o plângêndu-se de o cam dată de durerĭ vagĭ în céfă și umĕrul drept. După câte-va dile se declară durerĭ epatice fórte acute, precum și ușóre fenomene de iritațiunĭ peritoneale. Pulsul însă era fórte regulat și plin. N'a presentat nicĭ o dată cea maĭ mică ascensiune termică. Am vĕdut-o pentru ultima dată pe la 11 ore diminéța. Durerile eraŭ mult micșorate, pulsul și temperatura bune; începuse a avea vărsăturĭ bilióse, dar fără ca lucrul să-mĭ fi inspirat vre o închietudine. La orele 3 p. m. bolnava vorbind și în plină cunoscință, muri subit. Indoială nu încape: mórtea a fost provocată de embolie.

IX.

Diagnosticul. Nu e nimic mai ușor în unele casuri; nimic însă mai greŭ în altele și cu totul imposibil în anumite circumstanțe. Acésta depinde neapărat de sediul ce ocupă tumora, de conexiunile ce contractéză cu organele vecine, precum și de alte afecțiuni concomitente.

Propriŭ ḑis, semne absolut patagnomonice nu există în fibromióme, căcĭ aceleași le găsim și în alte bóle cu totul diferite. Și pentru a proba acésta, n'avem de cât să luăm cele douĕ marĭ simptome carĭ constitue stâlpiĭ saŭ baza fibro-miómelor, pentru a vedea cât de nesigure pot fi în anumite casurĭ, și în consecință cât de insuficiente pentru a stabili un bun și precis diagnostic.

In adevĕr, emoragia precum și leucorea carĭ s'aŭ dat ca factorĭ inherenți fibro-miómelor, se găsesc în o mulțime de alte afecțiuni uterine și chiar a anexelor. In special, endometrita fongósă, salpingitele, ematocelul, și mai cu deosebire cancerul uteruluĭ, etc., își manifestă existența tocmaĭ prin aceste scurgerĭ sanguine, fie sub formă de menoragiĭ, metroragiĭ și chiar emoragiĭ. întocmaĭ ca și tumorile fibróse. Pe de altă parte, am vĕḑut la simptomatologie că pot exista tumorĭ fibróse, carĭ în tot timpul evoluțiuneĭ lor, să potă ajunge a capăta un volum destul de considerabil, fără ca să fie însoțite nu de emoragiĭ, dar nicĭ chiar de cea mai mică perturbare a organelor genitale interne.

Aprópe tot acelaș lucru vom ḑice de al doilea simptom dat ca patognomonic, adică de mărimea cavităței uterine.

In imensa majoritate a casurilor găsim constant o creștere destul de considerabilă a cavităței uterine în fibróme. Dar acésta nu va să ḑică că lucrul nu se găsește și în alte afecțiuni.

Eŭ preocupat de acéstă idee, am practicat peste 200 răzuiri ale uteruluĭ, și aprópe în tóte am găsit, prin mĕsurarea cu isterometru, o adâncime a cavităței uteruluĭ de 7, 8 și chiar 11 centimetri, fără să fi fost vorba de cea mai mică urmă de tumoră. In special acest lucru se găsesce în metritele cronice parenchimatóse cu forma ipertrofică extrinsecă, pe care pe larg am arătat-o. Cred, și lucrul e probabil, că în fibro-miómе, nu e vorba numaĭ de o lungime a cavităței uterine, dar și de o lăr-

gime. Eŭ am căutat să mĕ conving de acest lucru şi am voit să mi se construiască un instrument apropriat, dar n'am reuşit din lipsă de mijlóce. Totuşĭ din practică am constatat că, în metrite, cu tótă lungimea cavităţeĭ uterine, nu poţĭ manipula în tótă libertatea lingura tăiósă în părţile laterale a acesteĭ cavităţeĭ. Acésta póte ar fi un semn ceva maĭ sigur al fibromiómelor, adică *o lungime şi lărgime* a cavităţeĭ uterine. Dar câte escepţiunĭ. Probă: cu tótă existenţa fibromuluĭ, totuşĭ mărimea cavităţeĭ e mascată, fie prin presenţa tumoreĭ, fie prin aderenţele ce acésta contractă cu uterul. In orĭ-ce cas, consecinţa este o micşorare a cavităţeĭ în loc de lărgime.

Din aceste scurte consideraţiunĭ s'ar părea că aprópe nicĭ odată nu se póte pune un diagnostic sigur. Nu este însă ast-fel: în majoritatea casurilor lucrul e posibil: Se cere însă o anumită practică, şi maĭ ales cunóscerea tutulor celor-l'alte bóle atât ale uteruluĭ cât şi organelor circumvecine. Dar şi atuncĭ, pentru a ajunge la un bun diagnostic, trebue să luăm în parte fie-care varietate de fibro-miom după sediul sĕŭ anatomic. Pentru înlesnirea studiuluĭ, noĭ treptat vom căuta a face diagnosticul: I, *al tumorilor gâtuluĭ uterin;* II, *al corpuluĭ* şi III, *al ligamentelor largĭ.*

I. Diagnosticul fibro-miómelor gâtuluĭ uterin.

Acestea, după cum am vĕdut la anatomia patologică, se împart în douĕ: în tumorĭ desvoltate în porţiunea vaginală şi supravaginală a coluluĭ.

A) Corpiĭ fibroşĭ aĭ porţiuneĭ vaginale a coluluĭ sunt póte ceĭ maĭ uşor de diagnosticat. Aci iarăşĭ avem douĕ casurĭ, după cum tumora e pediculată saŭ sesilă. Când e pediculată, nu e posibil a se confunda de cât cel mult cu adevĕraţiĭ polipĭ folicularĭ. Dar aceştia fiind formaţĭ din obstrucţiunea foliculelor glandulare, vor avea o consistenţă cu totul móle, un aspect particular, apropiindu-ĭ de forma uneĭ alune or ciréşă cu un pedicul enorm de lung şi subţire. Fibro-miomul are caractere cu totul opuse; el e sesil saŭ cu pedicul scurt; are o consistenţă tare şi cu tendinţa a lua un volum destul de mare. Inconjurându-l cu degetul, vom constata sediul sĕŭ pe buza anterióră saŭ posterióră a coluluĭ, care buză enorm subţiată se aplică pe tumora ca un fel de lizereŭ. Nimic dar maĭ uşor de cât constatarea celor douĕ buze în jurul bazeĭ tumoreĭ, pentru a afirma existenţa unuĭ fibrom. Puţină dificultate există când tumora e desvoltată în inte-

riorul cavităţeĭ cervicale, prin care face ernie. Atunci, maĭ ales dacă are şi o bază largă, se póte impune drept o inversiune a uteruluĭ. Diagnosticul diferenţial se va stabili maĭ departe. Deci o tumoră aflată în grosimea uneia din buzele coluluĭ, cu saŭ fără pedicul, de o consistenţă fermă, de un volum relativ mare putând umple cavitatea vaginuluĭ, nedurerósă, nefriabilă, iar la vedere prin specul, de o culóre roşu vinósă, congestionată, etc., este un fibrom. A căuta să diferenţiem acéstă tumoră de excrescenţele saŭ vegetaţiile banale or chiar canceróse, este a face un diagnostic diferenţial cu totul gratuit, pentru cel care o singură dată a vĕdut ce este un cancer al coluluĭ saŭ o simplă vegetaţie.

Un diagnostic însă în adevĕr ştiinţific este a stabili casul, când fibromul plecat din una din buzele coluluĭ se infiltréză în păreţiĭ vaginuluĭ, dedublând despărţitórea recto-vaginală saŭ vesico-vaginală. Atunci lucrul devine fórte delicat şi serios, confundându-se cu tumorile fibróse ale vaginuluĭ. Dar în afară că ambele aceste supoziţiunĭ sunt fórte rarĭ, totuşĭ un fibrom inclus în păreţiĭ vaginuluĭ nu are caracterul de a fi bine limitat ca un fibrom vaginal; el este maĭ difus prelungindu-se în special către gâtul uterin. O confusiune maĭ glumeţă se întâmplă persónelor novice, când iaŭ drept fibróme incluse în despărţitórea recto-vaginală, nişte simple glónţe formate de materiĭ fecale. Pe lângă faptul că acestea din urmă se pot turti cu cea maĭ mare uşurinţă sub cea maĭ mică presiune a degetuluĭ, totuşĭ pentru a preveni or ce confusiune ridiculă, e bine şi chiar se impune, ca prealabil bolnava să ia un purgativ.

B) Fibro-miómele porţiuneĭ supra-vaginale a cotuluĭ. Varietatea acésta dupĕ cum am arătat, are fórte multă tendinţă a se infiltra în aponevrosa pelviană, pentru care cuvênt s'aŭ şi numit corpĭ fibroşĭ pelvienĭ. Dînşiĭ de şi relativ benignĭ — fiind în afară de peritoneŭ — devin însă intolerabilĭ pentru bolnavă. In adevĕr o asemenea tumoră póte să causeze fenomene de compresiune, însoţite de durerĭ atroce, când se desvoltă în păretele posterior; saŭ să se manifeste prin fenomene vesicalĭ, representate prin disurie, strangurie şi chiar retenţiunea completă — dacă se desvoltă în păretele anterior al coluluĭ, iritând şi comprimând în mod continuă reservoriul vesical. Şi într'un cas şi în altul, fibromiomul situat în acéstă regiune, forméză una saŭ maĭ multe tumorĭ de consistenţă fórte tare. Ele deforméză în mod colosal porţiunea vaginală şi orificiul coluluĭ; ele fac să dispară fundurile de sac vaginale corespondente, pe carĭ le bombéză; în fine

prin conexiunile precoce ce contractéză cu uterul, ele devin tumorĭ imobile. In asemenea circumstanțe tumora simuléză retro-flexiunile saŭ retro-versiunile în așa mod, în cât adesea e imposibil a face diagnosticul diferențial. Numaĭ în casul când aceste tumorĭ sunt așezate în fundul de sac al luĭ Douglas, saŭ în cel vesico-uterin fără aderențe, putem deosebi uterul de fibrom. Acesta prin diferitele manipulațiunĭ și explorațiunĭ combinate adesea rĕmâne imobil; uterul flexat saŭ retro-versat este și trebue să fie deplasabil— afară de casul când și el ar fi contractat aderențe cu organele vecine, căcĭ atunci și dînsul devine ireductibil ca și fibromul. Ne maĭ rĕmâne încă a uza și de cateterismul uteruluĭ, care iarăși e un mijloc fórte prețios, de și une-orĭ în urmă marelor deviațiunĭ lucrul devine imposibil.

Confusiunea unuĭ fibro-miom cu un ematocel saŭ exudate peri-uterine e maĭ ușor a se evita, dându-se fenomenele brusce de aparițiune ale acestora, în raport cu cele lente și insidióse ale celor-l'alte. Cu tóte acestea, lucrul nu e ușor când ne aflăm în fața unor noduli saŭ tumorĭ de volum variabil, aflate în jurul uteruluĭ. Acestea de și reliquate ale pelvi-peritonitelor și ematocelelor, totuși prin consistența lor dură și fenomenele compresive ce determină, se impun drept corpĭ fibroșĭ, adesea fiindu-ne fórte greŭ ale diferența. Tot același lucru vom dice de salpingite și ovarite cronice căzute în cavitatea luĭ Douglas; ele de asemenea prin consistența și durerile ce provócă, aduc mare confusiune în stabilirea justă a diagnosticuluĭ. De sigur aci trebue luat mult în sémă modul apariținneĭ bóleĭ, dar maĭ ales mersul sĕŭ. Inceputul fibrómelor pe cât e de lent și cronic, pe atât cele de carĭ vorbim e brusc și acut; și iarăși, pe când primele aŭ un mers propriŭ și aprópe nimic nu oprește evoluțiunea lor, secundele din contra, printr'un tratament apropriat și maĭ ales prin repaos, tind a retroceda putând chiar să dispară. Faptul acesta chiar a adus confusiunea în unele spirite, crezând la vindecarea spontanată a fibro-miómelor, pe când în realitate după cum a arătat Gusserow, a fost o eróre de diagnostic. S'aŭ luat drept fibróme niște simple tumorĭ, resultate din exudațiunĭ peritoneale, saŭ de altă natură cu totul diferită.

Nu maĭ puțin ne va fi de folos daca vom lua în considerație și etatea bolnaveĭ. Este stabilit că în imensa majoritate a casurilor, tumorele peri-uterine la femeile tinere sunt maĭ des de natură inflamatorie; cele constatate pe bĕtrîne maĭ tot-d'a-una sunt neoplasice.

II. Diagnosticul fibro-miómelor corpului uterin.

Conform datelor de anatomie patologică, tumorile acestuĭ organ formând treĭ varietăți cu totul deosebite, și avênd aprópe fie-care simptomatologia sa specială, suntem forțați în consecință a face un diagnostic separat. Vom căuta decĭ a recunósce:

I. Corpiĭ fibroși-uterinĭ cu evoluție sub mucósă.
II. „ „ „ „ „ intersticială
III. „ „ „ „ „ sub serósă.

1. **Diagnosticul fibro-miómelor sub mucósă.** Aceștia sunt ceĭ maĭ înșelătorĭ și maĭ greŭ de descoperit, maĭ ales la începutul desvoltăreĭ lor. In adevĕr, primul simptom prin care dînșiĭ își manifestă existența, constă în aparițiunea scurgerilor de sânge, luând tóte formele de menoragiĭ, metroragiĭ saŭ chiar emoragiĭ. Dar acest simptom la câte bóle de natură cu totul diferită nu aparține? E greŭ a se putea stabili dacă o metroragie aparține uneĭ endometrite fongóse, uneĭ salpingite, ematocel, avort recent saŭ chiar cancer uterin. Numaĭ o incordare de spirit și o anumită practică ne salvéză reputațiunea, în sensul că dacă nu putem fi afirmativĭ cel puțin să prevedem lucrul. Aci jócă cel maĭ mare rol antecedentele, modul aparițiuneĭ bóleĭ, starea locală, caracterele secrețiunelor precum și modul de a fi al bolnaveĭ. Dar maĭ presus de tóte, etatea constitue unul din factoriĭ ceĭ maĭ importanțĭ.

Dar să căutăm pe cât posibil a lămuri întru cât-va chestiunea. Maĭ întâiŭ, scurgerea de sânge constatată aparține unuĭ fibrom saŭ uneĭ endometrite? Emoragia fibrósă se însoțește în general de colicĭ uterine; ele se datoresc contracțiunilor uteruluĭ carĭ tind a expulsa tumora. Emoragia endometriteĭ vine fără durerĭ. Afară de acésta, emoragia endometriteĭ apare în timpul menstruelor; cea fibromatósă vine în mod neregulat, în urma oboselelor saŭ emoțiunilor; dar repetăm, dînsa maĭ tot-d'a-una e însoțită de colicĭ. E fórte rar ca într'o endometrită să nu provocăm durerĭ în jurul uteruluĭ prin examenul cu degetul, saŭ imprimând o mișcare pe col. Acest fapt nu'l vom constata într'un fibrom pur lipsit de complicațiunĭ. Maĭ avem de adăogat că în fibrom maĭ tot-d'a-una uterul e crescut de volum; în endometrită organul e aprópe în stare normală. In fine starea coluluĭ examinat cu atențiune, ne este de mare folos. Intr'o endometrită, gâtul uteruluĭ, pe lângă presența ulcerațiunilor și bursuflarea

mucóseĭ, se găsește mărit de volum, ipertrofiat, adesea sclerosat, căcĭ și el e cronic inflamat ca și însușĭ corpul; într'un fibrom pur nimic din tóte acestea; din contră, colul e maĭ mic și chiar ramolit, câte o dată șters și cu orificiul larg deschis. Dar maĭ presus ca tóte, elementul cel maĭ principal îl va juca etatea bolnaveĭ: maĭ lesne vom admite o endometrită la o femee tînără, de cât la una de 30—40 anĭ, și a fortiori la o alta după menopausă. In casurĭ dificile, o explorație directă a cavitățeĭ uterine ne va fi de mare folos: în fibrom dînsa va fi mărită; în endometrită nu va trece de 5—6 maxim 7 c. m. Dar și aci se ridică o altă dificultate. Acésta este când bănuim începutul uneĭ sarcinĭ și când prin urmare o asemenea explorațiune este interzisă. In fața uneĭ asemenea îndoelĭ, e maĭ prudent a ne abține: timpul resolvă chestiunea în prima, a doua saŭ maximum a treia lună. Concomitent noĭ ne vom mărgini a combate prin mijlóce blânde emoragia, dacă inspiră óre-care închietudine.

Cât pentru cele-l'alte eventualităț, că emoragia ar fi consecința uneĭ salpingite, ematocel saŭ cancer uterin, lucru mi se pare maĭ ușor, dându-se modul aparițiuneĭ acestor bóle precum și caracterele lor specifice, ca presența de tumorĭ și durerĭ în regiunea anexelor saŭ peri-uterine, etc.

Până aci am considerat fibro-miomul sub mucos la începutul evoluțiuneĭ sale.

Noĭ însă am arătat că tendința sa iresistibilă este de a eși afară. Decĭ în casul acesta, o nouă serie de fenomene se presintă, și prin urmare un diagnostic special anume pentru acéstă varietate se impune.

Fibro-miomul sub mucos ne presintă următórele treĭ stadiĭ: el póte fi *sesil* saŭ *pediculat* când ia numele de polip fibros. Dar or cum ar fi, dînsul în creșterea sa înaintând către cavitatea uterină, póte să'șĭ stabiléscă în mod definitiv domiciliul aci, când se numește *fibrom intra uterin*. In acest cas, simptomele sunt mult maĭ alarmante: scurgerile sanguine devin maĭ abondente, durerile maĭ violente iar colicele uterine fórte frecuente și întinse. Diagnosticul acestor tumorĭ nu póte de cât a fi bănuit: pentru a ne asigura de presența tumoreĭ, trebue neapărat a recurge la dilatația coluluĭ. Atuncĭ, fie cu instrumente saŭ maĭ bine cu explorarea directă a degetuluĭ introdus în cavitatea uterină, vom putea descoperi tumora, arătând volumul și cele alte caractere precum consistența, conexiunile cu părețiĭ uterinĭ, lărgimea pedicululuĭ, saŭ lipsa acestuia daca tumora e cu totul sesilă, etc., etc.

A treia varietate de fibrom sub mucos, este când tumora provĕzută de un lung pedicul trece de istm și îșĭ face aparițiunea la orificiul extern. Faptul bizar ce oferă acéstă varietate constă în aceia că, tumora în timpul menstruelor ese din orificiul colului trecênd în vagin; după încetarea menstruelor însă dînsa iarăși intră în cavitatea uterină. Din causa acestuĭ fenomen de aparițiune și dispariținne alternativă, s'a numit fibrom intermitent. Diagnosticul acesteĭ varietățĭ e fórte ușor, maĭ ales daca fiind preveniți, vom căuta să examinăm femeea în timpul menstruelor. In casul contrariŭ, prin explorațiune directă cu degetul — după o dilatare prealabilă — vom descoperi și recunóște cu multă înlesnire tumora. In fine casul cel maĭ comun și frequent este când tumora provĕzută de un lung pedicul ese cu totul din uter și se stabilește difinitiv în vagin. Aci dînsa continuă a crește și a se însoți în prima linie de marĭ scurgerĭ de sânge. Diagnosticul e fórte ușor, nefiind trebuință de cât de explorațiunea cu degetul. Imediat vom constata o tumoră piriformă, pe a căreĭ bază vom da de un pedicul lung ce ne va conduce până în fundul uteruluĭ, saŭ pe unul din părețiĭ sĕĭ laterali ce'ĭ servă ca punct de inserțiune. Urmărind pediculul și descoperind locul inserțiuneĭ, vom face diagnosticul diferențial cu un polip al gâtuluĭ uterin, singura afecțiune cu care s'ar putea confunda și care în adevĕr merită să ne preocupe. Dar casul devine mult maĭ serios și dificil, când tumora vaginală eșită din uter, în loc să aibă în lung pedicul, din contra îl are fórte larg saŭ de loc, fiind sesilă. Pericolul cel mare în acest cas este a nu se confunda cu o inversiune uterină. Vom uza decĭ de examenul cel maĭ minuțios, explorând cu multă atențiune raporturile bazeĭ tumoreĭ cu cele douĕ buze ale coluluĭ, carĭ întinse și subțirĭ vor fi aplicate pe tumoră. Să ne reamintim însă că și într'o inversiune putem constata întocmaĭ acelașĭ lucru: fundul uterin resfrânt se póte contracta la bază, asupra căria aplicându-se buzele coluluĭ, simuléză la perfecție un fibrom pediculat saŭ sesil. De aceia vom împinge explorația și maĭ departe, introducând isterometrul saŭ degetul către fundul uteruluĭ; aci tot-d'a-una tumora va exista fiind vorba de fibrom, și va lipsi în casul de inversiune. Se maĭ pune încă mult preț pe gradul de sensibilitate al tumoreĭ — fórte exagerat mergênd până a produce durerĭ — dacă e vorba de uter inversat, saŭ din contra, lipsa absolută de cea maĭ mică sensibilitate în casul de fibrom. Vom căuta în fine prin tóte mijlócele, recurgênd la examenul prin vagin, rect, bi-

manual, dând diferite posițiuni bolnaveĭ, etc., spre a ne convinge daca uterul e saŭ nu la locul luĭ.

Dar daca în casurĭ simple putem evita erórea, e fórte greŭ și adesea imposibil, când fibromul erniat în vagin se complică și de o inversiune uterină. Și acésta e atât de adevĕrat că, medicĭ cu experiență îndelungată n'aŭ putut stabili un diagnostic just, așa că voind a face ablațiunea fibromuluĭ, aŭ practicat isterectomia. E destul a fi preveniți pentru a ocoli pericolul.

Tumorile acestea intra-vaginale fiind câte o dată coprinse de sfacel, se pot impune drept cancer, din causa produselor infecte la carĭ daŭ nascere, a ulcerațiunilor, a aderențelor cu vaginul, a emoragiilor, etc., etc. Cu puțină atențiune însă, erórea ușor se va înlatura numaĭ printr'un simplu dar minuțios examen local.

III. Diagnosticul corpilor fibroși intresticialĭ.

Dacă aceștia sunt micĭ și inclavați în grosimea țesutuluĭ uterin, nu numaĭ că nu-ĭ putem diagnostica, dar adesea nicĭ nu suntem chemați pentru așa ceva, de óre-ce dînșiĭ prin nimic nu-și manifestă existența lor. Lucru e așa de adevĕrat, că s'aŭ vĕdut o mulțime de casurĭ de femeĭ, la a căror autopsie s'aŭ găsit nu unul, dar une-orĭ un numĕr destul de considerabil de fibróme în uterul lor; și totuși fără ca ele să se fi plâns vre o dată în timpul vieței de cea maĭ mică jenă or simptom apropriat. Când însă tumora capătă un volum maĭ mare, saŭ chiar daca mică fiind, însă prin natura sa dă nascere la emoragiĭ, atuncĭ cu tótă greutatea diagnosticuluĭ suntem chemați și siliți a-l stabili. In casul acesta, dacă tumora nu e palpabilă, nu avem de cât semnele comune uneĭ metrite, pentru care Pozzi le și numesce fibróme cu *tip metritic*. Maĭ avem încă a ne gândi la un cancer al corpuluĭ uterin, la retențiunĭ de placentă în urma avortuluĭ, precum și la tóte celelalte bóle ce se însoțesc de scurgerĭ sanguine. Caracterele acestor diferite emoragiĭ le-am arătat deja, și am vĕdut că de multe-orĭ nu sunt suficiente pentru diagnosticul diferențial. Anamneza, modul aparițiuneĭ bóleĭ, etatea pacienteĭ, etc. tóte vor trebui să intre în joc, spre a ajunge la un bun resultat. Dar une-orĭ singur microscopul póte lămuri chestiunea, prin examenul minuțios al micelor fragmente scóse din uter prin lingura tăiósă. Schroeder maĭ recomandă un mijloc, care de și de o delicateță fină, totuși într'o mână exersată devine fórte prețios. Dînsul constă a

introduce un isterometru în cavitatea uterină, și a explora diferitele teritorii a suprafeței sale. Locul saŭ punctul ocupat de fibrom, va fi maĭ îngroșat și de o consistența manifest dură; celelalte puncte libere, saŭ coprinse de metrită, vor fi maĭ moĭ, maĭ elastice.

Corpiĭ fibroșĭ aĭ corpuluĭ uterin, afară de varietățile precedent descrise, ne oferă încă douĕ, carĭ putem ḑice sunt cele maĭ importante și maĭ comune. Primul cas este când uterul în totalitatea luĭ e coprins de neoplasm; iar al doilea când fibromul se manifestă sub formă de tumorĭ isolate, ocupênd diferite teritoriĭ ale uteruluĭ. Noĭ numim prima varietate *fibrom total* al uteruluĭ, iar a doua *fibrom parțial.*

Vom face decĭ diagnosticul separat al fie-căreia din aceste varietățĭ.

IV. Diagnosticul fibromuluĭ total al corpuluĭ uterin.

Caracteristica acesteĭ varietățĭ precum numele indică, constă într'o ipertrofie generală și uniformă a întreguluĭ corp uterin, întocmaĭ precum fenomenul se produce în timpul graviditățeĭ. Pentru acest cuvênt Guyon, a numit acéstă stare *graviditate fibrósă.*

Diagnosticul diferențial cel maĭ important este de făcut între o metrită parenchimatósă cronică, o gravitate, o sub-involuție incomplectă a uteruluĭ în urma facereĭ, și în fine cu un cancer al corpuluĭ uterin.

a) Metrita cronică parenchimatósă presintă aceeașĭ formă globulósă și regulată ca și un fibrom total. Singura deosebire ar fi că într'un fibrom, uterul va avea o consistență mult maĭ mare de cât a uneĭ metrite, care în general e maĭ elastică. Metroragiile într'o metrită parenchimatósă pură sunt maĭ rarĭ de cât într'un fibrom intersticial total; simptomul predomină însoțindu-se și de durere. Anexele într'o metrită sunt maĭ des prinse de cât într'un fibrom, unde cel puțin la început ele sunt libere. Un uter cronic inflamat maĭ tot-d'a-una e dureros la palpație, pe când într'un fibrom pur fără complicațiunĭ inflamatorĭĭ, el e nedureros. Într'o metrită cronică cavitatea uteruluĭ în general e micșorată, căcĭ aci e vorba de o ipertrofie intrinsecă a fibrelor musculare; într'un fibrom dînsa e mărită atât în lărgime cât și în lungime, de óre-ce ipertrofia musculară este extrinsecă. Dar adesea tóte simptomele și semnele acestor afecțiunĭ sunt așa de

subtile în cât diagnosticul diferențial dacă nu e imposibil, cel puțin e fórte dificil. Atunci ne rémâne a lua în considerație simptomele funcționale. Cele din partea băsiceĭ uduluĭ sunt fórte pronunțate și precoce într'un fibrom; într'o metrită ele lipsesc cu totul saŭ nu apar de cât fórte târziŭ. Etatea bolnaveĭ iarăși e de mare preț: la o femee dincolo de 35 anĭ, cu simptomele sus arătate, maĭ lesne putem conchide la existența unuĭ fibrom, de cât la alta maĭ tînără, unde maĭ ușor vom inclina către o metrită. Maĭ este încă un punct important și a nume că, într'o metrită uterul ipertrofiat progresézĕ fórte încet; într'un fibrom creșterea organuluĭ înaintézĕ în mod simțitor, așa că după o așteptare de 2—3 lunĭ, acéstă singură evoluțiune a uteruluĭ lămurește diagnosticul.

b) *Graviditatea* cu fibromul total oferă une-orĭ nisce dificultățĭ așa de marĭ, că chirurgĭ bine reputațĭ aŭ comis grosolane erorĭ. Și acésta cu atât maĭ mult cu cât fiind vorba de femeĭ tinere, nu putem procede la esplorațiunea directă a cavitățeĭ uterine, de teamă a nu provoca un avort. Este adevĕrat că simptomul cel maĭ fidel al fibrómelor sunt metroragiile, pe când într'o graviditate caracteristica stă tocmaĭ în suprimarea orĭ căreĭ scurgerĭ sanguine. Dar sunt unele casurĭ unde graviditatea la începutul sĕŭ se însoțește de metroragie. Și ceea-ce e și maĭ grav este că une-orĭ, de și cu totul escepțional, femeile în tot timpul graviditățeĭ continuă a avea menstruĭ și chiar metroragiĭ.

Semnul cel maĭ important și care póte servi ca bază diagnosticuluĭ diferențial, este raportul între mărimea uteruluĭ și starea gâtuluĭ uterin. Se scie că, imediat ce fecondațiunea s'a făcut, gâtul uteruluĭ suferă o schimbare totală în constituția sa anatomică, fiind în raport direct cu crescerea aprópe matematică a uteruluĭ în fie-care lună. De la început, colul începe a se ramoli de la orificiŭ către bază, ramolire pe care trebue bine să o deosebim de ramolirea falșă ce o găsim une-orĭ în fibro-mióme și chiar în metrite. In adevĕr, cu tóte că tumorile uteruluĭ ca și inflamațiunile cronice se pot însoți de induratiunea coluluĭ, totuși în unele casurĭ constatăm o stare de moliciune a acestuĭ organ. Dacă însă suntem cu atențiune, nu întârziem a ne convinge că aci e vorba maĭ mult de o bursuflare a mucóseĭ coluluĭ; părțile sale profunde prinse între degete, încă oferă óre-care resistență. In graviditate acest lucru nu se observă. Aci ramolirea este totală, dînsa coprinde tóte părțile constitutive ale organuluĭ de la superficie în adâncime. De aceia, noĭ

numim prima stare ramolire falsă saŭ neoplasică, iar cea de a doua ramolire fisiologică de graviditate. Pe lângă acestea, maĭ este încă un caracter important și anume că, ramolirea falsă nu urméză norma stabilită matematicesce ca în cea gravidică. Intr'un miom care abia trece de simfisa pubienă, putem găsi un gât uterin quasi muiat în totalitatea sa; un asemenea lucru nu se întâmplă într'o graviditate. Dar să precisăm: avênd a face cu un uter care trece de simfisa pubienă, a căreĭ formă e regulată și avênd mărimea unuĭ pumn, iar al căreia gât uterin e ramolit în totalitate cel puțin în a treia parte din lungimea sa, avênd și orificiul intredeschis, putem bănui dacă nu chiar să afirmăm, că e vorba de o graviditate, cel puțin în a treia lună. Voim a dice că în asemenea cas, de și avem metroragiĭ, lipsa pigmentațiuneĭ sînuluĭ, a tumefacțiuneĭ dureróse a mamelelor, precum și a celor-l'alte simptome ca grétă, vĕrsăturĭ, schimbarea caracteruluĭ, etc., totușĭ bazațĭ numaĭ pe caracterele de ramolire ale coluluĭ și raportul sĕŭ cu mărimea uteruluĭ, suntem îndreptățițĭ a bănui o graviditate. Și pentru a ne convinge maĭ mult, n'avem de cât a aștepta încă douĕ lunĭ; atuncĭ diagnosticul se va putea pune cu siguranță absolută. Și iată cum: presupunând casul cel maĭ dificil, când adică fibro-miomul ar fi îmbrăcat cu tóte semnele graviditățeĭ, adică: lipsă de emcragiĭ, pigmentarea sînuluĭ, crescerea de volum și chiar presența de colostrum, o ipertrofie totală și regulată a uteruluĭ cu ramolirea falsă a coluluĭ, etc., tóte aceste semne, capabile a ne îndace în eróre până maximum a 3-a saŭ a 4-a lună, dispar cu desĕvîrșire la a 5-a lună; aci semnele positive ale sarcineĭ nu maĭ permit nicĭ o îndoială. Un fibro-miom aflat d'asupra simfiseĭ și putându-se confunda cu o sarcină, dînsul nu va putea provoca o crescere a uteruluĭ după douĕ lunĭ, pentru a ajunge la ombilic, precum va determina o graviditate. Dar chiar presupunând un asemenea lucru, încă ne rĕmâne starea gâtuluĭ uterin; dînsul, într'o sarcinăpresupusă în a 5-a lună, va fi pe jumĕtate ramolit și șters, ceia-ce nu va exista într'un fibrom. Apoĭ într'o sarcină semnele clasice devin din ce în ce maĭ positive, pe când într'un fibrom descresc; și maĭ presus de tóte, în acéstă epocă apar semnele sigure, în fața căreia nu póte fi nicĭ cea maĭ mică îndoială: pentru medic — balotarea fetuluĭ; pentru mamă — mișcările copiluluĭ. Ca semn obiectiv maĭ avem existența sufluluĭ placentar; dar acesta îl putem găsi și în fibro-mióme, când sunt fórte vasculare, confundându-se cu suflul uterin. O ureche exer-

sată va percepe bătăile cordului fetal. In fine ca ultim semn avem că, într'un uter fibromatos pereții se îngroșă din ce în ce mai mult, pe când într'unul gravid pereții sunt subțiați. Deci, printr'un examen apropriat, putem ușor deosebi diferitele părți fetale, precum și sensațiunea de balotare, pe care o obținem imprimând o mișcare bruscă acestor părți solide conținute în liquidul amniotic. In casuri mai dificile, pentru a ne convinge de acest fenomen clasic, introducem degetul pe gâtul uterului; atunci imprimând o mișcare bruscă în sus, fetul se va deplasa și va veni să lovéscă pulpa degetului nostru.

Incheem însă acest capitol, asupra căruia ori cât s'ar dice de mult tot este insuficient. Sunt casuri dificile unde un diagnostic sigur nu se póte pune. Și mai ales când fetul e mort iar gâtul uterului ne oferă semne cu totul negative; atunci e greu de tot. De aceia cel mai bun lucru în asemenea casuri este espectațiunea așteptând termenul de 9 luni; natura va lămuri chestiunea.

Terminăm arătând că diagnosticul cel mai dificil al fibromiomului este când groseța e complicată de retențiunea fetului mort și degenerescența ouluĭ. Și pentru a da o probă de acésta, recurgem la autoritatea mareluĭ ginecolog Schroeder, din al căruĭ tratat reproducem următórele linii: „Am observat, dice autorul, un cas unde antecedentele anunțaŭ într'un mod frapant o retenție de un oŭ; am fost forțat a recurge la dilatațiunea coluluĭ prin ajutorul uneĭ spongii preparate: degetul esplorator ajunge atunci direct pe o tumoră fibrósă, proeminentă prin părețele lateral stâng al uteruluĭ".

c) Cu *involuția incomplectă* a uteruluĭ în urma facereĭ, diagnosticul fibromuluĭ e mult mai ușor. Navem de cât să sondăm bine antecedentele, să examinăm cu atențiune consistența uteruluĭ; dînsa fiind fórte móle și elastică, iar orificiul coluluĭ deschis, va stabili de o dată adevěratul diagnostic.

d) *Cancerul corpuluĭ uterin.* Trebue să scim mai întâiŭ că e rar; dar și când există, uterul nu va avea aceași formă regulată și consistență uniformă ca în fibro-miom, ci mult mai neregulată și cu nucleĭ diseminați în diferite puncte. Este iarăși rar ca un cancer al corpuluĭ să nu se însoțéscă și de un cancer al gâtuluĭ uterin. Dar afară de acésta, cancerul uterin se va însoți de emoragiĭ profuse, cu un miros fetid caracteristic, de dureri lancinante și de o cachexie a întreguluĭ organism; un fibrom nicĭ o dată nu dă nascere la asemenea lucruri, ori cât de marĭ ar fi emora-

giile. Mersul cancerului e mult mai repede; al fibromului e mai lent și nu se însoțesce de prinderea ganglionilor lombari, și nici nu produce acea fixitate lemnósă a organului precum o face cancerul. In casuri indoióse, examenul microscopic al fragmentelor extrase din cavitatea uterină, adăogat la simptomele clasice, stabilesce lesne diagnosticul.

Până aci am considerat fibromul total al uterului având o mărime convenabilă. Când dînsul însă ia un volum mult mai mare și dureză de un timp îndelungat, ast-fel că numai e posibil a 'l confunda cu nici una din afecțiunile descrise, atunci ne rămâne a stabili diagnosticul diferențial între dînsul și cele-l'alte tumori a organelor vecine. Prealabil vom spune că în cele mai multe casuri, simptomele sunt așa de puțin clasice, în cât nu odată chirurgii ceĭ mai experimentați s'au înșelat amarnic, neputênd stabili existența unui fibrom. Ba ce este mai mult, nu mai grație acestor erori de diagnostic se datoresce intervențiile contra fibrómelor. In adevĕr, chirurgii credênd că au a face cu un kist al ovarului, imediat ce au deschis abdomenul și aflându-se în fața unui fibrom, mare parte din eĭ temêndu-se a intreprinde o operațiune necunoscută, s'au grăbit a închide pîntecele. Ast-fel s'a întîmplat lui Lisard în 1825; lui Diefenbach, lui Baker Brown, etc., etc. Până în 1837 Pozzi a reunit o statistică de 14 operațiuni cu diagnostic greșit, unde abdomenul a fost închis, dând 5 morți. La acéstă epocă Gandville îndrăsnesce a opera având un succes. In 1855 Kimbal, stabilind un diagnostic exact, este cel întâiŭ care cu tot dinadinsul intreprinde isterectomia abdominală, unde bolnava se vindecă de și operațiunea a fost urmată de mare emoragie. După dînsul vine Koeberle, care stabilesce manualul operator cu succese fórte mari. Apoi Péan vulgariséză operația.

Trecênd peste acéstă mică digresiune, să venim la punctul ce ne preocupă: cari sunt semnele positive ale unui fibro-miom total al uterului?

Pentru a rĕspunde, vom considera tipul clasic adică lipsit de ori-ce complicațiune. Fibro-miomul uterin total se presintă sub forma unei tumori regulată, piriformă, de o consistență fermă si având conexiuni intime cu uterul. Aplicând un deget pe gâtul uterului și imprimând mișcări de ascensiune saŭ pogorâre pe tumoră, degetul va simți în mod perfect transmițându-i-se pe pulpa sa tóte aceste mișcări provocate.

Dacă căutăm a introduce vîrful degetelor saŭ marginea cu-

bitală a mâneĭ între tumoră și simfisa pubiană, nu reușim; spațiul este închis de porțiunea istmică a corpuluĭ uterin. Maĭ avem încă modul de evoluțiune al tumoreĭ și forma abdomenuluĭ ce dînsa imprimă. Fibro-miomul uterin începe desvoltarea sa just pe linia mediană. Dînsa pe mĕsură ce cresce, se desvoltă maĭ mult către fund, apropiindu-se de aspectul piriform și are tendința a proemina înaintea abdomenuluĭ.

Causele intrinsecĭ carĭ fac diagnosticul dificil sunt următórele: un fibro-miom uterin pe mĕsură ce se desvoltă exercită o tracțiune continuă asupra corpuluĭ la nivelul ismuluĭ, ast-fel în cât acesta lungindu-se din ce în ce, ajunge a forma un pedicul fórte subțire. Atunci introducând degetul în vagin și aplicându-l pe gâtul uterin, constatăm o mobilitate fórte mare a acestuĭ organ, precum și lipsa transmisiuneĭ mișcărilor imprimate pe tumoră asupra degetuluĭ. Acésta ne face a crede că tumora e independentă de uter, maĭ ales că în asemenea casurĭ putem fórte ușor introduce degetele între tumoră și simfisa pubiană. Esplorațiunea cu isterometrul în acéstă circumstanță ne póte întări și maĭ mult în erórea nóstră, de óre-ce dînsul departe de a ne arăta o mărire a cavitățeĭ uterine, din contra ne oferă o mieșorare; causa este că instrumentul se opresce în nivelul istmuluĭ transformat în pedicul. Invers, avênd a face cu o rigiditate saŭ spasm al muschilor abdominalĭ, și neputând introduce mâna înapoiul simfiseĭ, ne-ar face să credem într'un fibrom uterin, ceea-ce în realitate e falș.

Am presupus până aci fibromul uterin avênd consistența fermă. In acest cas am putea să ne maĭ gândim la posibilitatea uneĭ rinichiŭ saŭ splină deplasată descinḑênd până în micul basin. Dar aceste lucrurĭ deși maĭ rarĭ, totușĭ trebue să ne gândim la ele. Vom examina decĭ cu atențiune absența acestor organe din locul lor normal, unde în loc de matitate vom găsi sonoritate. Vom remarca și tendința tumoreĭ care dupe deplasare caută a-șĭ ocupa locul primitiv normal. Casul devine dificil când aceste organe deplasate vor fi contractat aderențe cu fundul uteruluĭ. Atuncĭ esplorațiunĭ minuțióse sunt necesare. In special examenul rectuluĭ ne va permite a constata presența și forma uteruluĭ în locul sĕŭ normal.

Un ajutor aplicând o pensă cu dințĭ pe gâtul uteruluĭ și esercitând tracțiunĭ, ne va fi de mare folos; ne vom convinge de existența uteruluĭ avênd degetul în rect și aplicat pe fundul sĕŭ. Casul și maĭ dificil este când fibro-miomul uterin se separă cu

desăvêrșire de porțiunea supra-vaginală a coluluĭ, rĕmânând cu totul independent de acest organ. Atunci nu e posibil nicĭ un diagnostic diferențial, afară de o inspirațiune fericită. Tot-d'a-una un asemenea fibrom, se confundă cu tumorĭ ale altor diferite organe aflate în basin.

Diagnosticul diferențial al fibro-miómelor complicate de degenerescență kistică, cu cele-l'alte tumorĭ similare.

Când tumora e lipsită de orĭ-ce complicațiune, nu există alt semn patognomonic de cât legătura intimă ce are cu corpul uterului. Acéstă legătură se manifestă prin aceia că orĭ-ce mișcare aplicată pe tumoră se transmite degetuluĭ pus pe col, precum de asemenea împingând cu degetul pe col, mișcarea o simțim pe mâna pusă pe tumoră. Decĭ orĭ de câte orĭ vom constata semnul acesta, putem afirma cu siguranță că e vorba de o tumoră a uterului, fie dînsa solidă saŭ lichidă. Din nenorocire lucrurile se întâlnesc fórte rar în mod așa de clasic. Tótă dificultatea constă că une-orĭ, tumora posedă un pedicul așa de lung și subțire, că aprópe își pierde conexiunile cu uterul. Acésta ne face a crede în existența unuĭ alt gen de tumoră, pe când în realitate dînsa e uterină. Dar dificultățile întrec orĭ-ce imaginațiune, când se întâmplă ca tumora să se deslipéscă cu desăvêrșire de uter prin ruperea pedicululuĭ și să rĕmâe liberă saŭ aderentă de alte organe în cavitatea abdominală. Alte dățĭ greșelĭ contrariĭ se comit, și ele sunt cele mai comune. De multe orĭ luăm tumorĭ uterine drept tumorĭ ale organelor vecine, grație aderențelor ce acestea contractă cu uterul. In asemenea condițiunĭ, fibro-miomul kistic, prin caracterele sale de a se presenta ca o tumoră liquidă de formă rotundă, etc., se póte impune fórte ușor drept kist al ovaruluĭ, ce ar fi contractat aderențe cu uterul. Tot ast-fel se confundă și cu un kist para-ovaric saŭ kist papilar al ligamentelor largĭ. In fine un kist al trompeĭ căpătând un volum considerabil, încă se póte confunda cu un kisto-fibrom al uteruluĭ, dacă dînsul contractéză aderențe cu acesta. In tóte aceste casurĭ diagnosticul e fórte greŭ iar une-orĭ absolut imposibil. Și ca probă avem erorile ce s'aŭ comis de ceĭ maĭ reputațĭ chirurgĭ; ele aŭ și fost după cum am dis, punctul de plecare al miotomiilor și histerectomiilor abdominale.

Singurele elemente ce ne-ar putea servi în stabilirea diagnosticului ar fi următoarele:

I. Modul de desvoltare al tumorei. In kisto-fibrom tumora începe pe linia mediană; într'un kist al ovarului, al trompelor saŭ ligamentelor largi, dînsa apare în părțile laterale, apoi treptat ocupă linia mediană, și fórte rar ajunge să fie perfect simetrică. Dar nisce asemenea lămuriri nu le putem căpăta de cât din antecedentele bolnavei. Dînsa însă, fie din nebăgare de sémă, saŭ din causa unei inteligențe mediocre, nu ne póte da deslușirile cuvenite. Atunci ne rămâne examenul local, adică:

II. Intr'un fibro-miom kistic, pediculul nici odată nu este așa de larg și nici o dată nu e în stare a ocupa vre-unul din fundurile de sac vaginale. Prin urmare, dacă constatăm acest lucru, adică o bombare a unuia din fundurile de sac și o continuitate de tumoră care ar merge în părțile laterale ale uterului către fosa iliacă, cu tótă conexiunea ce acéstă tumoră ar avea cu uterul, putem susține că dînsa mai ușor aparține ligamentului larg adică unui kist para-ovaric saŭ papilar, de cât unui fibrom-uterin.

III. Fibro-miomul are un mers mai repede de cât cele-l'alte tumori menționate. Or cum ar fi, faciesul tumorilor ovarice se deosebesce de a celor uterine; acestea aduc bolnavei o stare de anemie mai mare de cât cele-l'alte.

IV. Intr'un fibro-miom, impingênd cu degetul pe gâtul uterului, constatăm că corpul acestui organ ne dă o sensațiune de un ce fórte greŭ. In celelalte tumori, cu tóte conexiunile ce ar avea cu acest organ, totuși printr'un examen minuțios și atentiv ne putem da sémă de situațiunea corpului uterin și caracterele sale.

V. Introducerea degetelor saŭ mânei între tumoră și simfiza pubiană e imposibilă în fibro-mióme; ea e relativă saŭ cu totul liberă în celelalte tumori.

VI. Ca un ultim refugiŭ avem cateterismul uterin. El tot-d'a-una ne va arăta o mărime a cavității uterului în casuri de fibróme; în cele-l'alte tumori dînsa nu e mai mare ca 5-6-7 c. m. Fără îndoială semnul acesta ar fi cel mai sigur. De multe ori însă ne găsim în imposibilitate a-l practica, din causa enormelor deviațiuni saŭ alte dificultăți.

VII. Ne rămâne încă a recurge la punctiunile esploratrice. Ele, de și adi proscrise și condamnate cu drept cuvênt de toți ca fiind periculóse, totuși înainte se practicaŭ mai des. S'a făcut chiar studii serióse asupra caracterelor de proveniență.

Cel d'întâiŭ autor e Koeberle din Strasburg, care în 1875 a dat următórele elemente dupe carĭ putem conchide la origina liquiduluĭ. Ast-fel, liquidul din kiștiĭ ovaricĭ aŭ foarte puțină albumină; conțin însă o cantitate enormă de paralbumină. Acésta se caracterisă prin aceea că o dată precipitată prin acidul azotic, dînsa se disolvă adăogând peste acest precipitat acid acetic. Liquidul obținut dintr'un kist al trompeĭ luĭ Fallope, conține fórte multă albumină și maĭ de loc paralbumină, ast-fel că acest liquid precipitat prin acidul azotic, el se precipită și maĭ mult adăugând acid acetic. Liquidul estras din kiștiĭ ligamentuluĭ larg, conține fórte puțină albumină, dar aŭ un esces de sărurĭ; acésta 'l face a fi fórte limpede și clar. In fine liquidul estras din kiștiĭ papilarĭ, se caracterisă prin consistența lor viscósă și culórea brună șocolatie.

Dar aceste aserțiunĭ s'aŭ constatat din nefericire că nu sunt tot-d'a-una positive. De aceea adĭ fórte rar se recurge la punctiunĭ; adesea ele aŭ fost urmate de accidente grave, une-orĭ chiar mortale, fie prin determinarea uneĭ peritonite supra acute, provocare de trombose, emboliĭ, etc.

Diagnosticul corpilor fibroșĭ intra-ligamentarĭ.

Aci, după cum am arătat la anatomia patologică, avem douĕ varietățĭ și anume: tumorĭ intra-ligamentare carĭ aŭ tendință a se ridica în cavitatea abdominală, și tumorĭ intra-ligamentare carĭ aŭ tendință a se desvolta către baza ligamentelor largĭ, mergênd chiar a se infiltra pe sub aponevrosa pelvienă.

Va trebui decĭ să stabilim diagnosticul fibrómelor intra-ligamentare cu evoluțiune abdominală și acele cu evoluțiune pelvienă. Și într'un cas și în altul trebue să scim, că aceste tumorĭ în imensa majoritate a casurilor sunt tumorĭ tarĭ, fără tendință la degenerescență kistică. Prin urmare diagnosticul se va face nu maĭ cu tumorile solide ale ligamentelor largĭ saŭ anexelor. Fibrómele intra-ligamentare abdominale încep a se desvolta în părțile laterale ale uteruluĭ; ele ocupă fundurile de sac vaginale corespondente. Consistența lor cartilaginósă se póte impune posibilitățeĭ unor fibróme periostice saŭ osóse ale pelvisuluĭ; eventualitate de alt fel escesiv de rară. Se maĭ pot confunda cu kiștĭ para-ovaricĭ saŭ aĭ ligamentelor largĭ, orĭ a trompelor închise în grosimea acestor ligamente. Acestea din causa neputinței de a se desvolta conform tendinței ce aŭ, pot lua o consistență

destul de tare. Un fapt însă este propriŭ fibrómelor și a nume că ele nu aŭ o formă cu totul rotundă și regulată; mai mult, ele rar sunt unice, ast-fel că adesea constatăm 2—3 și mai multe de aceste tumorĭ, tóte în strânsă legătură cu uterul. De acest lucru ne putem și mai bine convinge prin examenul rectal, când vom determina fundul uteruluĭ și conexiunile acestuia cu tumorile.

Cât privesce diagnosticul fibro-miómelor intra-ligamentare cu evoluție pelviană, ele se pot confunda pe de o parte cu nucleiĭ de indurațiune rĕmașĭ în urma pelvi-peritonitelor, ematocelelor saŭ flegmónelor; iar pe de alta cu diferitele deviațiunĭ uterine representate prin versiunĭ saŭ flexiunĭ. In casul întâiŭ vom pune mare preț pe antecedentele bolnaveĭ; din ele lesne vom putea deduce că ne aflăm în fața unor relicate de pelvi-peritonite saŭ ematocele, grație fenomenelor acute și brusce prin carĭ a început bóla.

Mai avem încă caracterele ce le constatăm prin examenul local. In casurĭ de fibróme, tumora e mai limitată; în celel'alte ea e difusă întinḑêndu-se până în fosa iliacă și presintă puncte durĭ iar altele mai moĭ; acésta nu se observă în fibróme. Cât privesce deosebirea deviațiunilor uterine de fibromióme, ne bazăm pe de o parte pe simptome, iar pe de alta pe gradul de fixitate al tumoreĭ. In adevĕr, dacă tumora fibrósă se desvoltă în partea anterióră a porțiuneĭ supravaginale a coluluĭ — când s'ar putea lua drept anteversiune saŭ anteflexiune — avem întâiŭ o acuitate fórte mare a simptomelor vesicale, carĭ de la disurie pot ajunge la retențiunea complectă a urineĭ; acest lucru nu se observă în deviațiunĭ; iar pe de alta că pe când fibromul e cu totul inclavat în acéstă regiune, anteversiunea saŭ anteflexiunea sunt reductibile, afară numaĭ în casul de aderențe vechĭ ce s'ar fi produs. Decĭ introducênd un isterometru saŭ un redresor special, putem cu înlesnire să reducem tumora ce se credea a fi fibrom. Casul de sigur devine fórte dificil când există în acelaș timp și fibrom și deviațiune. Aci iarășĭ isterometrul ne va fi de mare ajutor. După Schroeder, introducênd degetul saŭ mâna în rect, iar gâtul uteruluĭ apucat cu o pensă cu dinți și trăgând în jos, vom putea pe cât posibil să distingem ce aparține tumoreĭ și ce aparține uteruluĭ.

Când tumora se desvoltă pe fața posterióră a porțiuneĭ supra-vaginale a coluluĭ, acelaș diagnostic diferențial ar trebui se facem, însă aci cu retroversiunile și retroflexiunile, plus cu cele-

l'alte tumorĭ ale ligamentelor largĭ și celor rotunde. Dar despre acestea din urmă vom vorbi la locul competent.

X.

Tratamentul fibro-miómelor uterine.

Nimic maĭ vast și putem ḑice chiar obositor, de cât chestiunea moduluĭ de tratare al acestor tumorĭ. Graţ̦ie observaţ̦iunilor clinice și a însășĭ cercetărilor microscopice, lucrul este definitiv stabilit, că fibro-miómele sunt și rĕmân tumorĭ benigne. Există în adevĕr icĭ colea observaţ̦iunĭ de transformarea acestor tumorĭ în sarcóme; degenerescenţ̦a însă cancerósă nu s'a putut încă proba. Ast-fel fiind, prima deducţ̦iune este că aceste tumorĭ nu trebuesc atacate în mod chirurgical sever; pe cât posibil ele vor fi lăsate în pace. Și cu atât maĭ mult acéstă conduită ar părea logică, cu cât iarășĭ observaţ̦iunile și fisiologia patologică aŭ arătat că, dincolo de óre-care limită a vîrsteĭ, și în special cu încetarea menstruelor, aceste tumorĭ intră în perióda de regresiune, putênd chiar să dispară.

Considerațiunile acestea aŭ fost punctul de plecare al introducereĭ atâtor metóde exclusiv medicale. Unele din ele aŭ mers chiar până a proclama abstenţ̦iunea complectă.

Dar cu progresele chirurgieĭ moderne, întregul acest arsenal medical este ameninţ̦at a dispare. Tendința generală este ca tratamentul să se resolve prin cuţ̦itul tăios.

Este adevĕrat că vindecarea radicală a unuĭ fibro-miom constă în ablaţ̦iunea sa totală: dar de aci, a nesocoti orĭ-ce altă medicaţ̦iune, și a pune ca principiŭ interven̦ţ̦iunea cuţ̦ituluĭ, este o exagerațiune și mare eróre.

Cum decĭ vom procede?

Noĭ credem că fibro-miómele din punctul de vedere al tratamentuluĭ se pot împărţ̦i în următórele grupe:

I. *Tumorĭ inoperabile;* II. *Tumorĭ operabile prin mica chirurgie* și III. *Tumorĭ operabile prin marea chirurgie.*

I. In prima clasă intră o mulțime de varietățĭ ce am descris în capitolul precedent.

Să luăm de exemplu varietatea de fibrom intra-parietal saŭ intersticial al uteruluĭ. Considerăm casul cel maĭ simplu de un asemenea fibrom unic saŭ multiplu, dar de un volum mic. Aci

putem încerca diferite mijlóce nechirurgicale. Și acésta maĭ cu deosebire când nimic nu ar motiva o intervențiune energică. A fortiori vom păstra acéstă conduită, când tumora va fi difusă și aderentă, precum și atunci când dînsa s'ar infiltra în grosimea ligamentelor largĭ, formând un singur bloc întins de la o fosă iliacă la alta, și unde trompă, ovar, uter și cele alte țesuturĭ din prejur formézĕ la un loc o masă confusă și inextricabilă.

Pentru tóte aceste varietățĭ s'aŭ pus în joc o mulțime de mijlóce medicale. Unele aŭ de scop a exercita o acțiune curativă asupra bóleĭ, iar altele a se adresa esclusiv contra simptomelor alarmante.

In grupa întâia vom menționa întrebuințarea fosforuluĭ, a arseniculuĭ, a ioduluĭ, a sărurilor de potasă, precum și a băilor termale și cloruro-sodice. Dar tóte aceste mijlóce n'aŭ dat resultate definitive. Cu tóte acestea, noĭ nu suntem de idee a le părăsi, maĭ ales când bóla e recentă. Este știut că țesutul conjunctiv iperplasiat dar în prima sa perióadă embrionară, e posibil ca dînsul să sufere o regresiune prin medicațiunile menționate, în special prin cura de iod. Arsenicul și fosforul s'aŭ întrebuințat maĭ mult în scopul de a determina o degenerescență gresósă a fibromuluĭ, iar apoĭ consecutiv resorbția și disparițiunea sa. Eŭ cunosc personal un cas din cele maĭ extra-ordinare. E vorba de o dómnă, care posedând un fibro-miom colosal de mare, ce mergea până la ombilic, a dispărut în totalitate, numaĭ prin simplul fapt că a mers consecutiv la Lacul Sărat timp de 3 anĭ și luat la interior iodol, câte un gram pe di. De alt-fel, stațiunile cu băĭ de nomol sunt deja destul de cunoscute în strĕinătate, ca unele ce aŭ adus de multe orĭ folóse reale la mulțime de femeĭ atinse de fibróme uterine. Ast-fel sunt: Kreuznach, Franzesbad, Salins, Salies de Béarne, etc., etc.

Dar dintre tóte mijlócele medicale, acelea carĭ aŭ jucat un rol considerabil și carĭ și adĭ încă resistă chirurgieĭ, sunt *ergotina* și *electroterapia*.

Prin ambele aceste metóde s'a căutat a se obține douĕ lucrurĭ esențiale: pe de o parte obstrucțiunea vaselor nutritive ale tumoreĭ, iar pe de alta o contracțiune continuă și permanentă a fibrelor musculare. In primul cas supresiunea elementelor de hrană fiind asigurată, este evident că tumora numaĭ póte progresa: prin al doilea factor, aceiașĭ tumoră fiind mereŭ împinsă, ea va trebui, din intersticială ce primitiv era, să devie or sub mucósă or sub serósă. Dar și într'un cas și în altul beneficiile

vor fi marĭ; un fibro-miom expulsat în cavitatea uterină saŭ abdominală, e mult maĭ uşor de extirpat de cât rĕmăind închis în părețiĭ uterinĭ. Şi înlesnirea cu atât va fi maĭ mare, cu cât tumora în progresiunea sa nu va rĕmâne lipită de uter de cât printr'un pedicul, printr'o simplă fâşie subțire. Dar acesta e un ideal care fórte rar s'a vĕzut realisându-se. Totuşĭ să insistăm puțin asupra acestor douĕ marĭ metóde.

I. Tratamentul fibro-miómelor prin ergotină.

Se susține că primul autor care a preconisat acest medicament, ca fiind capabil a combate nu numaĭ emoragia ci şi a înlesni disparițiunea tumoreĭ, este *Hildebrandt* în 1872. Modul de a vedea al acestuĭ autor a fost aşa de bine primit şi îmbrățişat cu atâta favóre, că şi astădĭ aprópe nu e chirurg, care maĭ 'nainte de a recurge la operațiunea sângerândă, să nu supue pe bolnavă la tratamentul cu ergotină, la metóda luĭ Hildebrandt. Ergotina de obiceiŭ se dă în injecțiunĭ sub cutanate; se preferă regiunea abdomenuluĭ ca fiind maĭ aprópe de tumoră. Pe calea digestivă se dă maĭ rar. Dosa obicĭnuită în injecțiunĭ este de la 10—20 ctg. iar pe dinăuntru 50 ctgr. până la 1 gram.

Eficacitatea acesteĭ metóde e pusă în afară de orĭ-ce îndoială, când ne propunem a combate pur şi simplu emoragiile. Noĭ nu am rĕmas mulțumiți de extractul fluid de Hydrastis Canadensis, de la care maĭ nicĭ o dată n'am obținut efectul dorit.

Cât privesce însă chestiunea, dacă prin ergotină se póte obține micşorarea saŭ chiar disparițiunea tumoreĭ, aci discuțiunile aŭ fost marĭ. Unĭĭ autorĭ aŭ contestat cu desăvârşire orĭ-ce efect curativ al ergotineĭ; alțiĭ din contra. Adevĕrul este că trebue să facem o deosebire în acéstă privință. Este sciut că ergotina are o acțiune exclusivă asupra contractilităței fibrelor musculare netede. Prin urmare este evident, că acele fibróme pur conjunctive formate maĭ mult din ipertrofia şi iperplasia țesutuluĭ conjunctiv, nu vor suferi nimic în evoluțiunea lor orĭ cât de multă ergotină am introduce în organism. Şi cu atât maĭ mult ele vor fi refractare, cu cât vor fi maĭ bine apărate de țesutul uterin, prin acea capsulă isolatorie, pe care am arătat-o. De alt-fel, Spiegelberg a susținut deja, că numaĭ tumorile musculóse şi rĕŭ incapsulate beneficiază de efectele ergotineĭ; cu alte cuvinte miómele pure, iar nu fibrómele adevĕrate.

Al doilea lucru ce trebue luat în considerație, este iarăși timpul cât a fost întrebuințată ergotina precum și cantitatea introdusă în organism. Ar fi o eróre, saŭ cel puțin o pretențiune prea mare, a ne aștepta că după o lună orĭ douĕ, precum și după ingerarea câtor-va grame de ergotină, să părăsim metóda prin faptul că tumóra n'a descrescut. Este destul pentru a ne convinge de acésta, să arătăm că Schroeder a făcut 400 de injecțiunĭ într'un cas, iar Winckel un numĕr de 1500. Dar pentru acésta a trebuit nu o lună orĭ douĕ, ci anĭ întregĭ, dându-se că aceste injecțiunĭ nu se pot face ḑilnic, fie din causa durerilor, a abceselor saŭ altor considerațiunĭ.

Nu ne oprim asupra uneĭ alte metóde susținută de Schucking și Delore, de a introduce injecțiile cu ergotină direct în tumora fibrósă. Posibilitatea interpunereĭ între uter și părețiĭ abdominalĭ a unor anse intestinale, a bășiceĭ uduluĭ, precum și posibilitatea rupereĭ aculuĭ fie în tumoră saŭ aiurea; dar maĭ ales revărsarea injecțiuneĭ în cavitatea peritoneală, sunt atâtea motive puternice carĭ ne îndémnă a nu recurge sub nicĭ un cuvînt la acéstă metódă, care de alt-fel de toțĭ e părăsită.

II. Tratamentul fibro-miómelor prin electricitate.

Iată încă o metódă, care prin logica bazeĭ sale, a făcut mult sgomot în sciință avênd și chiar adĭ apărătorĭ. Cel d'întâiŭ care a recomandat aplicarea electricitățeĭ în chirurgie este Tripier, făcând uz de dînsa în ipertrofiile prostateĭ. Doctorul Apostoli însă s'a devotat atât de mult acesteĭ chestiunĭ, că a bine meritat din partea tutulor chirurgilor a fi considerat ca părintele metódeĭ.

De și în timpul complectăreĭ studiilor mele la Paris am asistat la câte-va ședințe de acest tratament, nu mĕ pot însă pronunța neavênd nicĭ o experiență asupra lucruluĭ. E de regretat că într'un serviciŭ special ca al nostru, nu există asemenea aparate.

Principiul pe care se baséză electricitatea, nu este încă perfect elucidat. Unĭĭ aŭ susținut că e vorba de efectul uneĭ compositiunĭ și descompositiunĭ chimice ce s'ar produce în intimitatea tumóreĭ, cu ocasiunea trecereĭ și restabilireĭ circuituluĭ electric printr'însa. Cu alte cuvinte, ar fi vorba de o adevĕrată electrolisă, ce însemnéză desfacerea elementelor compuse în corpĭ simpli. Alțĭ autorĭ însă, între carĭ și Apostoli, susțin că efectul

se datoresce uneĭ acțiunĭ caustice a electricităței; de aci numele de agent galvanocausic chimic. Dar ce însemnéză acest lucru? Când de exemplu facem să tréc̆ă un curent electric prin apă și reușim a obține în epruvete diferite, oxigenul și hidrogenul din carĭ dînsa e compusă, fenomenul se numesce *electrolisă*. Când însă un corp complex e supus la aceleași acțiunĭ, fenomenul cel maĭ principal constă în descompunerea sărurilor sale. Dar atuncĭ s'a constatat că toțĭ acidiĭ vin la polul positiv, iar tóte bazele la polul negativ. Fenomenul acesta de selecțiune saŭ maĭ bine dis predilecțiune al acidilor și bazelor pentru un anume pol, se numesce *electrolitic*. Deducțiunea practică este următórea: polul positiv prin atracțiunea acidilor va da nascere la o escară négră și tare; polul negativ, la o escară móle, capabilă a se deslipi [1]).

Din cunóscerea acestor lucrurĭ s'a făcut aplicațiunea următóre: în tumorile fibróse ale uteruluĭ cu consistență móle, formate din fibre musculare și vase, vom face să tréc̆ă prin ele curentul positiv; dînsul, grație aceleĭ escare proprie acidilor, va determina o cauterisațiune profundă ce va obstrua vasele; de aci suprimarea emoragiilor, plus distrugerea lentă și progresivă a însăși tumoreĭ, prin repetarea succesivă a unor asemenea escare.

Din contră, în fibrómele pur conjunctive cu o consistență tare și nevasculară, vom face să fie străbătute de curentul negativ. Acesta va determina o escară móle inerentă bazelor; dînsa după eliminare va lăsa în locul séŭ o cicatrice capabilă a se retracta. Fenomenul acesta repetindu-se de maĭ multe orĭ, va determina distrugerea prin fragmente a tumoreĭ, și înlocuirea sa printr'un țesut cicatricial.

Procedeele sunt maĭ multe. Apostoli introduce în cavitatea uteruluĭ un isterometru, prin care face să tréc̆ă curentul positiv, dacă tumora este un miom; curentul negativ se aplică pe pântece. Și pentru-ca acest curent să nu fie concentrat, se caută a se mări cât maĭ mult suprafața sa, preferindu-se o placă largă de pămînt argilos ce se pune pe abdomen. Ședința duréză 10—15 minute, iar intensitatea curentuluĭ merge până la 100—150 milliampere. Uniĭ aŭ recomandat că în casul când nu putem intra în cavitatea uterină, să străbatem orĭ-cum; de obiceiŭ se face o străpungere artificială prin unul din fundurile de sac ale vaginuluĭ pe unde ajungem în tumora uterină. Dar procedeul acesta

[1]) Vedĭ Vol. I, pag. 92—93.

nu se recomandă, din causa accidentelor ce e capabil să producă. Tot pentru aceste motive s'a respins de toți metóda Americană a lui Cutter; dînsa constă a înfige ace direct în corpul uterului străpungând pareții abdominali. Astădi de toți este admisă calea vaginală.

Când nu putem intra în cavitatea uterină, să ne mulțumim de procedeul lui *Danion*. El constă în a aplica reoforul pe gâtul uterin saŭ chiar pe pareții vaginali. S'a susținut la început, că curenții electrici trebue să fie de natură chimică saŭ așa numiți galvanici. S'a constatat însă că și curenții faradici, magnetici saŭ prin influență, aŭ același efect.

Resultatele electro-terapiei sunt incurajatóre, dându-se numĕrul cel mare de observațiuni și statistici asupra cărora nu insistăm. Destul este a fi convinși că metóda e logică și științifică. Se cere însă o stăruință din cele mai mari, ce nu se numĕră cu ḑile saŭ luni ci cu ani întregi Ast-fel Vulliet spune în lecțiunile sale, că într'un cas de fibrom uterin, unde era sigur că are să intervie prin laparatomie, pentru a face isterectomia saŭ miotomia — tumora umplând întregul abdomen până d'asupra ombiliculuĭ — totul a intrat în resoluțiune, grație unuĭ tratament cu curenți electrici: el însă n'a durat mai puțin ca 7 ani.

Iată dar ce mijlóce avem la îndemână pentru a lupta contra fibro-miómelor uterine intersticiale difuse, aderente, și imposibil de ridicat.

S'a mai recomandat, pentru a combate esclusiv emoragiile de cari se însoțesc aceste tumori, a se practica direct răzuirea uteruluĭ. Acéstă metódă preconisată de Coe din New-York, este bazată pe constatarea anatomo-patologică a mucóseĭ uterine; dînsa tot-d'a-una fiind într'o stare escesivă de congestiune, ea este care ar produce emoragiile, iar nici de cum tumora.

Noi însă, în afară că nu avem destulă încredere într'o asemenea aserțiune, mai suntem contra răzuireĭ și pentru următórele două mari argumente:

I. Fibromul aduce o așa de mare deformațiune a cavității uterine, în cât introducerea unuĭ instrument e fórte dificilă dacă nu periculósă;

al II-lea, putem expune pe bolnavă la accidente de septicemie, ori cât de mari ar fi precauțiunile ce am lua. Noi știm, că tocmai grație uneĭ asemenea stări congestive a organuluĭ uterin, cea mai mică infracțiune a celeĭ mai riguróse antisepsiĭ póte fi urmată de fenomene sub inflamatoriĭ. Dar ele pot avea ca ur-

mare supurațiunea și chiar gangrena tumoreĭ. E mult maĭ bine decĭ să combatem pe o altă cale emoragiile rebele. Prin acésta favorisăm în acelașĭ timp și regresiunea tumoreĭ.

Să vorbim acum de a treia metódă numită *castrațiune.*

Luându-se în considerație observațiunile clinice, că fibromiómele intră într'o regresiune fisiologică îndată ce femeea a intrat ea însăși în perióda de menopausă, *Battey* în 1872 a avut inspirațiunea să provóce acéstă menopausă, prin ablațiunea ovarelor femeeĭ, prin castrațiune. Concomitent cu acest autor, *Hegar* a practicat aceeașĭ operație cu aceeașĭ intenție. De aci discuțiunĭ

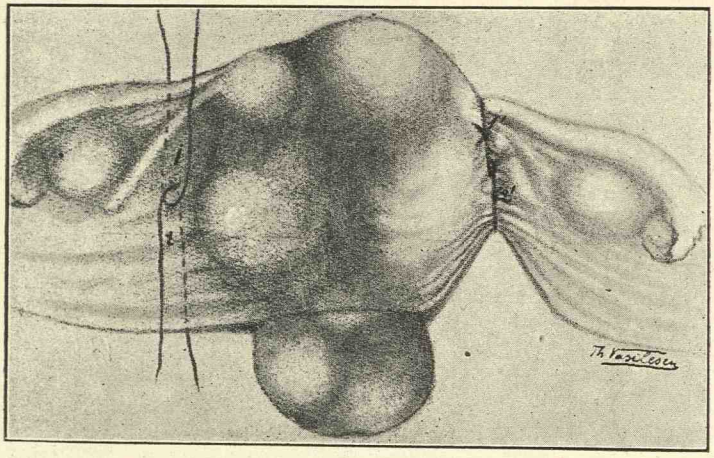


Fig. 52. Legăturĭ atrofiante în bloc contra fibrómelor uterine. Procedeul Dr. I. Kiriac (personală).

și certurĭ de prioritate, asupra cărora nu insistăm. Operațiunea e simplă; ea constă esclusiv în ridicarea ambelor ovare. Și de óre-ce se susține — lucru de care noĭ nu suntem convinșĭ — că ovarele maĭ tot-d'a-una sunt sănătóse, operațiunea pórtă numele de ovariotomie normală, pentru a se deosebi de operațiunea făcută pentru ovarele bolnave.

Resultatele acesteĭ operațiunĭ sunt destul de încurajătóre, dându-se observațiunile și statisticele multor autorĭ. Dînșiĭ aŭ arătat că prin acéstă menopausă artificială, aŭ obținut nu numaĭ încetarea emoragiilor ci și descrescerea dacă nu disparițiunea tumoreĭ. Toțĭ decĭ sunt de acord de eficacitatea acesteĭ metóde. O singură restricțiune ar fi, și anume aceea arătată de Pozzi, că în fibro-

miómele telagiectasice, castrațiunea ar fi capabilă să expue pe bolnave la trombose.

Nu sciŭ prin ce întîmplare curiósă, dar tóte casurile de fibromióme intersticiale unde n'am putut face operațiunea radicală, nu ne-a fost cu putință a practica castrațiunea ideală, din causă că anexele saŭ nu le-am putut găsi, saŭ că eraŭ fórte mult aderente și profund situate.

De aceea noĭ am recurs la legarea în bloc a vaselor uteroovariene, aplicând una saŭ douĕ legăturĭ de fie-care parte a cornuluĭ uterin, coprinḑênd în firul de mătase trompa și ligamentul ovaruluĭ iar une-orĭ și ligamentul rotund. Ca principiŭ caut a coprinde în ansa firuluĭ cât se póte maĭ mult din înălțimea și grosimea ligamentelor largĭ. Une-orĭ pun douĕ legăturĭ în lanț pogorându-mĕ ast-fel până la istmul uterin. In casurĭ dificile, minimum ce aplic este o simplă legătură pe extremitatea internă a trompeĭ în nivelul cornuluĭ, răzînd fața laterală a uteruluĭ.

Am făcut uz cu alte cuvinte, de legăturĭ atrofiante recomandate cu multă căldură de Küstner și alțĭ autorĭ, In fig. 52 daŭ schema metódeĭ mele cu totul proprie. Resultatele ce am obținut aŭ fost fórte satisfăcătóre, ast-fel precum se póte vedea din următórele observațiunĭ:

Observația I.

Maria Preotésa, 45 anĭ, presintă uterul mare cât un pumn, dureros, mobilitate relativă, consistența fórte tare și cu maĭ multe ridicăturĭ. In stânga există o altă tumoră maĭ mică împunându-se drept anexe. Gâtul uteruluĭ ipertrofiat, orificiul larg deschis unde se simte o tumoră destul de mare și sângerândă. Din causa durerilor escesive și a emoragiilor, bolnava cere operație.

La 19 Februarie 1896 se exciséză douĕ tumorĭ din colul uteruluĭ, practicânduse în acelașĭ timp și raclajul uterin. S'a scos o cantitate mare de fongositățĭ, lambourĭ de mucósă și chiagurĭ de sânge.

Hemoragiile persistând, practic *laparatomia la 20 Martie.* Constat o tumoră formată de uter de mărimea a doĭ pumnĭ și aderentă de tóte părțile. Caut a aduce uterul în plagă dar nu reușesc. Totușĭ rup maĭ tóte aderențele. Ovarele n'aŭ fost cu putință a se găsi; trompele însă s'aŭ descoperit. Am aplicat câte o legătură în dreptul fie căruĭ corn al uteruluĭ, prinḑându-se o grosime destul de mare din ligamentul larg.

Dupĕ aceia, luând precațiunile necesare, spintec uterul prin fața sa anterióră, făcênd ast-fel operațiunea Cesariană. Introduc degetul în uter și constat maĭ multe ridicăturĭ fongóse cărora le fac abraziunea. In părețiĭ uterinĭ sunt maĭ mulțĭ nodulĭ de diferite mărimĭ. Cos uterul prin 4 suturĭ profunde, iar apoĭ fixez uterul de abdomen, făcênd istero-pexia prin 2 puncte. Fac toaleta și închid abdomenul prin 6 puncte de sutură în douĕ etage. Prin vagin se scurge o canti-

tate mare de fongositățĭ și sânge. Se fac spălăturĭ și se introduce o bandeletă iodoformată în interiorul uteruluĭ. La 2 Iunie bolnava iese cu tumora aprópe dispărută și fără urmă de emoragie.

Observaţia II.

Penca Dumitrof, 35 anĭ, presintă o tumoră mediană de mărimea unuĭ cap mic de fet, de consistență móle dar icĭ colea cu producțiunĭ de o tărie cartilaginósă. Se diagnosticiază mio-sarcom al uteruluĭ.

Laparatomie 22 Maiŭ 1896. Tumora aderentă din tóte părțile, imposibil de ridicat. Distrug mare parte din aderențe și aplic câte o legătură în dreptul fie căruĭ corn uterin.

La 9 Iulie bolnava iese din spital cu tumora fórte mult redusă de volum, iar durerile cu totul încetate.

Observaţia III.

Ernestina Elias, 34 anĭ, presintă un uter ce trece cu 5 laturĭ de deget d'asupra simfiseĭ. Diagnosticul *fibróme* multiple și anexită dublă.

Laparatomie 5 Iunie 1896. Găsesc uterul mărit ca douĭ pumnĭ vîrît în partea cea maĭ profundă a basinuluĭ. Presintă pe suprafața sa 4—5 tumorĭ separate prin sghiaburĭ. In stânga găsesc anexele ce par intacte. In drépta însă nu s'aŭ putut descoperi. S'a căutat a se ridica uterul dar nu s'a reușit de cât în parte. Aplic douĕ fire de legătură la fie care corn uterin, iar apoĭ fac isteropexia prin 2 fire. Inchid abdomenul prin 6 puncte.

La 27 Iunie pacienta iese vindecată.

La 30 August a *fost revĕdută. Tumora aprópe dispărută. Bolnava declară că absolut nu maĭ are nicĭ o durere din acelea ce suferea înainte de operație.*

Observaţia IV.

Ana Coman, 37 anĭ. Fibrom intersticial al uteruluĭ. Tumora imediat d'asupra simfiseĭ. Ambele anexe prinse.

Laparatomie 12 Noembrie 1896. Găsesc uterul de mărimea unuĭ pumn mare, forma regulată, tărie lemnósă. Ambele anexe constitue alte tumorĭ. Rup aderențe multiple, dar totuși uterul nu se póte ridica având un pedicul enorm de larg și profund. Anexele nu s'aŭ vĕdut în mod clar fiind lipite de uter, maĭ ales cele din stânga. In drépta s'a putut descoperi trompa; ovarul însă nu.

Aplic 2 legăturĭ la fie care corn uterin. Inchid abdomenul prin 7 puncte. Inainte de a se face pansamentul, bolnava se examină cu speculul. Am introdus degetul în cavitatea uteruluĭ până la fund — orificiul fiind larg deschis. Descoper o tumoră netedă cât un mĕr, sângerândă. Nu s'a putut însă enuclea neavênd pedicul; s'a făcut spălăturĭ și s'a introdus o bandeletă de iodoform.

La 14 Decembrie bolnava părăsesce serviciul vindecată. Numaĭ are nicĭ emoragie nicĭ durere.

Acestea sunt operațiunile ce se pot adresa fibrómelor intersticiale, când extirparea uteruluĭ nu este posibilă.

Trecem acum la tratamentul acestor tumorĭ când ne presintă varietatea de fibróme pediculate.

Aci avem douĕ varietăţĭ: *fibrómele gâtuluĭ uterin* şi *fibrómele sub mucóse ale cavităţeĭ uterine.*

I. Fibrómele gâtuluĭ uterin când sunt pediculate şi fac ernie în cavitatea vaginală, extirpaţiunea lor este de o simplicitate mare aparţinând în totul la mica chirurgie. In adevĕr, dacă pediculul e fórte subţire, n'avem de cât să exercităm o uşóră tracţiune şi maĭ multe mişcărĭ de torsiune, pentru a rĕmânea în mână cu întréga tumoră. Putem după circumstanţe să aplicăm la baza pedicululuĭ un fir dublu pentru a ne asigura şi maĭ bine contra orĭ-căreĭ posibilităţĭ de emoragie. De obiceiŭ secţiunea se face cu fórfecele fiind maĭ emostatice. Bisturiul se întrebuinţéză maĭ

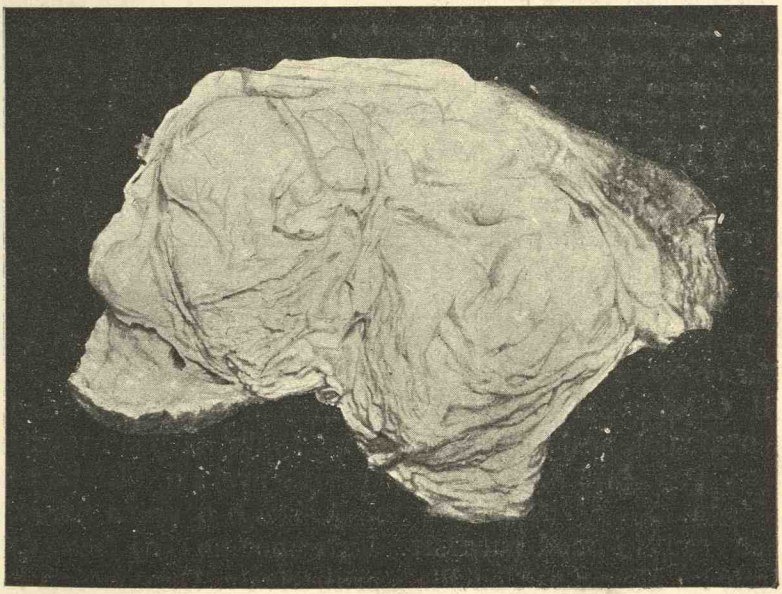


Fig 53. Tumoră fibrósă a cavităţeĭ cervicale de volum neobicinuit (personală).

rar. Putem recurge la strânge nodul luĭ Maisonneuve, saŭ chiar aplicând o pensă lungă Richelot saŭ Terrier, care, după secţiunea tumoreĭ, se lasă în loc 24—48 ore. Dacă însă inserţiunea fibromuluĭ în loc de a fi marginală, adică direct pe una din buzele coluluĭ, ar fi situată mult maĭ adânc în cavitatea cervicală, şi maĭ ales în dreptul istmuluĭ, atunci prealabil vom procede

la dilatarea coluluĭ și póte chiar la secțiunea sa bilaterală, pentru a avea sub ochĭ întréga basă a tumoreĭ. Prin unul din procedeele arătate, de obiceiŭ cu fórfecele practicăm secțiunea și totul este terminat. In majoritatea casurilor, aceste varietățĭ de fibróme ale buzelor și ale cavitățeĭ cervicale sunt rarĭ; în orĭ-ce cas ele aŭ un volum destul de mic.

N'a fost însă tot ast-fel cu următorul caz ce am operat în serviciul meŭ și care cred că este unic în raport cu volumul enorm al tumoreĭ, ast-fel precum se vede în fig 53.

Iată în scurt observația:

Constantina Marin, intră în serviciul nostru plângându-se de retențiе urinară. Examinându-se se constată că întregul vagin era plin de o tumoră tare, quasi-cartilaginósă. La început, prin aspectul sĕŭ, s'a crezut la o inversiune uterină. Examinându-se de aprópe se constată că e vorba de un fibrom ce avea inserțiunea pe buza posterióră a coluluĭ, mergând în cavitatea cervicală. Pedicului era fórte larg. Luându-se precauțiunile necesare, se face *operație la 25 Iulie 1896*. Puindu-se în evidență pe cât posibil baza tumoreĭ, se aplică, nu fără óre-care dificultate, 8 puncte subintrante după metóda nóstră. Strângându-se bine firele se secționéză tumora cu bisturiul fără să curgă nicĭ o picătură de sânge.

La 10 August bolnava iese vindecată.

In asemenea casurĭ, când tumora oferă un volum mare, de multe orĭ suntem silițĭ a recurge la estracțiunea sa prin imbucătățire (morcellement). Se apucă tumora cu o pensă cu dinți: cu ajutorul fórfecelor ridicăm porțiunĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin marĭ, până ce ajungem a descoperi pediculul, pe care 'l vom trata în consecință.

II. Când avem a face cu un fibrom al cavitățeĭ uterine dar iarăși pediculat, aceleași procedee întrebuințăm pentru extracțiunea sa. Aci însă se cere neapărat să avem o dilatație cât se póte de mare a cavitățeĭ uterine. Acésta o obținem fie extemporaneŭ saŭ în mod succesiv. Extemporaneŭ se face cu dilatatórele luĭ Hegar saŭ cu dilatatorul trivalv. După acésta introducem degetul direct în cavitatea uterină; explorând bine, ne dăm séma de mărimea tumoreĭ și maĭ ales de grosimea pedicululuĭ sĕŭ. In casul când orificiul coluluĭ nu e suficient pentru a da trecere liberă tumoreĭ, putem recurge la secțiunea cavitățeĭ acestuĭ organ. Se preferă procedeul luĭ Péan; el constă în a spinteca prin 2 incisiunĭ laterale trecând dincolo de istm. O dată drumul larg deschis, apucăm tumora cu o pensă cu dinți și exercităm tracțiunĭ moderate; să fim însă cu grije a nu provoca inversiunea uteruluĭ. Pe de altă parte, cu degetul indicator

vom căuta a face ocolul pedicululuĭ. După-ce ast-fel ne-am dat bine séma de situaţiune avem la îndemână maĭ multe procedee. Putem de exemplu să aplicăm pe pedicul lanţul instrumentuluĭ numit ecrasorul luĭ Chassaignac. Trebue bine luat séma în acest cas, ca lanţul să nu fie aplicat prea aprópe de păretele uterin, căcĭ în timpul manipulăreĭ şi maĭ ales dacă exercităm şi o tracţiune pe tumoră, se pot prinde în incisiune păreţiĭ uteruluĭ şi să determinăm ast-fel perforarea sa. Alţiĭ preferă strânge nodul luĭ Maisonneuve saŭ al luĭ Pozzi. E de preferat, dacă lucrul e posibil, a aplica unul saŭ maĭ multe puncte subintrante şi în urmă a face secţiunĭ. Metóda veche însă e cea maĭ bună. Dînsa constă ca avênd degetul indicator aplicat pe baza tumoreĭ, să ne armăm cu nisce fórfecĭ curbe lungĭ; ele puse pe unghia degetuluĭ, facem secţiunĭ treptate şi multiple împingând în acelaşĭ timp cu pulpa degetuluĭ ţesuturile secţionate. Cu modul acesta înconjurând de jur împrejur pedicului, obţinem ablaţiunea sa maĭ sigur şi fără emoragie. Odată tumora extrasă, facem o spălătură intra-uterină şi introducem o bandeletă iodoformată în nivelul secţiuneĭ; ea va servi ca emostasă. Dacă am facut incisiunea coluluĭ, reconstituim comisurile prin maĭ multe puncte de sutură.

In casul când preferăm dilataţiunea cavităţeĭ uterine în mod treptat, avem la dispositie laminaria saŭ spongia preparată. Mulţĭ recomandă metoda luĭ Vulliet saŭ a luĭ Landau. Acésta constă a introduce în col şi cavitatea uterină, fie micĭ săculeţe de mărimĭ gradate de tifon iodoformat, saŭ după Landau simple bandelete. Odată dilataţiunea fiind suficientă, procedăm la extragerea miomuluĭ, prin unul din procedeele arătate maĭ sus.

Rĕmâne acum a arăta ce conduită trebue să avem pentru acele tumorĭ carĭ, deşi proeminente în cavitatea uterină, sunt însă lipsite de cea maĭ mică urmă de pedicul. Acestea sunt fibromiómele sesile intersticiale, carĭ în acelaşĭ timp sunt şi intra şi extra parietale. Luându-se în consideraţie constituţiunea anatomică a acestor fibróme, şi anume că dînsele sunt separate de ţesutul uterin printr'o capsulă celulo-conjunctivă, care odată ruptă, tumora iese întocmaĭ ca un sêmbure de ciréşă. Amussat este cel d'întâiŭ care a propus o metódă ce şi aḑĭ pórtă numele sĕŭ. Dînsa constă pur şi simplu a spinteca printr'o incisiune largă făcută cu bisturiul şi plecată de la un capăt la altul al tumoreĭ. Prin acésta, secţionându-se capsula fibromuluĭ, dînsul iese de la sine fie imediat saŭ după câte-va ḑile. Dar acéstă enucle-

ațiune o putem obține în momentul chiar al operațiuneĭ. In adevĕr odată secțiunea făcută, n'avem de cât cu pulpa degetuluĭ saŭ cu o spatulă bóntă, să deslipim în tóte direcțiunile capsula; tumora iese de la sine cu o facilitate extra-ordinară și chiar amu-

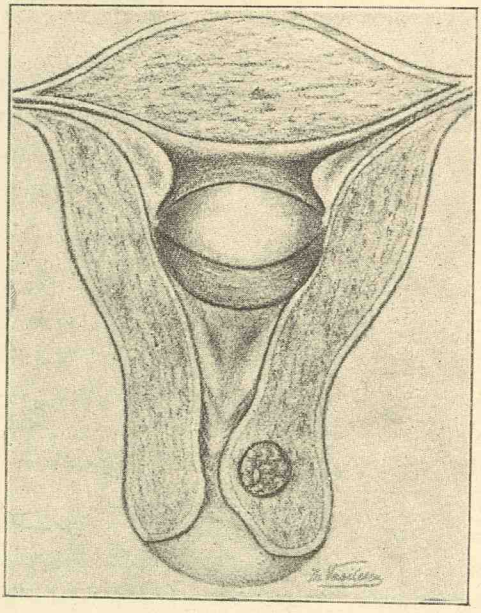


Fig. 54. Secțiunea unuĭ fibrom sub mucos prin metóda luĭ Amussat (personală).

santă. Fig. 54 arată destul de clar felul și mecanismul acesteĭ operațiunĭ.

Metóda acésta deși veche, căcĭ datéză de la 1840 — astădĭ încă se practică pe o scară destul de largă în America în persóna luĭ Atley. Acest autor a contribuit mult a o vulgarisa, precum odinióră făcuse Velpeau, Boyer, și Bérard. In Franța ea a fost reluată de Péan, Pozzi și alțiĭ, combinându-o la necesitate cu fragmentarea.

Când aceste tumorĭ se desvoltă în porțiunea supra-vaginală a coluluĭ, ele pot da nascere la fenomene de compresiune fórte alarmante a organelor vecine. Dar și atuncĭ tumora încă este susceptibilă d'a se estrage prin metóda luĭ Amussat.

Czerny inciséză fundul de sac corespondent al vaginuluĭ înainte orĭ înapoĭ; după ce isoléză bășica saŭ rectul,

ajunge pe tumoră. Atunci printr'o incisie transversală saŭ verticală, secționéză capsula fibromului, după care apoi procede la enuclearea sa. Acésta constitue *miomectomia transvaginală a lui Czerny.*

Tratamentul fibro-miómelor prin operațiuni de mare chirurgie.

Aci intreprindem adevĕrata cură radicală a tumorilor fibróse. In adevĕr, în majoritatea casurilor nu practicăm numai ablațiunea miomului, dar și suprimarea organului ce-l pórtă, adică a uterului.

Sunt două căi pentru atingerea acestui scop: calea vaginală și calea abdominală.

I. *Calea vaginală.* Primul autor care a introdus în practică suprimarea fibro-miómelor de un volum mare, prin fragmentare, îmbucătățire saŭ așa numita morcelare, este Péan în 1882—83. Dînsul, bazat pe o practică chirurgicală întinsă, oferă publicului una din operațiunile cele mai îndrăsnețe. Metóda constă în aceia că, prin ajutorul penselor cu dinți se apucă tumora, din care se secționéză cu fórfecele saŭ bisturiul în mod treptat bucăți de grosime, întindere și volum variabil. Cu modul acesta, fibromul atacat în tóte părțile sale și mereŭ tras către vulvă, se reușesce a se distruge, exterminându-se în totalitatea sa. La sfîrșitul operațiunei rĕmâne o simplă carapace gólă, care nu este de cât însuși uterul golit de fibromul ce conținea. Dînsul e lăsat în loc, bine spălat și umplut cu tifóne antiseptice. După un timp órecare, carapacea retractându-se, se reduce la un mic ghem, representând un uter inform. Prin mijlocul acestei operațiuni, Péan a arătat casuri, unde a extirpat tumori fibróse unele de un volum fórte mare, trecênd de ombilic.

S'aŭ făcut multe obiecțiuni contra acestei metóde. Cea mai principală a fost contra sistemului de a se lăsa în loc acea carapace uterină; dînsa în imensa majoritate a casurilor fiind atacată de instrumentele tăióse, constitue un pericol, prin perforațiunile și accidentele septice la cari póte să dea nascere. Pentru acésta, metóda lui Péan s'a modificat în sensul că, concomitent saŭ consecutiv se ridică și uterul împreună cu tumora. Există deci două metóde: Saŭ facem d'a dreptul isterectomia vaginală totală, ridicând uterul și tumora intactă; saŭ dacă lucrul nu e posibil, atunci facem preliminările isterectomiei și anume: După deschiderea fundurilor de sac anterior și posterior, după separarea bă-

şiceĭ şi a rectuluĭ, perforăm fundul de sac a luĭ Douglas. Atuncĭ aplicăm una saŭ maĭ multe pense pe ligamentele largĭ de fie-care latură şi cu acésta asigurăm în mod perfect emostasa. Introducerea acestor pense în arsenalul chirurgical, datorite luĭ Richelot, a simplificat mult operaţiunea; ele aŭ suprimat punerea legăturilor emostatice, care era de o dificultate mare şi fără nicĭ o siguranţă. Dacă decĭ volumul tumoreĭ permite extracţiunea, o scótem în acelaşĭ timp cu uterul. In casul contrariŭ, micşorăm tumora prin îmbucătăţire, iar la urmă când volumul este redus, scótem şi uterul. Dacă morcelarea oferă dificultăţĭ, autorĭ ca Péan, Richelot, Segond, etc., odată ce ligamentele largĭ sunt prinse cu pense, eĭ nu ezită a spinteca uterul în douĕ pe faţa sa anterióră până la limita permisă. Apoĭ treptat ridicând din tumoră, uterul e tras înainte până ce fundul sĕŭ devine aparent. Atuncĭ se complectézĕ incisiunea mediană spintecându-se în douĕ întregul uter cu tumora, formând douĕ marĭ valve. Se continuă înainte îmbucătăţirea prin secţiunĭ cuneiforme atât a tumoreĭ cât şi uteruluĭ.

Acéstă operaţiune, făcută după prealabilă aplicare de pense emostatice pe ligamentele largĭ, de şi întru cât-va se face în mod aprópe orbesce, totuşĭ sunt mulţĭ autorĭ carĭ o recomandă, chiar pentru fibróme ce prin volumul lor ating ombilicul.

In orĭ-ce cas, acéstă operaţie tot-d'a-una e lungă şi capabilă a se complica de emoragiĭ secundare, escare, prinderea de anse intestinale, uretere, băşică etc., etc. Noĭ n'am avut nicĭ odată ocasiunea să o punem în practică.

Tratamentul fibro-miómelor prin laparatomie.

Aci avem maĭ multe metóde. Casul cel maĭ simplu care — de n'ar fi în joc laparatomia cu drept cuvênt s'ar considera ca o operaţiune de mică chirurgie — este când tumora ne oferă varietatea sub peritoneală, şi ar fi provĕdută de un pedicul lung şi subţire aşa în cât abia ar ţine de uter. Şi culmea simplităţeĭ este când tumora ne avênd nicĭ o aderenţă cu vre-un organ, reprezintă un adevĕrat corp flotant. Eĭ bine, în casul acesta e destul a aplica un fir dublu saŭ câte-va puncte de sutură subintrante conform cu lăţimea pedicululuĭ, şi totul este terminat; tumora se ridică cu o uşurinţă copilărésca. Ridicarea complectă a miomuluĭ făcută în aceste condiţiunĭ, pórtă numele de *miectomie.*

Casul însă cel maĭ grav este când avem a face cu un miom

intersticial al uteruluĭ; când are un volum mare; când oferă aderențe; când e fix în basin și când în fine uterul nu póte fi adus în plagă. In casul acesta, dacă ne hotărâm a interveni, trebue să ne așteptăm la cele maĭ marĭ dificultățĭ și incidente. Treĭ căĭ putem să alegem. Când ridicăm în parte orĭ totalitate tumora fibrósă, constitue *miotomia*: când împreună cu tumora ridicăm și uterul în nivelul porțiuneĭ supra-vaginale a coluluĭ, formézĕ *istero-miectomia supra-vaginală*: saŭ în fine suprimând întréga sferă genitală internă, ridicând anexele împreună cu uterul și gâtul sĕŭ, constitue *isterectomia abdominală totală*.

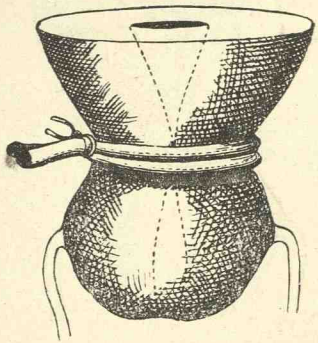


Fig. 55. Bont uterin cu legătură elastică secționat orizontal (Auvard).

Dintre tóte aceste operațiunĭ, putem dice că cea maĭ gravă este miotomia. In adevĕr, miomul intersticial este o tumoră eminamente sângerândă; în timpul ablațiuneĭ, dacă nu asigurăm la perfecție emostasa, bolnava póte să rĕmâe mórtă pe masa de operație în urma uneĭ emoragiĭ fulgerătóre. Când este cu putință a descoperi saŭ a crea un pedicul în tumoră, lucrul devine maĭ ușor, prin faptul aplicăreĭ de clampe și pense lungĭ Terrier saŭ Richelot. In casul contrariŭ nu ne rĕmâne de cât a uza de legătura elastică inventată de Kleber din Odesa în 1872. Se ia un tub elastic destul de gros și întins la extrem înconjurăm cu el tumora în porțiunea cea maĭ depărtată, practicând maĭ multe încolăcituri; după acésta strângem bine făcând un nod cu cele douĕ căpătâe. Pentru-ca legătura să nu se slăbéscă, asigurăm nodul printr'un altul făcut cu fir de mătase, precum arată fig. 55 saŭ prin strânge nodul special a luĭ Pozzi.

Pe de altă parte, pentru a împedica ca acéstă legătură să nu tréca pe d'asupra tumoreĭ, maĭ ales când începem a o secționa, introducem în tumoră nisce ace speciale în formă de săgétă, formând o cruce d'asupra legăturei elastice. Când suntem siguri că totul e în regulă, și armați fiind de tóte cele-l'alte mijlóce de emostasă ca pense, clampe, etc., procedăm la decapitarea miomuluĭ. Acéstă secțiune vom avea grijă a o face în mod cu-

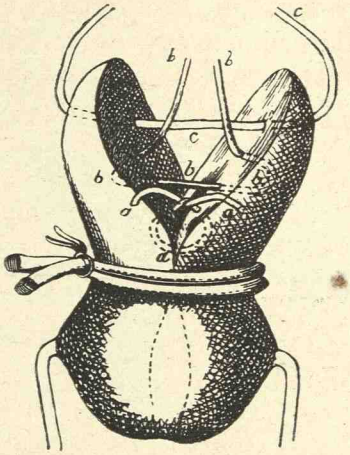


Fig. 56. Bont uterin scobit pentru a forma douĕ lambourĭ. Trecerea suturilor în treĭ etage: *a* I-iul etaj. *b* II-a etaj. *c* III-a etaj (Auvard).

neiform, vîrful dirijat înainte către uter. După ce ast-fel am golit cavitatea uterină până în părțile cele maĭ adâncĭ, ridicăm cu precauțiune tubul elastic, avênd totușĭ asigurate buzele tumoreĭ prin aplicare de clampe; procedem apoĭ la emostasa definitivă.

Cât privesce tratamentul pedicululuĭ sunt douĕ marĭ metóde: acea a luĭ *Schroeder* și a luĭ *Hegar*. Metóda luĭ Schroeder, cunoscută sub numele de intra-peritoneală, constă că, după ablațiunea tumoreĭ căutam a obține un pedicul mic. Pe lângă acésta mergem scobind în părețiĭ uteruluĭ, ast-fel în cât cele douĕ buze provĕdute de largĭ suprafețe sângerânde, să se pótă coapta într'un mod cât se póte maĭ perfect. Fig. 56 ne arată un model.

După ce asigurăm bine emostasa, punem în contact cele douĕ lambourĭ aplicând minimum douĕ rînduri de suturĭ, unele profunde coprinḍênd substanța uterină, iar altele superficiale, prin

cari acoperim pe cele profunde cu foile peritoneo-viscerale. Pentru a avea la îndemână aceste foi, se ia precauțiunea ca la limita secțiuneĭ tumoreĭ, să se deslipéscă întâiŭ un guler de peritoneŭ, care la finele operațieĭ va servi pentru scopul ce arătarăm. Acésta constitue metóda luĭ Chrobach. După toaleta generală proprie oricăreĭ laparatomiĭ, închidem abdomenul în mod complect. Dacă însă pediculul e prea larg, atunci uzăm de metóda luĭ Hegar: căutăm a trage în afară acest pedicul și a'l fixa la unghiul inferior al plăgeĭ abdominale. Restul incisiuneĭ este închis ca în ori-ce laparatomie. Fixarea pedicululuĭ la abdomen trebue făcută cu mare îngrijire; se va închide bine plaga de jur împrejur pentru a nu se produce vre-o infecție secundară a peritoneuluĭ.

Maĭ există încă, relativ la tratamentul pedicululuĭ, o metódă mixtă numită procedeul luĭ Wölfler și Hacker. El constă în acea că bontul făcut după metóda luĭ Schroeder și Chrobach este fixat în mod indirect la părețele abdominal prin douĕ fire de mătase ce trece prin pedicul și părețiĭ abdomenuluĭ. Tótă plaga abdominală este închisă afară de un mic orificiŭ interior; prin el se introduce o bandeletă saŭ un tub de drenaj, pus în contact cu pediculul.

Acesta este tratamentul putem dice cel maĭ grav al miómelor moĭ. Dacă însă vom avea a face cu un miom intersticial însă de formă dură, nodorósă, putem procede la enuclearea luĭ după metóda luĭ Amussat.

Noĭ am operat prin acéstă metodă un cas fórte frumos și cu cel maĭ deplin succes.

Este vorba de sora unuĭ amic al meŭ și coleg de spital doctorul T. Acéstă femee avea un uter fibromatos, complicat în acelaș timp și de un kist al ligamentelor largĭ.

După deschiderea abdomenuluĭ, constat presența a treĭ marĭ fibróme tarĭ în părețiĭ uteruluĭ. Am aplicat legătură elastică în nivelul istmuluĭ uterin, iar după aceea am secționat cu bisturiul întregul părete uterin d'asupra fie-căreĭ tumorĭ. Printr'o ușóră expresiune, tumorile aŭ ieșit cu cea maĭ mare înlesnire avênd fie-care mărimea unuĭ măr. Am secționat apoĭ kistul, din părețiĭ căruia am resecat porțiunĭ fórte marĭ; l'am închis apoĭ prin maĭ multe puncte de suturĭ, răsfrângênd buzele înăuntru. Am regulat după aceea plăgile uterine; le-am suturat în mod perfect, asigurând coaptația și emostasa. Am ridicat legătura elastică, am închis abdomenul. Femeia și adĭ este în perfectă sănătate. Operația am făcut-o în 1895 asitat de Dr. Turbure.

III. Tratamentul fibro-miómelor prin isterectomie parţială supra-vaginală.

Acesta se aplică atunci când tumora deşi interstiţială, totuşi uterul s'a ridicat aşa de mult, în cât constitue în dreptul istmuluĭ un adevĕrat pedicul. Atunci lucrul devine fórte uşor. In adevĕr, odată tumora scósă din abdomen, n'avem de cât să aplicăm una saŭ douĕ pense fixe pe istm; secţionăm cu bisturiul saŭ cu fórfecele uterul d'asupra lor. Noĭ de multe orĭ, în locul penselor, aplicăm maĭ multe puncte subintrante.

Dacă anexele sunt bolnave, de o dată cu uterul le ridicăm şi pe ele, după ce prealabil am asigurat emostasa fie prin pense lungĭ saŭ iarăşĭ prin puncte subintrante. In casul însă când pediculul ar fi prea larg şi maĭ cu deosebire gros, atunci putem recurge iarăşĭ la aplicarea legăturei elastice şi a tutulor celor-lalte precauţiunĭ arătate maĭ sus. Orĭ-cum ar fi, tratamentul ulterior al pedicululuĭ se va face conform cu cele treĭ metóde deja arătate: *Schroeder*, *Hegar*, *Wölfler* şi *Hacker*.

Reproduc aci o observaţiune ca model de tratament al fibromuluĭ prin acéstă operaţie, pentru a se vedea modul cum procedăm.

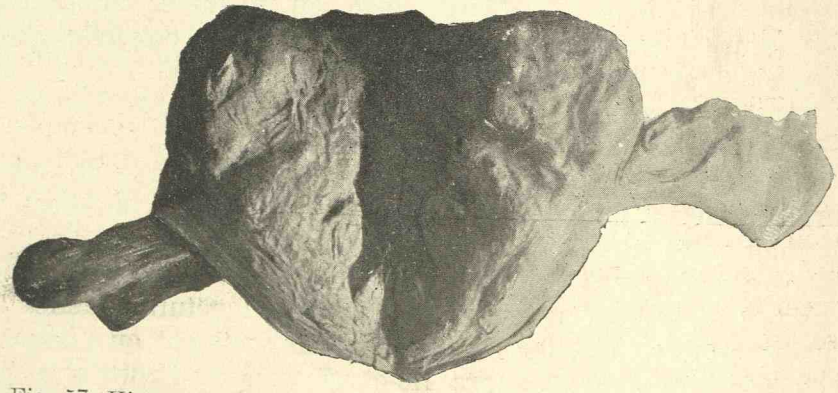


Fig. 57. Histerectomie supra-vaginală a unuĭ uter fibromatos (personală).

Antiţa Călinescu, 41 anĭ, intră în serviciul nostru cu un fibro-mion al uteruluĭ. In abdomen se constată o tumoră care umple întregul basin; dînsa are o consistenţă cartilaginósă cu puţine neregularităţĭ dar nedurerósă. Către partea laterală stângă se constată altă tumoră maĭ móle lipită de uter şi durerósă. *La 21 Ianuarie 97* fac laparatomie. Descoper o tumoră mare, dar destul de mobilă, aşa că se póte scóte afară. Aplic maĭ întêiŭ o dublă legătură pe vasele utero-ova-

riene ce erau mai gróse ca un creion. Fac o incisie pe istmul coluluĭ căutând a deslipi peritoneul. Aplic în acelaşĭ timp pense şi fire preventive. Pentru a fi stăpân pe col îl străpung cu mai multe fire gróse ţiindu-l în loc. Treptat apoĭ deslipesc partea posterióră. Cu fórfecele atac direct substanţa coluluĭ, până ce treptat ridic întréga tumoră rĕmâind cu ea în mână. Aplic mai multe legăturĭ pe ligamentele largĭ şi scot afară tumora cu uter şi anexe. Emoragia a fost fórte mică. Scobesc gâtul uteruluĭ în formă de cuĭ (con). Reunesc buzele prin mai multe puncte de suturĭ. Pe d'asupra reunesc cele douĕ foiţe peritoneale, aplicându-le puncte de suturĭ à la Lambert. Toaleta fiind perfectă, închid abdomenul prin 9 puncte de sutură în 2 etage. Lungimea incisieĭ a fost de 12 c.m. Tumora extrasă a cântărit 1130 gr.

IV. Tratamentul fibro-miómelor prin isterectomie abdominală totală.

Acéstă operaţiune are tendinţa a ocupa primul rang, şi a fi considerată ca metóda de elecţiune în tratamentul radical al tumorilor uterine.

Există douĕ metóde pentru acéstă operaţiune: una Francesă şi alta Americană.

Metóda Francesă recomandată de Doyen, se face în modul următor: abdomenul odată deschis, iar tumora trasă afară, se face o puncţiune în fundul de sac a luĭ Douglas, în nivelul inserţiuneĭ gâtuluĭ uterin, fie direct saŭ pe vîrful uneĭ sonde introdusă în vagin. Se lărgesce incisiunea şi apoĭ se introduce degetul în plagă. Prin mijlocul unor fórfecĭ curbe, se rezecă păretele vaginal mergând pe col. Pe măsură ce înaintăm, apucăm cu pense orĭ clampe părețiĭ vaginuluĭ. In acelaşĭ timp căutăm, iarăşĭ printr'o pensă cu dinţĭ, să apucăm colul de buza anterióră şi să'ĭ facem inversiunea. Ajungând la fundul de sac anterior, deslipim băşica şi mergem înainte cu secţiunea, înconjurând colul până ajungem la punctul de unde am plecat. După acésta aplicăm pense saŭ legăturĭ emostatice pe ligamentul larg, trecênd în afară de anexe şi dintr'o parte şi din alta. Cu acésta operaţiunea este terminată: ridicăm împreună cu tumora şi întregul aparat genital intern. Reconstituim planşeul pelvien acoperind suprafaţa de secţiune prin foiţele peritoneale. Facem toaleta, introducem o bandeletă prin vagin ce va servi ca drenaj, închidem abdomenul şi totul e sfârşit.

Metóda americană, preconisată în special de Kelly, şi vulgarisată în Franţa de Segond, se face în mod invers ca cea francesă. După deschiderea abdomenuluĭ şi punerea bolnaveĭ

într'un plan inclinat ca în orĭ-ce laparatomie, se apucă tumora cu pense cu dinți și se caută a se trage afară.

Atunci punem în evidență anexele din stânga; aplicăm legăturĭ pe artera utero-ovariană, după care secționăm ligamentul larg de sus în jos. Aplicăm apoĭ alte legăturĭ succesive pe acest ligament, pe care treptat îl secționăm până ce ajungem la gâtul uterin. Aci, după ce prealabil am legat ligamentul rotund, prindem artera uterină. După aceia fórfecele saŭ bisturiul le aplicăm pe degetul indicator vîrît în plagă; tăiăm părețiĭ vaginalĭ și liberăm colul de jur împrejur. Tragem apoĭ tumora la stânga, pentru a putea lucra la drépta. Acum mergem secționând ligamentele largĭ în acéstă parte, însă de jos în sus: prin aplicare de suturĭ treptate secționăm și prindem artera uterină, ligamentul rotund, artera utero-ovariană în afară de anexe, scótem ast-fel întregul aparat genital intern împreună cu tumora.

Asigurăm emostasa din tóte părțile; reconstituim planșeul și terminăm ca în casul precedent.

Operațiunea acésta de isterectomie abdominală totală este o întreprindere maĭ mult brilantă de cât utilă. Noĭ ne vom da opiniunea asupra eĭ la tratamentul anexitelor. Pentru moment ne mărginim a spune că, în afară de condițiunĭ simple, operațiunea în general e lungă; cu atât durata sa va fi maĭ mare, cu cât vor exista aderențe și inclavărĭ ale tumoreĭ. Sunt în adevĕr casurĭ unde operațiunea duréză maĭ mult ca douĕ ore. Eĭ bine, în asemenea casurĭ bolnavele pot muri de șoc traumatic. Cât pentru cele-l'alte incidente, ca leziunĭ de intestine, uretere, deschiderea băsiceĭ și a rectuluĭ, ele se produc și în cele-l'alte operațiunĭ complicate.

Tratamentul fibro-miómelor inter-ligamentare.

Acestea nu pot fi atacate de cât prin laparatomie. După deschiderea abdomenuluĭ vom face o incisiune destul de lungă pe aceste ligamente pentru a ajunge la tumoră. Atunci introducând degetele, vom căuta a deslipi tumora pentru a o estrage. In casul când va avea conexiunĭ cu uterul printr'un pedicul, lucrul e ușor. Dacă însă tumora va fi sesilă, ne vom conduce după circumstanțe; vom căuta a practica miotomia după tóte regulele și procedeele ce am arătat.

Mai rĕmâne încă o chestiune în privința tumorilor fibróse ale uteruluĭ, anume când concomitent cu dînsele intervine graviditatea. Aci lucrul este fórte încurcat și delicat. Toțĭ autorĭĭ sunt de acord, că fiind vorba de fibrómele pediculate ale coluluĭ uterin, ele vor trebui extirpate la orĭ-ce perĭódă a graviditățeĭ. Nu este însă tot ast-fel pentru fibro-miómele intersticiale, sub mucóse, saŭ sub peritoneale. Unĭĭ autorĭ bazându-se pe faptul că în timpul graviditățeĭ fibrómele sunt atinse de regresiune, sunt de opiniune a sta în espectativă. Alțiĭ însă aŭ arătat că aceste tumorĭ, împedicând involuțiunea uterină după facere, femeile pot fi expuse la emoragiĭ mortale. De aci intervențiunile precoce, provocarea avortuluĭ, orĭ a facerilor premature. S'a observat însă că dintre tóte tumorile, cele pelviene și ale porțiuneĭ supra-vaginale a coluluĭ sunt maĭ periculóse, prin faptul obstacoluluĭ ce opun la ieșirea fetuluĭ. In acest cas, e permis a interveni chiar în momentul muncilor, procedând la ridicarea tumorilor prin enucleațiune. In casurĭ desesperate, alt mijloc nu este de cât embriotomia, cefalotripsia, saŭ după noĭ, a recurge d'a dreptul la operațiunea Cesariană.

Acestea sunt în resumat intervențiunile contra fibrómelor uterine. Noĭ nu am însoțit fie-care metódă saŭ procedeŭ de figurĭ esplicative. Causa a fost pe de o parte evitarea cheltuelilor, iar pe de alta, că orĭ-ce representare prin figurĭ este inutilă, dacă lucrul nu s'a vĕzut și nu s'a practicat.

CHESTIONAR

Tumorĭ lichide, gazóse și solide ale uteruluĭ. Condițiunile pentru producerea tumorilor lichide: Astuparea orificiilor uteruluĭ. Diferite alte cause. Atreziĭ congenitale și dobândite. Idrometru, piometru și fisiometru. Mecanism. Fenomene de retențiune. Molimen. Consecințe. Tratament . . . . . pag. 321—329

Tumorĭ solide ale uteruluĭ. Diviziunea autoruluĭ în tumorĭ endometrice și mesometrice. Polipiĭ uterinĭ: mucoșĭ, fibroșĭ și papilarĭ. Compositiune și caractere. Polip glandular, angiomatos, kistic, fibros și placentar. Simptome. Emoragia; forme și caractere. Diagnosticul cu un cancer. Tratament . . . . . „ 327—332

Tumorĭ fibróse ale uteruluĭ. Compositia, diviziune. Diferite numirĭ. Isterome după Broca: mesisterome după autor. Considerațiunĭ după sediŭ, volum, numĕr, consistență. Modul de desvoltare; fibrom sub-seros, sub-mucos și intersticial. Zona de separarea fibromuluĭ;

rolul și importanța. Raportul între fibrele conjunctive și musculare în fibrom. Opinia lui Robin și Lawson Tait. Mecanismul prezenței de glande în fibróme . . . . . pag. 332—341

Vascularisarea și nutrirea fibrómelor. Considerațiuni. Diferite opiniuni și teorii; probe pentru și contra. Opinia lui Virchow. Fibróme telangiectasice, limfangiectasice. Mecanismul creșterei fibromului. Ramolirea, supurația, gangrena, transformarea cancerósă și degenerescența kistică. Mecanism și diferite forme. Opiniuni diverse . . . . . „ 341—352

Etiologia. Sexul. Raportul între nulipare și multipare. Statistici. Opinia lui Cohnheim, Prochownik. Patogenia. Teoria lui Velpeau, Virchow, Klebs, Gottschalk, Kleinwoechter. Teoria modernă. Opinia autorului. Mecanismul peregrinărei miomului intersticial. Fibrómele intra-ligamentare, sub-aponevrotice și a porțiunei vaginale a gâtului uterin . . . . . „ 352—358

Raportul uterului și a anexelor cu fibrómele. Deviațiuni centripete, centrifuge, ascendente și descendente (autorul). Mecanismul. Alterațiunile uterului: creșterea cavității și leziunile mucóseĭ. Starea vaselor. Consecințe . . . . . „ 358—361

Simptome. Emoragia; caractere, menoragie, metroragie. Cause. Durerea. Caractere. Dureri compresive, colici uterine, peritoneale, excruciante, torsiunea pediculului, consecințe. Turburări funcționale din partea bășicei și rectului. Copremia, facies uterin. Alterațiunile renale și cardiace . . . . . „ 361—365

Prognosticul. Considerațiuni. Rolul graviditățeĭ și al menopausei. Opiniuni și observațiuni. Mórte prin embolie; casul autorului . „ 365—368

Diagnosticul. Considerațiuni generale. Diagnosticul diferențial al tutulor formelor de fibróme cu metrita, cancer, graviditate, kisti ovarici, resturi de pelvi-peritonită și ematocel, etc. . . . . „ 368—386

Tratamentul. Considerațiuni ale autorului. Metóde prin ergotină și electricitate. Castrația. Procedeul autorului. Metóda lui Amussat. Isterectomia vaginală și abdominală. Diferite procedee, etc., etc. . . „ 386—407

Cap. IX. Tumorile maligne ale uterului.

§ 1. Cancerul uterin.

I.

Dintre chestiunile ginecologice cari aŭ dat nascere la discuțiuni multiple și variate, de sigur este și cancerul uterin.

De netăgăduit este, că microscopul a adus lumini fórte mari asupra acesteĭ afecțiuni, nu numai în privința geneseĭ, dar și în explicarea diferitelor forme clinice. Cu tóte acestea, încă nu s'a

putut reuși vulgarisarea uneĭ definițiunĭ anatomo-patologice. In adevĕr, și astădĭ încă, definițiunea cancerulŭĭ uterin precum și a tutulor celor-l'alte tumorĭ maligne, este bazată pe observațiunea clinică.

Pentru noĭ clinicianiĭ, orĭ de câte orĭ întâlnim o producțiune morbidă pe gâtul uterin—representată printr'o ulcerație saŭ vegetație—de atâtea orĭ vom zice că e cancer, când vom constata că perderea de substanță posedă cel puțin următórele treĭ caractere: *Să fie persistentă, să aibă tendință la extensiune și să fie capabilă a se reproduce după extirpare.*

Acesta este cancerul adevĕrat și care omóră pe individ. Indiferent este pentru noĭ aranjarea capriciósă saŭ desordonată a celulelor, saŭ a orĭ cărŭĭ alt element ce ne-ar arăta microscopul. Ba ce e maĭ mult, noĭ tot cancer vom dice, chiar și atuncĭ când într'un asemenea produs, microscopul n'ar găsi nimic normal.

Origina cancerulŭĭ pare a exista în ruperea echilibrulŭĭ ce ține înlănțuite părțile constitutive ale organismuluĭ.

In starea normală, fie-care țesut are destinațiunea sa; el nu póte să vegeteze și să ia o crescere prea mare, în afară de aceea ce i-a fost imprimată de impulsul normal. De îndată ce un element óre-care iese din acéstă regulă și cresce în mod exuberent, acéstă nouĕ producțiune va avea tendința să copleșéscă pe cele-l'alte; să le distrugă. Dar treptat cu acéstă distrugere, dînsa produce cu timpul infectarea organismuluĭ, peirea individuluĭ.

Care este însă causa intimă a acestuĭ esces de crescere a unuĭ țesut în detrimentul celuĭ-l'alt?

Noĭ nu intrăm în studiul patogenieĭ cancerulŭĭ; lucrul acesta se găsesce pe larg descris în vol. II [1]).

Reamintim numaĭ că, teoria cea maĭ acreditată este aceea a luĭ Cohnheim. Ea e bazată pe inclusiunea primordială a unor anumite elemente, carĭ mult timp rĕmâind în stare latentă, la un moment dat proliferéză și produce neoplasmul numit cancer. Și maĭ cu deosebire lucrul acesta pare a se adeveri prin faptul, că în general, aparițiunea cancerulŭĭ se observă maĭ des în punctele unde organele se continuă între ele, saŭ unde mucósa se modifică pentru a lua caracterele tegumentelor. Clinica a arătat, că neoplasmele se desvoltă de preferință în punctele de unire a organelor în timpul vieței embrionare. Ast-fel este gâtul uteruluĭ,

[1]) Vol. II, pag. 56–82.

regiunea anală, pilorul, etc. E probabil deci că, în momentul fusiunea acestor porțiuni a organelor, mici părticele de elemente rămân închise în acest loc; ele sunt cari dau nascere fenomenului numit de *inclusiune.*

Tendința modernă și scopul tutulor cercetărilor actuale, este de a se putea demonstra că mecanismul intim al cancerului ar sta în presența unor parasiți, în special ciuperci. Lucrul e posibil. Dar iată ce s'ar putea obiecta: O bólă demonstrată ca fiind de natură parasitară, noi am putea în majoritatea casurilor să o distrugem, grație agenților microbicidi; aceștia introduși în organism, au destulă putere să distrugă microbii, fără a vătăma organismului. Dacă însă agentul producțiuneĭ materieĭ canceróse resultă din însăși proliferațiunea țesutuluĭ, atunci nici unul din mijlócele arătate nu va putea lucra contra luĭ. In acest cas, n'ar fi vorba de uciderea vre-unuĭ parasit, ci a însăși țesutuluĭ proliferat. Dar ast-fel fiind lucrul, distrugând țesutul, distrugem însăși organismul.

Fără a ne opri maĭ mult asupra acesteĭ chestiunĭ de patologie filosofică, noi rămânem la conclusiunile practice, că iritațiunile des repetate, sunt adevĕrata causă a producereĭ cancerului uterin. In adevĕr, acéstă bólă se observă de predilecțiune în timpul activitățeĭ vieței uterine. Deci cancerul e mult maĭ des observat pe femeĭ din momentul pubertățeĭ până la menopausă. Escesele de coit, ulcerațiunile neglijate, rupturile coluluĭ, facerile multiple și maĭ cu deosebire lipsa îngrijirilor igienice, sunt atâtea cause de iritațiunĭ continue, la cari gâtul uteruluĭ fiind supus, desvoltarea cancerului e fórte mult favorisată. Este lucru demonstrat, că acéstă neoplasie atacă de preferință clasa de jos a femeilor. Ele ne avênd principiile necesare de igienă, aprópe nicĭ odată nu și-aŭ practicat vre-o spălătură antiseptică a vaginuluĭ. Am avut casurĭ, unde femeĭ inculte nu numaĭ mi-aŭ mărturisit că nicĭ o dată nu și-aŭ făcut vre-o spălătură în vagin, dar considerau acésta ca un fel de sacrilegiŭ, prin faptul că spălându-se, și ar ridica *mirul* ce i s'a pus în timpul botezuluĭ.

In vol. II, am arătat opinia nóstră personală relativ la acest lucru, prin faptul observațiunilor rarĭ de cancer al uteruluĭ la prostituate. Acestea în adevĕr, de și prin profesiunea lor sunt supuse la atâtea condițiunĭ favorabile pentru contractarea canceruluĭ, totuși ele sunt cari daŭ contingentul cel maĭ rar. Causa am presupus'o a sta în frequentele spălăturĭ antiseptice ce-și fac în vagin, aprópe după fie-care coit, fie pentru a nu rĕmânea însărcinate saŭ a nu contracta alte bóle. Dar frica acésta le servă

mult a le preserva de aparițiunea cancerului. Din contră, femeile din clasa de jos și în deosebi țărancele — cari sunt de o neglijență extra-ordinară — cu tótă onestitatea lor, totuși devin prada acestei bóle infecte și omorâtóre. Nu încape îndoială că femeile din înalta societate, dacă sunt mai rar atinse ca cele-l'alte de cancer, acésta se datorește îngrijirilor igienice de cari ele se înconjóră. Trecênd peste aceste mici considerațiuni, să revenim la subiectul nostru.

Cancerul uterin s'a divizat în mod natural și logic în *cancer al gâtului și al corpului uterin*. Diviziunea acésta e justificată nu numai pe datele anatomice — cari stabilesce o separițiune clară a uterului în gât și corp — dar și pe observațiunile ḍilnice ; ele ne arată existența cu totul independentă a cancerului limitat numai la gâtul uterului saŭ la corpul sĕŭ.

Deși cercetările microscopice aŭ adus o lumină destul de mare asupra cancerului uterin — arătând diferitele forme, resultate din atacarea unor anumite elemente din cari acest organ e compus — totuși formele clinice, ce încă de mult s'aŭ observat, aŭ rĕmas intacte ne fiind întru nimic schimbate.

Se admite și adi, ceia-ce de mult s'a observat că, în cancerul gâtului uterin avem trei varietăți : *una vegetantă, alta infiltrată și alta ulcerósă*. Fie-care din aceste varietăți își aŭ un anume sediŭ. Dar tocmai aci microscopul a venit în ajutorul clinicei, arătându-ne patogenia fie-căreia din aceste varietăți. In adevĕr, din punctul de vedere istologic avem două mari clase de cancer al gâtului: unul ce se desvoltă pe fața externă și a parenchimului sĕŭ, și altul ce 'și are punctul de plecare în interiorul cavității sale. Am avea deci *un cancer intra-cavitar și altul extra-cavitar*. La acesta din urmă ar corespunde primele două forme clinice, adică cancer vegetant și infiltrat ; în clasa intra-cavitară ar corespunde forma clinică numită ulcerósă.

I. **Forma vegetantă.** Dînsa ia nascere în totul pe fața externă a gâtului uterin. Precum însă acéstă față este învelită saŭ mai bine ḍis constituită de mucósa vaginală — ce de la fundurile de sac se reflectéză pe acest gât — resultă că constituirea istologică a acestei varietăți de cancer, va fi identică cu aceea ce s'ar desvolta pe însăși pereții vaginali. In adevĕr, așa și este. Ast-fel varietatea vegetantă e formată în totalitatea ei de o proliferațiune exagerată și disproporționată a celulelor epiteliale pavimentóse din care se compune mucósa externă a colului, analógă — cu aceea a vaginului.

Lucrul fiind așa, evoluțiunea ulterióră a acesteĭ varietățĭ va fi întocmaĭ cu aceea a epiteliuluĭ pavimentos ce deja am descris în Vol II [1]).

Vom avea decĭ un epiteliom pavimentos lobulat și altul tubulat.

Epiteliomul pavimentos lobulat e carecterisat prin aceea că într'însul găsim absolut tóte elementele normalĭ din piele, dar dispuse în mod invers. Prin urmare stratul cornat în loc să fie la periferie, este pus la centru; stratul luĭ Malpighi se găsesce la periferie în loc de a fi înăuntru ca în starea normală. De aceea pe o secțiune de epiteliom pavimentos lobulat vom

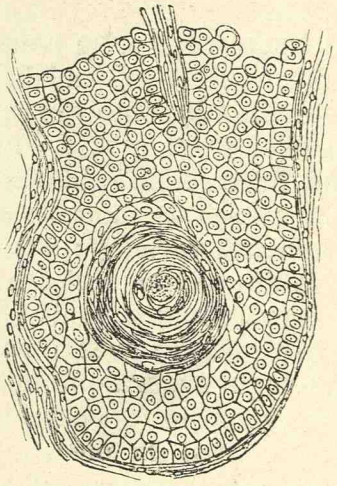


Fig. 58. Epiteliom pavimentos.

găsi maĭ întâiŭ un țesut conjunctiv, iar în urmă mergênd de la periferie la centru, dăm de corpul mucos a luĭ Malpighi cu elementele sale, adică celule cilindrice, dințate, stratul granulos și în fine stratul cornat. Acesta din urmă, în centrul tumoreĭ, ia o dispositiune concentrică ca foile de ceapă formênd ceea ce Lebert a numit glob epidermic. El constitue caracteristica epiteliomuluĭ pavimentos lobulat precum arată fig. 58 luată din Cornil și Ranvier și reprodusă în al II-lea volum al meŭ.

[1]) Veḑĭ Vol. II, pag. 88—91.

Acest glob epidermic este resultatul cheratinisăreĭ celulelor din stratul granulos, graţie presenţeĭ eleidineĭ ca şi în starea normală. Când acéstă substanţă — eleidina — lipseşte, atunci globul epidermic în loc de a fi cheratinisat, devine coloid, móle şi formézǎ o varietate a parte numită *epiteliom mucos*. Alte dăţi, stroma conjunctivă ce le servă de suport ia un caracter cu totul embrionar şi produce vegetaţii în tumoră numite vilosităţi. De aci numele de *epiteliom vilos*.

Epiteliomul pavimentos tubulat se caracterisă microscopicesce prin aceea că stroma saŭ ţesutul conjunctiv fibros, formézǎ nisce cavităţi în formă de tubĭ, plinĭ cu celule pavimentóse su-

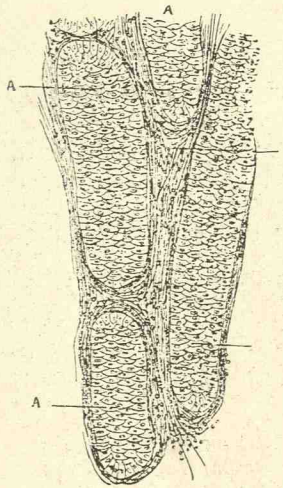


Fig. 59. Epiteliom tubulat.

date şi anastomosate unele cu altele, dar fără să sufere evoluţiunea epidermică, ast-fel precum se vede în fig. 59 luată din Cornil şi Ranvier.

In cancerul gâtuluĭ uterin aceste forme clasice nu se observă în mod aşa de clar şi tipic. Delbet a arătat că globiĭ epidermicĭ se observă mult maĭ rar aci, unde de obiceiŭ întâlnim maĭ des globĭ mucoşĭ saŭ epiteliom mucos.

Cornil la rîndul sĕŭ a arătat şi el că deosebirea între epiteliomul lobulat şi tubulat iarăşĭ nu e clară; adesea tubiĭ din epiteliomul tubulat sunt câte o dată aşa de largĭ, că s'ar putea lua drept varietate lobulată. In fig. 60 dată de Sinety avem un model de cancer al gâtuluĭ uterin.

II. **Cancer saŭ epiteliom infiltrat.** Se caracterisă prin aceea că

dînsul ia nascere în grosimea gâtuluĭ uterin. Pe lângă acésta, microscopul a arătat că dînsul provine dintr'o iperplasie și ipergenesă a celulelor țesutuluĭ conjunctiv. Ele prin polimorfismul lor

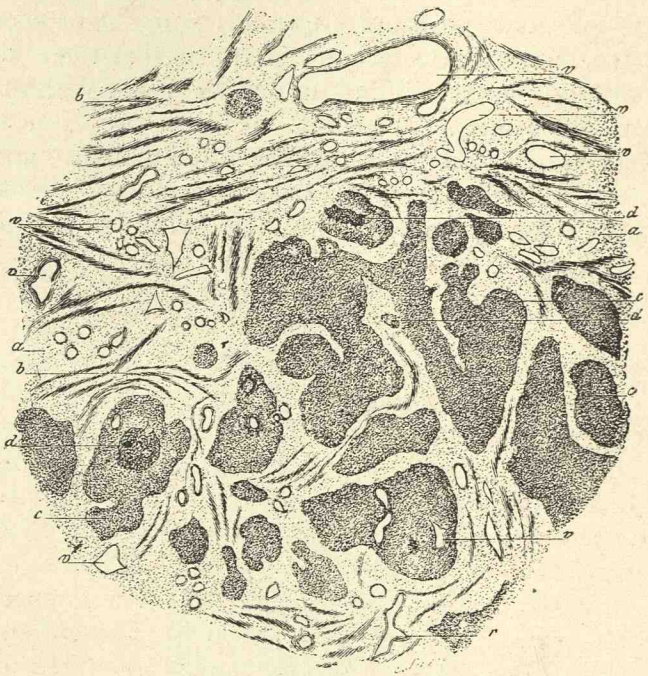


Fig. 60. Secțiunea unuĭ epiteliom pavimentos lobulat al gâtuluĭ uterin, *a*. Țesut conjunctiv. *b*. Fașiĭ musculare. *c*. Mese epiteliale. *d*. Muguri embrionarĭ saŭ vasculari. *v*. Vase tăiate în lungime și transversal.

nu sémănă nicĭ cu celulele cilindrice ale mucóseĭ cavitare, nicĭ cu acelea ale mucóseĭ externe vaginale. Aceste celule sunt închise în nisce ochiurĭ marĭ, largĭ numite alveole, formate iarăși din iperplasia țesutuluĭ conjunctiv al organuluĭ. Forma acésta constitue ceea-ce Germaniĭ și în special Virchow numesce *carcinom*.

III. **Epiteliomul cavitar.** Acesta, din punct de vedere istologic, e cu totul format dintr'o alterațiune specială a glandelor; și de óre-ce celule ce căptușesc aceste glande sunt cilindrice, neoplasmul a primit numele de *epiteliom cilindric*.

Prima alterațiune ce se constată în acéstă varietate este că fundurile de sac glandulare în loc de a ne oferi un singur rând de celule, constatăm douĕ saŭ maĭ multe rînduri. Acéstă proliferare une-orĭ e înpinsă așa de departe, că întréga cavitate glandulară e cu totul plină. Dar cu tótă producțiunea exagerată, glanda

încă îşĭ păstrézĕ forma sa normală precum şi caracterul celulelor sale. In adevĕr, stratul profund e format din celule cilindrice tipice; numaĭ cele-l'alte rîndurĭ devin poliedrice saŭ deformate. In acest cas neoplasmul se numesce *epiteliom tipic* saŭ *adenocarcinom*. Dar cu timpul, starea normală se distruge, pe de o parte prin faptul transformăreĭ tutulor celulelor cilindrice, iar pe de alta că, fundul de sac glandular enorm de mărit, se subţiază şi se pune în contact direct cu părţile profunde fie el ţesutul conjunctiv saŭ însăşĭ fibrele musculare. Fenomenul acesta e de mare importanţă. In adevĕr, Cornil a arătat că în starea normală, tubiĭ şi fundurile de sac glandulare sunt provĕdute de un strat subţire de celule turtite ce le formézĕ un invăliş exterior; el e aşezat între tubĭ şi ţesutul conjunctiv. Prin urmare, glandele nu sunt în contact direct cu ţesutul conjunctiv ci cu acel strat de celule carĭ le servă de suport şi pe care dînsele se sprijină. Eĭ bine, caracteristica adenomuluĭ malign, saŭ după cum îl numesc Germaniĭ cancer glandular, or adesea carcinom, constă tocmaĭ în disparĭţiunea aceluĭ strat de celule periferice exterióre; aşa că ţesutul glandular vine direct în contact cu ţesutul conjunctiv. Lucrul acesta sub nicĭ un cuvênt nu se întâlneşte într'o endometrită or cât de mare ar fi modificarea glandelor. Ele nicĭ odată nu sunt în contact direct cu ţesutul conjunctiv; tot-d'auna stratul acela de celule este conservat. Pe lângă acésta, Cornil adaogă absenţa celulelor vibratile, precum şi lipsa de adeziune între baza primuluĭ rând de celule şi păretele ţesutuluĭ conjunctiv. Dar or cum ar fi, lucrul ajuns aci, alte fenomene distructive se constată.

Pe de o parte numĕrul imens de celule fiind în continuă proliferare şi ne maĭ putênd fi conţinute în cavitatea glandulară, părţiĭ fundului de sac al acesteia se forţézĕ, se rupe. Atuncĭ grămada celulară odată emancipată, face invasiune în ţesuturile vecine; ele le copleşesc infiltrându-se în intersticiul lor sub formă de cârnat, format exclusiv din celulele copleşitóre. Dar în acelaş timp un curent invers se produce venit de din afară înnăuntru. El e representat prin ipergenesa şi iperplasia ţesutuluĭ conjunctiv şi chiar a celulelor acestuia; dînsul ne maĭ putênd fi ţinut în locul primitiv, îşĭ face loc străbătând în cavitatea coluluĭ, prin spargerea fundurilor de sac glandulare.

Forma acésta constitue varietatea de *epiteliom cilindric atipic*. Numele provine tocmaĭ din causă că, din întréga masă neoplasică nu se maĭ păstrézĕ nimic din ţesutul normal al glandeĭ. Şi trebue

a fi cine-va un micrograf de elită pentru a putea deosebi acest epiteliom cilindric de cel pavimentos. Se ajunge la acésta, numaĭ grație uneĭ examinărĭ aprofundate a pieseĭ. Numaĭ atunci se póte descoperi câte-va forme primitive în mijlocul acesteĭ formațiunĭ de desorganisare și transformare a celulelor din cilindrice, în ovoide, poliedrice, etc., etc.

Acestea sunt în resumat formele și varietățile istologice de cancer ale gâtuluĭ uterin. Ele se datoresc în special studiilor luĭ John Williams din Londra, precum și cercetărilor asidue a diferiților alțĭ autorĭ competințĭ ca Cornil, Delbet, Ruge, Veit, Landau, etc.

Am vĕdut însă că în casurile înaintate, aceste neoplasme prin transformarea lor atipică și polimorfă, adesea sunt greŭ a le distinge. Dar în afară de acésta, chiar în casurile normale, încă putem întîmpina óre-carĭ dificultățĭ. Se întîmplă în adevĕr că un cancer al feței externe al gâtuluĭ uterin în loc să ne ofere caracterele propriĭ epiteliuluĭ pavimentos, constatăm cu surprindere presența de celule cilindrice propriĭ varietățeĭ cavitare. Faptul a fost semnalat iarăși de Wiliams. El se datorește fenomenuluĭ, că une-orĭ celulele cilindrice ale mucóseĭ cavitare fac eversiune. Ele deci aședêndu-se pe buza externă a colului, pot prolifera și să dea ast-fel nascere unuĭ epiteliom anormal, a căruĭ explicațiune nu se găsesce de cât în fenomenul sus arătat. De alt-fel, când am studiat ulcerațiunile gâtuluĭ uterin, am insistat în destul asupra acestuĭ lucru, arătând importanța și rolul ce-l jócă în erosiunile și ulcerațiunile colului.

II.

Evoluțiunea clinică a cancerului gâtuluĭ uterin.

Fie-care din varietățile ce am descris la anatomia patologică, 'și are o evoluțiune proprie a sa. Prin urmare, la început ele nu se pot confunda unele cu altele. Nenorocirea însă este că, evoluțiunea cancerului este așa de lentă și insiduósă, că fórte rar avem ocasiunea să asistăm în perióda primă a desvoltăreĭ neoplasmuluĭ. Dar tocmaĭ acésta constitue punctul cel maĭ negru al acesteĭ afecțiunĭ; fórte adesea orĭ când femeia se plânge de primele simptome ale bóleĭ, deja suntem chemațĭ prea târziŭ: nu ne rĕmâne a constata de cât posibilitatea de a remedia distrugerilor ajunse în ultimul lor grad.

Dar să revenim. Am vĕḑut că există treĭ varietăţĭ de cancer ale coluluĭ. Noĭ din punctul de vedere clinic le dăm numele de epiteliom *meta-cervical*, *mezo-cervical* şi *endo-cervical*.

Varietatea metacervicală corespunde la forma ce se desvoltă pe faţa externă a coluluĭ îmbrăcat de mucósa vaginală. Cea mezocervicală rĕspunde la varietatea infiltrată ce se desvoltă în parenchimul organuluĭ, iar cea endocervicală aceea care îşĭ face apariţiunea pe însăşĭ mucósa cavităţeĭ gâtuluĭ uterin.

I. **Epiteliomul metacervical** se manifestă la început prin apariţiunea uneĭ excrescenţe fórte mărginită şi semănênd în totul cu un simplu neg. Sediul sĕŭ tot-d'a-una se află pe suprafaţa externă saŭ vaginală a gâtuluĭ uterin; ea are punctul de predilecţie pe una din mărginele celor douĕ buze ale orificiuluĭ extern, numit botul gâtuluĭ uterin (museau). Maĭ frequent buza anterióră a coluluĭ e maĭ atinsă ca cea posterióră. Acésta ar părea paradox. Gândindu-ne însă la situaţiunea normală a uteruluĭ, care este în uşóră anteflexiune şi decĭ colul dirijat înapoĭ, în realitate buza anterióră este pe un plan maĭ decliv ca cea posterióră. Prin urmare dînsa fiind maĭ expusă pe de o parte traumatismelor, iar pe de alta iritaţiunilor provocate prin scurgerile secreţiunilor uterine, ea va fi decĭ maĭ predispusă tutulor insultelor şi prin urmare tutulor causelor de inflamaţiunĭ şi iritaţiunĭ cronice — al căror rol în patogenia cancerelor este destul de mare şi în totul admis, cel puţin de noĭ. Din contra, buza posterióră fiind situată maĭ înapoĭ, este întru cât-va maĭ ascunsă şi pe un plan maĭ ridicat ca cea anterióră. Observaţiunĭ însă şi statisticĭ în acest sens nu s'aŭ făcut.

Acéstă excrescenţă, neg, saŭ vegetaţie, are o tendinţă irésistibilă a lua o desvoltare mare în suprafaţă şi în afară. Dînsa cu timpul nu întîrḑie să copleşéscă de jur împrejur buzele gâtuluĭ uterin; ea se transformă repede într'o masă fongósă, provĕḑută de o crescere exagerată de muguriĭ luând în totul aspectul uneĭ conopide. Acéstă crescere une-orĭ e împinsă aşa de departe că astupă cu desăvêrşire orificiul extern al cavităţeĭ coluluĭ; dînsa copleşesce întregul sĕŭ corp până în fundurile de sac şi umple întregul vagin de producţiunile sale arborescente. Alte dăţĭ negul acela incipient, devine ceva maĭ profund vîrîndu-se printre papilele dermuluĭ; dar totuşĭ tendinţa sa este de a se desvolta către exterior şi a lua aspectul descris. Caracteristica decĭ a acesteĭ varietăţĭ este de a nu oferi nicĭ o suprafaţă ulcerativă. Totul se caracterisă printr'o proliferaţiune exagerată în înălţime şi la supra-

față, întocmaĭ ca vegetațiunile venerice neglijate. In fig. 61 avem un model de acest cancer.

Prin excepțiune, acéstă formă de epiteliom proliferant în loc de a începe prin buzele coluluĭ, póte să și manifeste aparițiunea tocmaĭ în unul din fundurile de sac ale vaginuluĭ, în special a celuĭ posterior.

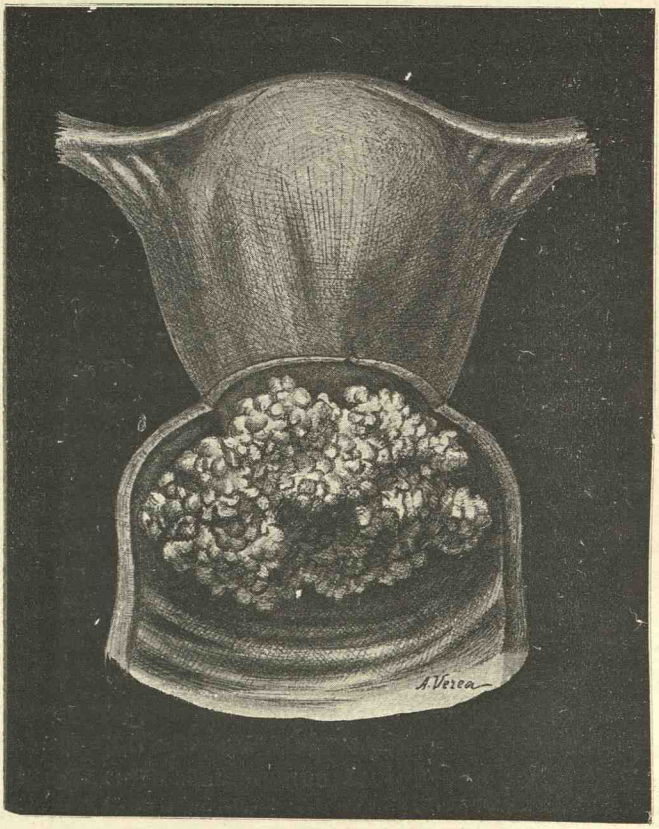


Fig. 61. Aspect clinic de cancer vegetant al gâtuluĭ uterin (personală).

Forma acésta deja a fost menționată de Lancereaux, și Schroeder. Pozzi însă i-a dat un nume particular de *cancer liminar*: de la limen care însemnéză prag.

Acéstă formă este maĭ gravă, de óre-ce în extensiunea sa dînsa atacă de-odată și vaginul și colul: cea-l'altă formă adesea cruță vaginul.

II. **Epiteliomul mezo-cervical**. Se caracterizá pe de o parte prin sediul sĕŭ care e mai profund, iar pe de alta prin presența unor micĭ nodulĭ vîrîțĭ în țesutul conjunctiv intermuscular. Acésta formézá carcinomul luĭ Virchow. In clinicá pórtá numele de *epiteliom nodular*, *infiltrat*, *circumscrit*, *intersticial*, etc. In acéstá varietate bóla se manifestá prin micĭ nodulĭ de mărimĭ diferite ca nisce bóbe de porumb, vîrîte în grosimea parenchimuluĭ gâtuluĭ uterin. Ele aŭ totuși tendință a proemina către exterior. Une-orĭ există unul, douĭ saŭ maĭ mulțĭ de asemenea nodulĭ. Punctul esențial constá în aceea cá nodulul fie solitar saŭ multiplu, nicĭ odatá nu are o delimitațiune clará a periferieĭ sale. El tot-d'auna pare a se continua în părțĭ maĭ depărtate prin fășiĭ saŭ bârne de grosimĭ diferite, dar tot-d'auna apreciabile. Pe lângá acésta, mucósa externá a coluluĭ nu este cu totul liberá și fárá conexiunĭ cu aceștĭ nodulĭ; dînsa are óre-care legáturĭ cu dînsul, párêndu-se ca și cum nisce tracturĭ fibróse plecate de la fața sa profundá ar căuta să o lipéscá de nodulul canceros. De aci resultá cá plimbând degetul pe suprafața acestor nodulĭ, mucósa nu alunecá ci căpătám sensațiunea descrisá maĭ sus. Punctele acestea sunt de o mare importanță în stabilirea diagnosticuluĭ diferențial.

Nu trece însá mult timp și aceștĭ nodulĭ acaparându-șĭ din ce în ce maĭ mult mucósa, finesc prin a o distruge lăsând în locul lor o ulcerațiune. Acéstá pierdere de substanță va îmbrăca caractere diferite după evoluțiunea țesutuluĭ conjunctiv în sînul căruia nodulul s'a născut. Ast-fel, dacá acest țesut conjunctiv reușesce a căpăta o densitate și consistență tare însușindu-șĭ proprietățile țesutuluĭ fibros, ulcerațiunea devine atonă; ea va progresa încet, păstrându-șĭ însá caracterele ulceruluĭ neoplasic ce în maĭ multe rînduri am arătat în volumele nóstre. Acéstá ulcerațiune, cu mărginele rĕsfrînte în afará, tarĭ și puse pe o basá cartilaginósá, represintá tipul *cancerului schiros* al autorilor Germanĭ. Când din contra țesutul conjunctiv nu atinge starea adultá ci rĕmâne de o consistență maĭ móle, apropiindu-se chiar de țesutul conjunctiv embrionar, atuncĭ ulcerațiunea ia o crescere repede; ea devine móle, fongósá, cu escrescențe înalte și sângerânde, formând tipul *cancerului encefaloid*. In acéstá perióda neoplasmul se confundá; el cu multá dificultate se deosebesce de prima varietate numitá epiteliom vegetant.

Vĕdurăm până aci cá, ambele aceste douĕ forme sunt o variantá a unuĭ singur tip de epiteliom infiltrat, de óre ce ele decurg din evoluțiunea ce o ia noduliĭ canceroșĭ. Există însá o

altă formă, care de și rară, nu este însă cea mai puțin importantă, din causa confusiuneĭ la care dînsa dă nascere prin modul manifestăreĭ sale. Este vorba de o formă arătată pentru prima óră de Hegar, iar apoĭ de Schroeder. Dînsa constă în aceea că noduliĭ canceroșĭ în loc de a fi diseminați în parenchimul coluluĭ, din contra formézĕ o infiltrațiune difusă și totală a întregului organ, așa în cât simuléză la perfecție o ipertrofie banală a gâtuluĭ uterin. Și cu atât mai mult confusiunea va fi mare, cu cât adesea acéstă formă nu se însoțesce absolut de nicĭ o ulcerațiune. Astfel se citézĕ în Pozzi, că Hegar a observat pe o femee bĕtrînă o ast-fel de ipertrofie a coluluĭ ce ieșea afară din vulvă. Deși nu exista nicĭ o urmă de ulcerație ipertrofia însă era datorită uneĭ infiltrațiunĭ canceróse. Eckardt a constatat pe o tînĕră fată de 19 anĭ o ipertrofie considerabilă a gâtuluĭ uterin, care a fost imediat urmată de degenerescență carcinomatósă. In fine Schroeder a găsit într'o autopsie un cancer a părțeĭ superióre a coluluĭ intra-cervical, ce prin nimic nu se manifestase la exterior.

III. **Epiteliomul endocervical**. Forma acésta după cum am arătat, începe d'a dreptul pe mucósa internă a cavitățeĭ cervicale: de aci și numirea de *epiteliom cavitar*. La început mucósa și glandele sunt atinse. După un scurt timp neoplasmul dă nascere uneĭ ulcerațiunĭ: de aci numele de *epiteliom ulceros*. Nu trece însă mult și neoplasia malignă începe a copleși părțile mai profunde, așa că acéstă ulcerațiune deși ascunsă, totuși merge progresând rozând tot ce o înconjóră. De aci numele ce a meritat de *epiteliom distructiv*, *fagedenic terebrant*. Procesul desorganisator merge așa de insidios, încât în momentul când își face aparițiunea la exterior, totul e mâncat, totul e distrus. Fórte adesea orĭ când suntem chemați a examina un asemenea cas, remânem uimiți de distrugerea colosală ce constatăm. Nu mai există în adevĕr nimic din buzele coluluĭ: totul a dispărut ca și cum totul ar fi fost devorat de un agent feroce și insațiabil. In locul gâtuluĭ uterin dispărut, rĕmâne o ulcerațiune profundă, reamintindu-ne o peșteră; dînsa ne pune în evidență orificiul intern al uteruluĭ, care larg deschis și distrus și el, ne permite introducerea degetuluĭ cu cea mai mare facilitate. Alte dățĭ acéstă suprafață ulcerativă și cu caractere maligne se găsesce provĕzută de vegetațiunĭ polipoide. Ele își fac aparițiunea la orificiul extern al coluluĭ, care deși distrus, totuși își mai păstréză ceva din forma sa, representată prin simplul învăliș al mucóseĭ vaginale

Acestea sunt în puține cuvinte evoluțiunile fie-căreĭ varietățĭ de epiteliom al gâtuluĭ uterin. Caracteristica acestuĭ produs morbid însă, pentru a merita numele de cancer, trebue dupĕ cum am arătat — și precum de alt fel Aran e cel d'întâiŭ care a insistat asupra acestuĭ lucru — trebue zic să fie învestit de cel puțin următórele proprietățĭ: *să aibă o tendință irezistibilă de progresiune și în acelaș timp să fie provĕzut de facultatea de a recidiva după ablațiune.*

Acuma ne remâne a ne ocupa de o altă chestiunea și anume de căile de extensiune ale canceruluĭ prin carĭ el copleșesce țesuturile, organele vecine și chiar pe cele depărtate.

Putem stabili că fie-care din varietățile de cancer ce am numĕrat, aŭ modul lor de a ataca. Dar prima chestiune care a preocupat maĭ mult pe chirurgĭ și anatomo-patologiștĭ, a fost faptul de a se sci dacă concomitent cu un cancer al gâtuluĭ există și unul al corpuluĭ uterin.

Astădĭ este admis de toțĭ autorĭĭ că, dacă pentru cancerul cavitar și nodular maĭ póte fi vorba de o propagațiune de la gât la corpul uteruluĭ, îndoială nu maĭ póte fi asupra varietățeĭ vegetante: dînsa situată pe mucósa externă, nu are nicĭ un mijloc prin care s'ar putea propaga la corpul uteruluĭ.

Dar să vedem ce probe s'aŭ invocat pentru primele douĕ varietățĭ de a fi capabile să se transmită la corpul uterin. In prima linie s'a susținut calea continuităței țesuturilor, asimilându-se cancerul gâtuluĭ uterin cu acela al limbeĭ. S'a susținut în adevĕr că și aci ca și acolo se pot produce bârne de producțiuni epiteliomatóse, capabile a se infiltra prin țesutul celulo-conjunctiv intersticial al muschiuluĭ corpuluĭ uterin, precum fenomenul se observă în cancerul limbeĭ, care și el plecat de la vîrf se întinde prin mijlocul acestuĭ mecanism în corpul și chiar la baza organuluĭ. S'a obiectat însă că comparațiunea nu e justă: causa este deosebirea constituțiuneĭ anatomice și a vaselor limfatice ce deosebesc fórte mult aceste douĕ organe între ele. In adevĕr limba e formată din fibre musculare striate și provĕ̆ute de un țesut conjunctiv fórte fin ce le separă; uterul din contra e format din fibre musculare netede și posedă un țesut conjunctiv fórte dens, quasi-fibros. Decĭ pretinsele producțiunĭ neoplasice în formă de bârne întîmpină marĭ greutățĭ în progresiunea lor de la gât la corpul uteruluĭ; țesutul sĕŭ conjunctiv nu este atât de complesant ca acela al limbeĭ. Dar în afară de acésta, extensiunea unuĭ neoplasm nu se face în general în modul acesta, ci maĭ de obiceiŭ prin calea sanguină și în special prin vasele limfatice.

Dar tocmaĭ lucrul acesta a arătat anatomia, și anume că există o independență absolută între limfaticele gâtuluĭ și ale corpuluĭ uterin. Ele aŭ un drum cu desăvêrșire deosebit, așa că nicĭ o dată nu se întâlnesc. In adevĕr, vasele limfatice ale gâtuluĭ se duc la ganglionii pelvienĭ; acelea ale corpuluĭ, în ganglionii lombarĭ. Prin urmare, un cancer al gâtuluĭ intrat pe căile limfatice, nu va putea sub nicĭ un cuvênt copleși corpul uteruluĭ; drumul ce-ĭ este indicat e cu totul altul anume către micul basin.

S'a speculat însă unele observațiunĭ de coincidență a unuĭ cancer al gâtuluĭ cu un altul al corpuluĭ. Maĭ întâiŭ, în aceste casurĭ studiate de *Hofmeyer* și *Vinter*, s'a arătat că o asemenea coencidență corespundea cu varietatea ulcerósă saŭ infiltrată a gâtuluĭ uterin. De ce decĭ nu s'ar presupune că neoplasmul a fost primitiv în corp, și apoĭ gâtul s'a inoculat în mod secundar prin secrețiunile ieșite din cavitatea uterină, în loc ca dînsul să se fi propagat de la acesta? Adevĕrul este că maĭ tot-d'a-una când constatăm un cancer al corpuluĭ, există și unul al gâtuluĭ, fie sub forma ulcerósă saŭ infiltrată. Fórte rar însă — pentru a nu dice de loc — cancerul gâtuluĭ se însoțesce de unul al corpuluĭ. Din contră, într'un cancer al gâtuluĭ fie chiar într'o perióda înaintată — atuncĭ când buzele coluluĭ sunt larg distruse și infiltrate — tot-d'a-una autorĭ ca Williams, Fräncke și alțiĭ, aŭ arătat că invasiunea cervicală nicĭ o dată nu trecea dincolo de istmul uterin; că exista o linie de separațiune clară și destul de aparentă între cavitatea uterină.

Noĭ de asemenea, în observațiunile și operațiile ce am făcut, am constatat acelașĭ lucru. In adevĕr, nu numaĭ că cu un cancer al gâtuluĭ nu exista vre-un cancer al corpuluĭ, dar dînsul se oprea brusc la câte-va centimetri de buzele coluluĭ și în orĭce cas maĭ jos de istm. Am întâlnit însă și escepțiunĭ pe carĭ le vom arăta.

Cât privesce argumentul ce s'a invocat de Abel, elevul luĭ Landau, cum că în acelașĭ timp cu un cancer al gâtuluĭ ar exista o producțiune sarcomatósă a mucóseĭ corpuluĭ uterin, acésta nu se admite. Maĭ întâiŭ se consideră ca extra-ordinar coincidența unuĭ cancer și a unuĭ sarcom pe acelașĭ organ. Pe de altă parte, tóte examenele minuțióse făcute în acéstă direcție, aŭ probat că Abel a fost indus în eróre; el a luat o simplă inflamațiune de endometrită fongósă a mucóseĭ, drept sarcom. Dar și acest ultim lucru încă trebue maĭ de aprópe cercetat: dacă în ade-

calibru extra-ordinar, atingênd une-orĭ pe aceia a uneĭ anse intestinale. De aci resultă o adevĕrată *idro-uretero nefrosă*, iar apoĭ o alteraţiune profundă a substanţeĭ rinichiuluĭ. Drept consecinţă a acestuĭ obstacol în circulaţiunea rinichiuluĭ, ne putem aştepta la o ipertrofie a corduluĭ stâng conform teorieĭ emise de Traube. Cercetările recente însă nu sunt favorabile acesteĭ opiniunĭ. In special Lanceraux a arătat absenţa uneĭ asemenea leziunĭ în 23 casurĭ. Orĭ cum ar fi însă, cordul cancerosilor e destul de alterat. El maĭ tot-d'a-una e maĭ móle, flasc şi acoperit de grăsime. Une-orĭ chiar substanţa sa proprie se găseşte în degenerescenţă grăsósă.

In fine ultima cale de infecţiune a organismuluĭ de cancerul uterin este aceia prin metastasă. E posibil ca fragmente în natură de aceste fongositătĭ neoplasice să străbată în interiorul unuĭ vas venos orĭ arterial. Atuncĭ dînsul intrat în masa sângeluĭ, póte să se opréscă în ficat, rinichĭ, splină etc., după mecanismul ce am arătat în Vol. I [1]). Dar tot aceiaşĭ infecţiunea organelor splachnice se póte obţine şi prin intoxicaţiunea lentă şi progresivă a absorbţiuneĭ continue a materiilor septice, plecate din focarul canceros. De aci degenerescenţă grăsósă a ficatuluĭ, endocardită ulcerósă, nefrite, etc., etc.

III

Simptomele. Ca în orĭ-ce afecţiune malignă există şi pentru cancerul uterin cel puţin treĭ perióde, avênd fie-care din ele simptomatologia sa proprie. Aci însă, contrariŭ cu cancerele tutulor celor-l'alte organe, simptomele primeĭ perióde iniţiale sunt absolut negative. In adevĕr, prin nimic nu se atrage atenţiunea bolnaveĭ saŭ a celor care o înconjóră cum că dînsa ar fi purtătórea germenuluĭ uneĭ bóle ce în curînd îĭ va stinge viaţa. Adesea femeea cu aparenţa exterióră cea maĭ bună, cu aspectul cel maĭ fraged de o frumósă rozĕ, cu o constituţie ce ar părea că respiră cea maĭ înfloritóre sănătate, totuşĭ e capabilă să aibă gâtul uteruluĭ coplesit de cancerul cel maĭ grav şi maĭ bine caracterisat. Faptul se datoresce fenomenuluĭ bizar al uneĭ insensibilităţĭ speciale a acestuĭ organ. Maĭ există încă şi o altă causă anume că, gâtul uteruluĭ — maĭ ales în porţiunea sa vaginală — este cu totul liber. El stă în fundul cavităţeĭ vaginale în tocmaĭ ca o limbă de clopot. Ast-fel fiind, orĭ-ce escrescenţă póte să ia nascere pe supra-

[1]) Vol. I, pag. 94—98.

fața sa și chiar să capete o desvoltare prodigiósă, fără cu tóte astea să-și manifeste existența la exterior.

Carĭ sunt agenții carĭ deștéptă atențiunea bolnavelor că aŭ în organismul lor un produs neoplasic? *Durerea și jena în funcțiunile organuluĭ.* Dar tocmaĭ acésta lipsesce gâtuluĭ uterin. Grație insensibilității sale pe de o parte, iar pe de alta că el este coprins într'un spațiŭ larg, neoplasmul se desvoltă fără nicĭ o jenă și fără știința bolnaveĭ. Și așa este. Rar se întâmplă ca noĭ să surprindem bóla la începutul sĕŭ. Când femeea începe a se îngriji de óre-care semne neobicĭnuite, deja dînsa ni se presintă într'o perióda destul de înaintată a neoplasmuluĭ.

Pentru acésta noĭ propunem că, orĭ-ce femee chiar atunci când nu se plânge de nicĭ un simptom din partea organelor genitale, încă dînsa trebue examinată dacă nu maĭ mult, cel puțin de douĕ orĭ pe an.

Alarma ce se dă pentru divulgarea cancerului uterin este din partea emoragieĭ. Sunt maĭ multe moduri prin carĭ acest fenomen se manifestă. Une-orĭ bolnava observă că perióda sa menstruală duréză maĭ mult ca de obiceiŭ cu 1, 2 saŭ cel mult treĭ zile. Dar lucruluĭ acesta nu se dă în general destulă importanță: nimic maĭ banal în viața uneĭ femeĭ ca o asemenea ușóră menoragie. Alte dățĭ femeea rĕmâne surprinsă, constatând în intervalul regulelor una saŭ douĕ pete de sânge pe rufele sale, până aci tot-d'a-una curate. Nu maĭ puțin iarăși dînsa rĕmâne surprinsă, când fie în urma unuĭ coit, fie în mod spontanat, saŭ dupĕ o ușóră oboseală, observă aparițiunea aceloraș pete de sânge. Dar repetăm, acest fenomen nu împresionézĕ în mod serios pe femee. La cele maĭ tinere din ele lucrul se atribue esceselor saŭ lipseĭ de îngrijirĭ; la cele maĭ adulte carĭ aŭ făcut maĭ mulțĭ copiĭ, saŭ aŭ avut avorturĭ, explicațiunea e și maĭ ușóră puindu-se mica scurgere pe socotéla uneĭ endometrite ce este tovarășul nedeslipit al stărilor sus indicate. Dar maĭ grave sunt casurile când asemenea fenomene apar la femeĭ dincolo de 40 anĭ. Repetarea acestor emoragiĭ din lună în lună precum și chiar acele pete de sânge intermitente, constitue pentru ele un semn al conservăreĭ tinereței. Orĭ cât de resonabilă ar fi femeea, devine însă puțin tristă cu ocasia disparițiuneĭ menstruelor: acésta le arată calea la bĕtrînețe. Când dar o femee de 40—45 anĭ se simte însemnată de sânge în fie-care lună, saŭ chiar la intervale, dînsa cu tot dreptul se bucură putându-se încă numĕra printre

cele tinere. Nu dóră că și la acéstă etate nu ar exista o menstruație normală. Menopausa nu are dată fixă. Să fim însă severĭ cu menstruele la 45 anĭ căcĭ adesea ele exprimă amăgire în locul bucurieĭ. Ele nu numaĭ că nu conservă tinerețea, dar sunt preludiul unor bĕtrînețĭ din cele maĭ amărîte și de scurtă durată.

Ast-fel se petrec lucrurile în perióda cea maĭ inițială a canceruluĭ, atuncĭ când însă nu s'a transformat *în ulcer*. In acest cas or ce iluzie dispare: orĭ cât de indiferentă ar fi o femee, ea nu póte desprețui scurgerile abondente de sânge ce vin une-orĭ cu o furie destul de mare. In adevĕr, aci nu va fi maĭ mult vorba de o prelungire a menstruelor și ușóre pete sanguine. Acum ne gasim în fața unor emoragiĭ abondente și prelungite; femeea pierde rostul menstruelor gâsindu-se vecĭnic udată de sânge.

Trebue să știm că emoragia depinde de varietatea canceruluĭ. Cel maĭ emoragic este de sigur epiteliomul vegetant, proliferant, acela ce am descris ca avênd formă de conopidă. Dînsul chiar din prima zi a apariținneĭ sale, atuncĭ când nu represintă de cât un fórte mititel neg, încă îșĭ manifestă existența prin pete și ușóre scurgerĭ sanguine. Cele alte varietățĭ ca epiteliomul infiltrat și endocervical nu daŭ naștere la asemenea scurgerĭ de cât când aŭ atins perióda de ulcerațiune. Dar și atuncĭ ele nu se însoțesc maĭ nicĭ o dată de emoragiĭ abondente, ce formézĕ caracteristica epiteliomuluĭ vegetant.

Al doilea simptom al canceruluĭ uterin e representat prin scurgerea uneĭ materiĭ de un alb cenușiŭ constituind *leucorea*. Acéstă scurgere — la început sub forma unuĭ liquid clar și fluid— îșĭ schimbă pe fie ce zi caracterele până ce devine murdar, de o culóre roșetică, amestecată cu detritusurĭ și coagulĭ sanguinĭ. Acéstă masă semănând cu un fel de răzuitură de mațe, devine în acelaș timp de un miros fetid și pătrunzător: el inspiră cel maĭ mare desgust și scârbă chiar și mediculuĭ. Totalitatea caracterelor sale imprimă acesteĭ scurgerĭ un mod de a fi, *sui generis*. Dînsul formézĕ produsul clasic cunoscut sub numele de *ichor canceros*. El împreună cu emoragia, represintă doĭ din ceĭ maĭ principalĭ factorĭ carĭ slăbesc și desorganiséză constituția bolnaveĭ, puind'o în stare de *cachexie canceróșă*.

Dar acésta constitue ultima perióda a bóleĭ, care pentru a fi complectă se cere adăogarea unor nouĭ suferințe. In adevĕr, acum apar durerile ce nu e posibil a fi descrise nicĭ de aceea care le posedă. Ele devin une-orĭ atât de intense și sfășietóre,

că întrec orĭ-ce imaginaţiune. Câte odată bolnava ţipă cumplit de durerĭ de mijloc în nivelul rinichilor; alte dăţĭ într'una din cópse saŭ în ambele de odată, iar une-orĭ simte ca şi cum nisce săgeţĭ s'ar înfige în rect saŭ băşică. Tóte acestea îşĭ aŭ explicaţiunea prin alteraţiunile plexuluĭ nervos sacral: el se găsesce strîns, comprimat saŭ copleşit de produsul neoplasic. Când la tóte acestea se maĭ adaogă aderenţele peritoneale şi infiltrarea totală a miculuĭ basin, atuncĭ desnădăjduirea bolnaveĭ e la culme: ea preferă mórtea în locul uneĭ vieţe mizerabile şi de martir. Dar mult nu se aşteptă, căcĭ din fericire — pentru bolnavă — pe de o parte turburările digestive— representate prin intoleranţa orĭ-căruĭ aliment, iar pe de alta intoxicaţiunea uremică prin suprimarea funcţiuneĭ rinichilor, totul contribue a grăbi ca neoplasmul, cu un minut maĭ de vreme, să dea curs acestuĭ sfîrşit tragic, ce inspiră compătimirea din partea tutulor.

Diagnosticul. Atuncĭ când neoplasmul a atins ultima sa perióda nu e trebuinţă de nicĭ o sforţare din partea mediculuĭ: diagnosticul se impune de sine. Hemoragia, scurgerea fetidă, durerile sfîşietóre, slăbiciunea bolnaveĭ, acea stare de cachexie imprimând tegumentelor colórea galbenă de fóe mórtă precum şi marasmul general al organismuluĭ, fac a recunósce cancerul uteruluĭ de la distanţă, fără nicĭ o examinare saŭ explorăţie a bolnaveĭ. In acéstă perióda, singura posibilitate de eróre ar fi casul când ne-am afla în faţa unuĭ miom erniat în vagin şi strangulat la baza sa. Acéstă tumoră sfacelată ar fi capabilă, prin scurgerea materiilor putride şi exalaţiunea unuĭ miros fórte fetid, să se impună drept cancer. Dar în afară de antecedente şi starea generală a bolnaveĭ, care orĭ cât de înaintat ar fi sfacelul nu póte egala cachexia neoplasică, avem examenul cu degetul. Prin acéstă explorăţie constatăm maĭ întâiŭ că în vagin nu există acea masă fongósă, cu ramificaţiunĭ arborescente şi cu o bază dură de implantaţiune pe col. Cu alte cuvinte în locul uneĭ conopide clasice vom descoperi presenţa uneĭ tumorĭ, în adevĕr sfacelată, dar avênd un corp voluminos şi consistent. Pe lângă acésta, faţa externă a coluluĭ precum şi fundurile de sac vaginale rĕmân intacte; în epiteliom ele sunt copleşite şi chiar distruse de fongosităţile neoplasmuluĭ.

Dar următorul semn e cel maĭ demonstrativ şi patognomonic. Buzele coluluĭ în cancer maĭ tot-d'a-una sunt distruse saŭ larg lărgite orĭ fongóse — după varietăţĭ. In fibro-miom din contra, ele sunt conservate şi tot-d'a-una le vom găsi lăţite pe tumoră; ele

formézǎ un guler subțire ce înconjóră pedicului de jur împrejur. Introducênd decĭ degetul între tumoră și gâtul uteruluĭ, dacă constatăm acest lucru și a fortiori dacă putem deslipi aceste buze subțirĭ ale orificiuluĭ extern al coluluĭ, chestiunea la moment e resolvată. E vorba la sigur de un fibro-miom saŭ polip uterin, care erniat în vagin se găsesce strangulat la baza sa.

Casurĭ de sfacel a fibromilor porțiuneĭ vaginale a coluluĭ sunt fórte rarĭ pentru a putea să simuleze un cancer. Deosebirea se va face tot prin exploratia sus arătată. Și chiar de am presupune că o asemenea tumoră și-ar avea origina numaĭ într'una din buzele coluluĭ, încă am putea reușĭ în stabilirea diagnosticuluĭ diferențial. Simpla constatare că acéstă tumoră sfacelată, quasi-cancerósă, e în continuare directă cu una din buzele coluluĭ ceĭ constitue un pedicul distinct, e suficientă pentru fibrom. Epiteliomul nicĭ odată nu va avea acest caracter; el ocupă tótă periferia și buzele coluluĭ formând o masă fongósă, sângerândă și friabilă la cea maĭ ușóră sgârietură cu unghia saŭ pulpa degetuluĭ. Ultimele aceste caractere datorite luĭ Laroyenne și Audry sunt cu totul patognomonice : nicĭ o lată tumoră nu le posedă de cât numaĭ neoplasia cancerósă.

Maĭ sunt și alte tumorĭ ce se pot impune drept cancer: astfel sunt sarcómele coluluĭ uterin. Spiegelberg a descris pe o tînără fată un cas curios de tumoră dându'ĭ numele de *sarcoma colli hydropicum papilare*. Ludwig Pernice a descris și el un *myosarcom strio celular*. Munde a observat o tumoră de *myxo adenom* transformată în *myxo sarcom*. Thiede a descris o tumoră lobulată de aparență spongiósă provenind din mucósa coluluĭ și căreia i-a dat numele de fibroma *papilare cartilaginenscens*. In fine Winckel a descris un *adeon myxoma cervicis* a buzeĭ anterióre a coluluĭ. Dar tóte aceste tumorĭ, ce prin constituțiunea lor se apropie de aspectul unuĭ ciorchine de strugure, nu aŭ o importanță clinică mare, căcĭ în definitiv și ele sunt produse neoplasice. Interesul lor e maĭ mult din punctul de vedere anatomo-patologic și microscopic. Importanța cea mare și putem dice singura ce presintă diagnosticul cancéruluĭ, este de a fi cunoscut în prima sa periódă, adică la începutul evoluțiuneĭ sale. Aci stă tot interesul: fiind bine fixațĭ asupra natureĭ leziuneĭ, putem repede întreprinde o operațiune rațională și radicală oferind bolnaveĭ tóte șansele de scăpare.

Pentru fie-care din varietățile cancéruluĭ trebue să facem un anume diagnostic diferențial. Am spus că epiteliomul vegetant apare întocmaĭ ca un mic neg. Lucrul acesta se póte lua drept

o vegetație banală saŭ un simplu papilom, dar care nu are întru nimic a face cu un neoplasm. Maĭ póte fi confundat încă și cu eroziunile obicĭnuite ce se observă în metrite.

Dar în tóte aceste casurĭ, orĭ care ar fi forma și mărimea fongosităților, acelea de cancer vor avea acest lucru de caracteristic: ele staŭ pe o bază indurată, sclerósă. Acésta nu se observă nicĭ în vegetațiĭ, nicĭ în papilom, nicĭ în ulcerațiile metritelor. Iarășĭ un diagnostic fórte subtil și delicat de stabilit, este când ne aflăm cu desăvêrșire la început, când adică neoplasmul nu este nicĭ ulcerat nicĭ acoperit cu fongositățĭ. Atunci el ni se oferă sub forma unor micĭ puncte proeminente sub mucósa coluluĭ; ele se apropie fórte mult de acele foliculite glandulare, ce sunt inerente orĭ căreĭ metrite cronice a coluluĭ. In acest caz trebue mărturisit că deosebirea este aprópe imposibilă. Semnul ce s'a dat de unĭĭ autorĭ și în special de Stratz, că aceste escrescențe canceróse neulcerate aŭ o colóre maĭ galbenă și maĭ strălucitóre de cât cele metritice, nu constitue un semn sigur; decĭ nu ne putem basa pe nimic pentru a fi afirmativĭ. Atunci nu ne rĕmâne de cât espectația; leziunile canceróse aŭ un mers mult maĭ repede de cât cele-l'alte.

Dar acolo unde diagnosticul devine încurcat, este când ne aflăm în fața uneĭ metrite cronice a coluluĭ fórte veche și neglijată. Este sciut că în asemenea cas, mucósa cavitățeĭ cervicale iese prin orificiul extern și se resfrânge pe buzele coluluĭ, formând ceia-ce se chiamă *eversiune*. Cu timpul mucósa se ulceréză, se brăsdéză de spintecăturĭ adâncĭ, se acopere cu marĭ fongositățĭ și sângeréză cu fórte mare ușurință la orĭ-ce explorațiune. Tóte aceste caractere unite cu o secreținne murdară, roșcată și exalând un miros fetid, e tot ceia ce se cere pentru a se lua drept cancer. Și lucrul e așa de adevĕrat, că une-orĭ sub nicĭ un cuvînt nu ne putem pronunța, de cât recurgând la ajutorul microscopuluĭ, prin ridicarea unuĭ fragment și examenul amănunțit.

Maĭ înainte însă de a ajunge aci, să nu uităm un semn de cea maĭ mare importanță, asupra căreia am insistat și care e cu totul decisiv din punctul de vedere clinic. Orĭ-cât de urât și de înșelător ar fi aspectul uneĭ ulcerațiunĭ simple, suprafața sa ca și fongositățile ce oferă aŭ o fermitate în ele; dînsele nu se lasă a fi ridicate cu pulpa degetuluĭ saŭ cu unghia, chiar întrebuințând óre-care forță. Din contra, un produs canceros se bucură de o friabilitate escesivă, așa că putem străbate cu degetul fórte ușor

în acéstă masă, ridicând porțiuni dintr'însa printr'o singură sgârietură cu unghia.

Am avut un cas din cele mai demonstrative pe care-l reproduc pentru instrucțiunea elevilor.

Era vorba de o tînără fată de 22 ani, care presenta pe ambele buze ale coluluĭ o ulcerațiune așa de întinsă, cu spintecăturĭ așa de profunde și cu vegetațiuni numeróse și sângerânde, că am fost pe deplin convins că am a face cu un cancer vegetant. De și prin examenul cu degetul nu am constatat nicĭ o friabilitate, și de și am notat acest semn negativ, totuși am rămas în convingerea mea. Și cu atât mai mult am fost influențat, cu cât în momentul acela, tot pe o fată tînără, constatam presența uneĭ ulcerațiunĭ analóge, dar de astă-dată un adevărat cancer. La ambele uterul presenta un volum ce se simția d'asupra simfiseĭ. In aceeași ședință am practicat și la una și la alta amputația coluluĭ cu ansa galvanică. Eĭ bine, prima bolnavă, după operație mereŭ a avut emoragie. Am făcut un ușor raclaj. După 10 ḑile însă, pentru marea nóstră surprindere bolnava a făcut un avort ce se cunoscea a fi un fet de sex masculin (!)

Am reprodus acest caz care a fost unicul ce m'a înșelat, pentru a arăta de câtă valóre este fermitatea în fongositățile ulcerelor simple, carĭ, orĭ cât s'ar impune drept cancer, nu trebuesc luate ca atare, dacă nu se fragmentéză cu ușurință de pulpa degetuluĭ saŭ sgârietura unghieĭ. Semnul acesta, care trebue considerat ca cel mai patognomonic, se datorește luĭ Laroyenne.

In afară de aceste casurĭ, epiteliomul vegetant aprópe nu are cu cine să mai fie confundat.

II. **Varietatea infiltrată saŭ nodósă de cancer al coluluĭ.** Când este desiminată, va trebui să ne gândim la posibilitatea începutuluĭ de desvoltare a unor fibro-mióme.

Douĕ mai cu sémă sunt semnele distinctive: un nodul de fibrom examinat cu degetul va fi în mod clar separat de țesuturile vecine, ca și cum în substanța coluluĭ s'ar fi introdus o alice saŭ alună. Pe de altă parte mucósa coluluĭ alunecă ușor pe acéstă tumoră ne-avênd absolut nicĭ o aderență cu dînsa. Intr'un cancer lucrurile sunt cu totul inverse: fie unul saŭ mai mulțĭ noduli, limitele lor nu vor fi nicĭ o dată clar circumscrise. Examinând cu atențiune, vom constata indurațiunĭ a țesuturilor împrejurul lor, și mai ales un fel de fășiĭ saŭ bârne fibróse, carĭ se întind pe distanțe mai mult saŭ mai puțin marĭ. Pe lângă acésta, mucósa în loc de a fi cu totul liberă, din contra este aderentă; ea pare a face corp intim cu corpul tumoreĭ. Făcênd examenul cu speculul vom constata o transparență albăstrie a mucóseĭ; acestea ne arată o ulcerațiune iminentă. Tóte aceste semne sunt absolut negative în cas de nucleĭ fibromatoșĭ.

Pentru epiteliomul infiltrat difus, deosebirea între el și o ipertrofie a coluluĭ e fórte greŭ de stabilit. Am arătat la anatomia patologică casurĭ unde autorităţi ca Hegar, Schroeder și alţiĭ, n'aŭ fost în stare să facă acéstă deosebire de cât după ridicarea organuluĭ și examenul sĕŭ la microscop.

III. Cât privesce a treia varietate de **epiteliom ulceros** al cavităţeĭ coluluĭ, diagnosticul sĕŭ e fórte dificil și din cel maĭ delicat. In adevĕr începutul sĕŭ se manifestă prin simple scurgerĭ sanguine, câte o dată intermitente, alte dăţĭ sub formă de emoragiĭ; dar ele ușor se iaŭ drept epifenome a endometritelor fongóse, saŭ a unuĭ polip endo-cervical.

Când suntem chemaţĭ a examina, nu constatăm de cât semne negative; și cu tóte acestea bolnava pierde din forţele sale. Dacă explorând cavitatea uteruluĭ, nu găsim nimic care să ne explice aceste emoragiĭ, și dacă în urma tratamentelor raţionale contra posibilităţeĭ tutulor causelor, ce ar fi capabile să se însoţéscă de acest simptom rĕmân fără succes, suntem în drept a bănui existenţa unuĭ neoplasm ascuns.

Spiegelberg a dat un semn considerându-l ca patognomonic în asemenea casurĭ dificile. Dînsul ar consta în aceea că gâtul uteruluĭ coprins de o ulceraţiune cancerósă devine inextensibil. Prin urmare, dacă introducem un bastonaș de laminarie, spongie preparată, saŭ sondele luĭ Hegar, etc. și nu obţinem nicĭ o dilataţiune a gâtuluĭ uterin, putem afirma că e vorba de cancer. De sigur semnul acesta e logic și învestit de óre-care valóre. Un singur lucru însă e contra luĭ: putem obţine dilataţiunea și cu tóte acestea cancerul să existe. Proba cea maĭ demonstrativă o avem în casurile de cancer coincidând cu o graviditate. Se scie în adevĕr că o femee de și posesóră a unuĭ asemenea neoplasm, totuși facerea se efectuéză, graţie tocmaĭ dilataţiuneĭ coluluĭ canceros.

Dar când ulceraţiunea cancerósă se află în a doua periódă, adică când mucósa face eversiune și se acopere de muguri cărnoși, se póte prin aspectul și forma ce va îmbrăca să se impue drept un polip glandular al coluluĭ. Aci singurul semn stă în gradul de fermitate saŭ friabilitate a ţesutuluĭ, asupra căruia am insistat, precum și a diferitelor altor simptome localĭ, ca fixarea uteruluĭ, tensiunea și bride celulo-fibróse în ligamentele largĭ, starea ganglionilor pelvienĭ, starea generală a bolnaveĭ și celel'alte semne ce am descris la anatomia patologică.

In 1888, Troisier a dat un semn fórte curios, și putem dice chiar paradoxal, al cancerului colului și al uterului. Dînsul ar consta în presența unei adenopatii, saŭ cel puțin în prinderea unuĭ singur ganglion din regiunea supra-claviculară stângă, fără ca plămânii saŭ ganglionii prevertebralĭ să fie prinșĭ. Acésta ar resulta după autor, că limfa contaminată plecată de la uter, s'ar vărsa printr'un fel de reflux în dreptul cotuluĭ canaluluĭ toracic, unde acești ganglionĭ se deschid prin trunchiurĭ extrem de scurte. In ceia ce ne privesce, absolut nicĭ odată n'am constatat acest lucru. La cas de s'ar găsi, dînsul ar constitui o contra-indicațiune absolută de la orĭ-ce intervențiune.

Terminăm cu diagnosticul repetând că, atuncĭ când ravajele cancerului aŭ atins ultima perióda, totul se impune de la sine. In acest cas nu ne rĕmâne de cât a constata faptul, a arăta gradul de coplesire și extensiune al neoplasmuluĭ în organele vecine ca băsică, rect, țesutul celular al părților vecine, etc.

Cu tóte acestea, și în acéstă perióda încă există un diagnostic diferențial de pus. Este vorba de o leziune proprie vaginuluĭ ce se găsesce în special la femeile bĕtrîne. Dînsa constă în aceia că vaginul, la o etate înaintată, suferă o retracțiune particulară; efectul este de a forma o strîmtorare saŭ maĭ bine dis o coarctațiune a segmentuluĭ superior, așa în cât părețiĭ vaginuluĭ în acest nivel tind a se apropia între dînșiĭ și chiar a se suda, nelăsând de cât un mic orificiŭ. D'asupra acesteĭ stricturĭ e posibil să se acumuleze diferite secrețiunĭ vaginale; ele prin stagnațiunea lor sufere o ast-fel de alterațiune, în cât prin odórea fetidă simuléză un cancer. Cred că este destul a fi preveniți pentru a evita asemenea erorĭ.

Prognosticul. E de prisos a insista asupra acestuĭ punct. Terminațiunea este cu totul fatală, și proprie orĭ-căruĭ neoplasm malign, maĭ ales dacă se lasă la mersul sĕŭ natural. Maximul de durată după observațiunile tutulor autorilor ar fi de la 12—17 lunĭ. Lucrul însă depinde în special de douĭ factorĭ: de etatea bolnaveĭ și de gradul de resistență al țesuturilor coplesite în cancer. In adevĕr, cu cât femeea va fi maĭ tînĕră, cu atât mersul cancerului va fi maĭ repede. La femeile bĕtrîne evoluțiunea e maĭ torpidă, maĭ lentă, așa în cât ele pot resista maĭ mult, probabil din causă că principiul vitalităței este maĭ stins.

Dar ceia ce asigură durata maĭ lungă a bóleĭ, este cu deosebire starea țesutuluĭ ce înconjóră neoplasmul. Dacă acest țesut

intră repede în starea adultă fibrósă și cu putere retractilă, de sigur va forma o barieră destul de puternică contra invasiuneĭ neoplasmuluĭ. Din contra, când acest țesut îșĭ va păstra caracterul tinereței, rĕmâind adică în stare embrionară, atunci nu numaĭ că el nu va putea întru nimic resista, dar celulele sale însăși pot deveni sarcomatóse; în orĭ-ce caz ele se lasă a fi cu ușurință infiltrate de producțiunile epiteliomatóse.

Maĭ există încă un agent de favorisare al propagăreĭ neoplasmuluĭ. El constă în operațiunile incomplecte. In prima linie vom pune simpla răzuire a fongosităților ulcerate. Acéstă intervenție în loc de a aduce vre-un beneficiŭ, din contra servă a distruge barierile formate de țesutul conjunctiv și înlesnesc cu modul acesta extensiunea rĕuluĭ. Acésta ar representa deșteptarea printr'o lovitură de biciŭ a uneĭ stărĭ dormitânde; saŭ aprinderea unuĭ foc aruncând un chibrit aprins într'o clae de fîn.

Tratamentul. Presupunem un cas de cancer al gâtuluĭ uterin fără nicĭ o complicație de propagare la organele și țesuturile vecine. Cu alte cuvinte, că ar fi vorba de un neoplasm limitat la gâtul uteruluĭ. Ce conduită vom avea contra luĭ și ce anume tratament radical vom întreprinde? Autorii se împart în două în acéstă privință. Unii preferă a ne mărgini numaĭ în ridicarea porțiuneĭ bolnave, adică în amputarea gâtuluĭ uterin; alții, pentru a asigura și maĭ bine vindecarea definitivă, propun ablațiunea întregului organ, adică isterectomia totală. Noĭ am avut ocasiunea să punem în practică și una și alta din aceste metóde; resultatele le vom arăta prin observațiunĭ.

Maĭ 'nainte însă, credem util a reproduce următorul articol ce am publicat în acéstă privință în „Presa Medicală Română“ din 1895 [1]).

[1]) „Presa Medic. Rom.“ No. 3, Sâmbătă 25 Noembrie 1895.

Consideraţiunĭ asupra cancerului gâtului uterin

de

D-nul Dr. I. KIRIAC, Chirurg Primar

Nicĭ-o chestiune nu a pasionat maĭ mult pe chirurgĭ ca aceea relativ la tratamentul radical al cancerului uterin.

Se ştie că în mod clinic, acéstă afecţiune ni se presintă sub două forme ca sediu şi anume: *cancer limitat* la gâtul uterului şi *cancer al corpului*. Cel d'întâiŭ e de o frecuenţă incomparabilă cu cel de al doilea, al căruia diagnostic este, dacă nu imposibil cel puţin de o extremă dificultate în raport cu primul, ce se impune de la sine într'un mod fórte facil.

Cercetările anatomice aŭ arătat că, un cancer al gâtului, pe lângă evoluţiunea sa proprie, póte să ajungă la maximum de desvoltare fără să copleşéscă corpul; estensiunea sa se opreşte la nivelul istmului. Este demonstrat, că limfaticile gâtului se duc la ganglionii pelvienĭ laterali, acela ale corpului la ganglionii lombarĭ.

Dacă dar lucrul stă ast-fel, atuncĭ tratamentul cel maĭ simplu şi raţional ar fi să ridicăm numaĭ partea bolnavă, adică să facem amputaţiunea supra-vaginală a gâtului numită încă şi operaţiunea luĭ Schroeder. De alt-fel aşa s'a şi urmat multă vreme.

Cu perfecţionarea însă a mijlócelor de emostasă, a aplicăreĭ principiilor antiseptice, precum şi a cunoştinţelor maĭ positive a datelor anatomice, technica isterectomieĭ vaginale fiind pusă pe nişte baze solide, estirparea uteruluĭ a devenit o operaţiune curentă şi aprópe fără nicĭ un pericol.

Atuncĭ, în dorinţa de a se asigura o cură şi maĭ radicală a cancerului gâtului uterin, s'a propus estirparea totală a organuluĭ în loc de a se ridica esclusiv numaĭ partea bolnavă. Şi lucrul în sine e fórte logic. In adevĕr, dacă cu mijlócele de carĭ dispunem, putem face ablaţiunea întregului uter fără pericol pentru bolnavă, pentru ce nu am recurge la acest ultim mijloc extirpând ast-fel rĕul din rădăcina sa? căcĭ în definitiv, cu tótă independenţa vaselor limfatice ale gâtului şi ale corpului, nimenĭ nu ne poate asigura de integritatea perfectă a corpului uteruluĭ, orĭ cât de sus am face amputaţiunea coluluĭ. Incă o dată decĭ, ridicarea

totală a uteruluĭ e mult maĭ rațională de cât aceea a porțiuneĭ bolnave.

Raționamentul este în tocmaĭ analog cu acela al mameleĭ. Nimenĭ nu se gândește și nicĭ nu e permis ca într'un cas de cancer al sânuluĭ să se ridice numaĭ porțiunea bolnavă, fără a se face ablațiunea totală a mameleĭ.

Cu tot acest raționament solid însă, practica a arătat un lucru fórte extraordinar și paradox în acelaș timp, anume că:

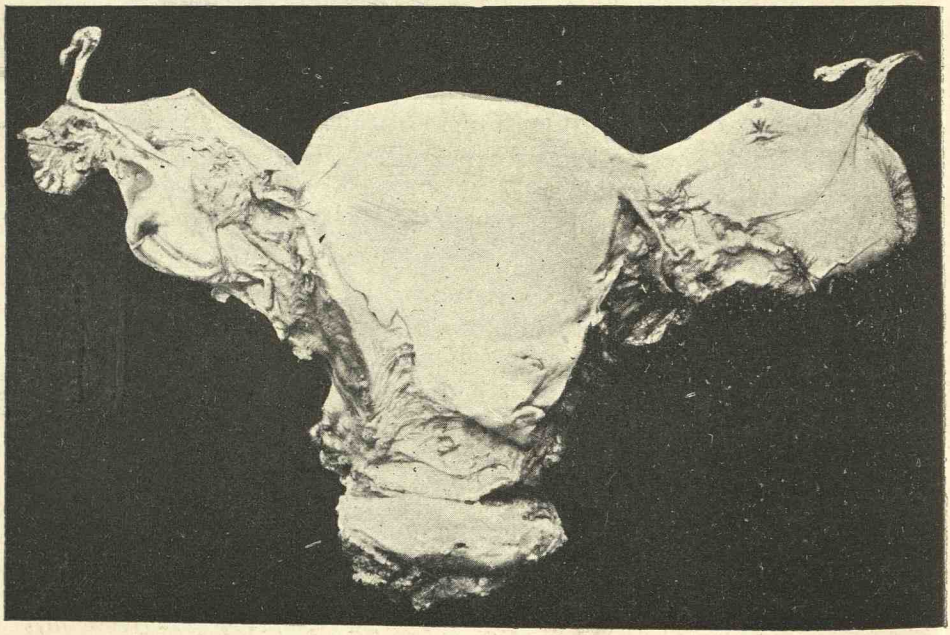


Fig. 62. Cancer al gâtuluĭ uterin extras împreună cu anexele prin isterectomie totală vaginală (personală).

ablațiunea parțială a uteruluĭ, adică amputațiunea sus-vaginală, dă resultate mult maĭ eficace contra canceruluĭ gâtuluĭ uterin de cât ridicarea întreguluĭ organ adică isterectomia.

Nu insistăm asupra polemicelor și incriminărilor reciproce ce-și adresaŭ una alteia clinicele din Berlin și Breslau.

Vom spune numaĭ, că proba cea maĭ elocintă în această privință este statistica rĕmasă celebrĭ a luĭ Schroeder publicată de Hoffmayer. El a arătat acéstă tristă conclusiune că, după 4 anĭ

de la operațiune nicĭ o femee n'a maĭ existat, căreia i s'a făcut isterectomia totală; eraŭ însă în ființă 42%, din acelea cărora nu li s'a făcut de cât amputațiunea parțială.

S'a imputat și s'a acuzat în mod sever Schroeder, că el fiind partisanul operațiuneĭ parțiale, n'a practicat isterectomia de cât în casurĭ desesperate, probabil pentru a compromite această operațiune.

Orĭ cum ar fi însă, majoritatea autorilor pare a înclina maĭ mult în partea luĭ Schroeder.

In ceia ce mĕ privește nu am practicat de cât de 5 orĭ isterectomia totală pentru cancere ale gâtuluĭ. De ele n'am nicĭ o cunoștință, de óre-ce pacientele nu aŭ maĭ venit spre a le vedea. Acum 2 anĭ însă, am operat o femee din Hușĭ, căreia i-am făcut isterectomia totală și a căreia observațiune am publicat'o în „România Medicală" prin d-l Tatușescu. La 2 lunĭ de la operație am primit o scrisóre, prin care se vedea manifest o recidivă, în urma căreia bolnava a și sucombat.

Acum în luna luĭ Maiŭ 1895 am practicat o altă isterectomie pe o femee tînără de 29 anĭ și în condițiunele cele maĭ bune. Cancerul era cu totul limitat la col, absolut fără nicĭ un nodul saŭ cea maĭ mică inoculațiune pe întregul vagin; uterul era de o mobilitate perfectă și fără nicĭ o deviațiune.

Casul decĭ fiind cel maĭ favorabil posibil, am executat isterectomia în mod fórte ușor și pe calea cea maĭ largă ce se póte imagina.

In adevĕr, după cum se póte vedea în figura 62, n'am scos numaĭ uterul ci și ambele anexe împreună cu ligamentele largĭ; nu a rĕmas în loc de cât o mică porțiune, pe care am aplicat pense emostatice.

Am simțit o adevĕrată satisfacțiune în urma acesteĭ operațiunĭ. Eram cu desăvêrșire sigur că de recidivă nu va maĭ fi vorba, de óre-ce o ridicare complectă a rĕuluĭ, ca în cazul de față, nicĭ că se maĭ póte imagina.

Dupe operație totul s'a petrecut în cea maĭ perfectă ordine; nicĭ o complicație.

Femeea la ieșirea sa din spital nu presenta în locul operat de cât o fórte mică indurațiune, pe care am luat-o drept inflamatorie și proprie orĭ căreĭ reparațiunĭ.

Câtă decepțiune însă n'am simțit, când după 5 lunĭ de la operație, bolnava a revenit în spital cu una din recidivele cele maĭ înspăimântătóre și în afară de orĭ-ce intervențiune.

Intregul vagin cu fundurile de sac sunt copleșite de neoplasm, așa în cât nu rĕmâne bolnavei de cât o simplă compătimire, fără a-i putea veni cu nimic în ajutor.

Póte fi decĭ o altă probă maĭ demonstrativă de ineficacitatea isterectomieĭ totale în cas de cancer al gâtuluĭ de cât casul nostru? Căcĭ dacă și cu acéstă ablațiune monstră, unde s'a scos totul și totușĭ recidiva a revenit așa de repede, se maĭ póte óre încerca alt-ceva maĭ mult de cât atâta? socotesc că nu. Și să se noteze, că operațiunea am făcut-o fórte ușor și fără să fiŭ silit a face bascula uteruluĭ, care mi-ar fi permis a crede la o grefare a neoplasmuluĭ; și cu tóte acestea repet, dînsa n'a folosit absolut la nimic. Ce să maĭ zicem de casurĭ maĭ grele unde din pricina aderențelor, manoperele chirurgicale se complică, iar cu dînsele șansele de inoculațiunĭ se măresc?

In opositiune cu aceste fapte, am un alt cas de cancer al gâtuluĭ pe care l'am operat sunt acum 5 anĭ.

Este vorba de D-na X femeia unuĭ D-n căpitan din Piatra-N., care în 1890 a intrat în spitalul Colțea cu un cancer al coluluĭ din cele maĭ clasice.

Ținându-se sémă pe de o parte de forma prea mare de ciupercă ce oferea neoplasmul, iar pe de altă parte de mobilitatea destul de limitată a uteruluĭ, n'am îndrăsnit să-ĭ fac isterectomia totală; m'am mărginit pur și simplu a practica amputațiunea supra-vaginală a coluluĭ cu ansa galvanică. De atuncĭ și până azĭ femeea se bucură de o sănătate perfectă.

Intâmplarea a făcut, că acum 3 lunĭ, acéstă D-nă să vie în Bucurescĭ coprinsă de nisce durerĭ exasperante, carĭ plecate din basin se iradiaŭ în tóte părțile din prejur și organele vecine.

Fiind chemat, eram curios să véd cele petrecute cu dînsa. Am constatat în vagin și prin abdomen o împăstare totală, o tărie de lemn și o fixitate colosală a uteruluĭ, totul formând un adevĕrat plastron.

Am fost fórte mult influențat de acéstă stare: credeam că mĕ aflu în fața uneĭ recedive raportându-se la boala pentru care am operat-o acum 5 anĭ. De și pacienta ne spunea că fenomenele acestea aŭ venit în mod brusc, căcĭ până aci era cu totul sănătósă; de și limba uscată, pulsul și starea eĭ generală arăta un proces inflamator, totușĭ o repet, credĕnd într'o recidivă, am recurs la un consult. Un confrate fórte distins a susținut categoric, că e vorba de o recidivă. Dar dupĕ cât-va timp am vĕdut că mĕ aflam în fața unuĭ flegmon retro-uterin, pe care

deschiḍêndu-l prin fundul de sac posterior am scos o cantitate enormă de puroiŭ de cea maĭ bună natură, fără să fi fost vorba de nicĭ o urmă de recidivă. Bolnava a plecat cu totul sănătósă.

Iată dar unul din casurile cele maĭ demonstrative de succesul netăgăduit al amputaţiuneĭ supra-vaginale pentru tratamentul cancerului gâtuluĭ uterin.

Acum am în serviciŭ o femee de vre-o 45 anĭ, căreia i-am făcut iarăşĭ isterectomia totală pentru un cancer al corpuluĭ, fără a avea lesiuni manifeste pe col şi ale căruĭ simptome nu se manifestaŭ de cât prin emoragiĭ rebele şi un facies suspect neoplasic. Voiŭ urmări şi acéstă bolnavă pentru a vedea resultatul depărtat al operaţiuneĭ.

Până atuncĭ credem, că isterectomia totală orĭ cât de uşor s'ar face, totuşĭ fiind însoţită de manipulărĭ maĭ numeróse ca în amputaţiunea simplă supra-vaginală, tot-d'a-una va oferi un câmp maĭ larg pentru inoculaţiuni. Şi aşa fiind, cu tótă aparenţa sa de operaţiune radicală, rĕmâne pe un plan mult maĭ inferior ca ridicarea esclusivă a gâtuluĭ, *maĭ ales dacă o vom practica cu ansa galvanică*, prin care evităm orĭ ce deschidere de vase şi decĭ orĭ-ce şansă de inoculaţiune. De alt-fel Crobak susţine, că isterectomia totală măresce şansele de recidivă, favorizând inoculaţiunile operatorĭ prin deschiderea largă a limfaticelor ţesutuluĭ celular.

Iată acum observaţiunea maĭ amănunţită a casuluĭ ce ne preocupă, observaţie luată de D-nul Th. Vasilescu.

Cancer al gâtuluĭ uterin. Isterectomia totală vaginală. Recidivă.

„Anica Simion de 29 anĭ, vĕduvă, depr ofesie spălătorésă, domiciliată în Bucurescĭ intră în serviciul de Ginecologie al D-luĭ Dr. Kiriac la 20 Aprilie 1895 cu Epiteliom al gâtuluĭ uterin.

Anamnesa. Părinţiĭ i-a perdut din copilărie. Aŭ fost 6 copiĭ la părinţi, din carĭ 2 aŭ murit la etăţĭ micĭ, iar patru trăesc şi sunt sănătoşĭ. Menstruată la 13 anĭ, puţin abondent, dura 2—3 ḍile, fără durerĭ. Atât înainte cât şi după menstrue avea o scursóre albă mucósă, une-orĭ destul de abondentă. Intervalul între menstruĭ era de 4 săptĕmânĭ.

La 17 anĭ a suferit de friguri.

La 19 anĭ se mărită. In curând rĕmâne gravidă, suportă bine, naşce uşor.

După 4 anĭ rĕmâne din noŭ gravidă. Facerea uşóră şi la termen. Copilul trăesce.

După un an și jumătate rămâne iarăși gravidă. De astă dată are un avort de 3 luni. Acest avort i-a produs nisce dureri fórte vii în abdomen și lombe. Aceste dureri se iridiaŭ în spate și în umĕr; în jos coprindea tot piciorul stâng.

Emoragia a fost mare timp de 6 săptĕmâni, dar mai ales în întâia săptĕmână.

De la acest avort rĕmâne cu dureri în mijloc, iar menstruele îi vin neregulat între 2 și 3 săptĕmâni, însoțite de mișcare febrilă și accentuarea durerilor. Sufere adesea de constipație, are une-ori turburări în micțiune și din timp în timp urina e sanguinolentă și cu deposite.

Are cefalalgie continuă, palpitație, amorțélă a degetelor, crampe musculare, furnicături în picióre, edem al membrelor inferióre, însă numai înaintea menstruației.

Starea locală. Prin tușeŭ, vaginul are părețiĭ cu totul intacți, colul dirijat înapoĭ, buzele resfrânte în afară și cu mamelóne la suprafață; colul dur, ușor dureros și mucósa mai mult aderentă. Cu unghia putem deslipi ușor micĭ bucăți din col, orificiul coluluĭ deschis și coprins de ridicături mamelonate.

Corpul uteruluĭ tare, globulos, după reducere fundul se simte la 4 degete d'asupra simfiseĭ. Anexele din drépta se simt manifest prin examenul combinat; aŭ mărimea uneĭ nucĭ, sensibile.

Anexele din stânga se simt maĭ marĭ, ambele anexe nu se simt manifest prin fundul de sac, dacă nu se face și palpeul abdominal.

Prin explorațiunea abdominală nu descoperim nicĭ o împăstare ganglionară, dar regiunile sunt sensibile.

In urma esplorației vaginale s'a produs o scurgere de sânge.

Bolnava la intrare în serviciŭ declară, că doresce a-ĭ trece scursórea vaginală, durerea lombară, durerea de cap și constipația.

12 Maiŭ. Operația. Isterectomie totală vaginală împreună cu anexele. Procedeul a fost cel clasic și fără a se face bascula uteruluĭ. In afară de 2 pense Richelot puse pe fie-care ligament larg, s'aŭ aplicat alte 6 pense pe diverse pedicule.

După terminarea operației s'a vĕdut o ansă intestinală în fundul de sac peritoneal deschis.

S'a introdus și s'a umplut tot vaginul cu tifon iodoformat, lăsându-se tot odată și tóte pensele în vagin.

Bolnava a fost anestesiată cu cloroform Schering. Cantitatea 25 grame.

Ca accidente în timpul cloroformisărei putem nota că: res-

piraţia a fost neregulată cu congestia feţeĭ; acésta a necesitat întreruperea narcoseĭ de maĭ multe orĭ. Eforturĭ de vărsăturĭ către sfârşitul operaţieĭ şi în urmă chiar vărsăturĭ.

Măsurătórea uteruluĭ. Măsurând uterul de la fund la orificiul extern găsim 10 c. m. Distanţa de la o trompă la alta 18 c. m. Grosimea uteruluĭ luată printr'un ac, care străbate de la faţa posterióră la cea anterióră, arată 4 c.m.

Circomferinţa anexelor 8 c.m.

Greutatea uteruluĭ împreună cu anexele 200 grame.

Disecându-se uterul s'a constatat cu ochiĭ liberĭ, că neoplasmul nu trece dincolo de istm.

Părepĭĭ sunt aşa de groşĭ, că trece de 2 c.m. şi fórte tarĭ; iar cavitatea uterină e aprópe ştérsă.

Ovarul stâng, care e maĭ tumefiat, s'a găsit plin cu sânge, în cel drept nu s'a găsit nimic. In ambele trompe afară de o sclerosă nu se găsesce nimic macroscopicesce.

14 Maiŭ. După 48 de ore de la operaţie se scot pensele în numĕr de 8. La scóterea ultimeĭ bandelete de tifon, care era pusă între buzele plăgeĭ, s'a observat scurgerea uneĭ cantităţĭ de sânge venos.

S'aŭ făcut largĭ spălăturĭ cu sublimat corosiv 1 $^0/_{00}$, s'a umplut vaginul cu tifon iodoformat şi s'a recomandat bolnaveĭ o clismă, de óre-ce avea pântecele destul de balonat. Imediat după pansament bolnava a avut o vărsătură abondentă de o colóre verdue. Până acum însă temperatura n'a fost maĭ ridicată ca 37^4, iar pulsul 80—90.

15 Maiŭ. Abdomenul escavat.

20 Maiŭ. Cicatrisarea e complectă a fundului de sac. Bolnava umblă fără a simţi vre-o durere.

3 Iunie. Examinată cu speculul se zăresce în fundul vaginuluĭ o cicatrice infundibuliformă avênd fundul puţin cenuşiŭ.

Prin tuşeŭ se simte în locul operat aceiaşĭ cicatrice mobilă cu marginele indurate.

3 Iulie. Bolnava iese din spital considerată cu drept cuvînt ca complect vindecată.

20 Octombrie. Bolnava intră din noŭ în serviciŭ cu dureri marĭ în abdomen, cu o scursóre muco-sanguinolentă de un miros insuportabil.

Prin examenul vaginal dăm imediat de o tumoră neregulată care coprinde întregul vagin; în mijloc se găsesce un orificiŭ larg, care lasă să intre întreg degetul indicator, fără a putea da de fund.

Prin acest orificiŭ iese o materie purulentă murdară din cele mai infecte".

Cu tóte acestea isterectomia n'a fost părăsită în tratamentul cancerului, așa că astădĭ dînsa împreună cu amputația supra-vaginală a colului, constitue singurele două operațiuni radicale ce avem la dispositie pentru a combate acest rĕŭ. Nu vom descrie ambele metóde după datele clasice. Este sciut însă că aprópe fiecare operator aduce modificări în procedee, fie siliți de circumstanțe, fie cu scop de a ameliora modus faciendi, asigurând mai bine reușita operației.

Începem întâiŭ cu amputațiunea gâtului uterin. Acésta se face în două moduri: saŭ ne mărginim pur și simplu în a decapita porțiunea vaginală a colului, aplicând secțiunea de jur împrejur la limita fundurilor de sac vaginale fără a le deschide; saŭ împingem disecțiunea până în dreptul istmului. Dar acésta nu se póte obține de cât deschidênd prealabil fundurile de sac, de unde și numele de amputațiune supra-vaginală a colului.

Prima operațiune se face în casuri cu totul limitate ale cancerului, adică când rĕul nu coplesește de cât marginele din buzele colului, întregul rest al mucóseĭ rĕmânând intact.

Iată cum procedăm. După ce prealabil se face antisepsia vaginului, apucăm cu o pensă cu dinți colul și căutăm a-l aduce la orificiul vulvar. Aplicând bisturiul la o mică distanță de fundul de sac anterior — trecênd însă de limitele rĕului — tragem o incisiune de la stânga la drépta coprinḍênd mucósa până la țesutul colului și în tótă lărgimea sa. Cu pulpa degetului saŭ cu un instrument bont ridicăm acest guler de mucósă. Atunci atacăm parenchimul organului în tótă grosimea sa, secționându-l iarăși de la o latură la alta. In cas de deschiderea arterelor vaginale și uterine aplicăm pense. După aceia cu acul Reverdin reunim lamboul, de mucósă cu bontul țesutului uterin. Ansele firelor nu le tăiem, servindu-ne ca mijloc de a fixa uterul spre a nu fugi înăuntru.

Dacă epiteliomul a fost limitat numai la buza anterióră, operațiunea e terminată. Cel mult pentru a fi și mai siguri putem incisa și mucósa de pe buza posterióră întocmai ca și pentru o endometrită. Când însă neoplasmul a coplesit întregul col, atunci procedăm și la resecțiunea buzeĭ posterióre întocmai precum am făcut mai sus. Deosebirea este că cu o pensă cu dinți ridicăm acéstă buză în sus, pentru a ataca mucósa către fundul de sac posterior. După ablațiune, aplicăm legături și suturi. Când totul e terminat tăiem firele și operația e isprăvită.

Unii autorĭ preferă a începe operaţiunea prin spintecarea comisurilor colului. Noĭ nu recomandăm acest procedeŭ fiind capabil a determina inoculaţiuni, de óre-ce suntem siliţi a lucra în plin ţesut neoplasic.

Am avut ocasiunea să practic acéstă operaţiune în maĭ multe casurĭ, însă cu ansa galvanică, tocmaĭ pentru cuvîntul de a evita producerea uneĭ suprafeţe sângerânde şi a nu înlesni astfel posibilitatea vre-uneĭ inoculaţiuni. După ablaţiune aplicăm puncte de suturĭ; căutăm a acoperi bontul cu porţiunea rĕmasă din mucósa vaginală. Alte dăţi am recurs direct la fierul roşu cu aparatul Paquelin. Am găsit însă că mijlocul acesta e maĭ lung şi oferă dificultăţi maĭ marĭ ca cel precedent, de al căruĭ resultat tot-d'a-una am fost mulţumiţi.

Acésta e operaţiunea cea maĭ simplă ce se póte aplica canceruluĭ uterin. Din nenorocire ocasiunile sunt rarĭ, căcĭ în general bolnavele nu recurg la ajutorul nostru de cât în perióde mult maĭ înaintate.

A doua operaţiune iarăşĭ radicală şi asupra căreia am insistat este amputaţiunea supra-vaginală a coluluĭ, numită încă şi *operaţiunea luĭ Schroeder*. Dînsa se face întocmaĭ ca şi cum am voi să practicăm isterectomia totală pe calea vaginală. De aceia nu ne vom opri mult asupra eĭ, avênd ocasiunea să revenim maĭ în detaliŭ la capitolul următor. Principiul însă constă în acésta că trebue să desinserăm fundurile de sac vaginale şi să mergem înainte deslipind fundul băşiceĭ de uter, iar înapoĭ rectul de acelaşĭ organ. Când în părţile laterale am asigurat emostasa, puind pense saŭ legăturĭ pe arterele uterine, secţionăm şi acéstă regiune. Atunci gâtul uteruluĭ fiind cu totul liberat, căutăm a-l secţiona în porţiunea sa cea maĭ superióră, în nivelul şi chiar d'asupra istmuluĭ, fie cu bisturiul saŭ ansa galvanică. Restul se complectéză prin aplicarea de suturĭ precum am arătat.

Dacă este adevĕrat că epiteliomul gâtuluĭ uterin nu are tendinţă a copleşi corpul de cât în perióda cea maĭ ultimă a evoluţiuneĭ sale, suntem de acord — cu cea maĭ mare parte din autorĭ a uza pe cât e posibil numaĭ de operaţiunea luĭ Schroeder, ca fiind suficientă pentru a ridica rĕul.

In plus, chiar dacă am admite că ablaţiunea totală a uteruluĭ nu ar fi maĭ periculósă de cât amputaţia supra-vaginală — ceia-ce e departe de adevĕr — încă acésta n'ar constitui un argument pentru a mutila femeea ridicându-ĭ întregul organ, când e posibil a se bucura de aceleaşĭ avantage ridicându-i-se numaĭ o porţiune,

dintr'însul. Și dacă mai luăm în considerație observațiile date de Vinter și Otto, că după operațiunea lui Schroeder a avut 4 casuri unde femeile cu amputația supra-vaginală a coluluĭ aŭ rĕmas gravide și aŭ născut la termen, socotim că suntem în tot dreptul a fi partisanĭ acesteĭ operațiunĭ a luĭ Schroeder.

Cu tóte acestea isterectomia vaginală totală are mulți partisani; ea tinde a ocupa primul loc formând metóda de predilecțiune pentru combaterea acesteĭ bóle. Și cu atât mai mult rațiunea acesteĭ operațiunĭ pare legitimată, cu cât nu tot-d'a-una neoplasmul rĕmâne limitat la col. In fig. 63 avem un esemplu demonstrativ. Aci cancerul nu numaĭ că a făcut invaziune în cavitatea uterină, dar noĭ am constatat după isterectomia abdominală totală, degenerescența neoplasică chiar în substanța ovarelor. De alt-fel examenul microscopic al pieselor s'a făcut în laboratorul Prof. Obregia și decĭ îndoială numaĭ póte fi. Dar am avut mai multe alte asemenea casurĭ, în carĭ corpul uteruluĭ era manifest copleșit de cancerul plecat de la col.

Isterectomia totală vaginală. Acéstă operațiune numită încă și colpo-isterectomie, a fost practicată pentru prima óră în 1813 de Langenbeck. Dînsul a extirpat uterul în totalitatea luĭ prin calea vaginală pentru o bólă presupusă cancerósă. Mult timp lumea nu a crĕdut în efectuarea acesteĭ operațiunĭ; a fost însă convinsă când după 30 anĭ, pacienta murind, autopsia a demonstrat în adevĕr că întregul uter fusese perfect ridicat.

A doua epocă e representată în persóna luĭ Recamier. Dînsul în 1829 a practicat cu succes acéstă operațiune într'un singur cas.

Până la 1879, aprópe nu se maĭ vorbesce de acéstă operațiune, când Czerny și Billroth reușesc prin succesele lor să dea un avênt fórte mare isterectomieĭ.

Astădĭ isterectomia vaginală a intrat în luptă cu noua metódă ce ni se oferă: uterul să fie scos prin calea abdominală, iar nu pe calea vaginală ca până acum.

Sunt o mulțime de procedee pentru colpo-isterectomie. Vom insista asupra celuĭ mai curent procedeŭ pe care-l întrebuințăm și noĭ. Dînsul se bucură de bună favóre în Franța și e patronat maĭ ales de Richelot. Nu vom descri un anume procedeŭ, ci așa precum fac eŭ în serviciul meŭ.

Se antiseptiséză bine vaginul și se așéză bolnava în posițiunea dorso-sacrală. Noĭ suntem contra metódeĭ ca prealabil să se facă exereza mugurilor cărnoși cu lingura saŭ alt instrument

tăios. Trebue să avem la dispositie ajutóre suficiente și instrumente în abondență, în special pense fixe lungĭ Terrier, Richelot etc. Totul fiind gata și bolnava anestesiată, apucăm colul cu un clamp, aplicându-l pe cât posibil în positiunea sănătósă a coluluĭ, pentru ca în timpul tracțiuneĭ țesuturile să nu se rupă. Punem cele două valve ale luĭ Sims, una pe părețele anterior și alta pe cel posterior al vaginuluĭ, pe care-l dilatăm în mod larg. Colul fiind bine apucat și tras la nivelul vulveĭ, noĭ de obiceiŭ scótem valva anterióră pentru a ne lăsa câmpul operator liber. Atuncĭ cu bisturiul tragem o incisiune în dreptul inserțiuneĭ fundului de sac anterior al vaginuluĭ; mergem de la o latură de alta fără a atinge părțile laterale. Cu pulpa degetuluĭ începem a deslipi acest lamboŭ în sus căutând a respinge fundul băsiceĭ. Dacă lucrurile se presintă ușor, putem fără multă dificultate să mergem cu acéstă disecțiune până atingem fundul uteruluĭ. In caz de a întâmpina aderențe, le distrugem prin ajutorul unor fórfecĭ curbe conduse pe degetul nostru și tot-d'a-una tăind spre uter. Să ne ferim însă a nu intra în țesutul uterin; prin acésta mărim greutățile în mod colosal făcênd chiar operațiunea imposibilă: credem a avea a face cu aderențe largĭ și gróse, pe când în realitate lucrăm în substanța uteruluĭ. Este de recomandat a se evita întrebuințarea orĭ-căruĭ instrument; în cas escepțional vom preferi fórfecele curbe. Dacă credem de cuviință, putem introduce o sondă metalică în băsică; prin dese manipulărĭ preîntâmpinăm lezarea acestuĭ organ.

Când dar am reușit a menaja băsica, ajungem d'asupra istmuluĭ uterin. Aci peritoneul este destul de aderent de uter unde reflectându-se pe băsică formézĕ fundul de sac vesico-uterin. Cu ajutorul degetuluĭ maĭ tot-d'a-una reușim a sparge acest fund de sac; rarĭ sunt casurile când suntem siliți a întrebuința pensa luĭ Lister. Orĭ cum ar fi, orificiul de deschidere o dată obținut, îl lărgim rupând serósa în laturĭ cu degetul. După acésta înaintăm fórte ușor pe fața anterióră a uteruluĭ până la fundul sĕŭ. Când decĭ am ajuns la fundul uteruluĭ — și avênd mâna curată, spălată în sublimat — căutăm a simți marginea ligamentelor largĭ. Trecem apoĭ la buza posterióră a coluluĭ, pe care o ridicăm în sus. Aplicăm de asemenea bisturiul la inserțiunea fundului de sac vaginal corespondent și tragem o incisiune de la o latură la alta, dar iarăși respectând părțile laterale. Incepem și aci iarăși cu degetul a împinge deslipirea, păstrând tot-d'a-una ca punct de reper contactul degetuluĭ cu părețele posterior al ute-

ruluĭ. Și tot ast-fel înaintăm până când atingem fundul uteruluĭ și din acéstă parte. Rupem fundul de sac peritoneal și căutăm a încăleca în laturĭ marginea superióră a ligamentuluĭ larg.

După acésta ne întórcem la părțile laterale ale corpuluĭ uterin în dreptul părților laterale ale coluluĭ, acolo unde secțiunea nu s'a complectat. Aci căutăm prin deget să deslipim mucósa de colul uteruluĭ. Dacă e posibil aplicăm o legătură de fie-care parte căutând a nu ne depărta de col. Secționăm acésta mică punte. Apoĭ cu degetul căutăm a deslipi țesutul celular respingându-l în sus, dar cu multă precauțiune pentru a nu-l rupe. Une-orĭ simțim pulsațiunile arterei uterine; o pensăm saŭ o legăm cu un fir. Tot-d'a-una vom avea present în spirit situațiunea ureterei precum și raportul séŭ cu artera uterină; pensa saŭ legătura vor fi aplicate cât maĭ aprópe de păretele uterin. Dacă avem óre-care dificultățĭ, punem o pensă fixă și lungă și de o parte și de alta, iar apoĭ cu fórfecele tăiem înainte spre col.

Cu modul acesta gâtul uteruluĭ împreună cu corpul séŭ sunt perfect degajate. Atuncĭ introducem din noŭ mâna; căutăm ca cu indicatorul să trecem pe fața anterióră a uteruluĭ și dincolo de fundul séŭ, indoindu-l pe marginea superióră a ligamentuluĭ larg; degetul mediŭ, saŭ dacă e cu putință policele, va tinde și el, trecênd pe fața posterióră a ligamentuluĭ larg, să întâlnéscă pulpa indicatoruluĭ. Când suntem siguri că avem în mână ligamentul larg și nu este nimic interpus — în special vre-o ansă intestinală — luăm o pensă lungă dréptă Terrier; ramurile deschise fiind le introducem ușor la o mică distanță de marginea uteruluĭ. Când din noŭ ne asigurăm prin degete că în ramurile penseĭ nu este de cât ligamentul larg, închidem pensa solid până la ultima opritóre. Dupĕ aceea luăm nisce fórfecĭ lungĭ drepte și tăem ligamentul larg între pensă și uter răzênd păretele acestuĭ organ. Odată secțiunea făcută, restul operațiuneĭ e fórte ușor. Uterul se cobóră cât voim; manopera din partea opusă devine de o facilitate extra-ordinară. Aplicăm decĭ și aci o pensă identică, secționăm, și uterul ne rămâne în mână.

Dar acesta este idealul de simplicitate al isterectomieĭ. Une-orĭ avem fórte marĭ dificultățĭ, așa că suntem siliți a recurge la maĭ multe manopere pentru spargerea fundurilor de sac peritoneale. Câte o dată totul este favorabil așa că în momentul explorațiuneĭ putem apuca ambele anexe și a le scóte de odată cu uterul în plagă. Atuncĭ bine înțeles pensele se vor pune

în afară de acestea, după care secționând, avem în față întregul aparat genital al femeeĭ așa precum se vede în figura 62.

Ni s'a întâmplat însă ca să nu scótem de cât anexele dintr'o parte, iar alte orĭ pe nicĭ unul. De alt-fel regula e stabilită la cea maĭ mică dificultate să ne abținem nu numaĭ de la ablațiune, dar chiar de la explorarea anexelor, pentru a nu îngreuna operațiunea.

Sunt în fine o mulțime de alte incidente operatorii, carĭ sunt greŭ de prevĕzut și de descris.

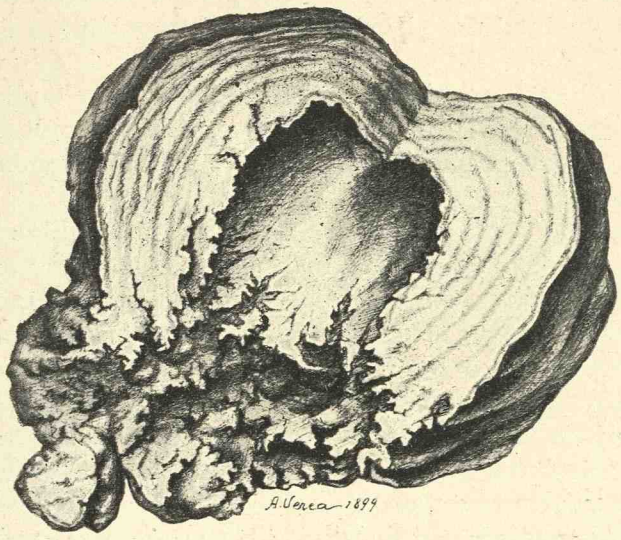


Fig. 63. Model de propagare a cancerului de la gât la corpul uterin (personală).

Acestea sunt în principiŭ regulele carĭ trebue să ne conducă în isterectomia vaginală. Descripțiunea făcută este aceea pe care o aplic în serviciul meŭ.

Se obicinuesce de unĭ imitarea metódeĭ luĭ Martin : odată uterul bine liberat și fundurile de sac peritoneale deschise, se apucă uterul cu o pensă fixă de fundul sĕŭ și se restórnă înainte iar colul înapoĭ, formând ceea ce se numesce *bascula uteruluĭ*. Acésta ar avea de scop să înlesnéscă mult aplicarea penselor emostatice. Noĭ însă suntem contra acestuĭ procedeŭ ca fiind capabil a provoca infecțiunea peritoneuluĭ prin introducerea neoplasmuluĭ în interiorul cavitățeĭ sale.

Deja Billroth, Leopold și Olshausen aŭ condamnat acest mod de a procede. Din contra, noĭ fără a ne gândi la basculă, căutăm ca nicĭ degetul să nu se pue în contact cu burgeoniĭ neoplasicĭ. Pentru acésta acoperim colul cu un tifon sublimat saŭ iodoformat și apoĭ aplicăm pensa de fixațiune și în urmă începem operația.

Une-orĭ operațiunea de și terminată nu putem însă extrage uterul din pricina volumuluĭ sĕŭ; acésta formézĕ incidentul cel maĭ desagreabil. Nu ne rĕmâne atuncĭ de cât să extragem uterul prin bucățĭ (Péan) saŭ să-l tăem în douĕ (Müller), practicând ceea-ce se numesce emisecțiunea uteruluĭ. Morfoléla acésta însă nu e de loc avantagiósă pentru bolnavă: dînsa o póte expune la inoculațiunĭ și infecțiunĭ sigure, putându-ĭ compromite existența.

Acésta este metóda de isterectomie prin aplicarea penselor emostatice și lăsate în loc. Ea este fórte mult vulgarisată în Franța avênd ca apărătorĭ pe Péan, Pozzi, Segond, Quénu, Müller, etc.

In Germania se preferă isterectomia prin mijlocul aplicăreĭ legăturilor și decĭ escluderea orĭ căreĭ pense. Nu încape nicĭ o îndoială că metóda acésta, ce aparține luĭ Martin, e mult maĭ superióră celeĭ d'întâiŭ și de sigur orĭ de câte orĭ circumstanțele ar permite, trebue să-ĭ dăm preferință. Uterul degajat și fiind posesorĭ pe ligamentele largĭ, avem douĕ procedee: unul constă a aplica la baza ligamentuluĭ larg la óre-care distanță de uter, prin acul luĭ Cooper, un fir de mătase coprinḑênd în ansa sa o grosime convenabilă din ligament. După ce am strâns bine firul și am făcut nodul, tăem acéstă porțiune de ligament cât se póte maĭ aprópe de uter. Unĭĭ aplică pense pe acest mic lamboŭ secționat pentru a preveni emoragia din partea uteruluĭ. Alțiĭ însă se abțin, căcĭ — exercitând tracțiunĭ pe col pentru a scoborî uterul — orĭ-ce scurgere de sânge încetéză. In orĭ-ce caz, după aplicarea primuluĭ punct de legătură căutăm a coborâ uterul; înfigem acul Cooper d'asupra primuluĭ punct, și aplicăm al doilea fir; din noŭ secționăm ligamentul, după ce prealabil am făcut nodul. Și tot ast-fel mergem treptat până ce am aplicat maĭ multe puncte pe întregul ligament larg. De obiceiŭ treĭ puncte de legătură sunt suficiente; ele coprind artera uterină, a ligamentuluĭ rotund și utero-ovarienă.

După ce ast-fel am secționat întregul ligament dintr'o parte, trecem în cea-l'altă unde lucrul devine maĭ ușor, grație aducereĭ complecte a uteruluĭ la orificiul vulvar. Procedăm și aci în ace-

lași mod ca în partea opusă: aplicăm legăturile necesare, după care secționând ligamentul, uterul ne rămâne în mână. După procedeul pur al lui Martin, niște asemenea legături emostatice se aplică și chiar pe pareții vaginali mai înainte de a deschide fundurile de sac peritoneale. Acéstă precauțiune e fórte bună. Prin ea, suprimând scurgerea sanguină în masă a vaginului, ne lasă câmpul operator uscat, ceia ce e un enorm avantagiŭ pentru restul operațiuneĭ. Iarăși Martin preferă a începe incisiunea prin fundul de sac posterior al vaginului; și numaĭ când a terminat cu totul intrând în peritoneŭ, atunci se întórce la cel anterior. Noĭ prin obiceiŭ începem tot-d'a-una prin partea anterióră.

După estracțiunea uterului, introducem în fundurile de sac vaginale larg deschise o bandeletă iodoformată saŭ sublimată; protejăm tot prin asemenea mijlóce și pareții vaginali de compresiunea penselor.

Al doilea procedeŭ constă în a aplica maĭ întâiŭ o pensă lungă emostatică pe tóta înălțimea ligamentului larg și lipită de uter. Apoĭ la óre-care distanță de acéstă pensă procedăm la aplicarea legăturilor. Secțiunea ligamentului o facem între pense și fire prevenind ast-fel orĭ-ce emoragie cât de mică.

Maĭ există încă o metódă de colpo-isterectomie, care are tendința a înlocui pe tóte cele-l'alte. Dînsa constă în a scóte uterul fără pense și fără legături. Acésta s'ar îndeplini prin aplicarea angiotribuluĭ imaginat de Tuffier. Se scie că prin acest instrument, de o putere extra-ordinară, țesuturile sunt atât de sdrobite în cât dispar saŭ rămâne o posghiță maĭ subțire ca o foiță de țigaretă; dînsa secționată nu dă absolut nicĭ o picătură de sânge. In fine ca ultimă metódă vom menționa extirparea uteruluĭ prin calea sacrală. Operațiunea este analógă cu aceea a luĭ Kraske. Cât privesce operațiunea luĭ *Freund*, cu tóte desavantagele ce i s'aŭ imputat ca dând o mortalitate prea mare, totuși e indicată, maĭ ales în casurĭ când uterul, prin volumul sĕŭ cel mare, e fórte greŭ dacă nu imposibil a fi extras prin vagin. Acéstă operațiune constă a face extracțiunea prin calea abdominală, fie direct ca în orĭ-ce isterectomie abdominală totală, fie după ce prealabil am liberat uterul prin calea vaginală, deslipind fundurile de sac și ajungând până la fundul uteruluĭ. Atunci deschidem abdomenul și complectăm operația pe acéstă cale. Acest procedeŭ e și maĭ puțin de recomandat; el e cu totul contra principiilor științifice ca în aceiași ședință să lucrezĭ și în vagin și în peritoneŭ. Acésta însemnéză a expune pe bolnavă la infecțiune sigură. De

aceia preferim, când indicațiunea există, ca ablațiunea uteruluĭ să se facă d'a dreptul prin calea abdominală, fie după metóda Americană saŭ Francesă. Despre ele am vorbit la fibróme.

In fine maĭ avem isterectomia abdomino-vaginală care constitue metóda luĭ Martin. Principiul este acesta: facem întâĭ laparatomia; aplicăm un fir elastic saŭ o legătură dublă în dreptul istmuluĭ. Extirpăm apoĭ anexele împreună cu uterul d'asupra legăturеĭ. Inchidem abdomenul și trecem apoĭ la extirparea gâtuluĭ și bontuluĭ uterin prin calea vaginală ca și cum ar fi vorba de o isterectomie vaginală. Metóda acésta e și maĭ periculósă ca a luĭ Freund. Eŭ o singură dată am aplecat'o; bolnava a murit de peritonită după 48 ore.

Asupra tutulor metódelor și procedeelor ce am descris, nu putem da conclusiunĭ definitive; totul depinde de multe circumstanțe și în special de extensiunea neoplasmuluĭ. Impresiunea nóstră personală este, că isterectomia vaginală e maĭ puțin mortală ca cea abdominală.

Din 10 isterectomiĭ vaginale n'am pierdut nicĭ o bolnavă. Prin isterectomia abdominală totală, din 6 operate am pierdut 3. Causa morțeĭ o datoresc esclusiv șoculuĭ traumatic. In adevĕr, fie în timpul saŭ imediat după operație, bolnavele sunt coprinse de o slăbire și chiar dispariținea pulsuluĭ; el nu maĭ revine cu tóte injecțiunile de ser, ergotină, etc. Bolnavele aŭ murit în absolută plenitudine a cunoscințelor, după 12, maximum 20 ore. La autopsie n'am gasit nicĭ cea maĭ mică urmă de emoragie saŭ început de inflamație.

In afară de tóte aceste metóde și procedee ce în diferite rînduri am pus în practică, am întreprins într'un cas o operațiune cu totul singulară și pot ḑice chiar bizară. Cu tóte acestea dînsa mi-a dat unul din cele maĭ frumóse succese și sunt dispus a o pune în practică și în alte casurĭ.

Avênd a face cu o femee de alt-fel tînĕră, dar destul de palidă și exsangă — din causa multor emoragiĭ frequente și abondente causate de un cancer al gâtuluĭ uterin — am conceput ideia următóre, fiind convins că bolnava nu este capabilă a resista uneĭ operațiunĭ radicale, fie de isterectomie abdominală saŭ vaginală.

Dîndu-se și starea gâtuluĭ uterin, am creḑut că nicĭ chiar amputația supra-vaginală nu ne ar fi oferit șanse de reușită.

In asemenea circumstanțe iată ce am făcut. Am practicat la-

paratomia. Am străpuns cu acul imediat d'asupra istmuluĭ uteruluĭ și am pus un fir dublu de mătase grósă; după ce am înodat de fie-care parte laterală aceste fire, am făcut al doilea nod înainte și înapoĭ, legând extremitățile opuse ale fie-căruĭ fir. Prin urmare în ansele acestor fire am coprins întregul gât supra-vaginal al uteruluĭ și decĭ și artera uterină.

După acésta am procedat la ablațiunea ambelor anexe, rezecându-le în nivelul córnelor uterine, după aplicarea prealabilă de fire duble cu mătase. In fine am fixat fundul uteruluĭ de părétele abdominal printr'un singur fir, făcând isteropexia simplă. După toaleta obicĭnuită a peritoneuluĭ, am închis abdomenul. Urmările operațieĭ aŭ fost fórte bune; în special am observat suprimarea absolută și totală a orĭ-căreĭ emoragiĭ. In fig. 64 se vede dispositiunea firelor în metóda nóstră.

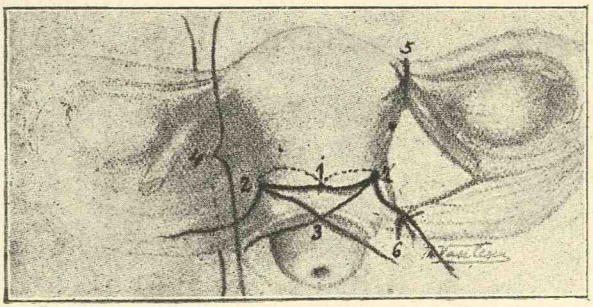


Fig. 64. Metóda Dr. I. Kiriac în tratamentul cancerului uterin (personală).

După aprópe o lună de ḑile am procedat la amputația supra-vaginală a coluluĭ; am secționat uterul chiar în dreptul firuluĭ aplicat pe istm în timpul laparatomieĭ.

Urmările acesteĭ operațiunĭ aŭ fost încoronate de un succes îmbucurător, în sensul că bolnava nu presintă absolut cea maĭ mică durere în abdomen. Ea se bucură de o stare înfloritóre, se simte veselă, uṣóră și nu scie cum să ne mulțuméscă maĭ bine.

Corpul uteruluĭ se simte sub forma uneĭ micĭ tumorĭ lipite de abdomen, dar fără să-și manifeste prin nimic presența sa.

La douĕ obiecțiunĭ serióse m'am gândit contra acesteĭ operațiunĭ: 1. Că strângerea firelor d'asupra istmuluĭ, determinând o astupare a orificiuluĭ uterin, ar putea să aibă ca

consecință o acumulare de secrețiuni în cavitatea uteruluĭ; de aci producerea uneĭ idrometriĭ, dacă nu chiar piometriĭ.

Punctul acesta însă just ca teorie, nu s'a confirmat în practică. Și ceia-ce tocmaĭ m'a încurajat în acéstă operațiune a fost un alt cas, unde avênd a face cu un cancer al coluluĭ, care copleșise și întregul vagin și unde prin urmare nu maĭ era vorba de nicĭ o intervențiune, totușĭ am făcut laparatomia. Aci nu am ridicat anexele și nicĭ n'am fixat uterul de abdomen. Am aplicat însă câte un fir dublu în dreptul fie-căruĭ corn al uteruluĭ, precum și un alt fir dublu transpungând uterul în dreptul istmuluĭ. Eĭ bine, femeea, de unde era extenuată de emoragiĭ, dînsa pot zice că a reînviat.

In plus am constatat că neoplasmul a luat un caracter cu totul fibros, chiar quasi cartilaginos. Nenorocirea a fost că nu mi-a fost posibil a-ĭ face și amputațiunea gâtuluĭ uterin. Cu tóte acestea, femeea și aḍĭ trăesce; e voiósă, îșĭ caută de afaceriĭ, nu se plânge absolut de nicĭ o durere. Scurgerea ihorósă însă există, căcĭ tot vaginul e coprins de neoplasm. Prin urmare presumțiunea uneĭ acumulăriĭ de liquid în cavitatea uteruluĭ prin aplicarea legăturilor în dreptul istmuluĭ, nu se confirmă. Cel puțin aceste douĕ observațiuniĭ vorbesc în modul cel maĭ elocinte.

A doua obiecțiune la care ne-am gândit și care pare logică, este relativ la viitorul ce va avea corpul uteruluĭ lăsat în abdomen și fixat prin isteropexie. La douĕ lucruriĭ ne putem aștepta: saŭ că acest bont, lipsit de vasele nutritive, e destinat a se sfacela; saŭ că avênd în el germenul neoplasic, el póte cu timpul să intre în degenerescență malignă Pentru casul întâiŭ susținem că sfacelarea nu se póte produce, căcĭ de n'ar fi de cât fixarea uteruluĭ de abdomen, încă un óre-care grad de nutriție îĭ este asigurat. Din contra suntem convinșĭ, că acest bont uterin cu timpul este destinat a descresce treptat de volum până a intra într'o adevĕrată atrofie. Dar acésta de sigur nu constitue unul din avantajele cele maĭ puțin prețióse pentru bolnave. De alt-fel, casul nostru e destul de demonstrativ.

Din aceste douĕ observațiuniĭ noĭ credem, că cel puțin în casuriĭ de cancer înaintat, este bine a nu ne lăcomi a face într'un singur timp o operațiune radicală. Atât isterectomia vaginală cât și cea abdominală în deosebĭ, se însoțesc de sdruncinăriĭ în organism, ce nu orĭ-ce bolnavă le póte suporta. Și dacă acest lucru este adevĕrat chiar în casuriĭ de afecțiuniĭ benigne, unde în definitiv operațiunea se face mult maĭ ușor și totușĭ sunt bol-

nave carĭ mor de șoc saŭ alte complicațiunĭ, a fortiori trebue să ne așteptăm la acest lucru la bolnavele canceróse, la cele într'o perióda înaintată. Aicĭ cachexia, starea rinichilor precum și a corduluĭ, nu aŭ calitatea de a lupta cu nisce traumatisme atât de extraordinare ca acelea a uneĭ isterectomiĭ totale, fie ea vaginală saŭ abdominală.

Suntem convinșĭ, că operațiunĭ în doĭ saŭ maĭ mulțĭ timpĭ vor fi mult maĭ folositóre femeilor canceróse, de cât una singură executată în acelașĭ timp.

Prin metóda nóstră ce propunem, ridicând anexele și aplicând firele de legătură în dreptul istmuluĭ, executăm pe un câmp destul de larg legăturile atrofiante. Dar acéstă operațiune în definitiv nu se însoțesce de sdruncinărĭ marĭ în organism și prim urmare póte fi suportată de o femee debilă cancerósă. Am putea la rigóre să mergem și maĭ departe exterminând în acest prin timp nu numaĭ anexele, dar și uterul d'asupra porțiuneĭ sale supravaginale. Dar acéstă operațiune fiind de sigur maĭ seriósă ca simpla ablațiune a anexelor, de aceia noĭ nu o recomandăm de cât în casurĭ cu totul maĭ favorabile.

O dată decĭ legăturile atrofiante împreună cu ridicarea anexelor asigurate, ne rĕmâne după un óre care timp a întreprinde amputațiunea supra-vaginală a coluluĭ. Acésta fiind mult maĭ simplă ca o laparatomie, bolnava va resista și maĭ mult.

Rĕmâne acum ultima chestiune și anume: să presupunem bontul uterin că ar deveni canceros. Și în acest cas o nouĕ laparatomie se va face mult maĭ ușor, ne-avênd a extrage de cât un singur bont isolat din tóte părțile și fără nicĭ o altă conexiune cu organele vecine de cât cu părețele abdominal.

Ideea acésta de și este nouĕ și nu are în sprijinul sĕŭ observațiunĭ numeróse, cu tóte acestea o cred logică și demnă a fi încercată și de alțiĭ.

Iată acum în câte-va cuvinte observațiunea:

Elena Niculescu, 38 anĭ, intră în serviciul nostru la 25 Martie 99 pentru durerĭ marĭ în pântece și emoragiĭ abondente. Menstruată la 13 anĭ, cu durată de 3 ḑile, fără durerĭ, dar în mare cantitate. Măritată la 18 anĭ. Prima sarcină facere prematură (7 lunĭ); a avut apoĭ 10 copiĭ și două avorturĭ. E un an de ḑile de când bolnava constată metroragiĭ însoțite apoĭ de scurgerĭ albicióse. Pierderile de sânge devenind din ce în ce maĭ abondente și cu chiagurĭ fórte marĭ, și vĕḑênd starea de slăbiciune în care o adusese, intră în spital.

Constatăm: gâtul uterin umple tótă cavitatea vaginuluĭ; el oferă tóte caracterele cancerului, provĕḑut de enorme fongositățĭ sângerânde la cea maĭ mică atingere cu degetul. Uterul puțin mobil, anexele greŭ de simțit. In regiunea in-

guinală dréptă există un punct dureros limitat; el dă sensaţiunea unuĭ ganglion. Bolnava e fórte palidă oferind colorăţiunea de fóie mórtă.

7 Aprilie. Laparatomie. După exploraţiune se apucă fundul uteruluĭ cu o pensă şi se trage în plagă. Se examinéză regiunea istmuluĭ ce se găsesce lăţită şi cu păreţi subţirĭ. Se străpunge cu acul Cooper de dinainte înapoĭ; se trage un fir lung dublu de mătase. După aceia se introduce din noŭ acul pe partea laterală stângă a coluluĭ străpungând ligamentul larg şi se apucă extremitatea posterióră a unuia din fire. Acelaşĭ lucru se face şi pentru partea laterală dréptă. După aceia fie-care fir se légă punându-se nodul în partea laterală a istmuluĭ. Pentru ca constricţiunea să fie şi maĭ sigură, s'a făcut încă câte un nod pe partea anterióră şi posterióră a istmuluĭ, inodându-se extremităţile firelor opuse. După acésta se trece la extirparea anexelor; ele odată aduse în plagă, se ridică — după ce prealabil s'a aplicat câte un fir dublu în dreptul córnelor uterine — căutându-se a se coprinde în ansele lor tótă înălţimea ligamentelor largĭ până la istm. După acésta se fixéză fundul uteruluĭ de păretele abdominal printr'un fir de mătase. Este de notat că aplicarea firelor pe istmul uteruluĭ s'a pus destul de sus şi anume d'asupra uneĭ induraţiunĭ manifeste ce presentă acest organ. După toaleta obicĭnuită şi spălătura peritoneuluĭ cu sublimat, se închide abdomenul prin 7 puncte profunde şi 7 superficiale. Lungimea incisieĭ a fost de 12 centimetri. Notăm încă absenţa de orĭ-ce induraţiunĭ saŭ presenţa de ganglionĭ pelvienĭ. Anexele din stânga eraŭ sănătóse, afară de ovar care era scleros; cel din drépta presenta o degenerescenţă sclero-kistică. Ambele aŭ mărimea uneĭ castane şi cântăresc fie-care câte 25 grame.

La 19 Aprilie plaga e perfect reunită.

2 Maiŭ scurgerile de sânge ce eraŭ fórte abondente s'aŭ micşorat fiind aprópe dispărute. Tumora din vagin a căpătat o tărie lemnósă.

5 Maiŭ se cloroformiséză şi se procede la amputaţia supra-vaginală, practicêndu-se imediat de desubtul firelor aplicate pe istm; ele s'aŭ simţit în mod manifest.

La 23 Maiŭ bolnava iese perfect vindecată.

Astădĭ 6 August bolnava e revădută în starea cea maĭ înfloritóre; dînsa nu maĭ presintă nicĭ cea maĭ mică urmă de recidivă în vagin saŭ durerĭ în abdomen. Dînsa a revenit din voiaj, unde nimic n'a împedicat'o a se distra în modul cel maĭ complect. Uterul se simte d'asupra simfiseĭ, de un volum mic şi fără a causa nicĭ o jenă.

Tot ce am descris până acum constitue, tratamentul radical, pe cât el póte fi ca atare, al cancerului gâtuluĭ uterin.

Sunt însă casurĭ destul de înaintate, carĭ nu ne permit nicĭ o asemenea intervenţiune. Atuncĭ nu ne rĕmâne de cât următórele două căĭ: Distrugerea neoplasmuluĭ prin abraziunea părţeĭ morbide şi producerea uneĭ escare prin aplicarea unor substanţe chimice energice. Acésta constitue metóda luĭ Sims.

Cu lingura luĭ Volkmann, răzuim şi distrugem tótă masa cancerósă până dăm de un ţesut scleros presupus intact. Aplicăm apoĭ tampóne muiate în clorur de zinc 5% şi apoĭ pansamente ulterióre. Metóda acésta trebue întrebuinţată cu multă precau-

țiune, căcĭ adesea putem determina perforarea uteruluĭ, precum și producerea uneĭ fistule vasico-uterine.

Mie ambele aceste accidente mi s'aŭ întâmplat.

Intr'un cas la spitalul Colțeĭ voind a face răzuirea uneĭ mese canceróse, imediat ce am intrat în cavitatea uterină, de și aveam în spirit posibilitatea acestuĭ lucru, am perforat uterul; și totuși nu am exercitat nicĭ o violență. In dată am recunoscut perforarea uteruluĭ și pe loc am retras lingura întrerupênd la moment operația. Bolnava n'a suferit de nicĭ un accident; dupĕ douĕ săptămânĭ a eșit din spital împreună cu bóla sa.

Intr'un alt cas întâmplat în oraș, deși am manipulat cu cea maĭ mare îngrijire, totuși am intrat cu o înlesnire extra-ordinară de ușóră în băsică. Resultatul a fost o fistulă vesico-uterină.

De aceea zicem că metóda acésta trebue fórte mult mărginită; în orĭ-ce cas ea să nu fie împinsă la extrem spre a nu fi răspundĕtorĭ de accidente une-orĭ destul de grave.

Noĭ preferim în casurĭ inoperabile și pentru a combate emoragiele, abraziunĭ iconomicóse și în urmă cauterisațiunĭ cu fierul roșu.

S'a făcut mult sgomot prin 1888 de injecțiunĭ intersticiale în masa cancerósă cu sublimat corosiv preconisate de Schramm. Am întrebuințat acéstă metódă în maĭ mult de 12 casurĭ în serviciul meŭ, dar nu mi-a dat nicĭ un resultat care ar merita să fie menționat. Din contra bolnavele se plângeaŭ de marĭ durerĭ.

Astă-dĭ se încércă o nouĕ metódă prin acid arsenios; asupra sa nu mĕ pot pronunța, ca unul ce n'am încercat-o. E posibil însă că substanțele bactericide, în carĭ intră și arsenicul vor aduce un óre-care folos. Descoperirea microbuluĭ cancerului și a mijlócelor de a-l omorâ, va forma fără îndoială cea maĭ mare bine-facere a omenireĭ, maĭ mare chiar de cât vindecarea tuberculoseĭ. Până în moment însă totul este o iluziune, precum ilusiune a fost sgomotul efemer ce s'a produs în sciință prin metódele luĭ Mosetic, cu injecțiunile colorante de albastru de metil în mesele canceróse [1]).

Cu acéstă ocasiune cred util a da urmĕtórea observațiune ce oferă un interes de cea maĭ mare importanță. Acum în luna August, am primit în sanatoriul meŭ o femee din T.-Jiŭ afectată de un cancer al gâtuluĭ uterin de formă cavitară atingênd ultimul grad de distrugere.

[1]) Vol. II, pag. 105—111.

Emoragiile frecuente și colosal de abondente transformase bolnava într'un adevĕrat cadavru. Rugat pentru a interveni mĭ-am propus a face amputația gâtuluĭ uterin.

In timpul operațieĭ imediat ce am secționat o porțiune din col s'a produs o emoragie nu numaĭ în masă, dar și din diferite vase, pe carĭ nu am putut-o opri. Dar maĭ ales deschiderea artereĭ uterine dedea o scurgere de sânge atât de abondentă, în cât bolnava era amenințată a rĕmâne pe masă. Cu cea maĭ mare greutate și în mijlocul uneĭ confusiunĭ extreme, abia am putut opri emoragia, aplicând opt pense lungĭ Terrier, Richelot în diferite puncte. Am excisat după aceea ceva din buzele coluluĭ, ridicând puțin din muguriĭ neoplasicĭ, răzuind cu lingura Volkmann Operațiunea a fost însă incomplectă și insuficientă, ast-fel că am lăsat în loc cea maĭ mare parte din neoplasm.

Bolnava prinsă de sincope și amenințând a ne rĕmâne pe masă, n'am sciut cum să ne grăbim a umple vaginul cu tampóne lăsând tóte pensele în loc. Dupĕ 48 ore am pus bolnava din noŭ pe masa de operație și am ridicat pensele cu multă îngrijire. In fundul vaginuluĭ se vedeaŭ muguriĭ canceroșĭ în cantitate și mărimĭ fórte marĭ.

Avênd la îndemână apă oxigenată la 10 volume representând prin cântărire 3 la 100 idrogen, ne veni ideia de a muia în acest liquid concentrat maĭ multe bandelete iodoformate Cu ele am umplut întréga pesceră cancerósă, aflată în fundul vaginuluĭ.

In momentul aplicăreĭ acestor bandelete ce eraŭ conduse pe indicatorul degetuluĭ nostru, pentru a le putea bine introduce în diferitele anfractuositățĭ, am simțit o căldură fóarte mare, precum și o fierbere spumósă, în tocmaĭ analógă cu cea produsă de șampanie fiind bătută.

Restul vaginuluĭ se umple cu tifon iodoformat.

Bolnava e transportată în patul sĕŭ.

In séra acesteĭ dile începe să se scurgă din vagin un liquid murdar fórte abondent și de o fetiditate atât de extra-ordinară, în cât întrecea saŭ cel puțin se asemăna fórte mult cu o putrefacție cadaverică. Am crezut pentru moment că s'a produs vre-o fistulă vesico-vaginală saŭ vagino-rectală; dar nicĭ de cum.

A doua-dĭ când scot pansamentul, fetiditatea liquiduluĭ era atât de puternică, că am fost siliți a deschide și ușile și ferestrele. Am făcut simple spălaturĭ cu sublimat, iar apoĭ cu creolină. Aprópe 8 dile a durat acest fenomen. In acest timp însă la fie-care spălatură vaginală constatam prin deget, pentru marea

mea surprisă, că acea pesceră profundă și anfractuósă din fundul vaginuluĭ, se transformase într'o cavitate fórte regulată, neavênd de cât ici colea câți-va muguri neoplasicĭ.

Impresionat de acest lucru, introduc din noŭ bandetele iodoformate muiate iarăși în apă oxigenată, umplând cavitatea neoplasică; capăt aceeași sensațiune de căldură și spumare, de data acésta însă scurgerea de liquide e mult maĭ mică, dar iarăși destul de fetidă.

In ḍilele următóre fac spălaturĭ cu acid boric, adăogând la fie-care litru o cantitate din acea apă oxigenată, circa de 100 grame. In timpul spălaturilor liquidul iese spumegând.

De aci în colo în fie care ḍi constatăm cu o deosebită plăcere cum acea mare pesceră neoplasică, devenea din ce în ce maĭ mică, ne maĭ posedând aprópe nicĭ un mugure neoplasic.

Astăḍĭ 23 August 1899 am examinat'o din noŭ la masa de operație cu speculul și am rĕmas fórte surprins constatând în fundul vaginuluĭ o plagă oferindu-ne în totul caracterele uneĭ ulcerațiunĭ de bună natură. De alt-fel bolnava se găsesce în condițiunĭ fórte favorabile. Dînsa umblă voios prin cameră, are o poftă bună de mâncare și începe a 'șĭ recăpăta din forțe și a ne oferi o stare infloritóre.

Pentru moment de și nu am de cât acéstă singură observație, totuși rĕmâne incontestabil că, aplicarea directă de apă oxigenată pe masa cancerósă mi-a dat resultatele cele maĭ satisfăcătóre. Nu pot afirma o vindecare radicală; acésta va depinde de ceia-ce vom constata maĭ târḍiŭ. Sunt însă ferm hotărît ca la deschiderea serviciuluĭ meŭ, care actualmente e în reparație, să pun în aplicare pe o scară maĭ întinsă întrebuințarea apeĭ oxigenate în mesele canceróse ale gâtuluĭ uterin.

Imĭ propun de asemenea a încerca chiar injecțiunĭ interstițiale din acéstă soluțiune cu siringa Pravaz.

Dacă în adevĕr în casul acesta voiŭ căpăta un succes durabil și definitiv; și dacă iarăși și în cele-l'alte ce voiŭ încerca resultatul va fi analog, socotesc că apa oxigenată este chemată a juca cel maĭ mare rol bine-făcător în casurile de cancere inoperabile. Dar până atuncĭ nu ne putem pronunța. Orĭ cum ar fi însă casul ce am relatat este de o valóre incontestabilă, înconjurat fiind de cel maĭ frumos succes fie el chiar momentan. Timpul și experiențele ulterióre vor avea cuvîntul lor definitiv.

§ 2. Cancerul corpuluĭ uterin.

Nicĭ aḑĭ chestiunea nu este resolvată. Există un cancer primitiv al corpuluĭ uterin, fără să fie consecința propagațiuneĭ a celuĭ al gâtuluĭ sĕŭ?

Raritatea extra-ordinară a canceruluĭ uterin, — până maĭ de-ună-ḑi statistica nu dedea maĭ mult de 3 — 4% — explică în destul motivele pentru carĭ forma acésta de neoplasm n'a făcut atâta sgomot ca aceea a gâtuluĭ. Și dacă în momentul de față cercetările microscopice aŭ reușit să facă din cancerul corpuluĭ uterin o chestiune de actualitate, pentru chirurg starea lucruluĭ a rĕmas cam aceeașĭ cu privire la tratament.

In adevĕr, dacă chiar pentru cancerul gâtuluĭ isterectomia totală se impune ca principiŭ de tratament radical, a fortiori acéstă operațiune devine obligatorie pentru cea maĭ mică bănuială de cancer al corpuluĭ.

Fără a intra în detaliĭ marĭ, vom căuta a face un scurt resumat din cercetările și desbaterile ce sunt în ființă, relativ la cancerul corpuluĭ uterin.

Din punctul de vedere clinic avem douĕ marĭ forme de cancer al corpuluĭ. Unul ce apare pe femeĭ bĕtrîne,—în general dupĕ perióda menopauseĭ, iar altul pe femeĭ cu totul tinere, până la 30 anĭ. In afară de aceste douĕ tipurĭ, astă-ḑĭ se maĭ descrie încă unul; origina sa ar consta într'o evoluțiune abnormă și cu tendință distructivă neoplasică a *resturilor de placentă* rĕmase în cavitatea uteruluĭ, în urma facerilor saŭ avorturilor.

Prin urmare am avea un cancer *post-menopausic*, *ante-menopausic* și *placentar*.

Acest neologism de și lipsit póte de claritate, totușĭ corespunde la anume treĭ etățĭ ale bolnaveĭ. Primul la etatea bĕtrînețeĭ, secundul la cea tînĕră, iar al treilea la femeile multipare. Din punctul de vedere istologic, tóte aceste varietățĭ presintă caracterele epiteliomuluĭ, afară de acela al femeilor tinere, care ar corespunde sarcomuluĭ.

Maĭ există o altă diviziune anatomică, ea e bazată pe sediul și evoluțiunea neoplasmuluĭ în anume țesut al organuluĭ uterin. Astfel am putea descrie un neoplasm al *mucóseĭ*, al *țesutuluĭ conjunctiv*, al *glandelor* și al *parenchimuluĭ*. Dar o asemenea diviziune deja fórte dificil de stabilit în însușĭ procesele cele maĭ simple ca de exemplu în inflamațiunĭ, devine și maĭ greŭ de conservat în neo-

plasiĭ. Am vĕḑut în discuţiunile urmate la capitolul metritelor, demonstrându-se imposibilitatea conservăreĭ independente a fiecăruĭ element constitutiv al uteruluĭ. Eĭ bine, tot acelaşĭ lucru se petrece şi cu neoplasmele, unde nu e cu putinţă menţinerea separată a leziunilor propriĭ ţesuturilor ce am citat. Cu tóte acestea există, ca şi în endometrite, o formă specială de cancer al uteruluĭ, datorit exclusiv uneĭ evoluţiunĭ anormale a glandelor.

I. **Epiteliom glandular.** Am insistat fórte mult la endometrite asupra mareĭ discuţiunĭ a roluluĭ ce-l jócă glandele în inflamaţiune, şi maĭ cu sémă asupra punctuluĭ când aceste glande trecênd de limitele normale a evoluţiuneĭ lor, îşĭ schimbă caracterul din benign în malign. De aceia e de prisos a ne opri. Vom reaminti numaĭ că, orĭ-care ar fi modificaţiunile glandulare, orĭ cât aceste organe se vor multiplica şi ipertrofia, ele sunt inofensive, atâta cât păreţiĭ tubilor precum şi a fundurilor de sac glandulare vor rĕmâne intacte. Cornil a arătat că suprafaţa externă a fundurilor de sac glandulare nu vine în contact direct cu ţesutul conjunctiv ce formézĕ stratul de susţinere al mucóseĭ, ci sunt separate printr'o pătură celulară destul de subţire, dar suficientă pentru isolare. Eĭ bine, în casul cel maĭ simplu şiacelą care arată începutul epiteliomuluĭ glandular, este tocmaĭ dispariţiunea acestuĭ strat de celule, aşa în cât fundurile de sac glandulare se pun în contact direct cu ţesutul conjunctiv. Când dar vom constata acest lucru împreună cu acea lărgime colosală a tubilor şi glandelor — pline cu acele celule epiteliale polimorfe, unde nu se maĭ păstrézĕ tipul celulelor cilindrice cu cili vibratilĭ — atuncĭ avem adenomul atipic, adenomul malign, adeno-carcinomul. Dar acésta încă nu e forma cea maĭ gravă; ea este când păreţiĭ tubilor saŭ a fundurilor de sac glandulare spărgându-se, şiróe de celule epiteliale sub formă de lanţurĭ străbat în ţesutul conjuntiv periferic, saŭ când din contra un curent invers de celule conjunctive — şi ele modificate — străbat în tubĭ şi glande. In asemenea cas elementele epiteliale rĕspândite printre făşiile ţesutuluĭ conjunctiv şi prinse în ochiurĭ de forme şi lărgimĭ variate de acelaşĭ ţesut, ne oferă tóte elementele celuĭ maĭ clasic cancer al uteruluĭ. Iar când în faţa acestuĭ produs neoplasic cu tendinţă distructivă, întreg ţesutul conjunctiv dispare, lăsând câmp liber celulelor epiteliale de a copleşi şi fibrele musculare ale uteruluĭ, înfiltrându-se printre elementele sale, atuncĭ cancerul a atins apogeul sĕŭ. S'aŭ vĕḑut casurĭ când acest mers progresiv şi distructor a reuşit să trécă chiar dincolo

de părețiĭ uterinĭ, intrând în cavitatea abdominală prin perforarea seróseĭ peritoneale.

Iată prima formă de cancer de origină glandulară. De alt-fel acésta este și cea maĭ bine cunoscută chiar ca anatomie patologică microscopică.

Cât privesce cancerul esclusiv al mucóseĭ fără participare, glandelor, este escesiv de rar și chiar greŭ de deosebit. El ar forma epiteliomul cilindric — conform natureĭ celulelor aceste mucóse. Caracteristica ar fi că, acest epiteliom ia forma celuĭ pavimentos, adică presentându-se sub aspectul tubulat, în tocmaĭ ca acela ce ne oferă epiteliomul tegumentuluĭ extern. Deosebirea este că acești tubĭ în loc să fie plinĭ cu celule epiteliale pavimentóse, conțin celule cilindrice de forme și volum diferite. Dar acest caracter pare a nu fi esclusiv: Williams, Fritch și alțiĭ aŭ arătat chiar pe uterul normal presența unuĭ epiteliŭ pavimentos, alăturĭ de cel cilindric. Ast-fel fiind, s'a constatat — și ca anatomie patologică — un epiteliom pavimentos pur primitiv al corpuluĭ uterin. Dar casurile sunt fórte rarĭ; ele se explică printr'o anomalie de desvoltare. Orĭ cum ar fi, e posibil să găsim un epiteliom pavimentos pur, saŭ amestecat cu un alt epiteliom cilindric pe acelașĭ teritoriŭ al mucóseĭ uterine.

II. **Sarcomul uterului.** Forma acésta de neoplasm este proprie femeilor tinere. Trebue să avem bine fixată atențiunea asupra terminologieĭ, pentru a evita orĭ-ce confusiune. In adevĕr sunt autorĭ carĭ vorbesc de sarcomul mucóseĭ uterine. Acest lucru însă nu e posibil, din causă că mucósa fiind formată din celule cilindrice, dînsa conform principiilor stabilite în patologia generală nu póte suferi acéstă transformațiune. [1])

Origina sarcomuluĭ se află în țesutul conjunctiv sub mucos. Celulele tinere ale acestuĭ țesut intrând în ipertrofie și ipergenesă, pot lua caracterul embrionar și să formeze ast-fel tipul uneĭ tumorĭ sarcomatóse. Dar acest produs căutând a face irupțiune către cavitatea uterină, dînsul în mod forțat, înainte de a provoca vre-o ulcerațiune, va ridica mucósa făcêndu-o maĭ poeminentă, maĭ umflată și imprimându-ĭ diferite depresiunĭ saŭ mamelóne, după întinderea și numĕrul prelungirilor epiteliale. Acésta este causa că la primul examen, mucósa uteruluĭ, oferindu-ne o stare anormală, ne face a crede că leziunea patologică aci există. In realitate însă dînsa e mult maĭ profundă așa că ceia-ce constatăm la

[1]) Vedĭ Vol. II, pag. 113—124.

prima vedere nu e de cât efectul unor lesiuni secundare. In afară de acéstă formă de sarcom sub mucos, există o alta ce se desvoltă în pereții proprii ai uterului. Dar și aci origina lui este tot în celulele țesutului conjunctiv, ce se află interpus între fibrele musculare ale organului. Forma acésta e mult mai rară; se admite că dînsa mai nici o dată nu este primitivă. Majoritatea autorilor cred că dînsa resultă din transformarea unui miom uterin în sarcom. Când am vorbit despre aceste tumori, am insistat în destul pentru a mai fi nevoiți să ne oprim asupra unui asemenea mecanism, deja destul de pe larg tratat.

III. **Epiteliomul de origină placentară.** El este propriu femeilor cari au născut mulți copii, sau au avut dese avorturi.

Când am vorbit despre polipii uterului, am arătat că origina multora dintre aceștia se datoresce resturilor placentare. Când aceste resturi dau nascere la asemenea polipi fără nici un résunet větămător asupra organismului, dînsele au luat numele de *deciduom benign*. S'a observat însă une-ori că, acești polipi și-au pierdut caracterul benignității, fie prin aceea că în loc de a avea tendință să se pediculiseze și să facă ernie în cavitatea uterului din contra tind a se infiltra în parenchimul organului; fie că cu tótă extirparea lor, dînșii în tocmai ca și o tumoră malignă recidivéză. Faptele acestea au fost deja observate de Mayer, Zahn și Kalhden, cari le-au dat numele de *polipi placentari distructivi*. Acesta a fost punctul de plecare al unui nou studiu de o formă proprie de cancer uterin, avênd origina în evoluțiunea malignă a unui rest de placentă.

Durante în 1896, este cel d'întâiu care a arătat că aceĭ polipi destructivi nu sunt de cât o linie de trecere a polipului ordinar către epiteliom, precum este de exemplu adenomul din metrită în adeno-carcinom. De aci numele de *deciduom malign*. Microscopicesce deciduomul malign se caracterisă prin presența de celule polimorfe: poligonale, fusiforme, lungi, cu unghiuri bónte, ascuțite, etc., etc., Partea esențială este că, aceste celule sunt fórte mari, cu unul sau mai mulți nucleĭ. Ele se arată în diferite părți ale tumoreĭ în mod isolat, grupate în mic număr, sau în mese considerabile. In ori-ce cas tendința lor este a avea un mers progresiv și destructor, ele se infiltréză printre țesutul conjunctiv inter-muscular copleșit, și anihiléză chiar elementul nobil al organului.

Acestea sunt în scurte cuvinte formele neoplasice ale corpului uterin.

Simptomele. N'am crédut util a descrie fie-care formă în parte, căcĭ ar fi fost a repeta aprópe acelaşĭ lucru. Dar chiar şi în acéstă simptomatologie generală încă vom fi scurţĭ, de óre-ce dînsa este proprie tutulor cancerelor, asupra cărora de atâtea orĭ am insistat.

Primul fenomem ce ne atrage atenţiunea sunt emoragiile; elę maĭ nicĭ o dată nu lipsesc de cât în casurĭ cu totul escepţionale; din contra sunt considerate de toţĭ autorĭĭ ca semnul iniţial al bóleĭ. Semnul acesta însă nu are nimic de caracteristic. Câte odată se manifestă prin uşóre menoragiĭ cărora nu li se dă nicĭ o importanţă, cu atât maĭ mult că fenomenul încetéză pentru a nu reapare de cât în luna viitóre — iarăşĭ la epoca menstruală. Alte dăţĭ în intervalul menstruelor se observă câte-va pete sanguine. Unele femeĭ observă acest lucru neobicĭnuit după ce a practicat coitul. Câte o dată scurgerile devin aşa de abondente, că iaŭ caracterele emoragieĭ. Totul depinde de forma neoplasmuluĭ.

Orĭ care ar fi tipul canceruluĭ ce am descris, clinicesce ni se presintă sub treĭ forme: ca o *masă difusă*, copleşind întréga mucósă; ca o simplă *fongositate sesilă*, saŭ *pediculată* ca şi un polip, or ca *formă infiltrată* saŭ *nodósă*, ce e proprie păreţilor corpuluĭ uterin.

Emoragia stă în strânsă legătură cu aceste diferite forme In casul uneĭ copleşirĭ difuse a mucóseĭ, scurgerea sanguină va fi mult maĭ abondentă, de cât atuncĭ când neoplasmul va avea caracterele unuĭ mic fongus saŭ polip. Aci maĭ ales constatăm acele emoragiĭ intermitente saŭ menoragice. Din contra, în forma infiltrată emoragiile cel puţin la început, vor fi fórte neînsemnate. Une-orĭ totul se reduce la câte-va pete sanguine, datorite congestiuneĭ mucóseĭ, graţie presenţeĭ şi iritaţiuneĭ unuĭ nodul aflat în unul saŭ maĭ multe puncte subjacente. Câte odată emoragia póte chiar să lipsésca cu desăvêrşire în tot timpul periódeĭ bóleĭ. Alte dăţĭ dînsa ia un caracter adevĕrat fulgerător. Casul acesta se observă atuncĭ când produsul neoplasic cade într'o adevărată desagregaţiune umplând cavitatea uteruluĭ cu produse fongóse sângerânde: aci se póte adăoga şi deschiderĭ de vase.

Cât privesce cele-l'alte semne, ca leucorea, scursórea galbenă-roşcată şi din ce în ce maĭ fetidă, e propriŭ orĭ-căruĭ cancer neavênd nimic de particular.

Durerea se manifestă în diferite moduri. Maĭ principale sunt

următórele două tipuri: Unele periodice sub formă de colici, iar altele continue, gravative. Primele ar fi datorite, după Schroeder, la contracțiunile mușchiului uterin, care ar căuta să expulseze din cavitatea sa — prin orificiul colului obstruat — produsele acumulate fie solide saŭ liquide. Durerile continue cari sunt și cele mai violente, se datoresc copleșirei filetelor nervóse, determinând nevrite. Prin escepțiune durerile pot lipsi cu totul. Astfel Courty, Galard, Emmet și alții aŭ dat observațiuni, unde cancere uterine aŭ ajuns la ultima lor evoluțiune, fără să se fi manifestat prin cel mai mic semn de durere.

Relativ la acésta, daŭ și eŭ următórea observație fórte demonstrativă. Este vorba de femeea Maria Alexandrescu, de 36 ani, care intră în serviciul meŭ cu un cancer înspăimântător al colului uterin. Intreg vaginul ca și fundurile de sac ce nu se mai cunosceaŭ, eraŭ cotropite de o colosală masă fongósă, însoțită de cea mai oribilă scurgere murdară și fetidă.

La 5 Aprilie 1889 am făcut laparatomia în scopul de a aplica câte-va legături atrofiante. Explorând anexele și găsindu-le aderente, le-am deslipit; dar în același timp am constatat aderențe între fundul uterului și rect. Am căutat cu multă blândețe să deslipesc aceste două organe. Dar care nu-mi fu surprisa, când cu degetele am intrat în cavitatea uterului, perforând pareții cu o înlesnire atât de ușóră ca și cum aș fi trecut printr'un măr putred. După ce am făcut isterectomia abdominală totală, am ridicat cu degetele o cantitate extra-ordinar de mare de fongosități, ce eraŭ infiltrate în întregul basin până la escavațiunea sacrală. Ei bine, cu tóte aceste devastări în afară de or-ce descripție, bolnava nici odată nu s'a plâns de cea mai mică durere.

Diagnosticul. Se basézá pe semnele de presumțiune și semnele positive. Dacă la o femee bătrînă constatăm fenomene inverse stărei sale fisiologice, adică scurgeri sanguine simulând continuarea menstruelor precum și o crescere de volum a uterului — atunci când conform cu involuțiunea senilă ar trebui să ne așteptăm la o atrofie a organului — putem bănui posibilitatea unui cancer. De asemenea, la o fată tînără ce ne-ar presenta emoragii îngrijitóre prin durata și abondența lor, însoțite de crescerea volumului uterului, iarăși putem bănui aceiași posibilitate. Și când în fine o femee ce a născut mai mulți copii, se plânge de emoragii ce resistă orî-căruî tratament apropriat, putem și asupra lor să bănuim un cancer de natură deciduală.

Este bine înțeles că vom lua în considerație și alte fapte,

ca antecedente ereditare, personale, examenul minuțios local, etc., etc.

Noĭ trebue să avem în vedere că nisce asemenea emoragiĭ neobicĭnuite, cărora nu le putem găsi nicĭ o causă plausibilă, sunt de mare preț pentru stabilirea cancerului. Pentru a arăta marea importanță a acestuĭ semn, reproducem următorul aforism, datorit luĭ Lebert, cel maĭ mare observator anatomo-patolog și clinician.

Iată ce dice dînsul: *Orĭ de câte orĭ există o emoragie în afară de epocele menstruale, fără ca să fie vorba nicĭ de graviditate, nicĭ de fibrom, nicĭ de polip și nicĭ de acele umflături ale mucóseĭ uterine susceptibile de a fi ridicate prin răzuire, trebue să ne gândim la o afecțiune organică a uterului.*

Acésta însemnéză că noĭ suntem datorĭ ca înainte de a ne pronunța, să examinăm cât se póte de complect cavitatea gâtuluĭ și corpuluĭ uteruluĭ. Vom recurge decĭ la dilatarea gâtuluĭ uterin, fie treptat saŭ extemporaneŭ, pentru a vedea cu ochiĭ și pipăi cu degetul starea mucóseĭ, presența unuĭ polip, saŭ uneĭ tumorĭ fongóse.

Intrebuințarea isterometruluĭ se face cu multă precauțiune, căcĭ nimic maĭ ușor de cât a produce perforațiunĭ. Am maĭ putea recurge pèntru stabilirea diagnosticuluĭ și la examenul microscopic, ridicând prin răzuire un lamboŭ de mucósă saŭ fragment de tumoră. Dar acésta nu ne este de mare ajutor. Insușĭ Cornil recunósce, că diagnosticul istologic sigur nu se póte face de cât avênd în mână întregul uter.

Maĭ există încă un diagnostic ce am putea une-orĭ fi chemațĭ a stabili. Este vorba de **tuberculosa uteruluĭ.** Acéstă afecțiune extrem de rară, prin nimic nu se póte bănui de cât prin ușóre emoragiĭ, iar une-orĭ printr'o amenoree absolută, saŭ simplă leucoree. Tuberculosa primitivă a uteruluĭ este aprópe negată de toțĭ autorĭ (?); dînsa adesea este consecutivă și însoțindu-se de peritonită tuberculósă saŭ intestinală.

Eŭ am observat un singur cas asupra femeeĭ Anica Dan, de 35 anĭ, care mi a fost trimésă din serviciul D-luĭ Dr. Florea Teodorescu. Dînsa suferea de diaree și durerĭ în regiunea epigastrică, și alte durerĭ vagĭ în abdomen. Eŭ constatând o retroversiune și durerĭ în anexe, i-am făcut laparatomia la 21 Martie 1896. Găsind anexele scleróse și aderente, le-am deslipit și resecat, iar în urmă am făcut isteropexia abdominală. După operație bolnava n'a simțit nicĭ un folos, așa că la 6 Aprilie a su-

combat. La autopsie am găsit aderențe pleurale. Vârfurile ambilor pulmoni conțin tubercule și cavernule. Pe tot traectul intestinului gros se găsesc în dreptul inserțiunei mesenteriului ulcerațiuni numeróse oblunge și de diferite dimensiuni. Ganglionii mesenterici ipertrofiați.

In asemenea casuri examenul complect al bolnavei și în special al pulmonilor, ne póte autorisa să bănuim o tuberculosă a uterului, dacă bolnava manifestă óre-cari fenomene din partea acestui organ. Pentru a ne convinge și mai mult, vom face examenul microscopic și bacteriologic al produselor scóse cu lingura Volkmann din cavitatea uterului.

In ce privesce semnele positive ale cancerului, n'aŭ trebuință de nici o descriere: ele se impun de la sine. Aci bóla atingênd ultima periódă, femeia este în prada cachexiei — representată prin acea anemie profundă, emaciare, scurgeri abondente, fetide, emoragice, dureri insuportabile, presența de ganglioni pelvieni, colórea generală a tegumentelor de fóie mórtă, etc., etc.; totul ne arată apogeul cancerului și refusul ori-căreĭ intervențiuni din partea nóstră.

Prognosticul. Tot-d'a-una fatal. Singura speranță ar fi într'o intervențiune chirurgicală. Nenorocirea însă este că bóla e fórte insidióså, așa că nu o putem cunósce de la început. Ne este permis ca, îndată ce prin caracterele emoragiei și alte semne apropriate, bănuind existența unui cancer să fim autorisați, dacă circumstanțele sunt favorabile, să procedăm imediat la extirparea uterului. Fără indoială cu condiție ca diagnosticul se fie exact.

Tóte cele-l'alte mijlóce medicale sunt fără folos și nu fac de cât să agraveze lucrul.

Am dis că singura operație este isterectomia. E de preferat a se alege calea abdominală; prin ea ne putem mai bine da séma de starea anexelor; nu rare-ori pot și ele fi coplesite de neoplasm prin mijlocul continuității de țesuturi.

Aci intră în joc observațiunea clinică care a arătat, că un cancer al corpului uterului fórte rar se propagă și la gâtul sĕŭ. De aci s'a conchis că putem să ne mărginim la o simplă extirpare supra-vaginală a uterului, lăsând adică gâtul în loc. Acésta însă nu o vom face de cât în casul când prin examenul minuțios cu speculul și degetul, ne vom convinge pe deplin de integritatea gâtului. Nu trebue să avem aprópe nici o ilusiune. Dacă,— grație datelor anatomice și în special a dispositiunei vaselor limfatice,—putem admite până la un punct că un cancer al colului

are posibilitatea a nu se transmite la corp, nu este însă tot astfel pentru acesta. Aci în adevĕr, dacă n'ar fi de cât presența fongosităților și a detritusurilor sale, carĭ veșnic sunt în contact cu gâtul uterin, încă represintă atâtea ocasiunĭ favorabile ca gâtul uteruluĭ să fie inoculat prin contact direct saŭ grefare. De aceia, afară de casurĭ excepționale și când operațiunea s'ar face cu totul la început și fiind absolut sigurĭ că colul nu e atins — numaĭ atunci putem îndrăsni la o amputațiune supra-vaginală a uteruluĭ. Maĭ sigur însă este isterectomia abdominală totală; numaĭ dînsa póte fi de un folos real pentru bolnavă.

Acéstă operațiune cunoscută sub numele de operațiunea luĭ Freund, a fost deja propusă de Delpech în 1830. Dînsa constă a începe primul timp prin liberarea coluluĭ pe cale vaginală ca și în orĭ-ce isterectomie. Apoĭ deschidem pântecele și complectăm operația scoțând întregul organ prin acéstă cale. Toțĭ autorĭĭ recunosc că acéstă operațiune dă o mortalitate înspăimîntătóre.

Martin din Berlin a propus ca modificare să se ridice maĭ întâiŭ prin abdomen corpul uteruluĭ iar apoĭ prin vagin gâtul. Dînsul a aplicat în 3 casurĭ acest procedeŭ din care 2 morțĭ, iar al treilea, mort maĭ târdiŭ de recidivă în primul an.

Noĭ o singură dată am întrebuințat acest procedeŭ și bolnava a murit. De aceia suntem de opiniune că, dacă nu putem face isterectomia vaginală din causa volumuluĭ mare ale uteruluĭ, e de preferat a recurge d'a dreptul la isterectomia abdominală totală după procedeul modern, pe care 'l am arătat la fibróme.

CHESTIONAR

Tumorile maligne ale uteruluĭ.

Cancerul uterin. Considerațiunĭ generale. Caractere. Teoria luĭ Cohnheim asupra patogenieĭ canceruluĭ. Diferite alte teorĭĭ și opiniunĭ. Opiniunea autoruluĭ. Diviziunea canceruluĭ: Cancerul gâtuluĭ și cancerul corpuluĭ uterin . . . . . pag. 408—411

Cancerul gâtuluĭ uterin. Formele: Forma vegetantă, infiltrată

și ulcerósă. Forma vegetantă. Considerațiuni și caractere distinctive. Forma infiltrată și ulcerósă. Forma vegetantă. Considerațiuni anatomice. Modul aparițiuneĭ. Diferite varietăți: epiteliom pavimentos, lobulat și tubulat. Considerațiuni și caractere distinctive. Forma infiltrată. Caractere. Epiteliom cavitar. Caractere Adenocarcinom. Epiteliom cilindric atipic. Caractere . . . . . pag. 411—416

Evoluțiunea clinică a cancerului gâtului uterin. Considerațiuni. Diviziunea autoruluĭ: Epiteliom meta-cervical, mezo-cervical și endocervical. Epiteliomul meta-cervical. Cum se manifestă? Unde se localiséză de preferință? Cancer liminar a luĭ Pozzi. Gravitatea acesteĭ forme. Epiteliom mezo-cervical. Caractere. Epiteliom nodulat. Modul aparițiuneĭ și aspectul acestor noduli. Cancer schiros și encefaloid. Caractere distinctive. Epiteliom endo-cervical. Caractere. Diferite alte numiri ale acestuĭ epiteliom: cavitar, ulceros, distructiv, fagedenic, terebrant. Mersul acesteĭ forme. Aspectul coluluĭ. Unde apare afecțiunea? Care sunt proprietățile unuĭ epiteliom? . . . . . „ 416—421

Care sunt căile de întindere ale cancerului? Cum atacă țesuturile fie-care formă de cancer? Probe pentru fie-care din varietăți. Cancerul gâtuluĭ se póte transmite la corpul uterin? Argumentele pro și contra. Diferite opiniuni. Opinia autoruluĭ. Modul cum cancerul gâtuluĭ se propagă la organele vecine. Care sunt aceste organe? Infecțiune prin metastasă. . . . . „ 421—427

Simptomele. Treĭ perióde. Cum sunt simptomele primeĭ perióde? Simptomele celor-l'alte perióde. Agenții ce deștéptă atențiunea bolnavelor? Durere și jenă în funcțiuni. Emoragia. Cum și când apare ea? „ 427—430

Diagnosticul. Semne patognomonice. Diagnosticul diferențial cu alte tumorĭ ale gâtuluĭ uterin. Varietatea infiltrată de cancer al gâtuluĭ. Simptomele și diagnosticul unuĭ cancer ulceros. Semnul luĭ Spiegelberg . . . . . „ 430—435

Prognosticul și tratamentul. Diferite procedee. Procedeul și considerațiunile autoruluĭ în cancerul gâtuluĭ uterin . . . . . „ 435—459

Cancerul corpuluĭ uterin. Discuțiuni. Formele, diviziunea autoruluĭ. Cancer post-menopausic, anti-menopausic și placentar. Imposibilitatea uneĭ diviziuni anatomice. Epiteliom glandular. Caracterul dat de Cornil. Cancerul mucóseĭ. Caractere istorice. Simptomele. Forma fongósă și infiltrată. Diagnosticul. Caracterul emoragieĭ. Aforismul luĭ Lebert. Durerea. Caractere. Lipsa totală de durere în cancer. Observația autoruluĭ. Tuberculosa uteruluĭ. Caractere. Observația autoruluĭ. Tratamentul. Operația luĭ Freund, Martin, etc. . „ 460—468

Cap. X. Deviaţiunile uteruluĭ.

Schimbările de posițiune ale uteruluĭ se găsesc semnalate chiar din epoca luĭ Hippocrate.

Vechiĭ autorĭ atribuiaŭ deviațiunelor uterine tóte fenomenele morbide, ce făceaŭ din femee o adevĕrată victimă a suferințelor. Tóte turburările funcționale ale băşiceĭ şi rectuluĭ; tóte durerile pelviene şi lombare; sterilitatea, dificultățile în mers, până şi alterațiunile profunde ale sănătăţeĭ causate de fenomenele simpatice, ca gastricism, migrene, vărsăturĭ, nervositate şi în fine consumpțiunea — reunite adĭ sub numele generic de sindrom uterin — tóte eraŭ puse pe socotéla deviațiunelor uterine. Se susținea că ele singure eraŭ capabile a da nascere acestuĭ mănunchĭ complex de fenomene de multe orĭ cu totul bizar.

Ideile acestea fură reluate şi susținute cu mult talent de Velpeau şi Malgaigne făcênd ca cle să aibă o mare înrîurire asupra spiritului medical.

O luptă însă fórte mare se încinse în sînul Academieĭ de medicină contra luĭ Velpeau de către Dubois şi Depaul.

Dar maĭ ales Cruveilhier, bazat pe un raționament solid şi observațiunĭ clinice, stabilesce — prin marea sa autoritate — erórea luĭ Velpeau şi a întregeĭ şcolĭ Hipocratice. Uterul, zice Cruveilhier, nu are axă; prin urmare nu se póte admite că schimbările de posițiune ale unuĭ organ — ce pentru a exista ca stare fisiologică, are trebuință de un echilibru instabil,—să fie capabile a provoca durerile pelviene şi turburările funcționale, atribuite deviațiunilor sale. Drept probă adaogă autorul, avem frecuența excesivă a deviațiunilor uterine, găsite la autopsia femeilor ce aŭ succombat de alte diferite bóle.

Dubois la rândul sĕŭ declară că a constatat existența celor maĭ diverse şi maĭ bine caracterisate deviațiunĭ la un fórte mare numĕr de femeĭ, şi totuşĭ ele se bucuraŭ de o sănătate perfectă.

S'a conchis decĭ că uterul póte să fie înclinat, flexat, coborât, împins către anus saŭ băşică, fără ca sănătatea femeeĭ să fie întru cât-va turburată. Deviațiunea nu formézĕ de cât o simplă diformitate fără importanță.

Bernutz era cu totul de acéstă idee. El susținea că numaĭ atuncĭ deviațiunile daŭ nascere la turburărĭ funcționale, când concomitent ar exista o afecțiune uterină saŭ peri-uterină.

Astă-dĭ însă clinica a arătat, că aceste conclusiunĭ sunt prea

părtinitóre pentru deviațiuni. Este imposibil a nu recunósce că, o flexiune saŭ versiune exagerată să nu aducă turburări în circulația uteruluĭ. Ba ce e maĭmult, se susține — și lucrul e logic — că gena circulatorie, producând o congestie a organuluĭ, predispune și chiar determină în mod direct congestiunea și inflamația uteruluĭ. Apoĭ lucrul e atât de evident că dismenorea și sterilitatea sunt în strânsă legătură cu anumite deviațiuni, în cât negațiunea nu e posibilă. Decĭ, dacă nu ar fi de cât fenomenele congestive, neregularitatea în menstrue de multe orĭ dureróse, precum și sterilitatea, socotim că deja sunt factorĭ suficienți pentru a susține, că și chiar în afară de orĭ-ce alte complicațiunĭ inflamatorie utero saŭ peri-uterine, deviațiunile trebuesc considerate ca stărĭ patologice iar nu indiferente organismuluĭ. In acéstă categorie intră și acele deviațiunĭ datorite uneĭ simple relaxărĭ a aparatuluĭ de suspensiune și carĭ decĭ sunt cu totul libere. De cea altă categorie numită fixă, unde deviațiunea se datorește retracțiuneĭ unor anumite ligamente saŭ presenței de aderențe solide, discuție numaĭ încape. Deviațiunile acestea fiind permanente și nereductibile, daŭ nascere nu numaĭ la congestiunĭ, dismenoree sau sterilitate, ci la întregul cortegiŭ de fenomene, ce fac din femee o adevĕrată martiră.

Trecând peste acest mic preambul, să începem studiul nostru.

Uterul deși înconjurat de organe cavitare a căror capacitate se schimbă de la un moment la altul și decĭ aŭ o influență directă asupra situațiuneĭ sale, totuși dînsul este provĕdut de un numĕr de ligamente destul de suficiente, pentru-ca în mijlocul acestor influențe variabile, el să fie capabil a păstra întru cât-va o aceeași poziție constantă.

Băsica și rectul maĭ cu deosebire sunt organele carĭ după capriciul lor, fac ca uterul să-și schimbe poziția orĭ de câte orĭ dînsele vor fi pline saŭ góle, împingêndu-l fie înainte saŭ înapoĭ.

La rîndul lor, porțiunea terminală a anselor intestinale și repleția S-luĭ iliac tind la acelaș resultat; totul se opune la o poziție fixă a uteruluĭ. Eĭ caută a-l coborâ presând asupra funduluĭ sĕŭ, saŭ a-l împinge de la stânga la drépta.

Pe lângă acésta, dacă maĭ adăogăm și presiunea intra-abdominală, care va tinde a apăsa uterul în jos căutând a-l disloca, mergênd chiar până a-l forța să iasă prin canalul vaginal, avem atâția factorĭ, carĭ fie-care la rîndul sĕŭ își va dirige acțiunea asupra uteruluĭ, împiedicându-l de a sta loculuĭ. Considerațiunile

acestea aŭ și făcut pe Cruveilhier să susție, că uterul nu are nicĭ o axă proprie, saŭ mai bine dis axă stabilă.

Cu tóte acestea, contra tutulor acestor puterĭ vrășmașe, uterul luptă; și ce e mai mult, el tot-d'a-una reușesce — când condițiunile sunt normale — să-șĭ conserve una și aceeași posițiune în tot timpul existenței sale.

Noĭ am arătat cu altă ocasiune mijlócele de carĭ acest organ e provĕdut pentru asigurarea situațiuneĭ sale. Cele mai principale dintre ele sunt: *ligamentele largĭ* ce protegéză uterul de a se devia în lăturĭ; *ligamentele rotunde* carĭ tind a-l aduce înainte luptând *contra ligamentelor posterióre* saŭ utero-sacrale ce caut a-l trage înapoĭ. Pe lângă acestea, uterul este asigurat contra presiuneĭ intra-abdominale prin aponevrosa pelviană și perineul, căcĭ 'l împedică de a ieși afară din micul basin.

Grație tutulor acestor mijlóce, uterul póte lupta victorios, menținêndu-șĭ situațiunea sa normală. Și care este acéstă situațiune? După majoritatea autorilor dînsa este representată la femeele nulipare printr'o ușóră ante-flexiune, iar la multipare printr'o ante-versiune. Dar pentru a precisa mai bine iată cum stă lucrul. Părețele anterior al uteruluĭ privesce către fața posterióră a băsiceĭ; fundul sĕŭ se află la óre-care distanță înapoiul pubisuluĭ, peste care nu trece de cât maximum cu un lat de deget.

Pe când dar corpul uteruluĭ are acéstă situațiune, gâtul sĕŭ se găsesce într'o posițiune diametral opusă; el este dirijat către rect și formézĕ cu părețele posterior al vaginuluĭ aprópe un unghiŭ drept.

Dar cuĭ datoresce uterul acéstă situațiune? Tutulor ligamentelor pe care le-am arătat. Douĕ însă sunt mai principale: *ligamentele utero-sacrale înapoĭ* și *aderențele utero-vesicale înainte*. Aceste fășiĭ fibróse reunite împreună, constitue o zonă ligamentósă puternică. Ea menține în mod solid uterul la înălțimea normală în basin, imprimându-ĭ în acelaș timp și direcțiunea de ante-versiune cu o fórte ușóră ante-flexiune. Iată cum: cele douĕ ligamente utero-sacrale saŭ îndoiturile luĭ Douglas, carĭ merg de la fața posterióră a coluluĭ pentru a se insera la sacrum, trag acest organ înapoĭ. Dar în acelaș timp, între fața anterióră a uteruluĭ și partea de jos a funduluĭ băsiceĭ, există o masă celulo-fibrósă interpusă între aceste organe; dînsa prin aderența sa atrage uterul înainte către simfisa pubiană. La acésta intervine și acțiunea ligamentelor rotunde carĭ tóte la un loc, luptă contra ligamentelor posterióre ce sunt mai puternice.

S'ar crede chiar că singure aceste ligamente rotunde sunt suficiente pentru aducerea uterului înainte. In adevĕr ele nu numaĭ că sunt destul de resistente, graţie presenţeĭ ţesutuluĭ celulo-fibros, dar fapt important este, că ele conţin şi fibre musculare.

Spiegelberg în 1884, a avut fericita idee să facă următórea experienţă căutând a arăta rolul ligamentelor rotunde. O femee fiind condamnată la mórte, imediat după decapitare i s'a deschis abdomenul. Spiegelberg a făcut să tréca un curent electric de inducţiune prin uter. Organul acesta, care se afla în retro-versiune atingênd sacrul, s'a ridicat aşeḑêndu-se perpendicular în basin. Dar atuncĭ ligamentele rotunde se întinseră şi atraseră uterul înainte. Iată dar cum uterul, graţie pe de o parte ligamentelor utero-sacrale, pe de alta stratuluĭ celulo-fibros vesico-uterin, precum şi acţiuneĭ ligamentelor rotunde, dînsul în mod normal se aşéză în ante-versiune, cu uşóră flexiune înainte. Şi pentru ca acéstă situaţiune să nu se schimbe, intervin ligamentele largĭ; ele 'l impedică a se înclina la drépta saŭ la stânga.

Dar cum recunóscem că uterul se găsesce în situaţiune normală? Prin următórele explorăţiunĭ:

I. Examinênd o femee în decubitul dorsal şi introducând degetul indicator în vagin, vîrful degetuluĭ — urmând axa vaginuluĭ, trebue să întâlnéscă în fundul acestuĭ organ buza anterióră a coluluĭ. Acéstă buză după cercetările numeróse ale autorilor şi în special ale luĭ Bernutz, trebue să ocupe centrul ampuleĭ vaginale şi să fie aşeḑat la 5 cm. şi $^1/_2$ maximum de orificiul vaginuluĭ, iar nu al vulveĭ. Nu se ia vulva ca punct de plecare, din causa variaţiuneĭ volumuluĭ buzelor marĭ şi micĭ, ce une-orĭ pot fi ipertrofiate fie în mod normal, saŭ în urma unor diateze ca scrofula, etc.

Dacă facem examenul femeea fiind în picióre, acéstă distanţă rĕmâne aceiaşĭ la virgine saŭ nulipare; la multipare însă gâtul uteruluĭ se cobóră chiar cu 1—2 centimetri. In orĭ-ce cas, dînsul găsindu-se la o distanţă maĭ mică ca 3 centimetri de intrarea vaginuluĭ, acésta ne indică o stare patologică, fie de ipertrofie a coluluĭ saŭ de prolaps al uteruluĭ.

II. Plecând cu degetul de la buza anterióră a coluluĭ, imediat de desubtul sĕŭ dăm de orificiul extern, mic şi rotund la nulipare; transvers, larg deschis la multipare. Inapoiul acesteĭ deschiderĭ degetul întâlnesce buza posterióră; îndĕrătul sĕŭ se află fundul de sac corespondent al vaginuluĭ. Revenind pe buza anterióră a coluluĭ şi ducând degetul înainte, explorăm faţa sa

anterióră ce se continuă fie în linie cu totul dréptă saŭ fórte ușor curbă, cu fața anterióră a uteruluĭ; acésta nu póte fi simțită de cât deprimând fundul de sac anterior al vaginuluĭ. In fine aplicând cea-l'altă mână pe abdomen, trebue să simțim fundul uteruluĭ înapoiul simfiseĭ pubiene; nicĭ o dată însă maĭ sus de acésta ca un lat de deget.

Când dar vom constata tóte aceste lucruriĭ, și în plus, examinând și părțile laterale ale gâtuluĭ vom simți că ele se continuă în linie dréptă cu fețele corespondente ale uteruluĭ fără nicĭ un fel de curbură, atunci putem afirma că uterul se găsesce în posițiunea sa normală de anteversiune cu ușóră flexiune înainte. In fig. 65 din Sinety se arată acest lucru.

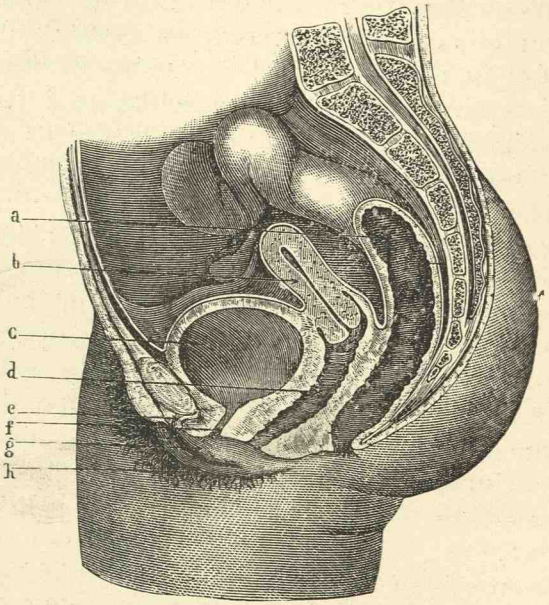


Fig. 65. Secțiune verticală a basinuluĭ. *a* Rect. *b* Uter. *c* Bășica. *d* Vagin, *e* Clitoris. *f* Uretra. *g* Buzele micĭ. *h* Buzele marĭ.

Dar acéstă situațiune a uteruluĭ de și se conservă, totuși este supusă la fórte marĭ fluctuațiunĭ, în special din următórea causă: Am arătat că ligamentele utero-sacrale saŭ îndoiturile luĭ Douglas se înseră la fața posterióră a gâtuluĭ uterin, ceva maĭ jos de istm. Pe de altă parte, după cercetările luĭ Delbet, aponevrosa sacro-recto-genitală, ca și fibrele muschiuluĭ ridicător al anusuluĭ, vin și ele de se înseră tot în acest nivel.

Dar ce resultă de aci? Că punctul de inserțiune al acestor

ligamente fiind așezat de desubtul centruluĭ de gravitate al uteruluĭ, echilibrul acestuĭ organ tot-d'a-una este instabil. Prin urmare, imediat ce s'ar produce o relaxare a ligamentelor rotunde saŭ a țesutuluĭ celulo-fibros vesico-uterin; o repliținne prea mare a băsiceĭ, saŭ în fine o îngroșare saŭ tumoră în părețele posterior al uteruluĭ, atuncĭ dînsul, grație ligamentelor posterióre va tinde a fi tras înapoĭ. Insă, din causa echilibruluĭ instabil, el nu va putea să rĕmâe într'o posițiune perpendiculară cu planul sĕŭ de suspensiune; el va tinde tot-d'a-una — sub dubla influență a gravitățeĭ și a presiuneĭ abdominale — să se încline înapoĭ. Dar imediat ce uterul trece dincolo de axa strîmtóreĭ superióre a basinuluĭ, presiunea abdominală nu va maĭ lucra ca în starea normală asupra părețuluĭ sĕŭ posterior, pentru a-l împinge înainte; acum din contra, presiunea se va exercita asupra părețuluĭ sĕŭ anterior. Decĭ fundul uteruluĭ va cădea înapoĭ către sacrum, iar gâtul se va ridica către simfisă; de aci **retroversiune.**

Ast-fel stând lucrul, acum e momentul a ne întreba în ce constă deviațiunea uteruluĭ, când vedem că schimbarea posițiuneĭ sale normale, — care tocmaĭ constitue baza procesuluĭ patologic — o întâlnim la fie-care moment? Căcĭ dacă în adevĕr uterul în mod continuă se află la capriciul repleținneĭ organelor ce-l înconjóră; dacă el la fie-care moment se duce înapoĭ, înainte, în jos saŭ în lăturĭ — după cum băsica, rectul, ansele intestinale vor fi pline saŭ góle; și dacă pe lângă acésta se află și în echilibru instabil, atuncĭ când e în stare normală și când e în deviațiune?

Dar tocmaĭ acésta constitue baza definițiuneĭ. In adevĕr, atâta cât schimbările de situațiune ale uteruluĭ nu sunt permanente, și decĭ se pot modifica, fie spontanat saŭ prin mâna operatoruluĭ, acest fapt nu va constitui o deviațiune propriŭ zisă. De exemplu: dacă băsica uduluĭ umplându-se cu urină saŭ cu un liquid óre-care injectat prin uretră, ar schimba situațiunea uteruluĭ respingându-l înapoĭ, și dacă în urma evacuăreĭ acestuĭ organ, uterul ar reveni luându-șĭ posițiunea sa primitivă, schimbarea acésta nu constitue o deviațiune. De asemenea se presupunem că ne-am găsi în fața uneĭ anteflexiunĭ manifeste. Eĭ bine, orĭ cât de mare ar fi unghiul ce vom constata între gât și corp, de îndată ce însă acest unghiŭ ușor se póte șterge prin reducerea uteruluĭ, suntem în drept a zice că uterul nu e în stare patologică. Din contra, când asemenea situațiunĭ ale uteruluĭ n'ar fi influențate de repliținnea saŭ vacuitatea băsiceĭ or diferite alte manopere, atuncĭ ele ar constitui o deviațiune; numaĭ

atunci vom zice că uterul este în anteversiune saŭ flexiune patologică.

Prin deviațiuni uterine înțelegem schimbările permanente a posițiuneĭ normale a uteruluĭ, care odată părăsindu-și locul, ia o posițiune fixă într'un alt punct al basinuluĭ.

Rĕmâne însă bine înțeles că noĭ nu trebue să abuzăm de acești termenĭ. Ast-fel, deși schimbarea de situațiune a uteruluĭ ar putea ușor fi redusă, acéstă însă nu însemnéză că el nu intră în cadrul deviațiunilor, dacă concomitent există relaxarea ligamentelor. Când de exemplu din anteversiune va putea ușor să se pue în retroversiune, iar de aci prin simple posițiunĭ anumite ale corpuluĭ el va reveni în starea normală, atunci negreșit îl vom considera ca intrând în cadrul deviațiunilor, dacă maĭ ales constatăm de exemplu și o slăbire saŭ lungire a ligamentelor rotunde.

Numaĭ pe atât decĭ schimbările de situațiune ale uteruluĭ nu vor intra în deviațiunĭ, pe cât ligamentele și mijlócele de susținere vor fi intacte. In casul contrariŭ ele vor face parte din *deviațiunile reductibile*; cel mult vor intra în categoria numită de Aran *stare indiferentă de statică a uteruluĭ*, saŭ maĭ bine zis *uter flotant*. De sigur uneĭ asemenea stărĭ particulare aŭ fost atribuite pretinsele migrațiunĭ ale uteruluĭ putênd să se ridice chiar până în ipohondre; și acesteĭ stărĭ scóla Hipocratică atribuia tóte accidentele ce eraŭ capabile să dea loc isterieĭ.

Clasificațiunea deviațiunilor uteruluĭ.

I. Când uterul îșĭ părăsesce posițiunea normală în întregimea luĭ, ca și cum s'ar învârti în jurul uneĭ axe executând mișcarea numită de basculă, constitue **versiunile**. Aci gâtul uteruluĭ ocupă un punct diametrul opus de acela al funduluĭ.

Numele tutulor deviațiunilor se dă după locul unde se găsesce fundul uteruluĭ. Ast-fel vom ḑice retro-versiune, antero-versiune, latero-versiune drépță orĭ stângă, după cum uterul se va simți înapoĭ, înainte, la drépta orĭ la stânga. In tóte aceste deviațiunĭ gâtul se află într'o direcțiune cu totul opusă. In anteversiune el e înapoĭ; în retroversiune înainte: în latero-versiune drépță — la stânga; în latero-versiune stângă — la drépta. Tóte aceste versiunĭ pórtă numele de deviațiunĭ extrinsece ale uteruluĭ.

II. Când schimbarea de situațiune normală se mărginesce

numaĭ la corpul saŭ la gâtul uteruluĭ, atuncĭ pórtă numele de **flexiune**. Dînsa schimbă raportul posițiuneĭ respective pe care-l are corpul cu gâtul. Flexiunile pórtă numele de deviațiuni intrinsece ale uteruluĭ. Când dar numaĭ corpul uteruluĭ se deviază înainte, înapoĭ saŭ în lăturĭ, iar gâtul rĕmâne fix, adică își păstrézĕ posițiunea normală, avem *flexiunea corporală*. Când corpul uteruluĭ își păstrézĕ situațiunea normală, dar gâtul se deviază, atuncĭ avem *flexiunile cervicale*, ante, retro saŭ laterale. Iar când și corpul și gâtul se flexézĕ unul pe altul, formând în nivelul istmuluĭ un unghiŭ ascuțit orĭ drept, avem flexiunile cervico-corporale. Am putea la rigóre să introducem un neologism în flexiunĭ și anume acela de *flexiunĭ divergente*. Când de exemplu corpul uteruluĭ ar fi flexat înainte saŭ înapoĭ, iar gâtul la drépta orĭ la stânga, acésta ar fi o flexiune divergentă. Tot acelașĭ lucru am putea ḑice dacă corpul uteruluĭ ar fi în flexiune laterală, iar gâtul în flexiune înainte saŭ înapoĭ. Asemenea stărĭ patologice nu numaĭ că nu sunt descrise, dar nicĭ nu le-am întâlnit în practică Cu tóte acestea teoreticește lucrul ar fi posibil.

III. Uterul maĭ póte să sufere și o mișcare de translațiune în masă, ridicându-se orĭ coborându-se. Acésta constitue un grup aparte numit de *ridicare*, de *coborâre*, saŭ *prolaps uterin*.

IV. In fine maĭ avem și alte stărĭ particulare numite *ante-posițiunĭ* și *retro-posițiunĭ* ale uteruluĭ. Prin acésta se înțelege fie o exagerațiune a stăreĭ normale, fie diferite alte situațiunĭ, fără însă ca nimic să se schimbe în axa normală ce există între corp și gâtul uteruluĭ. Să ne explicăm. Dacă ne închipuim o tumoră ce ar ocupa întregul fund de sac retro-uterin saŭ cavitatea luĭ Douglas, ca ematocel saŭ altă acumulațiune de liquid, orĭ formațiune de țesut dur, acéstă tumoră ar împinge fórte mult înainte uterul în totalitatea luĭ împreună cu gâtul lipindu-l de simfisa pubiană, dar fără să producă nicĭ o deviațiune în axa sa, acésta ar fi o *ante-posițiune uterină*. Inchipuindu-ne un acelașĭ lucru desvoltat în fundul de sac vesico-uterin, când uterul iarășĭ fără a'și schimba nimic din axă ar fi cu totul transmutat înapoĭ, acésta ar forma *retro-posițiunea* uterină. In ambele casurĭ nu există nicĭ o urmă de exagerare de anteflexiune saŭ versiune; este pur și simplu o dislocare *in toto* a organuluĭ păstrând axa sa normală. Admițând desvoltarea uneĭ tumorĭ iarășĭ liquidă saŭ solidă în grosimea ligamentelor largĭ într'una din părțile sale laterale, am avea o translațiune integrală a uteruluĭ la drépta saŭ la stânga, dându-ne ast-fel o *latero-posițiune*.

Trecem acum în studiul fie-căria din aceste grupe.

Conformându-ne cu uzul clasic vom insista numaĭ asupra deviaţiunilor înainte şi înapoĭ. Cele-l'alte fiind mult maĭ raŕĭ şi de un interes maĭ mic, n'aŭ trebuinţă de o descriere specială.

§ 1. Deviaţiunile uteruluĭ înainte.

A) **Anteversiunea.** Acésta represintă o exagerare a situaţiuneĭ normale a uteruluĭ. Prin urmare, fundul sĕŭ în loc de a fi la órecare distanţă de pubis, acum se sprijină pe dînsul puindu-se în contact cu faţa posterióră a băşiceĭ uduluĭ. Colul saŭ gâtul uteruluĭ merge fórte mult înapoĭ putênd atinge chiar vîrful coccyxuluĭ — după gradul deviaţiuneĭ.

Din acéstă stare resultă următórele fapte clinice când examinăm femeea în decubitul dorsal: I. Introducênd degetul în vagin numaĭ dăm de buza anterióră a coluluĭ, ci de faţa sa anterióră. II. Păretele posterior al vaginuluĭ e maĭ lung ca în starea normală cu cel puţin 1—2 centimetri; decĭ fundul de sac va fi greŭ de atins din causa presenţeĭ gâtuluĭ uterin. III. Păretele anterior al vaginuluĭ ca şi fundul de sac sunt maĭ scurte. Aci dând de o resistenţă formată de faţa anterióră a uteruluĭ ce se înclină către pubis; fundul sĕŭ îl simţim prin păreţiĭ abdominalĭ cu examenul combinat. IV. Prin examenul rectal simţim proeminenţa gâtuluĭ ce apasă pe păretele sĕŭ anterior: cu degetul nu putem atinge corpul uteruluĭ fiind fórte mult proectat înainte. Fig. 66 represintă anteversiunea.

Etiologia. După majoritatea autorilor, principala causă stă într'o involuţie incomplectă saŭ viciósă a uteruluĭ fie în urma facerilor, saŭ avorturilor. In asemenea condiţiunĭ uterul fiind fórte susceptibil a se infecta şi inflama, dînsul fórte uşor va fi atins de metrită. Dar atuncĭ organul mărindu-se de volum maĭ ales către fund şi devenind mult maĭ greŭ, va cădea înainte, graţie maleabilităţeĭ şi lipseĭ de tonicitate.

Rolul ce jócă inflamaţia uteruluĭ în anteversiune este aşa de manifest, în cât chiar şi la virgine şi nulipare acest proces este notat de toţĭ autoriĭ. In adevĕr, metritele de orĭ ce natură ar fi sunt aprópe singurile ce s'aŭ recunoscut capabile a produce anteversiunea împingênd corpul şi fundul uteruluĭ fórte mult înainte. Şi proba cea maĭ evidentă ar fi următórea: Se scie că semnul patognomonic al anteversiuneĭ este o rigiditate escesivă a între-

gului organ. Daca căutăm să îndoim în timpul explorațiuneĭ bimanuale uterul pe col, nu reușim. Dar acéstă proprietate de sclerosă este aprópe exclusivă metritelor cronice. Maĭ există încă o causă ce ar produce *anteversiunea simptomatică*. Acésta ar fi desvoltarea unuĭ fibrom în păretele anterior al uteruluĭ. Efectul e acelaș. Grație presenței uneĭ asemenea tumorĭ, uterul basculéză înainte, se pune în anteversiune. Dar ligamentele rotunde ca și țesutul celulo-fibros vesico-uterin, încă pot prin retracțiunea lor diatesică saŭ inflamatorie să producă acelaș fenomen de anteversiune de alt-fel fórte ușor de înțeles. Unĭĭ autorĭ pentru a explica

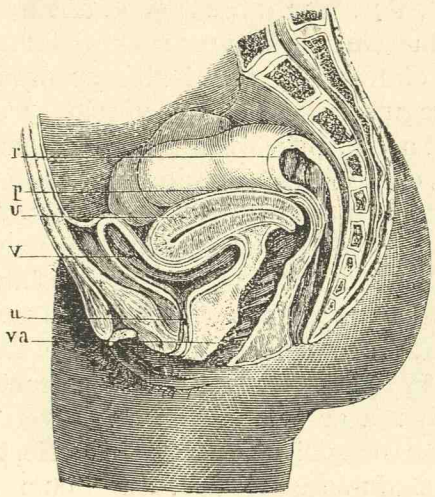


Fig. 66. Uter în anteversiune. *U* Uterul. *V* Bășica. *u* Uretra. *r* Rectul. *va* Vaginul. *p* Peritoneul.

ascensiunea coluluĭ înapoĭ și în sus — care une-orĭ e așa de mare în cât nu se póte atribui uneĭ simple căderĭ a corpuluĭ uterin înainte, — aŭ invocat o retracțiune a ligamentelor utero-sacrale, grație desvoltăreĭ uneĭ parametrite posterióre.

Simptomele. De multe orĭ sunt negative. Rar avem casurĭ când femeile se plâng de tenesme vesicale saŭ rectale prin presiunea saŭ iritația bășiceĭ de fundul uteruluĭ orĭ al rectuluĭ de gâtul sĕŭ. De obiceiŭ turburările urinare, sunt în special atribuite de Schultze uneĭ congestiunĭ determinată de existența uneĭ metrite. Cât privește faptul că anume femeĭ se plâng de dificultate în mers,

de tracțiuni abdominale și chiar dureri, acestea ar proveni din causa unei enteroptose, ce fórte adesea se constată concomitent cu anteversiunea.

Diagnosticul. In general fórte ușor. Situația gâtului și a corpului uterin constatate prin explorație digitală și bimanuală este suficientă. Cu tóte acestea se póte pune întrebarea, dacă tumora ce se simte în fundul de sac anterior al vaginului este în adevĕr corpul uterului, un fibrom, saŭ alt proces inflamator. In casul când uterul e mobil, lucrul este ușor: n'avem de cât cu degetele saŭ cu o pensă cu dinți să tragem de gâtul uterului pentru a ne da imediat sémă de situațiune. La rigóre putem recurge și la exploraținea cu isterometru dându-i curbura necesară. Atunci când anteversiunea e fixă, de sigur dificultățile sunt mari și câte o dată chiar imposibile. In casul acesta vom recurge la antecedente, modul aparițiunei bólei, etatea bolnavei și alte amănunte ce ne vor fi de mare folos. In regulă generală, anteversiunea se deosebește de stările inflamatorii acute, prin evoluțiunea sa lentă și cronică. Un singur cas există citat de anteversiune acută cu fenomene de strangulațiune, datorit lui Edwards. Este vorba de o femee care în urma unui *rău de mare*, a fost coprinsă în mod brusc de vărsături opiniatre, datorite unei simple anteversiuni acute.

Este inutil a insista asupra diferenciereĭ unei anteflexiuni de anteversiune. Existența unui unghiŭ între gât și uter în nivelul istmului, este tot ce póte fi mai demonstrativ. Semnul acesta sub nici un cuvênt nu se va găsi în anteversiune; aŭ continuitatea între gât și corpul uterului este perfect în linie dréptă.

Tratamentul. Dându-se că adesea, după cum am arătat, concomitent cu anteversiunea există o enteroptosă, grație căria ansele intestinale apasând pe fața posterióră a uterului agravéză situația, s'a instituit ca tratament paliativ anume cingători abdominale. Ele aŭ de scop ca ridicând fundul uterului și masa intestinală, să suprime agentul comprimant. Asemenea aparate bine confecționate și bine aplicate, daŭ de multe ori fórte bune resultate.

S'a recomandat, și chiar azi este în practica curentă, întrebuințarea unor anume instrumente numite *pesare* (inele). Prin ele ne propunem a reduce deviațiunea și a o menține în noua sa poziținne. Cel mai vechi este acela al lui Dumonpalier. Dînsul însă având o formă rotundă ca un inel, nu îndeplinește cerințele dorite: el nu face de cât a întinde fundurile de sac fără a reduce corpul uterin. Pentru acesta s'aŭ inventat inele speciale. Cel mai

principal este al luĭ Hewitt a căruĭ formă și aplicațiune se vede în fig. 67 luată din Pozzi.

Folósele pesarelor de multe orĭ sunt iluziunĭ. Adesea bolnavele le refusă din causa durerilor, iar medicĭĭ le evită din causa inflamațiilor și infecțiilor ce pot produce.

Tratamentul cel maĭ logic este a combate metritele și inflamațiile peri-uterine, carĭ sunt factorĭĭ principalĭ aĭ anteversiuneĭ. Decĭ raclagiul, repaosul, băile calde de șezut, injecțiunile vaginale și clișmele, daŭ efectele cele maĭ bune. Pentru detaliĭ trimitem la tratarea metritelor.

Dar adevĕratul tratament logic și radical ar fi de sigur laparatomia. Prin acésta, dislocând uterul și fixându-l de abdomen, am îndeplini cel maĭ bun scop. Contra indicația ar fi cu privire

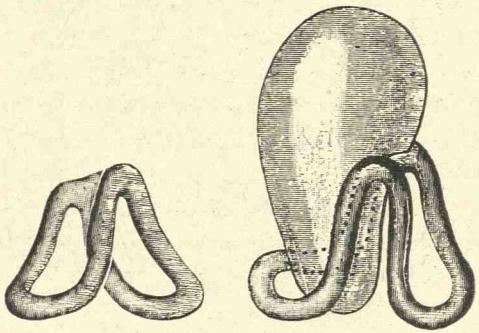


Fig. 67. Pesar în formă de leagăn al luĭ Grailly Hewitt.

la femeĭ tinere, capabile de a rĕmâne gravide. In acest cas s'ar putea imputa că isteropexia va deveni o causă de avort saŭ distocie. Vom reveni.

Maĭ există o operație numită a luĭ Sims, dar care e fórte problematică și aprope scósă din uz. Autorul se baséză pe faptul că în momentul când tragem colul înainte cu o pensă către vulvă, spre a reduce anteversiunea, se constată maĭ multe îndoiturĭ pe pĕretele anterior al vaginuluĭ. De aci ideia de a scurta acest pĕretе prin avivarea, iar apoĭ sutura margineĭ uneĭ asemenea îndoiturĭ. Acéstă este operația luĭ Sims.

B. **Anteflexiunea.** Am arătat deja că situațiunea normală a ute-

ruluĭ nu este numaĭ o anteversiune absolută, ci insoțită de o ușóră flexiune înainte. In adevĕr, dacă plimbăm degetul de la buza anterióră a coluluĭ dirijindu-se către fundul uteruluĭ, păstrând fața anterióră a organuluĭ, simțim că acéstă linie nu este perfect dréptă, ci presintă în dreptul unireĭ corpuluĭ cu colul, adică al istmuluĭ, o ușóră curbă cu concavitatea înainte. Acésta formézĕ *semnul de anteflexiune normală*. Eĭ bine, orĭ de câte orĭ unghiul acesta se va găsi maĭ pronunțat, vom ḑice că avem a face cu o anteflexiune patologică. Lucrul se vede în Fig. 68.

S'a căutat a se stabili diferitele grade de flexiunĭ după mărimea saŭ micșorimea acestuĭ unghiŭ. Flexiunea cea maĭ ușóră saŭ de primul grad este când unghiul rĕmâne cât se poate maĭ

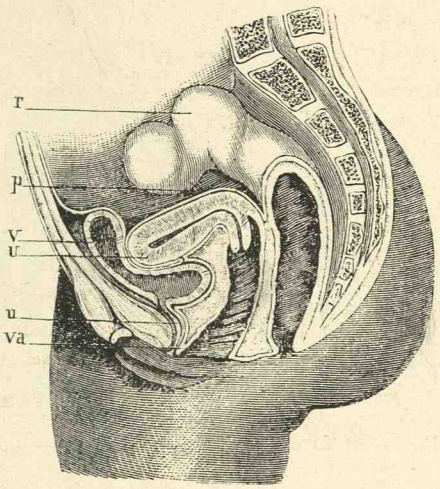


Fig. 68. Uter în anteflexiune. *U* Uter. *V* Băşica. *u* Uretra. *r* Rectul. *va* Vaginul. *p* Peritoneul.

mult obtus, căcĭ pe atât se va apropia de starea normală. Gradul al II-lea este când unghiul din obtus devine drept, iar gradul al III-lea când unghiul devine fórte ascuțit.

Producerea acestuĭ unghiŭ este determinată saŭ numaĭ de flexiunea corpuluĭ pe gât, saŭ din contra a gâtuluĭ pe corp, orĭ din flexiunea reciprocă a ambelor aceste organe. Dar orĭ cum ar fi, partea principală și semnul patognomonic al flexiunilor este constatarea acestuĭ unghiŭ, fără de care ele nu pot exista.

Nu este însă suficient numaĭ atâta. Se cere ca o condițiune indispensabilă, că acest unghiŭ să rĕmâe fix și invariabil. Cu alte cuvinte că noĭ orĭ cât ne am sili prin presiunĭ pe uter saŭ pe col, să nu putem reuși nicĭ a mări, nicĭ a micșora acest unghiŭ. Și în adevĕr acésta este punctul principal ce formézĕ baza flexiunilor: ca întregul gât împreună cu corpul în punctul unde se îndoesce să fie așa de rigizĭ, întocmaĭ ca o bară de fier ce s'ar opune la orĭ-ce modificare a acesteĭ îndoiturĭ, refuzându-se orĭ-căreĭ manopere saŭ sforțărĭ din partea nóstră. Și drept probă că lucrul este ast-fel, avem încercările ce s'aŭ făcut chiar pe cadavre. In adevĕr, scoțându-se un uter anteflexat și puindu-se pe masă, nu numaĭ că reducerea s'a obținut cu fórte mare greutate, dar faptul principal este că după îndreptare, lăsându-se organul liber, și-a reluat posițiunea luĭ ca și cum o córdă de oțel ar fi trăs corpul către gât.

Dar în ce constă propriŭ zis anteflexiunea?

După Gaillard Thomas, avem treĭ categoriĭ de flexiunĭ: *corporală*, *cervicală* și *cervico-corporală*.

Flexiunea corporală este când gâtul uteruluĭ îșĭ păstrézĕ situațiunea și direcțiunea sa normală; singur corpul uteruluĭ înaintézĕ maĭ mult înainte către simfisa pubienă, determinând astfel o îndoitură saŭ un unghiŭ maĭ mare saŭ maĭ mic în dreptul istmuluĭ.

In flexiunea cervicală din contra, corpul uteruluĭ rĕmâne în locul sĕŭ normal și numaĭ gâtul se îndoesce, dirijindu-se înainte către paretele anterior al vaginuluĭ, formând iarășĭ acelașĭ unghiŭ în dreptul istmuluĭ.

In fine flexiunea cervico-corporală este când simultaneŭ și corpul și gâtul se dirijézĕ înainte tinḑênd a se apropia unul de altul, determinând de asemenea acelașĭ unghiŭ în dreptul istmuluĭ.

In fig 69, 70 și 71 se vĕd aceste stărĭ, se arată aceste diferite grade de anteflexiune.

Cause. Există anteflexiunĭ *congenitale* și *dobândite*. Cele *congenitale* sunt fórte rarĭ, și în orĭ-ce caz nu atrag atât atențiunea ca cele dobândite. Ba ce e maĭ mult, uniĭ chiar le négă cu desăvêrșire. Schültze însă a emis o teorie, care de și combătută, totușĭ și azĭ are curs în știință. Dînsul susține că la noile născute și până la perióda adolescentă, uterul împreună cu gâtul se află pe aceeașĭ linie orizontală ca și vaginul. Maĭ mult, gâtul uteruluĭ este mult maĭ lung de cât restul corpuluĭ, iar vaginul fórte

scurt. In perióda adolescenței, când se produce o lărgime a basinului și o desvoltare a tutulor organelor, și când uterul în virtutea legeĭ fiziologice, și desigur prin acțiunea sinergică a ligamentelor rotunde și a țesutuluĭ celulo-fibros vesico-uterin, trebue să se ridice dirijindu-se către simfisa pubienă, 'gâtul uterului trebue și el să urmeze acéstă mișcare de basculă dirijindu-se înapoĭ, saŭ flectându-se fórte ușor înainte.

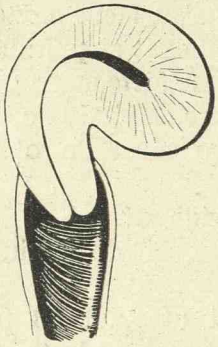


Fig. 69. Anteflexiune corporală.



Fig. 70. Anteflexiune cervicală.

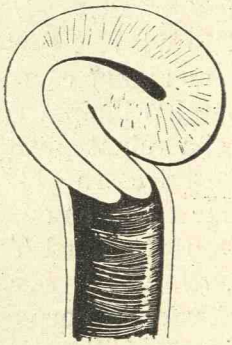


Fig. 71. Anteflexiune cervico-corporală.

Dacă însă ne închipuim că vaginul rămâne scurt, iar gâtul uteruluĭ lung, dînsul nu va urma acéstă mișcare, ci va rămâne fix. Atunci fiind silit numaĭ corpul să înainteze, el se va îndoi pe gât și va produce ast-fel anteflexiunea. Probă că lucrul ar fi ast-fel, este că la femeile purtătóre de acéstă stare patologică, se conservă caracterele fetale ale gâtuluĭ uterin, adică orificiul extern mic, corpul lung și conic și cu o desvoltare exagerată a buzeĭ anterióre, luând numele de gât tapiroid, după asemănarea ce ar avea cu botul unuĭ animal de mare numit Tapir. In plus vom constata o atrofie a păreteluĭ anterior al uteruluĭ, care uneorĭ se însoțesce și de atrofia păreteluĭ corespondent al gâtuluĭ uterin. Se citéză un singur cas dat de Winckel, unde se constată atrofia păreteluĭ posterior al uteruluĭ, cel anterior fiind mărit de volum.

Acésta ar fi adevĕrata causă a anteflexiuneĭ congenitale. Noĭ ne permitem a crede că e posibil a invoca drept mecanism al acesteĭ afecțiunĭ o atrofie saŭ póte chiar absența ligamentelor

utero-sacrale. In adevĕr, aceste ligamente lipsind, gâtul uteruluĭ nu are de cine să fie tras înapoĭ, și prin urmare rĕmâind loculuĭ, atuncĭ numaĭ corpul, rĕmas sub influența ligamentelor rotunde, este tras înainte, flexându-se pe gât; de aci anteflexiunea. Dar orĭ-cum ar fi, un lucru rĕmâne constant că, femeile posesóre de ante-flexiune congenitală, saŭ după Martin, *puerilă*, ne oferă și alte fenomene de lipsă de desvoltare organică. Ele sunt representate prin mamele micĭ, talie scurtă, trompele și ovarele subțirĭ și lungueță, etc., și în fine prin tóte caracterele de infantilism.

Anteflexiunile dobândite. Toțĭ autoriĭ sunt de acord a recunósce drept causă unică a acesteĭ afecțiunĭ, o stare de imuere saŭ ramolire a porțiuneĭ coluluĭ în punctul de unire al corpuluĭ cu acest organ, adică în dreptul istmuluĭ.

In momentul stabilireĭ menstruelor, când uterul devine maĭ suculent, dacă tînĕra fată nu ia precauțiunĭ igienice, abținându-se de la oboselĭ, sărituri, dans, velociped și orĭ-ce alte cause ce ar avea de efect să congestioneze saŭ să inflameze uterul, acest organ, devenind maĭ greŭ și avênd deja punctul în dreptul istmuluĭ maĭ ramolit, dînsul cu ușurință se póte inclina în mod exagerat înainte și să constitue ast-fel anteflexiunea. Maĭ târziŭ, când femeea se mărită și în special dacă devine mamă, causele de inflamațiunĭ și infecțiunĭ devenind maĭ numeróse, anteflexiunea se observă și maĭ des. Nu e nimic în adevĕr care să predispue pe femee la acésta infirmitate, de cât facerile și avorturile. Nu numaĭ prin aceia că ele produc o ramolire a organuluĭ, dar și prin metritele puerperale, involuțiunile incomplecte, și maĭ cu deosebire prin rĕmânerea de resturĭ placentare. Tóte acestea producând o inflamațiune și aducând o îngroșare a pĕreteluĭ posterior al uteruluĭ, corpul organuluĭ devenind maĭ greŭ, ușor se va îndoi în dreptul istmuluĭ, puindu-se în anteflexiune. Dacă la acésta maĭ adaogăm și inflamațiunile uterine, avem nouĭ factorĭ ce favoriséză afecțiunea de care ne ocupăm.

Schultze pune mare preț pe inflamațiunea și retracțiunea consecutivă ligamentelor utero-sacrale numită parametrită posterióră. Efectul lor însă după noĭ, este de a atrage cu putere gâtul uteruluĭ înapoĭ, prin care ne explicăm situațiunea câte odată exagerată a acestuĭ organ, ce une-orĭ abia îl putem atinge cu degetul în vagin. Dar resultatul ar fi o anteversiune exagerată, iar nu flexiune.

Simptomele. Depind de gradul flexiuneĭ: când nu e exagerată

femeile nu se plâng de nimic. Dacă însă unghiul de flexiune devine drept saŭ ascuțit, turburările în menstruație nu întârzie să apară. Ele sunt manifestate prin neregularități și scurgeri sanguine putin abondente. Maĭ mult, dacă avem a face cu flexiune cervico-corporală intensă, e posibil că lumina cavității uterine să fie complect ștersă în dreptul istmuluĭ, prin lipirea intimă a pereților organuluĭ. In acest cas putem avea amenoree și chiar ematometru, prin acumularea exagerată de menstrue în cavitatea uterină.

Durerile în menstrue sunt atribuite de unii la contracțiunile violente ale uteruluĭ, care caută a da afară cu forța liquidele acumulate în cavitatea sa. După alții, ele resultă din compresiunea firelor nervóse, prin faptul congestiuneĭ saŭ chiar a unor nevrite. In afară de acésta, maĭ putem întâlni dureri proprii unor inflamațiuni intra saŭ peri-uterine, precum și din partea anexelor ce nu rare-orĭ însoțesc saŭ chiar sunt factorii producătorĭ aĭ anteflexiuneĭ.

Diagnosticul. Din cele arătate e fórte ușor a recunósce anteflexiunea, și a determina cu ce anume specie avem a face.

Vom arăta cu alte cuvinte dacă flexiunea e cervicală, corporală saŭ cervico-corporală. Casurile sunt fórte rarĭ, de a întâlni flexiunĭ coprinzênd corpul saŭ gâtul. Se citéză în adevĕr observațiunĭ unde unghiul de flexiune în loc de a fi în dreptul istmuluĭ, se găsesce chiar pe un punct óre care al corpuluĭ uteruluĭ, saŭ al gâtuluĭ. Acestea le-am putea numi *flexiunĭ paraistmice.*

In afară de aceste casurĭ escepționale, diagnosticul e ușor. Rar vom fi chemați a deosebi o anteflexiune de un corp fibros desvoltat în părețele anterior al uteruluĭ, saŭ de o indurațiune inflamatorie, situată în fundul de sac vesico-uterin.

Antecedentele, modul aparițiuneĭ bóleĭ, starea bolnaveĭ, etc., vor trebui cu scrupolositate luate în considerațiune. Putem recurge la examenul cu isterometru, pentru a determina adâncimea cavitățeĭ uteruluĭ; este sciut importanța ce are în mióme faptul că tot-d'a-una cavitatea uterină e mărită. Trebue însă să fim cu multă băgare de sémă în acéstă explorațiune. Vom da curbura necesară isterometruluĭ după gradul flexiuneĭ, căutând pe cât posibil a obține reducerea prealabilă prin mijlóce apropriate. Să nu uităm că țesutul uterin e fórte ramolit și cu totul subțiat în dreptul istmuluĭ, așa că în mod fórte ușor și pe nesimțite putem determina o perforare la cea maĭ mică imprudență.

Nu vom uita iarăși să explorăm băsica uduluĭ, golindu-o și asigurându-ne de conținutul sĕŭ.

Tratamentul. Aci avem aprópe aceleași indicațiunĭ ca și în anteversiunĭ. Cingătorĭ speciale, pesare, tratamentul metritelor, parametritelor prin mijlóce apropriate, etc., etc., lucrurĭ inutil de insistat asupra lor.

Pentru anteflexiunile congenitale s'a căutat a se reproduce o redeșteptare a activitățeĭ vitale a organuluĭ, prin dilatațiunea lentă și progresivă a uteruluĭ. Se ajunge aci fie cu dilatatórele luĭ Hegar, saŭ bastonașe de laminaria bine aseptisate, ce se pot lăsa una saŭ maĭ multe zile în loc. S'a recurs și la alte instrumente rigide prin carĭ în acelaș timp se drenéză și se reduce tot-d'o-dată uterul. Fehling a imaginat o tije de sticlă în formă de tub provĕḍută cu maĭ multe găurĭ, care umplându-se cu iodoform se introduce în uter. Acest instrument e lăsat în loc lunĭ întregĭ; el nu cade căcĭ este susținut prin introducerea mucóseĭ ce se îmbucă în găurile de carĭ e provĕḍut. Vulliet a inventat o tije elastică de os de balenă, iar alțiĭ de cauciuc.

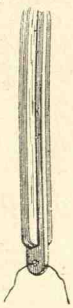


Fig. 72. Tija luĭ Lefour.

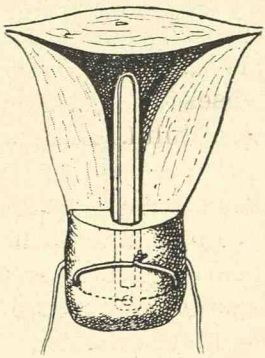


Fig. 73. Introducerea tijeĭ. Fixațiunea de gâtul uteruluĭ.

Lefour recomandă o tije de aluminium, care introdusă în cavitatea uterină prealabil dilatată saŭ chiar răzuită, este fixată în dreptul gâtuluĭ cu un fir de argint așa precum arată fig. 72 și 73 din Legueu.

S'a recomandat iarăși diferite operațiunĭ pe gâtul uteruluĭ, constând în scarificațiunĭ, incisiunĭ saŭ ablațiunĭ a mucóseĭ. Noĭ

vem mai multă încredere în amputațiunea totală a porțiuneĭ vaginale a gâtuluĭ, patronată deja de Lisfranc și susținută cu multă tărie de Braun, că fiind unica operațiune, capabilă de a aduce o descongestiune a uteruluĭ. Decĭ în casurĭ când flexiunea e dobândită și resultă din diferite stărĭ inflamatoriĭ cronice, acéstă operațiune are tóte indicațiunele.

Dacă avem aface cu o flexiune cervicală pronunțată însoțindu-se de sterilitate, s'a recomandat deschiderea largă a orificiuluĭ extern prin incisiunĭ bilaterale ale coluluĭ. Unĭĭ aŭ mers chiar până la ablațiunea complectă a buzeĭ posterióre.

Tratamentul cel maĭ logic și radical ar fi laparatomia. O dată abdomenul deschis, reducem flexiunea; la rigóre nu am ezita a fixa uterul de abdomen prin unul saŭ douĕ puncte de sutură dupe cum deja Laroyenne a făcut în 1894. Thiriar din Bruxel a imaginat o operațiune fórte ingeniósă, dându-ĭ numele de cunei-hysterectomie. Dînsa constă în aceea că, odată abdomenul deschis examinăm cu atențiune fața posterióră a uteruluĭ. Atuncĭ în dreptul unghiuluĭ ce-l formézĕ corpul cu gâtul, ridicăm un lamboŭ fie eliptic saŭ în formă de cuĭ, mergênd până la mucósă. Dacă după aceea coaptăm mărginele suprafeței sângerânde în sens transversal, fundul uteruluĭ este în mod forțat tras înapoĭ; dar prin acésta în mod forțat se reușesce a corige deviațiunea. Operațiunea acésta de și logică totuși nu sunt publicate multe casurĭ și nicĭ chiar chirurgiĭ nu s'aŭ pronunțat de eficacitatea sa. Acéstă operațiune practicată pe părețele anterior a fost aplicată de D-nu Prof. Toma Ionescu la tratamentul retro-deviațiunelor. Alțiĭ recomandă pur și simplu ridicarea unuĭ lamboŭ din părețele posterior al uteruluĭ din orĭ-ce punct; destul numaĭ ca prin el să scurtăm acest părete care tot-d'a-una e maĭ lung ca cel anterior. Acésta e operația luĭ Abbot și Nourse.

§ 2. Deviațiunile uteruluĭ înapoĭ.

In acest capitol de retrodeviațiunĭ intră douĕ categoriĭ bine distincte și anume: *retroversiunea* și *retroflexiunea*.

Caracteristica acestor deviațiunĭ este că pe când anteversiunea și anteflexiunea representaŭ o exagerațiune a uneĭ stărĭ normale a uteruluĭ, aci din contra avem a face cu un adevĕrat proces morbid; el constă într'o răsturnare cu totul inversă a posițiuneĭ fisiologice, adică a staticeĭ uterine. In adevĕr și într'un

cas și în altul, fundul uteruluĭ părăsind raportul sĕŭ cu simfisa pubienă și băsica uduluĭ, el cade înapoĭ așezându-se în cavitatea luĭ Douglas și puindu-se în contact cu părețele anterior al rectuluĭ.

Descrierea retro-deviațiunilor aprope se calkéză după aceia a deviațiunilor înainte, însă invers.

Retroversiunea este o mișcare extrinsecă a uteruluĭ, în jurul uneĭ axe trunsversale trecênd prin dreptul istmuluĭ. Acéstă mișcare se petrece în totalitatea organuluĭ. Nimic nu este schimbat în privința rectitudineĭ linieĭ ce unește gâtul cu corpul. Este o simplă transmutare de loc. Ast-fel pe când corpul uteruluĭ se așéză înapoĭ; gâtul se duce înainte și în sus, în proporție cu coborîrea uteruluĭ. Gradul cel maĭ ușor de retroversiune este când uterul prin fundul sĕŭ vine în dreptul axeĭ strîmptoreĭ superióre a basinuluĭ saŭ trece puțin dincolo de dînsa. Pe măsură ce uterul peregrinéză înapoĭ, pe atât gâtul sĕŭ se dirige înainte trecênd de axa vaginuluĭ. In casurile extreme gâtul este așa de mult respins în sus, în cât se ascunde sub simfisa pubienă și devine imposibil de găsit. Atunci fundul uteruluĭ apasă direct pe rectum, puindu-se în contact chiar cu vîrful coccyxuluĭ. Intre aceste douĕ limite există grade diverse de retroversiune.

S'a căutat a se stabili anume clasificațiunĭ. Ast-fel retroversiunea de gradul întâiŭ este atunci când colul și uterul s'ar găsi ca și la fet pe aceeași axă a vaginuluĭ. In casul acesta fundul uteruluĭ ar privi către ultimele douĕ vertebre lombare. Gradul al II-lea ar fi când fundul uteruluĭ lăsêndu-se maĭ jos și înapoĭ, ar privi către primele douĕ vertebre sacrale. In acest cas gâtul uteruluĭ urmând mișcarea de basculă a corpuluĭ, se ridică în sus și înainte de axa vaginuluĭ, cu care ar face un unghiŭ ascuțit. In fine gradul al III-lea este când fundul uteruluĭ se lasă cu totul în jos și înapoĭ; el umple cavitatea luĭ Douglas, atingând chiar vîrful coccyxuluĭ. Gâtul fiind diametral opus cu fundul, va tinde să ia o direcțiune verticală cu axa vaginuluĭ formând un unghiŭ drept; el deci atinge simfisa pubienă mergênd chiar până a se ascunde sub dînsa.

Retroflexiunea îșĭ păstréză caracterele ca și anteflexiunea. Adică, aci e vorba de o îndoire a corpuluĭ uterin pe gât la nivelul istmuluĭ. Fenomenul se produce întocmaĭ analog ca și cum o ușă prinsă în balamale s'ar apropia saŭ depărta de tocul sĕŭ.

In retroflexiune uterul urméză aceeași cale ca și retroversiunea, fundul sĕŭ putênd privi succesiv către vertebrele lombare, sacrale saŭ coccyx.

Punctul cel mai esențial al acesteĭ deviațiunĭ este că gâtul sub nicĭ un cuvênt nu-șĭ mai păstrézĕ rectitudinea în raport cu corpul. Dînsul tot-d'a-una va forma un unghiŭ mai mare saŭ mai mic și tot-d'a-una cu deschiderea în jos și înapoĭ.

Fig. 74 și 75 sunt modele de retro-deviațiunĭ.

Mecanismul. Am arătat de la început că uterul se găsesce într'o posițiune variabilă prin dispositiunea ligamentelor sale. Când dar băsica uduluĭ îșĭ mărescе capacitatea prin acumularea de urină, dînsa respinge uterul înapoĭ, grație elasticităței ligamentelor rotunde ce permit acéstă deplasare. Dacă însă integritatea ligamentelor nu este atinsă, imediat după golirea băsiceĭ, uterul iarășĭ e adus în starea sa normală. In casul contrariŭ,

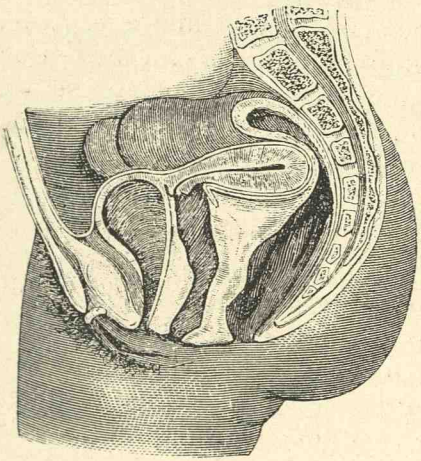


Fig. 74. Uter în retroversiune.

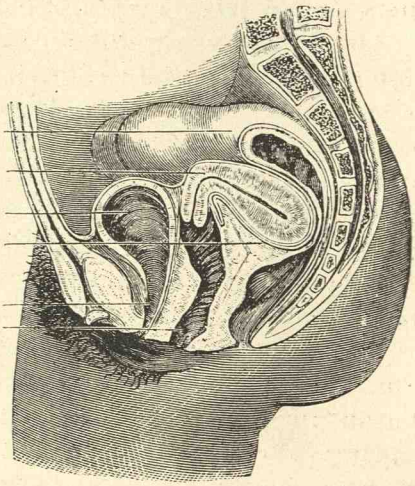


Fig. 75. Uter în retroflexiune.

uterul îndată ce trece de axa strîmtóreĭ superióre a basinuluĭ, imediat ce băsica s'a golit, atunci ansele intestinale se interpun între aceste două orgâne. Ele apăsând pe fața anterióră a uteruluĭ, îl respinge înapoĭ, făcêndu-'l să trécă prin diferitele grade de retroversiune.

Dacă am presupune că la etatea de pubertate vaginul nu a urmat evoluțiunea desvoltăreĭ fisiologice, și a rămas scurt ca și în starea infantilă ; și dacă în acelașĭ timp și ligamentele rotunde sunt slabe pentru a aduce uterul înainte, formând anterversi-

unea pe care am studiat'o, atunci organul supus la aceeași presiune a anselor intestinale, fundul sĕŭ cade înapoĭ. Gâtul, din causa scurtimeĭ vaginuluĭ, neputêndu-se ridica în sus către pubis, el va rĕmânea loculuĭ: decĭ numaĭ corpul uteruluĭ se va îndoi pe gâtul sĕŭ, și va constitui ast-fel retroflexiunea congenitală, saŭ după Schültze, care a și invocat acest mecanism — *flexiunea infantilă*. Dar retrodeviațiunile congenitale saŭ infantile sunt cu totul escepționale. Ele tot-d'a-una sunt dobândite.

De sigur sunt o mulțime de cause carĭ pot provoca retrodeviațiunile, fie de versiune saŭ flexiune. Orĭ-ce tumoră liquidă saŭ solidă de un volum respectabil, ce s'ar desvolta între bășică și uter, póte fi capabilă să respingă uterul înapoĭ și să-l pue în retrodeviațiune. El va lua posițiunea de retroversiune, dacă țesutul organuluĭ la nivelul istmuluĭ este destul de rigid; în casul contrar, acest punct fiind ramolit, corpul se va îndoi pe gât și va determina retroflexiunea. De asemenea, închipuindu-ne desvoltarea unuĭ proces inflamator acut în fundul de sac recto-uterin saŭ al luĭ Douglas, și dacă în urma acesteĭ inflamațiĭ se va produce un țesut cicatricial cu putere retractilă, dînsul iarășĭ trăgênd de fundul uteruluĭ, îl va putea retroversa saŭ retroflexa după circumstanțe.

Dar tóte aceste cause ar rĕmânea póte fără efect, dacă ligamentele rotunde ar fi destul de puternice, în cât cu tótă presiunea saŭ tracțiunea, ele să nu permită uteruluĭ a-șĭ părăsi locul. Și adevĕrul este că acésta constitue cheia saŭ adevĕratul mecanism al retrodeviațiunilor. Atât timp cât ligamentele rotunde îșĭ păstréză integritatea lor, deviațiunile înapoĭ nu se pot efectua. Și proba cea maĭ evidentă este că retrodeviațiunile maĭ tot-d'a-una sunt de origină puerperală.

In urma avorturilor și maĭ ales a facerilor, este sciut că atât uterul, pe lângă creșterea sa enormă de volum, sunt și tóte celel-alte ligamente carĭ se găsesc într'o stare de relaxare exagerată. E destul decĭ ca aceste organe să sufere o involuțiune imperfectă, pentru ca dînsele să-'șĭ piardă gradul de retractilitate, atuncĭ uterul rĕmâind maĭ gros și maĭ greŭ, de sigur are să cadă cu cea maĭ mare ușurință înapoĭ din causa slăbireĭ ligamentelor rotunde. In asemenea casurĭ, chiar dacă involuțiunea uteruluĭ este efectuată, totușĭ el se va pune în retrodeviațiune, numaĭ prin simplul fapt al unuĭ rest de placentă rĕmas pe părețele anterior saŭ posterior, orĭ a desvoltăreĭ unuĭ fibrom intersticial în aceste regiunĭ. O adăugire de greutate cât de mică,

va fi capabilă să împingă uterul înapoĭ, dacă ligamentele rotunde sunt lungite și slăbite. Până și însușĭ inflamațiunile endometruluĭ saŭ parenchimuluĭ uterin, încă ajung la acelașĭ resultat, grație iarășĭ slăbiciuneĭ acelorașĭ ligamente rotunde. Dar ceia-ce demonstră și maĭ mult lucrul acesta, este că retrodeviațiunile apar la femeile bĕtrîne, fără a se putea invoca nicĭ una din causele arătate; cu alte cuvinte în afară de metrite, avorturĭ, faceră, fibróme, parametrite, etc., etc. La aceste femeĭ unde cu înaintarea în vârstă, întregul organism intră în stare de regresiune, ligamentele ca și întregul aparat de sustențiune al uteruluĭ, este supus la aceeașĭ lege fisiologică. Prin urmare și ligamentele rotunde pierdêndu-șĭ proprietatea contractilitățeĭ prin atrofia fibrelor musculare, rĕmân nisce organe cu totul pasive. In asemenea condițiunĭ, uterul ușor se rĕstórnă înapoĭ. De aci și numele de *retrodeviațiunĭ senile*. In acest cas perineul ca și ridicătorul anusuluĭ fiind și dînșiĭ coprinșĭ de regresiune, și ne maĭ putênd oferi nicĭ o resistență uteruluĭ aflat sub influența presiuneĭ intra-abdominale, el de odată cu retro-deviațiunea va tinde să iasă afară din vagin. Acésta ne și esplică fenomenul de asociațiune a retrodeviațiunilor senile cu prolapsul uterin.

In resumat conchidem că, tóte retrodeviațiunile fie de versiune saŭ flexiune, recunosc drept causă:

I. *Stărĭ patologice inflamatorĭĭ uterine saŭ peri-uterine.*

II. *Că mecanismul intim stă în starea de lungire și slăbire a ligamentelor rotunde.*

Dacă țesutul uterin și-a conservat consistența, uterul se pune în retroversiune. Dacă din contra s'a determinat o ramolire a uteruluĭ în nivelul istmuluĭ, atuncĭ corpul se va îndoi pe gât și ne va da retroflexiunea. Dar repetăm, că și într'un cas și în altul principalul rol îl jócă ligamentele rotunde.

Pentru retroflexiune, Schültze invócă retracțiunea ligamentelor utero-sacrale; ele trăgênd uterul înapoĭ, ar putea să-l îndoiască pe gât, prealabil ramolit. Lucrul e posibil; în orĭ-ce cas însă, se cere și concursul ligamentelor rotunde, fără complesența lor retroflexiunea e dificilă dacă nu imposibilă.

Simptomele. Dînsele constaŭ în fenomene determinate de presența uteruluĭ în fundul de sac al luĭ Douglas. Propriŭ vorbind, retrodeviațiunile prin ele însășĭ nu se însoțesc de nicĭ un fenomen alarmant, maĭ ales dacă corpul uteruluĭ nu e prea mărit de volum. Și drept probă avem că în casurile de retrodeviațiunĭ congenitale saŭ infantile, afecțiunea prin nimic nu atrage

atențiunea bolnaveĭ, afară cel mult de óre-care ușóre turburărĭ în menstruație. Dar chiar și în retrodeviațiunile dobândite încă fenomenele pot fi negative.

Am constatat acest lucru la maĭ multe femeĭ, pe carĭ examinându-le, de și am găsit retroflexiunĭ înaintate, totușĭ nu se plângeaŭ absolut de nimic.

Ceea-ce însă determină suferințe marĭ bolnavelor, sunt lesiunile anexelor, carĭ aprópe în mod inevitabil însoțesc și complică retrodeviațiunile. Ele sunt în adevĕr carĭ produc sindromul uterin clasic, representat prin durerĭ pelviene, lombare, la rădăcina cópselor, durerĭ epigastrice, vărsăturĭ, cefalalgiĭ, tuse uterină, nevralgiĭ de tot felul până și însăși paraplegiĭ. Leziunile anexelor sunt atât de constante, în cât nu-mĭ aduc aminte să fi întâlnit o retoflexiune, fără să nu fie însoțită de ovaritĕ, salpingitĕ, salpingo-ovaritĕ, exudate peri-uterine, etc. Și iarăși nu-mĭ aduc aminte să fi întâlnit o retroversiune pură; tot d'a-una am avut afaceu cu retroversiunĭ complicate. Acésta încă odată demonstră că, adevĕratul factor al retrodeviațiunilor sunt frequentele inflamațiunĭ uterine saŭ peri-uterine, fie puerperale, gonoreice saŭ de causă banală. Dînsele, determinênd o ramolire a țesutuluĭ uterin, corpul acestuĭ organ ușor se póte îndoi la nivelul acestuĭ punct puindu-se în retroflexiune.

Conclusiunea este că, retrodeviațiunile necomplicate, chiar dacă se însoțesc de óre-carĭ simptome ce le sunt propriĭ, aparițiunea lor este cu desăvêrșire lentă și insidiósă. Nicĭ o dată, retrodeviațiunea nu apare în mod sgomotos. Există numaĭ singure douĕ casurĭ de retrodeviațiunĭ brusce cu fenomene acute: unul se datorește luĭ Schultze, unde aparițiunea bruscă a afecțiuneĭ a fost determinată printr'un sforț, bolnava fiind silită să ridice o mare greutate; cel-alt cas este al luĭ Tillaux datorit unuĭ acces de tuse saŭ vărsăturĭ.

Dar să presupunem că afecțiunea ar fi lipsită de orĭ-ce complicațiune inflamatorie a anexelor, a parametruluĭ, precum și de aparițiunea sa bruscă; dînsa încă póte avea o simptomatologie proprie. Ea va fi datorită exclusiv fenomenuluĭ de compresiune a corpuluĭ uterin, saŭ a situațiuneĭ gâtuluĭ sĕŭ. Acest lucru stă în raport direct cu gradul de crescere de volum al organuluĭ.

Primul fenomen ce-l constatăm fie în casul de retroversiune saŭ retroflexiune, este acel din partea rectuluĭ. Bolnava în prima linie se va plânge de o sensațiune de greutate ce simte în ba-

sin. Dînsa încércă dificultăți une-orĭ fórte marĭ, împedicând-o d'a umbla. La acésta se póte adăoga durerĭ, datorite compresiuneĭ plexuluĭ sacral. Alte dăți dînsa simte mâncărime saŭ iritație în ședut. Unele se plâng de o trebuință prea frequentă la defecație și fără efect. Altele din contră, de o constipație opiniatră. Acésta resultă din compresiunea ce exercită fundul uteruluĭ pe părețele anterior al rectuluĭ, pe care împingêndu-l către cel posterior îĭ micșoréză lumina. Câte o dată compresiunea e așa de mare, în cât părețiĭ, aprópe se pun în contact. Atuncĭ femeea e coprinsă de adevĕrate suplicĭi: defecațiunea tot d'a-una e incomplectă. Cu timpul bolnava cade într'un adevĕrat marasm ce simuléză cachexia cancerósă. Acésta însă e datorită uneĭ absorbțiunĭ lente și progresive de toxine, căreia Barnes i-a dat numele de *Copremie*. Și dacă la acéstă stare maĭ adăogăm, că în urma defecațiuneĭ femeile se plâng de scurgerĭ sanguine rectale, putem fi conduși a crede în existența unuĭ cancer; în realitate însă e vorba de simple emoroide, resultate din împedicarea circulațiuneĭ venóse, determinată de apăsarea corpuluĭ uterin pe rect.

In casul de retroversiune, pe lângă aceste fenomene rectale, putem întâlni și fenomene analóge din partea băsiceĭ uduluĭ. In adevĕr, gâtul uterin fiind prea mult împins înainte și în sus către simfisa pubiană, el e capabil să determine o compresiune pe uretră, și ast-fel să dea nascere la disurii, polachiurii saŭ chiar retenție complectă de urină. Une-orĭ acéstă stare de lucruri e capabilă a produce ematurii prin mecanismul compresiuneĭ. Starea congestivă în care se găsesce băsica urinară — grație presenței gâtuluĭ uterin — este susceptibilă de a căpăta cu fórte mare ușurință diferite inflamațiunĭ, mergênd chiar până la cistite purulente și gangrenóse. Pinard și Varnier citați în Legueu, aŭ citat în specialc istita exfoliantă; ea apare maĭ cu deosebire la femeĭ atinse de retroversiunĭ ale uteruluĭ gravid.

Retro-versiunea cu o asemenea situațiune a uteruluĭ, pune pe femee în imposibilitate de a procrea; de aci sterilitatea.

Turburările menstruale sunt comune cu ale retro-flexiuneĭ. Ele ni se presintă sub diferite fase de: dismenoree, amenoree, iar une-orĭ menoragie.

In retroflexiune, fenomenele vesicale lipsesc, de óre-ce gâtul uteruluĭ este dirijat înapoĭ, formând cu corpul un unghiŭ cu concavitatea inferióră; decĭ el nu atinge întru nimic băsica. In schimb însa el adaugă la iritațiunea rectuluĭ, care împreună cu aceea a corpuluĭ, agravéză fenomenele.

Turburările menstruale însă pot fi și mai marĭ ca în retroversiune. In adevĕr, dacă unghiul ce-l face gâtul cu corpul e fórte ascuțit, pe atâta cavitatea uterină în nivelul istmuluĭ va fi micșorată. Dînsa póte chiar să fie cu totul astupată, dacă gâtul se va pune în contact cu corpul. In acest cas, nu vom mai avea a face cu dismenoree, ci cu amenoree absolută. Resultatul póte deveni desastros. In adevĕr sângele menstrual acumulându-se din ce în ce în cavitatea uteruluĭ d'asupra obstacoluluĭ, el póte cu timpul să dea nascere unuĭ ematometru. Acesta la rîndul sĕŭ, treptat va produce o dilatațiune pasivă a uteruluĭ, aĭ căruĭ pereți subțiindu-se din ce în ce sunt capabilĭ la un moment dat să se rupă, și să dea nascere uneĭ revărsărĭ a conținutuluĭ în cavitatea peritoneală. Consecințele sunt excesiv de grave, dacă nu mortale. Din norocire casurile acestea sunt fórte rarĭ; din contra, femeile de și dismenoreice, pot deveni gravide. Concepțiunea nu este împedicată, căcĭ orificiul extern al gâtuluĭ fiind înapoĭ, străbaterea spermatoizozilor în uter nu e suprimată.

Beneficiul acesta însă de multe orĭ este ilusoriŭ, dacă nu chiar vătămător. Nimic în adevĕr nu constitue un pericol pentru femee, de cât starea cunoscută sub numele de retroflexiune a uteruluĭ gravid. Și lucrul e lesne de înțeles, dacă ne închipuim că concepțiunea se face într'un organ în afară de posițiunea sa normală și menținut aci, prin aderențe solide și inextensibile. Rarĭ sunt casurĭ de retroflexiunĭ mobile. De aceea nisce asemenea concepțiunĭ n'ajung la termen; ele se termină mai tot-d'a-una fie prin avort natural, provocat, orĭ facere prematură.

Dacă din norocire graviditatea se efectuéză pe o retroflexiune mobilă, atuncĭ dînsa constitue un adevĕrat folos pentru bolnavă. Reducerea retrodeviațiuneĭ se obține pe socotéla evoluțiuneĭ normale a graviditățeĭ; iar dupe facere, luând tóte precauțiunile necesare ca involuțiunea uteruluĭ să se obție în mod normal, e posibil ca uterul să-șĭ reia situațiunea sa fisiologică și ast-fel femeia să se vindece de o asemenea infirmitate în mod spontanat.

Diagnosticul. Se basézĕ pe semnele fisice localĭ; ele singure sunt capabile a ne trăda retrodeviațiunile. Indoială nu încape; trebue să ne gândim la diagnosticarea diferitelor grade ce am arătat. Dar acésta e fórte greŭ, mai ales în a precisă dacă fundul uteruluĭ se află în dreptul vertebrelor lombare orĭ sacrale. De alt-fel nicĭ nu suntem des chemați pentru așa ceva, căcĭ femeile ne simțind nicĭ o jenă, ele nu vin să se arăte mediculuĭ.

Pe de altă parte, aceste grade de retro-deviațiune, aprópe nicĭ nu le întâlnim; causa este că dînsele nu sunt stabile. Dar chiar presupunând că ar exista, durata lor încă este efemeră. In adevĕr fundul uteruluĭ — în virtutea gravitățeĭ, a presiuneĭ anselor intestinale pe fața sa anterióră, precum și a presiuneĭ intra-abdominale — va căuta cât maĭ repede să se așeze în partea cea maĭ declivă a escavațiuneĭ pelviene; el se va pune în retrodeviațiune de ultimul grad. Ajuns aci, întregul diagnostic constă în a recunósce, prin fundul de sac posterior al vaginuluĭ, presența corpuluĭ uterin: acesta este unicul semn patognomonic al afecțiuneĭ. Decĭ absența corpuluĭ uterin înainte și presența luĭ în fundul de sac posterior, constitue retrodeviațiunea. Introducênd așa dară degetul în vagin, primul lucru va fi să atingem gâtul uteruluĭ, pentru a ne da sémă de situațiunea și locul ce ocupă. Aplicând apoĭ mâna pe abdomen, vom explora prin vîrful degetelor introduse înapoiul simfiseĭ, dacă simțim fundul uteruluĭ și dacă mișcările imprimate la gât se transmit punctuluĭ ce palpăm. Ne găsind acest lucru, vom dirige explorațiunea către fundul de sac posterior al vaginuluĭ. Vom examina în tóte detaliile tumora aflată aci, plimbând degetul pe tótă suprafața sa. Corpul uteruluĭ ni se va oferi ca o tumoră regulată, rotundă, netedă și ne durerósă — de nu va fi complicată de inflamațiunĭ peri-uterine saŭ anexiale. Pentru a afirma dacă acéstă tumoră diagnosticată uter, se află în retroversiune saŭ retroflexiune, ne vom servi de situațiunea gâtuluĭ.

In casul întâiŭ, gâtul uteruluĭ se va afla pe un plan diametrul opus, adică dirijat înainte și în sus către simfisă și în linie perfect dréptă cu corpul tumoreĭ; în casul al II-lea, gâtul uteruluĭ cel mult va fi în axa vaginuluĭ, de și maĭ adesea va fi dirijat în jos și înapoĭ. Plimbând degetul pe fața sa posterióră vom constata o îndoitură în formă de unghiŭ cu concavitatea inferióră: vîrful unghiuluĭ de o deschidere variabilă, va corespunde la unirea corpuluĭ cu gâtul în dreptul istmuluĭ. Faptul acesta e demonstrativ.

Maĭ trebue încă să precisăm dacă acéstă retro-deviațiune este congenitală saŭ dobândită. In imensa majoritate a casurilor, retrodeviațiunile, dupĕ cum am arătat, sunt consecutive diferitelor procese inflamatoriĭ. Vom cerceta decĭ cu scrupulositate antecedentele bolnaveĭ, etatea și modul evoluțiuneĭ bóleĭ. Dar în afară de acésta, s'a dat douĕ semne în favórea retrodeviațiuneĭ congenitale. Unul aparține luĭ Le Dentu, iar altul luĭ Sänger. Le Dentu pretinde că pe linia mediană a feței posterióre a uteruluĭ

ar exista o créstă longitudinală, fórte manifestă și ușor perceptibilă. La rîndul sĕŭ Sänger a arătat presența unuĭ rafeŭ pe linia mediană a funduluĭ de sac anterior al vaginuluĭ, resultând din fusiunea tardivă a canalelor luĭ Müller.

Bine înțeles, noĭ vom lua în considerație și scurtimea vaginuluĭ precum și lungimea prea mare a gâtuluĭ, ca și forma sa tapiroidă; tóte la un loc pot veni în sprijinul ideeĭ, uneĭ retrodeviațiunĭ congenitale.

Dacă retrodeviațiunea e cu totul simplă, diagnosticul e ușor în urma constatăreĭ semnelor ce am arătat. Din nenorocire asemenea casurĭ sunt ca și escepționale. Din contra, regula este că retrodeviațiunea să fie imobilă saŭ cel mult mobilisabilă; maĭ nicĭ o dată însă liberă. Trélat este acela care a introdus acéstă clasificațiune.

Când uterul e înconjurat de aderențe solide în fundul basinuluĭ, uterul este fixat în acest loc ca cum ar fi bătut în cue. Acésta represintă tipul uneĭ retrodeviațiunĭ fixe, aderente. Dar să presupunem că aderențele, în loc de a fi largĭ și resistente, ni se oferă sub aspectul unor fășiĭ lungĭ, subțirĭ, filamentóse; și că ele ar pleca de la fundul uteruluĭ îndreptându-se către escavațiunea sacrală, pe păretele anterior al rectuluĭ, saŭ în părțile din prejur. In asemenea cas, aceste aderențe de și suprimă libertatea uteruluĭ, totuși dînsele fiind laxe, noĭ putem prin óre-carĭ manopere să învingem obstacolele — cel puțin atât cât trebue pentru a imprima organuluĭ anume mișcărĭ și a ne asigura de presența sa. De aceia Trélat a numit acéstă stare de retrodeviațiune mobilizabilă. Iar când nu constatăm nicĭ un fel de aderențe, atuncĭ avem retrodeviațiune mobilă.

Maĭ trebue iarăși să precisăm dacă retro-deviațiunea este simplă saŭ complicată de leziunea anexelor, de relicate inflamatoriĭ peri-uterine, orĭ de tumorĭ fibromatóse ale uteruluĭ. Presența ovaruluĭ, a trompeĭ, orĭ a ambelor în fundul de sac posterior, dă nascere, la examenul cu degetul, la nisce durerĭ exquise; în plus, aceste organe în general nu vor avea volumul uteruluĭ; ele aŭ de obiceiŭ mărimea unor nucĭ saŭ castane și vor fi escisiv de rar situate just pe linia mediană. Corpul uteruluĭ retrodeviat nicĭ o dată nu va fi atât de dureros, iar fața sa posterióră va fi în continuitate cu unghiul format de gât. Pe lângă acésta, în casul de anexită vom constata prin fundul de sac vaginal nisce fășiĭ saŭ tracturĭ plecate de la gâtul uteruluĭ spre drépta saŭ stânga; ele ne indică cordóne de limfangite. Dar chiar de nu am

simți anexele, încă noĭ conchidem la existența de perimetrite, orĭ de câte orĭ vom constata durerĭ în fundul vaginuluĭ.

A doua chestiune ce ni se póte pune este dacă tumora ce constatăm în basin prin fundul de sac vaginal, este uterul saŭ un rest al unuĭ ematocel retro-uterin. Sciut este că în acéstă afecțiune, după resorbția părțeĭ liquide a sângeluĭ, rămâne o masă formată din coagulĭ ce cu timpul va lua caracterele uneĭ tumorĭ fibróse solide. Aci jócă mare rol antecedentele bolnaveĭ. Retrodeviațiunea, afară de cele douĕ casurĭ ce am citat, vine în mod lent și cronic, ematocelul din contra apare brusc; el se însoțesce de fenomene cataclismice și dramatice fără analog cu nicĭ o altă afecțiune. Pe lângă acésta, este escesiv de rar ca tumora resultată dintr'un ematocel să aibă regularitatea și consistența uniformă ce ne oferă uterul. Dînsa ne va presenta puncte durĭ, alăturea cu altele maĭ moĭ și unele chiar fluctuente. Apoĭ dând atențiune, putem percepe cu degetul o sensațiune particulară ca și fărămarea unor bulgărĭ de zăpadă; dînsa se datorésce fragmentăreĭ de coagulĭ în unele puncte ale tumoreĭ.

Ne maĭ rămâne iarăși a rĕspunde dacă acéstă tumoră nu aparține unuĭ fibrom desvoltat la baza ligamentelor largĭ, în părețele posterior saŭ fundul uteruluĭ. Lucrul e posibil. Dar printr'un examen minuțios vom deosebi fibromul de uter, arătând conexiunea saŭ independența sa cu dînsul. In plus, caracteristica fibro-miómelor este de a fi însoțite de scurgerĭ abondente de sânge mergând până la emoragiĭ.

Să nu uităm posibilitatea de a fi înșelați în mod grotesc, de presența și acumularea materiilor fecale în rect; ele prin consistența lor ni se pot impune drept tumorĭ fibróse, saŭ să fie luate drept anexite, fibróme orĭ resturĭ de ematocele. Grupurile de materiĭ fecale întărite, numite sibale, se turtesc și se risipesc la o presiune convenabilă a degetuluĭ. Drept regulă generală, — precum deja am arătat în volumul III când am vorbit despre stabilirea diagnosticuluĭ,— vom căuta dacă circumstanțele ne permit, ca înainte de a procede la examenul organelor genitale la femee, să golim prealabil bășica și rectul.

Pentru ca examenul nostru să fie complect, va trebui să uzăm încă de douĕ mijlóce și anume: explorațiunea digitală a rectuluĭ și introducerea isterometruluĭ în cavitatea uterină. Prin rect ne vom da séma de situațiunea funduluĭ uteruluĭ. Să nu ne amăgim a ne opri la prima proeminență ce simțim prin rect: acésta va fi gâtul uteruluĭ. Vom împinge decĭ degetul mult maĭ sus, în esca-

vațiunea sacrală; acolo vom putea să ne dăm séma de corpul uteruluĭ, de starea anexelor și diferite alte tumorĭ aflate în fundul de sac a luĭ Douglas, fie ele independente saŭ în conexiune cu uterul.

Intrebuințarea isterometruluĭ de sigur ne-ar fi de cel maĭ mare folos, în casul când retro-deviațiunea va fi liberă și mobilă. In adevĕr nimic maĭ sigur de cât faptul că, daca instrumentul introdus în cavitatea uterină ar fi capabil ca prin o mișcare de basculă să ne aducă înainte tumora simțită în partea declivă a basinuluĭ, atunci lucrul rĕmâne clar că avem a face cu uterul; în casul contrariŭ va fi vorba de un alt produs patologic, independent saŭ unit cu dînsul, după sensațiunea căpătată în timpul manipulărilor. Nenorocirea însă este că aceste retro-deviațiunĭ maĭ tot-d'a-una sunt fixe saŭ prea puțin mobilisabile. Cu tóte acestea, dacă circumstanțele ne permit, e bine a recurge la asemenea explorațiunĭ instrumentale. Vom lua însă tóte precauțiunile de antisepsie; în special ne vom da bine séma de gradul curbureĭ pentru a modela instrumentul în consecință și a înlătura gravele inconveniente de perforațiunĭ ce pot fi urmate de consecințe funeste. Primul lucru ce vom căuta va fi adâncimea cavitățeĭ uterine; sciut este însemnătatea acestuĭ lucru în casul de a bănui un fibrom. O adâncime maĭ mare ca 8—9—10 centimetri ne va pune în reservă, dacă nu chiar a afirma un uter miomatos. Sunt unii autorĭ și în special Delbet, care susține că acéstă esplorațiune cu isterometru, pentru a ne da tóte beneficiile, trebue făcută nu cu ajutorul speculelor precum este obiceiul, ci instrumentul să fie introdus avênd ca conductor degetul. Numaĭ astfel susține autorul, noĭ avênd mâna stângă pe abdomen saŭ un deget în rect, vom putea simți în tóte detaliile mișcările ce am provoca în uter precum și o mulțime de alte semne apropriate. Daca vaginul ar fi ocupat de specule, beneficiul acesta îl pierdem prin faptul că, retrodeviațiunea fiind mobilă, dînsa s'ar reduce prin aplicarea speculelor. Dar atunci isterometrul intră în mod normal în uter. Noĭ deci bazați pe acest fapt am susține, că tumora ce înainte se simția în cavitatea luĭ Douglas nu era uterul ci un produs de o altă natură; în realitate însă lucrul nu e exact. Odată preveniți, vom putea uza de orĭ-ce metódă; destul numaĭ să scim a trage tóte folósele necesarĭ.

Tratamentul. Vom avea în vedere un singur scop anume, *să punem uterul la locul sĕŭ normal.* Pentru a ajunge însă aci, sunt maĭ multe căĭ; ele constitue tot atâtea metóde.

Chestiunea póte fi considerată din două puncte de vedere, după cum retrodeviația va fi mobilă saŭ fixă.

In casul I-iŭ mijlócele medicale ca și cele chirurgicale vor fi simple și fără nicĭ un pericol; în casul II-lea, ele vor fi maĭ complicate și însoțite de pericole. Și de óre ce din cele descrise am vĕdut că retrodeviațiunile mobile constitue escepțiunĭ, conchidem că tratamentul acesteĭ infirmități trebue considerat ca fórte serios: maĭ tot-d'auna vom fi siliți a recurge la laparatomie.

Dar să revenim: Iată o retroversiune saŭ retroflexiune cu totul mobilă. Ce vom face cu dînsa? Trebue óre să intervenim chiar și atunci când bolnava nu s'ar plânge de nicĭ o incomodare? Rĕspunsul este *da*. A ascepta ar fi să favorisăm apariținea diferitelor complicațiunĭ datorite deviațiuneĭ însăși, orĭ altor procese inflamatoriĭ.

Am insistat în destul asupra turburărilor circulatoriĭ și modificațiunile elementelor constitutive ale uteruluĭ, pentru a fi scutiți a susține folósele marĭ ce va avea o femee, puindu-ĭ uterul în posițiunea normală. Cu acésta numaĭ am scuti-o de fenomenele congestive, dismenoreice și iminența morbidă a aparatuluĭ sĕŭ genital intern; prin acésta am preveni turburările în trompe și ovare causate prin dislocarea lor ce este inherentă deviațiunilor; iar apoĭ inflamațiile acestor organe, desvoltare de aderențe și atâtea alte procese patologice. Tóte ar complica la extrem afecțiunea făcându-o cu totul fixă și póte chiar sustrăgându-o din domeniul arteĭ.

Ni se impune decĭ ca retrodeviațiunea cea maĭ simplă să căutăm a o vindeca. Principiul general constă în două puncte: I-iŭ a reduce deviațiunea și al II-lea a menține uterul în noua sa posițiune fisiologică.

In reducerile spontanate și vindecarea prin sine însăși a deviațiunilor nu trebue să avem iluziunĭ marĭ. Maĭ întâiŭ metóda e grea și la rigóre chiar indecentă. Se recomandă în adevĕr a pune femeea în patru labe și a'ĭ da o posițiune cu capul în jos și șezutul în sus. Speranța este ca uterul prin propria sa greutate resturnându-se, să vină singur înainte. Solger în 1873, în scopul de a veni în ajutorul uteruluĭ, a propus introducerea unuĭ specul saŭ canulă în vagin ca ast-fel cavitatea sa fiind larg deschisă prin deprimarea perineuluĭ, aerul să aibă liberă intrare și să contribue și el prin greutatea sa la repositiunea uteruluĭ. Courty a dat numele acestuĭ fenomen de reducere spontanată și aeriană a

retrodeviațiuneĭ. Dar cu greŭ o femee s'ar supune la o asemenea gimnastică grosolană. Și daca cel puțin nu i s'ar pretinde acest lucru de cât o singură dată, póte ar maĭ merge. Când ne gândim însă la pretențiunea nóstră de-a repeta manopera în fie-care ḑi și pentru un timp destul de îndelungat — până ce uterul s'ar desobicĭnui de a'șĭ părăsi posiția normală, înțelegem bine că orĭ-care ar fi promisiunea nóstră, rar s'ar găsi o femee, capabilă să îndeplinéscă un asemenea sacrificiŭ ce atinge gradul de tortură. Tarnier voind a îndulci óre-cum posițiunea dificilă ce se cere femeeĭ, a ḑis — de sigur în glumă — că e vorba pur și simplu de a face în fie-care diminéța o rugăciune mahometană!

Nu știŭ însă daca și la acéstă rasă retrodeviațiunea nu e tot așa de frequentă, cu tótă rugăciunea lor (?)

Sfatul luĭ Pozzi că femeea să se culce pe o latură saŭ pe pântece, iarășĭ cu scopul de a obține reposiția spontanată a uteruluĭ, a rĕmas o simplă vorbă.

Cel maĭ bun lucru decĭ, este ca într'o singură ședință să obținem reducerea precum și fixarea eĭ.

Vom prefera reducerea prin mijlocul mâineĭ și a degetelor. Indreptătorul metalic inventat de Trélat — destinat a fi introdus în cavitatea uteruluĭ, iar apoĭ apăsând în jos mânerul, vêrful instrumentuluĭ să apese pe părețele anterior al uteruluĭ împingând organul înainte către pubis — a căḑut în desuetudine; el deja a fost părăsit de însușĭ autorul sĕŭ.

Presupuind decĭ o retroversiune. cum procedăm? introducem unul saŭ douĕ degete în vagin, dirigindu-le către fundul de sac posterior. Aci vom căuta să dislocăm corpul uteruluĭ respingându-l în sus și înainte. Pentru a înlesni și maĭ mult acest lucru, apucăm gâtul uteruluĭ de buza sa anterióră și-l tragem în jos. Dînsul fiind rigid, va îndeplin iîntocmaĭ funcțiunea uneĭ pârghiĭ ajutând la ridicarea uteruluĭ. Dar în timpul acesta, cea-l'altă mână a nóstră e aplicată pe abdomen și caută a apuca uterul de fund și a'l trage către simfisa pubisuluĭ.

Imediat ce reducerea s'a efectuat, nu ne rĕmâne de cât a asigura contențiunea sa. Pesarele represintă singurele instrumente pentru acest scop. Cel maĭ în uz e acela al luĭ Hodge făcut din cauciuc întărit. Introducându-l în vagin, vom căuta ca gâtul uteruluĭ să intre în orificiul instrumentuluĭ; partea lățită și maĭ scurtă a pesaruluĭ se va așeza în fundul de sac posterior al vaginuluĭ; partea cea strîmtă și maĭ lungă — înainte, ast-fel precum se vede în fig. 76, 77 și 78 date de Pozzi.

Prin acéstă metódă, dacă circumstanțele sunt favorabile, femeea e scăpată într'o singură ședință și cu folóse destul de pal-

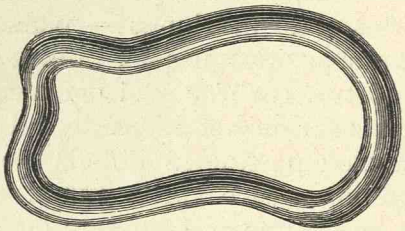


Fig. 76. Pesarul lui Hodge cu o scobitură anterióră pentru a evita compresiunea canaluluĭ uretreĭ.

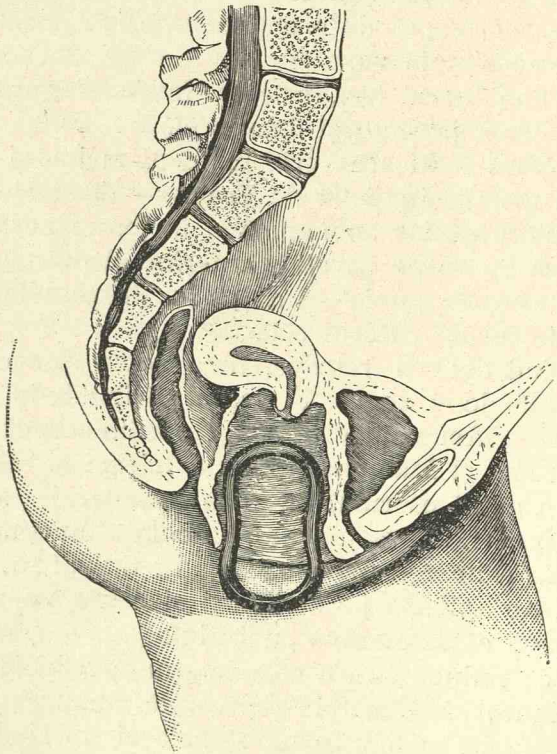


Fig. 77. Introducerea pesaruluĭ luĭ Hodge într'un cas de retroflexiune. Acésta trebue să fie prealabil redusă.

pabile. Un singur inconvenient avem: sunt femeĭ carĭ nu pot suporta asemenea instrumente sub nicĭ un cuvênt. In schimb

însă, sunt altele ce se găsesc fórte bine și mulțumite cu dînsele păstrându-le luni și chiar ani fără a le schimba.

Acesta este singurul mijloc medical ce represintă tratamentul paliativ al retro-versiuneĭ ca și a retro-flexiuneĭ.

Tratamentul radical al retrodeviațiunelor constă a ne adresa direct la causa ce le-a dat naștere. Din cele arătate la mecanism și etiologie am vĕzut că, principalul factor constă în relaxarea și lungirea anormală a ligamentelor rotunde. Rolul ligamentelor

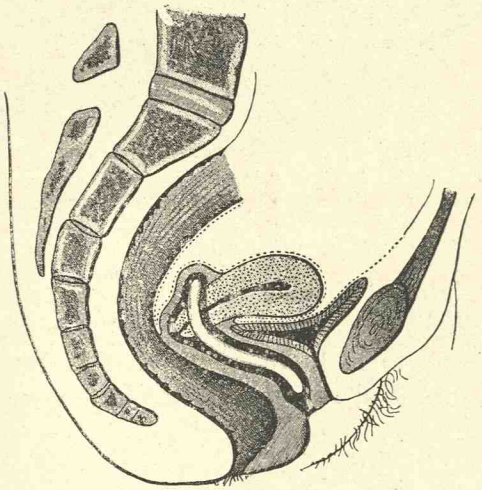


Fig. 78. Pesarul luĭ Hodge aplicat după reducerea prealabilă a retrodeviațiuneĭ.

utero-sacrale ca și al ligamentelor largĭ fiind fórte neînsemnat, iar de uniĭ chiar negat, nu avem nicĭ un rost a ne adresa lor. Cu tóte acestea s'a propus scurtarea îndoiturilor luĭ Douglas ca prin ele să se tragă gâtul uteruluĭ înapoĭ și ast-fel să reducă retrodeviațiunea. Acésta formézĕ operația luĭ Frommel. Rĕmâne decĭ a ne dirige întrĕga activitate asupra ligamentelor rotunde. Și ce anume ne propunem? A le reda tonicitatea perdută e greŭ și chiar imposibil. Atuncĭ s'a recurs la scurtarea lor căutându-se a le apropia de lungimea normală.

Există douĕ metóde pentru scurtarea ligamentelor rotunde: una *intra-peritoneală* și alta *extra-peritoneală.*

Din metóda intra-peritoneală vom descri ca fiind maĭ principale: Procedeul luĭ *Wylie* și *Ruggi* (1889). El constă: abdomenul deschis, se apucă cu pensa ligamentul rotund ce se trage în

plagă. Se îndoește acest ligament pentru a se obține scurtarea dorită. După aceia se avivéză fețele uterine a acesteĭ îndoiturĭ; ele apoĭ se pun în contact prin câte-va fire trecute prin grosimea ligamentuluĭ îndoit. Se trece apoĭ în partea opusă; aci procedându-se în acelaș mod operația e terminată. (Fig. 79).

Dudley a modificat puțin procedeul în sensul că ligamen-

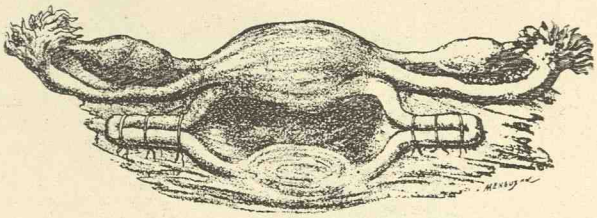


Fig. 79. Scurtarea ligamentelor rotunde (Procedeul luĭ Wylie).

tele o dată scurtate, le lipesce apoĭ de fața anterióră a uteruluĭ prealabil avivată. Fig. 80 din Legueu arată acest procedeŭ.

Metóda acéstă fórte logică, pare a fi dat bune resultate; maĭ ales Franck, o apără și recomandă cu multă căldură.

I. Metóda scurtăreĭ ligamentelor rotunde pe cale extra-peritoneală.

Acésta constitue operațiunea luĭ Alexander. Francezii susțin că Alquié ar fi preconisat acest lucru încă din anul 1840. De asemenea Adams din Glasgow a pretins că și dînsul ar fi făcut acéstă operație. Faptul însă este că Alexander din Liverpol, e singurul care în 1881, a publicat patru casurĭ de operație; dînsa cu drept pórtă numele sĕŭ.

Operația e fórte simplă și nu e înconjurată de nicĭ un pericol. Are însă desavantagiul că e meticulósă și adesea infidelă. Ligamentele nu se găsesc tot-d'a-una cu înlesnire iar une-orĭ de loc, fiind reduse la simple fășiĭ fórte subțirĭ. Altă dată lucru merge ușor într'o parte, dar greŭ în cea-altă.

In orĭ-ce cas, operația cere o mobilitate complectă a uteruluĭ. De aceia maĭ rar o putem aplica în retrodeviațiunĭ unde maĭ tot-d'a-una există aderență; maĭ adesea se practică în prolapsul uterin, care de obiceiŭ e liber.

Principiul operațiuneĭ constă în descoperirea ligamentelor rotunde la eșirea lor prin orificiul extern al canaluluĭ inguinal. O dată isolate, tragem de ele pînă obținem reducerea uteruluĭ deviat saŭ prolabat. Excesul de ligament se rezécă iar bontul rĕmas îl fixăm de stâlpiĭ canaluluĭ. Pentru detaliile acesteĭ operațiunĭ, recomandăm teza d-luĭ Dr. Varnaly făcută în 1888 asupra acesteĭ chestiunĭ.

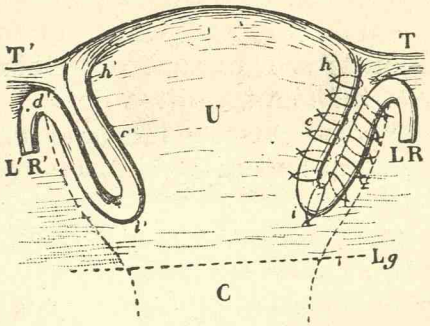


Fig 80. Scurtarea intraperitoneală a ligamentelor rotunde. (Procedeul luĭ Dudley).

II. Mijlóce operatoriĭ directe asupra uteruluĭ.

Aci putem reuni tóte operațiunile sub treĭ categoriĭ: *Cervipexia vaginală*, *isteropexia vaginală* și *isteropexia abdominală*.

I. *Cervipexia vaginală*. Prima ideie ce a venit autorilor, a fost sugerată de faptul reducereĭ retrodeviațiunilor prin apăsarea făcută asupra gâtuluĭ în sens invers. Amussat a fost cel d'întâiŭ care prin 1830 a căutat să ajungă la acest resultat pe o cale indirectă. El determina cu fierul roșu o plagă destul de largă în fundul posterior al vaginuluĭ. Dînsul spera că țesutul cicatricial ce înlocuia plaga dupĕ vindecare, ar fi capabil — grație puteręĭ sale retractile — să tragă de gâtul uteruluĭ aducêndu-l înapoĭ; în timpul acesta corpul venind înainte, reducerea s'ar obține de la sine. Tot condus de acéstă speranță, Richelot tatăl a propus în 1868 o intervenție directă; dînsa constă în sutura imediată a coluluĭ de părețele posterior al vaginuluĭ.

Operația luĭ Nicoletis se face practicând maĭ întâiŭ amputația coluluĭ. Dupĕ aceia fixăm părțile laterale ale buzeĭ anterióre ale coluluĭ de părețele posterior al vaginuluĭ. Byford numesce aceste operațiunĭ *metroelytrorrhaphie*. Noĭ credem că e maĭ

corect numele ce am dat de *cervipexie vaginală* saŭ de voim *cervi elitrorafie.*

Acéstă operaţiune e fórte logică. Nu se póte întrebuinţa însă de cât în retroversiuni cu totul mobile şi în carî să existe o rigiditate fórte mare a coluluĭ în dreptul istmuluĭ; fără acésta, dînsul s'ar îndoi când l-am trage înapoĭ pentru a-l fixa de vagin. De aceia s'a recurs la :

II. *Isteropexia vaginală saŭ vagino-fixaţie.* Aci avem: *a)* operaţia luĭ Schücking. Dupĕ ce am redus deviaţiunea, luăm un ac curb provĕdut de un fir dublu. Trecem acul prin fundul uteruluĭ şi îl scótem prin fundul de sac vaginal anterior; înodăm firul şi operaţia e terminată. Cu tótă îngrijirea depusă, e posibil a ataca băşica dacă nu chiar vre-o ansă de intestin interpusă între aceste organe, de óre-ce lucrăm fără să vedem. Pentru acésta se preferă urmĕtorul procedeŭ.

b) Procedeul luĭ Dührsen. El constă a deschide fundul de sac al vaginei printr'o incisie transversală convenabilă, făcută în dreptul inserţiuneĭ coluluĭ. Deslipim apoĭ cu fórfecele şi cu degetul băşica de uter până ajungem la fundul de sac peritoneal pe care îl deschidem. Atuncĭ aducênd uterul înainte cu ajutorul unuĭ redresor şi puindu'l în contact cu degetul explorator, trecem prin păretele sĕŭ anterior un fir în sens tranversal pentru a'l avea sub mână şi a'l trage înainte. După aceia aplicăm alte 2—3 fire d'asupra, dar acum în sens antero-posterior şi anume: introducem un ac curb în lamboul vaginal superior la óre-care distanţă de marginea sa mucósă şi 'l facem să şerpuiască pe dedesuptul suprafeţeĭ sale sângerânde până la o înălţime de 1—2 c. m. Dupe aceia continuăm străpungând în păretele uterin în nivelul istmuluĭ şi scótem vêrful afară. Punem un fir de mătase şi tragem. Tot în modul acesta aplicăm încă 1 — 2 puncte. Strângênd firele, faţa anterióră a uteruluĭ se pune în contact cu faţa sângerândă a lamboului vaginal şi operaţia e terminată. Rĕmâne bine înţeles ca primul fir transversal ce a servit de tracţiune îl tăem. Reunim apoĭ pe d'asupra plaga vaginală prin câte-va puncte cu catgut şi lucrul e isprăvit. Trebue recunoscut că adevĕratul inventator al acesteĭ operaţiunĭ este — dupĕ cum am arătat — Schücking. Acest autor în 1888 a procedat ast-fel. Introduce un ac curb în cavitatea uteruluĭ; străpunge păretele sĕŭ anterior şi iese prin păretele corespondent al vaginuluĭ. Pune apoĭ un fir, trage şi în urmă légă în mod solid. De şi autorul a practicat de 217 orĭ acéstă operaţie fără nicĭ un cas

mortal, totuși procedeul lui Dürhrrsen e de preferat, căci prin el se vede mai bine ce facem. Totuși acestuĭ procedeŭ se impută, că prin faptul fixăreĭ uteruluĭ de vagin s'ar produce dificultate în cas de graviditate.

De aceia Mackenrodt a propus ca uterul să se fixéze de băşică iar nu de vagin. De aci o nouă metodă numită *vesico-fixatie*. Principiul constă că, o dată ce am deschis fundul vaginuluĭ şi am deslipit bine băşica, trecem firele prin păretele sĕŭ posterior şi cel anterior al uteruluĭ. Dupĕ acésta strângem firele şi operaţia e terminată. Restul ca mai sus.

Le Dentu şi Pichevin aŭ modificat puţin metóda prin urmĕtorul procedeŭ.

Se inciséză în sens antero-posterior păretele vaginal de la meat până la col. Se separă despărţitórea vesico-vaginală deslipindu-se bine fundul băşiceĭ de uter. Peritoneul deschis iar uterul adus în plagă, se menţine cu fire saŭ pensă cu dinţi. Atunci se trec în sens transversal mai multe fire prin uter şi faţa posterióră o băşiceĭ; prin ele lipim ambele organe împreună. Inchidem plaga, facem pansamentul şi totul e terminat.

Dacă acéstă vesico-fixatie saŭ dupĕ cum o numim noĭ *stero-cisto-pexie* ar avea avantagiul de a nu împedica uterul în evoluţia sa în timpul gravidităţeĭ, credem că în schimb nu constitue un mijloc solid cu privire la vindecarea infirmităţeĭ. Şi lucrul e lesne de înţeles dându-se mobilitatea organuluĭ de care se fixéză uterul. Deci lipsiţĭ şi de perspectiva uneĭ vindecărĭ durabile, putem expune pe bolnavă la diferite accidente câte o dată fórte grave şi chiar mortale: posibilitatea deschidereĭ reservoruluĭ urinar, secţiunea ureterelor şi infecţie peritoneală, etc.

De aceea ceĭ mai mulţĭ chirurgĭ aŭ recurs la ultima metódă ea constă în fixarea directă a uteruluĭ de păretele abdominal, cu alte cuvinte la *istero-ventro-pexie*.

Cel d'întâiŭ care introduse acéstă operaţie contra retrodeviaţiuneĭ a fost Lawson Tait în 1880. Inaintea sa Koeberle, Klotz, Sims şi Kelly aŭ preconisat laparatomia. Eĭ însă se mărgineaŭ a ridica una saŭ ambele anexe de obiceiŭ bolnave, iar apoĭ pediculul acestora îl fixa de abdomen în unghiul inferior al plăgeĭ. Prin acésta se credea, că retrodeviaţia o dată redusă, uterul se menţinea înainte, graţie fixăreĭ pedicululuĭ anexelor extirpate. Dar Lawson Tait zic, este primul care trecu cu tot dinadinsul un fir de mătase prin fundul uteruluĭ şi părețiĭ abdominalĭ, puindu'ĭ direct în contact unul cu altul.

Sunt mai multe procedee pentru a face isteropexia. Olshausen lipia de pareții abdominali prin suturi, partea serósă din ligamentele rotunde și cele largi, cu saŭ fără extirparea anexelor. Kelly din Philadelphia fixéză d'adreptul ligamentele rotunde de abdomen în dreptul córnelor uteruluĭ.

Acest procedeŭ, fără să fi avut cunoscință de al luĭ Kelly, l'am practicat pentru prima óră în țară în 1888 la spitalul Philanthropia. A fost vorba de o femee de 45 anĭ cu un prolaps total al uteruluĭ. Dupĕ laparatomie, am trecut acul Cooper prin ligamentul larg și sub cel rotund în dreptul cornuluĭ uterin; cu ajutorul unuĭ fir gros de mătase trecut prin pareții abdominali, cu excepție de piele, am fixat, strângând în ansa firuluĭ, tótă acéstă grosime de ligament larg în care a intrat ligamentul rotund și porțiunea tubară a trompeĭ din nivelul cornuluĭ uterin. Acelaș lucru am făcut și din partea opusă. Dupĕ un an am revĕzut femeea absolut fără nicĭ cea mai mică urmă de recidivă. Nicĭ o durere și nicĭ o genă în micțiune. Absență totală de menstrue.

Astă-dĭ toți autoriĭ sunt de acord a recurge la isteropexie adică la sutura uteruluĭ de pareții abdominali.

Leopold prin 1888 a practicat cu deplin succes treĭ casuri de isteropexie fixând direct fundul uteruluĭ de abdomen.

Practica generală actuală este ca să nu se fixeze fundul, ci fața anterióră a uteruluĭ de pareții abdominali.

Procedeul cel mai respândit și mai simplu și pe care totd'a-una 'l am aplicat, este al luĭ Czerny. Iată cum procedăm. Facem laparatomia. Introducem mâna în fundul basinuluĭ pentru a explora starea lucrurilor. După ce am liberat uterul de aderențe, îl apucăm de fund cu o pensă mare cu dinți și 'l aducem în plagă. Atuncĭ cu un ac Reverdin lung, trecem prin pareții abdominali din drépta, apoĭ prin substanța uteruluĭ străpungêndu-l de la o margine la alta și eșim prin pareții abdominali din partea opusă respectând pielea. Punem încă 1—2 de asemenea puncte; strângând firele lipim în mod perfect uterul cu abdomenul și operația e terminată. Ridicăm pensa și închidem peritoneul prin alte câte-va puncte d'asupra și sub pexie. Reunim tegumentele pe d'asupra prin fire profunde.

Punctul de fixare al uteruluĭ variază după volum și circumstanțe. Maximum de înălțime la care am fixat uterul a fost de 7 cm. d'asupra simfiseĭ, iar minimum de 3 cm.

Mai există și alte procedee dar fără mare importanță. Astfel este acela al luĭ Terrier; el traverséză uterul de douĕ orĭ

scoțênd și introducênd acul succesiv. Pozzi fixéză uterul cu o sutură cojocăréscă, iar Saenger trece firele d'adreptul prin piele și uter.

Chestiunea principală este a se sci dacă acéstă fixare e durabilă și apoĭ dacă dînsa nu aduce dificultățĭ în cas de graviditate.

Asupra primeĭ chestiunĭ, am opinia mea personală ce voiŭ desvolta la prolapsul uteruluĭ.

Cât pentru cea de a doua, statisticele și observațiunile maĭ tutulor autorilor aŭ arătat că, isteropexia nu are nicĭ o consecință rea asupra gravidităţeĭ. Și drept probă e destul a cita statistica făcută de Miländer în 1895 și reprodusă în Pozzi. Acest autor a reunit 74 casurĭ de graviditate la femeĭ ce aŭ fost supuse la operația de gastro-isteropexie. Dintre acestea 65 aŭ născut la termen și în mod normal. Alte 8 aŭ născut de douĕ orĭ, iar treĭ de treĭ orĭ. Treĭ aŭ avut facere prematură iar 6 aŭ avortat. Prin urmare în privința acésta discuție numaĭ încape: isteropexia póte fi făcută fără nicĭ o grije. Ceea-ce se discută sunt maĭ mult recidivele; asupra acestuĭ punct am să revin.

Maĭ este încă o chestiune. Este sciut că retrodeviațiunile și în special retroflexiunea, aprópe tot-d'a-una se însoțesce de leziunĭ profunde din partea anexelor. In acest cas, dacă le extirpăm. maĭ este trebuință de a fixa uterul de abdomen? Uniĭ susțin că nu, din causă că prin tensiunea produsă în ligamentele largĭ în urma aplicăreĭ firelor în părțile laterale și nivelul córnelor uterine, și o dată retroflexiunea redusă, uterul s'ar menține în noua sa poposițiune; decĭ isteropexia e inutilă.

Eŭ sciŭ un lucru că, nicĭ-o-dată n'am întâlnit retrodeviațiunĭ, fără marĭ aderențe și anexite unele plastice iar altele purulente. Câte o dată aveaŭ un volum așa de mare că formaŭ adevĕrate tumorĭ, cărora le am dat numele de parartimatocel (παρ 'αρτήματα = anexe și κήλη = tumoră).

In tóte aceste casurĭ, dupĕ ce am extirpat tumorile și am liberat uterul de tóte aderențele, am practicat isteropexia prin unul saŭ douĕ puncte de sutură.

Sunt contraprincipiuluĭ de isterectomie abdominală chiar și atuncĭ când există vaste pungĭ purulente și nu se maĭ cunósce uterul din anexe. Eŭ tot-d'a-una am lăsat uterul în loc; îl fixez însă de abdomen, pentru a nu-ĭ permite să se pue din noŭ în flexiune și să contracte nouĕ aderențe.

Ideia acésta am susținut-o și la congresul din Marsilia în tómna anuluĭ 1898. In acea comunicare — reprodusă în acest volum — se vĕd 16 observațiĭ tratate după acéstă metódă a mea.

Cap. XI. Prolapsul uterin.

Acéstă cestiune este de sigur una din acelea care a pasionat mai mult pe chirurgi. De la Hippocrate și până adi, dînsa n'a încetat un singur moment să formeze obiectul de predilecție a autorilor asupra patogeniei dar mai ales asupra tratamentului său.

Prolapsul uterului — prin aspectul bizar cu care se manifestă la exterior — nu putea să nu atragă atențiunea celor mai vechi medici ai timpurilor. Probă despre acésta este, că însuși Hippocrate vorbesce de dînsa. In adevěr, étă ce găsim într'o monografie a lui Denucé, din care extragem părțile ce ne interesézá: „Când o femee — zice Hippocrate — imediat după facere ridică greutăți prea mari pentru dînsa; când sparge lemne, când alérgă saŭ face ori-ce acțiune de acest fel, mitra este fórte mult expusă să cadă — câte o dată chiar cu ocaziunea unui strănut.“

Cu tóte că Denucé susține că prin aceste linii Hippocrate ar fi voit să înțelégă inversiunea uterului, noi credem mai probabil a fi vorba de prolaps, care e infinit mai frecuent ca inversiunea ce póte încă nu o cunoștea Hippocrate.

Dar dacă cuvêntul imediat după facere a putut produce neînțelegere intre inversie saŭ prolaps acut, următórele linii sunt afară de ori-ce echivoc, cum că Hippocrate cunóștea fórte bine prolapsul; el indică și un mecanism de alt-fel fórte original. „Câte o dată orificiul matricei iese afară din părțile genitale precum și gâtul matricei; el se pune în contact cu vulva ce pe măsură se lărgește. Acest accident se întîmplă mai de obiceiŭ în afară de naștere (adică nu imediat) și provine mai tot-d'a-una în urma oboselelor. Femeea obosindu-se, *mitra se încălzește* și produce abondente secreţiuni. Orificiul matricei împreună cu gâtul găsindu-se într'un loc mai umed, mai alunecos și mai cald ca înainte, își părăsește locul. Și când acest efect se produce, orificiul matricei ducându-se către exterior unde e mai rĕcóre, se găsește astfel eșit cu totul afară. Dacă femeea e ingrijită la timp, se vindecă; dacă din contra e părăsită, devine sterilă. Orificiul atunci rĕmâne îngroșat la exterior, iar o humóre câte o dată viscósă, altă dată infectă începe a se scurge mai ales la epocile menstruale — dacă femeele sunt tinere și aŭ încă luna. Cu timpul acéstă afecțiune devine incurabilă iar femeea îmbĕtrînește cu mitra eșită afară.“

Aretheŭ prin 1730 zice în mod clar: „Câte o dată mitra în totalitatea eĭ îșĭ părăsește locul și cade între cópse. Acésta provine din causa relaxăreĭ membranelor ce se inseréză la ósele iliace și carĭ servă de ligamente fibróse uteruluĭ. Tóte aceste ligamente cedéză când mitra cade la exterior.

Soranus la rândul sĕŭ indică chiar mijlóce de a combate prolapsul — prin reducere și introducerea unuĭ tampon de lână în vagin. Ba ce e maĭ mult, el recomandă intervențiunĭ chirurgicale din cele maĭ energice: „Nu trebue de loc, zice el, să credem că uterul este indispensabil vieței. Nu numaĭ dînsul se precipită la exterior, dar chiar la unele femeĭ a putut fi ridicat fără a fi urmat de mórte. In Galatea, carnea de porc e maĭ frumósă și maĭ bună pentru alimentație, când provine de la animale la carĭ mitra a fost ridicată. Dacă partea precipitată prin progresul timpuluĭ și lipsa de îngrijirĭ cade în putrefacție, saŭ dacă prin contactul continuă al urineĭ saŭ al depositelor de murdărie dînsa se ulceréză, trebue să o ridicăm fără nicĭ o temere de pericol. Se spune că un uter ast-fel putrefiat a putut fi ridicat în totalitate și că bolnava cu tóte acestea a trăit.“

Este probabil că aci a fost vorba maĭ mult de extirparea vre-uneĭ herniĭ de fibrom sfacelat de cât de o adevĕrată isterectomie. Totușĭ din cele arătate reese, că vechiĭ autorĭ cunoșteaŭ prolapsul uteruluĭ. Și drept probă avem că înaintea luĭ Soranus se întrebuințaŭ, în lipsă de cunoștințe a bóleĭ, diferite alte mijlóce unele barbare iar altele ridicule. Ast-fel găsim în Schroeder că un medic **Euryphon**, voind să vindece căderea uteruluĭ, spânzura bolnava de o scară puindu-o cu capul în jos și piciórele în sus și ținându-o în acéstă posițiune cel puțin 48 ore.

Alțiĭ, considerând afecțiunea ca un animal viŭ eșit din organism, puneaŭ femeea pe vine și aprindeaŭ diferite substanțe puturóse. Eĭ aveaŭ credința că mitra, fugând de asemenea mirosurĭ infecte și pătrunzătóre, ar reintra la locul sĕŭ primitiv.

Alțiĭ în fine mergeaŭ până a pune să umble șórecĭ și șopârle pe uter, iarășĭ în speranță că acest organ de frică ar fugi înăuntru!

Dar fără a lungi prea mult istoricul, vom spune ca **Moriceau** în secolul XVII-lea iar **Levret** în al XVIII-lea puseră adevĕratele baze ale prolapsuluĭ.

Iată cum se exprimă Levret complectând vederile luĭ Moriceau: „In căderea matriceĭ, tumora e maĭ grósă în sus de cât în jos și orificiul sĕŭ se descopere tot-d'a-una pe acest ultim

punct fie căderea complectă saŭ nu. Când e complectă, mitra ce atârnă între cópse este ca înfășurată în vagin, pe care 'l a tîrît în căderea sa și 'l a rĕsturnat asupra luĭ însușĭ; mitra pare spânzurată prin acéstă técă de marginea vulveĭ. Vaginul ast-fel rĕsturnat, conține o parte din bășică și une-orĭ o ansă de intestin care mărește baza tumoreĭ până a face reducerea imposibilă. Palpând acéstă tumoră excităm trebuința de a urina. Rĕsturnarea matriceĭ nu presintă nicĭ unul din aceste fenomene.

Dar iată că tocmaĭ în epoca modernă, când autoriĭ începuseră a se ocupa maĭ de aprópe de prolapsul uterin, **Huguier** în 1860, prin cercetările și observațiunile sale, produce o mișcare generală și profundă în lumea științifică. El vine să demonstre că tot ceea ce s'a luat până acum drept prolaps uterin, nu a fost și nu este de cât o simplă ipertrofie a coluluĭ adică a gâtuluĭ uterin.

Acest mod însă de a vedea atât de exclusiv, nu putea să aibă durată. Negațiunea brutală a uneĭ entităț morbide ca prolapsul, a trebuit să cedeze pasul în fața adevĕruluĭ. Resultatul însă a fost că, ipertrofia gâtuluĭ uterin — necunoscută până la Huguier — a intrat în cadrul nosologic alăturĭ cu prolapsul, ce nu a putut fi distrus.

Ce se înțelege prin prolaps al uteruluĭ? S'a susținut că acésta represintă situațiunea uteruluĭ ce s'ar găsi pe un plan maĭ inferior de cât acela ce ocupă în mod normal. Definiția nu e rea; trebue însă complectată. In adevĕr, și în retrodeviațiunĭ uterul se găsesce maĭ jos ca planul sĕŭ normal; și cu tóte acestea nu zicem ca el e în prolaps. Numaĭ atuncĭ vom zice că uterul este în prolaps, când *și corpul și gâtul se găsesc maĭ jos de statica lor normală.* Ast-fel fiind, partea esențială ce ne autorisă a zice că ne aflăm în fața unuĭ prolaps, este ca gâtul uteruluĭ să se pogóre în canalul vaginal și să aibă tendința de a eși afară. Și încă se maĭ cere, ca acest gât să'șĭ păstreze lungimea normală: alt-fel ar fi vorba de o ipertrofie a coluluĭ iar nu de prolaps uterin.

Pe câtă vreme decĭ gâtul uteruluĭ va fi la adâncimea cuvenită și anume la 5—6 c. m. de la intrarea vaginuluĭ, nu suntem în drept a afirma un prolaps, or cât de jos ar fi situat uterul de planul sĕŭ normal. In asemenea cas vom avea retroflexiune iar nu prolaps. Când din contra vom constata că orificiul extern al coluluĭ — fără ca organul să fie ipertrofiat — se va afla cel puțin la 3 c. m. de la intrarea vaginuluĭ, avem dreptul a zice că e vorba de prolaps, fără a ne ocupa de situația ute-

ruluĭ, care de alt-fel inevitabil va fi și el situat maĭ jos de planul normal. Dar tocmaĭ din causa diferitelor puncte de contact ale coluluĭ cu canalul vaginal, s'a căutat a se stabili maĭ multe grade în prolaps dându-le și numirĭ speciale.

Se numește *prolaps saŭ alunecare* (abaissement), atuncĭ când orificiul extern al gâtuluĭ uterin vine până la intrarea vaginuluĭ.

Pogorarea saŭ procidența uteruluĭ, este când gâtul sĕŭ ajunge manifest la exterior făcêndu-șĭ aparițiunea la intrarea vulveĭ.

In fine *căderea saŭ precipitarea uteruluĭ*, este atuncĭ când organul în totalitatea luĭ (gât și corp), iese cu totul din orificiul vulvar și atârnă în jos între cópse întocmaĭ ca o limbă de clopot. Fig. 81 arată un asemenea model.

Noțiunile acestea sunt bune a fi cunoscute. Usagiul însă a făcut ca tóte să fie reunite sub un nume generic de *prolaps uterin*, indiferent de gradul peregrinațiuneĭ sale. Cel mult am putea admite definiția ce s'a propus de: prolaps *incomplect și complect*.

Prolaps incomplect este atuncĭ când uterul se găsesce încă d'asupra orificiuluĭ vulvar; când însă tumora apare în totalitatea eĭ afară din vulvă, *prolapsul* e *complect*.

Etiologia. Étă o chestiune care încă este desbătută. Care e mecanismul intim al producereĭ prolapsuluĭ?

Pentru a rĕspunde la acésta și fără a intra în prea multe detaliĭ, trebue să ne reamintim că uterul e provĕdut de douĕ feluri de aparate: unul de susținere — de *suspensiune* și altul de *sustentațiune saŭ contenție*.

Ligamentele rotunde și țesutul celulo-gresos vesico-uterin înainte, ligamentele largĭ în laturĭ și ligamentele utero-sacrale înapoĭ, formézĕ aparatul de suspensiune.

Părețiĭ vaginalĭ, perineul cu aponevrosele sale, mușchiul transvers și ridicătorul anusuluĭ, represintă aparatul de sustentațiune saŭ contenție.

Grație acestor doĭ factorĭ puternicĭ, uterul ocupă și 'șĭ păstrézĕ situația sa normală; el dupe cum am arătat se află în anteversiune cu ușóră flexiune. Din momentul când unul din aceste aparate se va slăbi, uterul îșĭ părăsește locul primitiv și intră într'o nouă fasă anormală.

Căruĭ element se datorește starea de prolabare a uteruluĭ? Aci e greŭ a rĕspunde. Majoritatea autorilor și în special Trélat aŭ susținut, bazațĭ pe observațiunile clinice, că relaxarea saŭ

slăbirea aparatuluĭ de susțențiune este causa primordială a prolapsuluĭ. Incontestabil, acéstă infirmitate în imensa majoritate a casurilor — pentru a nu zice tot-d'a-una — se constată pe femeĭ multipare saŭ cel puțin unipare.

Douĕ exemple demonstrative se citézĕ în știință de prolaps al uteruluĭ fără graviditate prealabilă. Unul aparține luĭ Puech: Este vorba de o tînĕră fată de 20 anĭ, virgină; dînsa făcând un sforț pentru a ridica o greutate, a simțit imediat o durere vie în basin. In urma acestuĭ lucru, uterul se presintă la vulvă făcênd ernie prin imenul întins. Prolapsul era decĭ complect. Din partea sa I. Veit citézĕ observația uneĭ copile de 14 anĭ care, încă neavênd menstruele, era purtătóre de un prolaps uterin.

La acestea adaog și eŭ o observațiune personală de prolaps la o tînĕră fată, care încă nefiind măritată avea un prolaps în urma unuĭ simplu sforț. La pag. 524 voĭ da descrierea în detaliŭ.

Dar asemenea casurĭ sunt așa de rarĭ că aprópe nu se ține socotélă de ele. Se admite o predispositiune anume și în special o discrasie generală și ereditară; în urma acestora, aparatul de suspensie și sustentație s'ar găsi în așa degradare fisiologică în cât nu un sforț, dar chiar un rîs maĭ puternic saŭ ignitură violentă, ar fi capabile a produce un asemenea straniŭ și inexplicabil fenomen.

Chestiunea decĭ nu s'a învîrtit asupra acestuĭ punct, ci asupra teorieĭ emisă de Trélat și care e fórte seducătóre.

Acest autor susține cu multă dreptate, că în urma facerilor, perineul femeeĭ este rupt saŭ prea mult relaxat prin trecerea capuluĭ și corpuluĭ fetal. Din partea lor, *Duplay* și *Chaput* aŭ conchis din studiĭ anatomo-patologice, că un perineŭ care nu mĕsóră maĭ mult ca $1—1^1/_2$ c. m. predispune în mod fatal la prolapsul uteruluĭ. Dar maĭ mult, *Hadra* în 1884 a arătat un noŭ factor de slăbire a acestuĭ aparat. Sunt în adevĕr casurĭ unde perineul pare absolut intact și cu tóte acestea el e profund atins. Fenomenul provine din aceia că mușchiul transvers și ridicătorul anusuluĭ fiind rupțĭ în timpul facerilor, dînșiĭ nu s'aŭ putut cicatrisa. In acest cas, perineul de și în aparență intact, rêmâne însă subțire, lățit și fără nicĭ o resistență. Probă este, că dacă practicăm cu degetul examenul combinat al rectuluĭ și vaginuluĭ, constatăm că aceste douĕ organe n'aŭ nimic interpus între ele de cât un părete subțire ca și o fóe de hârtie; despărțitórea recto-vaginală a dispărut nerĕmâind în locul sĕŭ de cât o simplă mucósă de separațiune.

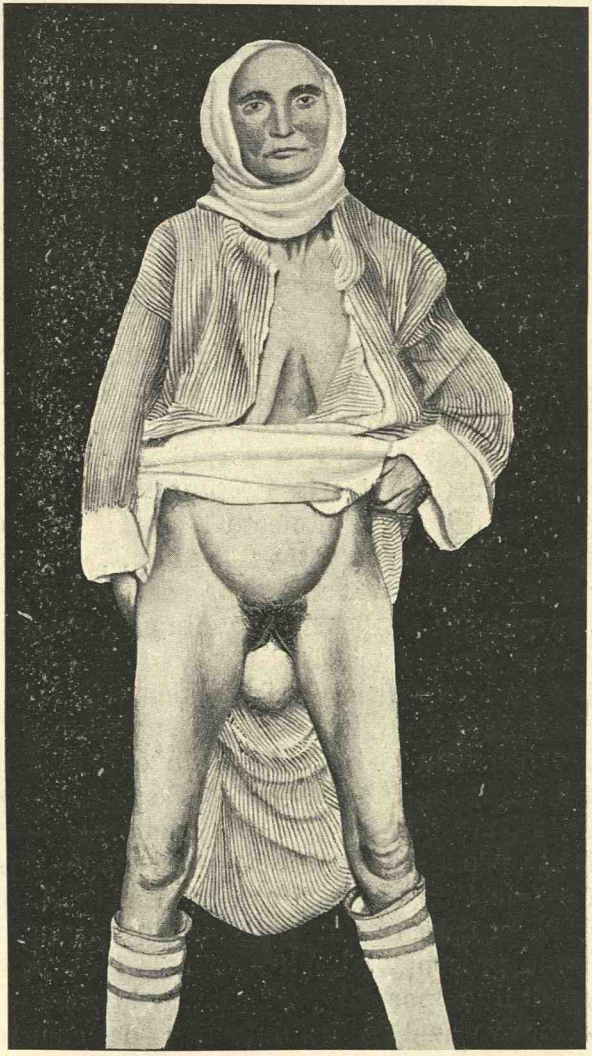


Fig. 81. Prolaps total și complect al uterului (personală).

Dar în afară de acéstă rupere, Duplay și Chaput aŭ găsit la autopsiĭ — în casurĭ de prolaps — o stare particulară a ridicătoruluĭ anusuluĭ; el constă în aceea că el e mult maĭ palid, maĭ subțire și fórte atrofiat. Concomitent toțĭ mușchiĭ perineuluĭ ca și aponevrosele sale se găsesc în aceeașĭ stare de atrofie și flasciditate perzându-și ast-fel tótă tonicitatea și elasticitatea lor.

Dar chiar de am admite integritatea tutulor elementelor aparatuluĭ de sustenție, încă ar fi de ajuns resorpțiunea țesutuluĭ celulo-conjunctiv interpus între diferitele straturĭ ale podișuluĭ pelvien — fapt susținut de Martin — pentru a ne esplica în de ajuns slăbirea profundă a perineuluĭ ca și a păreților vaginalĭ.

O dată lucrul acesta stabilit carĭ sunt consecințele?

Dupĕ Trélat, organul care deschide scena este părețele posterior al vaginuluĭ.

Acesta, în urma rupereĭ saŭ slăbireĭ perineuluĭ, rĕmâind fără punct de sprijin, descinde puțin câte puțin până ce reușește a eși afară din vulvă. In timpul prolabăreĭ sale însă, el trage și de gâtul uteruluĭ și tinde a resturna corpul uterin înapoĭ. Din momentul însă când uterul vine în dreptul strîmtóreĭ superióre a basinuluĭ, prolapsul este ca și efectuat. Apăsarea anselor intestinale precum și presiunea intra-abdominală, neîncetat vor sili uterul a descinde. Și cu atât maĭ ușor acest organ se va lăsa în jos, cu cât corpul sĕŭ va fi maĭ voluminos, perineul maĭ lax or rupt, iar canalul vaginal maĭ lărgit.

Iată decĭ cum acest mecanism este destul de seducător.

Dar tóte aceste condițiunĭ, după noĭ, nu vor fi suficiente daca aparatul de suspensie nu va fi și el alterat în constituția sa fisiologică făcându-l a'și perde tonicitatea normală. Pe cât timp decĭ ligamentele rotunde, ligamentele largĭ și cele utero-sacrale nu vor fi relaxate și slăbite, prolaps nu vom avea — orĭ cât de rupt ar fi perineul și orĭ cât de larg s'ar găsi canalul vaginal. In casul acesta putem constata ernia părețeluĭ posterior saŭ anterior al vaginuluĭ; putem constata presența gâtuluĭ uterin la intrarea vulveĭ, dar tóte vor constitui colpocelul posterior, colpocelul anterior saŭ ipertrofia supra-vaginală a coluluĭ; nicĭ de cum însă prolaps uterin.

Maĭ mult, să presupunem că ligamentele rotunde sunt destul de slăbite pentru a nu putea lupta contra tracțiunilor exercitate pe col. In acest cas uterul să rĕstórnă. Daca însă ligamentele posterióre saŭ utero-sacrale își conservă vigórea lor, uterul nu póte să înainteze maĭ mult; el este ținut și tras înapoĭ de ele. Uterul

deci va rămâne în retrodeviațiune fie de versiune saŭ flexiune, dar fără să fie vorba de prolaps.

De alt-fel, cercetările luĭ Duplay și Chaput aŭ arătat până la evidență acest lucru. Eĭ aŭ găsit că în prolapse, ligamentele largĭ sunt lungĭ, întinse, subțiate și transformându-se în simple douĕ córde înserate la córnele uteruluĭ. La rêndul lor ligamentele utero-sacrale în loc d'a ni se presenta ca niște îndoiturĭ pronunțate sub aspectul de córde întinse, din contra ele numaĭ represintă de cât niște simple bandelete turtite și fără nicĭ un relief. In fine aceiașĭ stare ne oferă și ligamentele rotunde: fibrele lor musculare sunt cu totul atrofiate și subțiate.

Vedem deci că numaĭ în casul când ambele aparate de susțenție și contenție ale uteruluĭ vor fi profund alterate și în mod simultaneŭ, numaĭ atuncĭ prolapsul e posibil.

Pe lângă acésta se maĭ cere și alt-ceva. Să nu existe în basin nicĭ o aderență patologică care să fixeze uterul de organele saŭ părțile vecine. In asemenea cas, chiar daca ligamentele uteruluĭ ar fi relaxate, organul n'ar putea să urmeze tracțiunea păreților vaginalĭ ce se exercită asupra coluluĭ; el va fi bine ținut în loc de acele aderențe. Atuncĭ, numaĭ gâtul se va lungi; el va da ipertrofia supra-vaginală descrisă de Huguier.

Care însă din aceste douĕ aparate jócă rolul maĭ principal? Dându-se observațiile ḍilnice — că prolapsul e precedat de lărgimea canaluluĭ vaginal, ruperĭ perineale, etc., — s'a conchis că alterația prealabilă a aparatuluĭ de contenție este indispensabilă pentru producerea prolapsuluĭ. Lucrul e posibil dar nu probabil și cu atât maĭ puțin demonstrat. Sunt în adevĕr casurĭ unde vedem femeĭ cu ruperĭ complecte de perineŭ și lărgimĭ colosale de vagin, și totușĭ nu aŭ nicĭ măcar urmă de prolaps uterin. La altele din contra, totul e ca și normal; și cu tóte acestea ele ne oferă prolapse complecte de uter.

Adevĕrata causă deci constă în alterația intimă a ambelor aparate. Faptul e provocat prin sub-involuțiunea incomplectă saŭ chiar absența eĭ, în urma facerilor saŭ avorturilor.

Daca după nascere femeea nu păstrézĕ repausul necesar și nu se înconjóră de precauțiunĭ igienice carĭ asigură revenirea la starea normală a uteruluĭ ca și a tutulor aparatelor sale, ele vor rĕmâne slăbite — din causa atrofieĭ elementuluĭ muscular precum și a dispariținneĭ fibrelor elastice a țesutuluĭ celulo-conjunctiv. Și cu cât aparatul e maĭ slab, cu atât corpul uteruluĭ rĕmâne maĭ voluminos. In asemenea condițiunĭ, lesne înțelegem cum prolap-

sul se va efectua, chiar de ar exista corpul perineo-vulvar complect. Dar precum și acesta rămâne lărgit și slăbit, atunci infirmitatea vine de la sine.

Acesta este în câte-va cuvinte mecanismul prolapsului uterin. Trebue însă să adăogăm că Martin — și cu el mai toți autorii ca Simon, Hegar și alții — admit începutul prolapsului prin păretele anterior al vaginului iar nu prin cel posterior. Fenomenul se anunță prin o mică tumoră ce se vede atârnând afară prin deschizătórea vulvară; dînsa e formată din segmentul inferior al păreteluĭ anterior al vaginuluĭ. Cu timpul, păretele posterior al băsiceĭ urméză prolapsul păreteluĭ anterior al vaginuluĭ; acésta ne dă *cistocelul*. Băsica fiind ast-fel depărtată de uter, ansele intestinale se interpun între aceste două organe; ele cu timpul prin presiune resping uterul înapoĭ până îl pune în aceeași axă cu vaginul. De aci încolo mecanismul de pogorâre al uteruluĭ e fórte simplu, daca bine înțeles ligamentele utero-sacrale permit acest lucru.

Anatomia patologică. Prolapsul uteruluĭ, mai ales când e complect, se însoțesce de o mulțime de leziuni ale tuturor organelor vecine. Lucrul este în adevĕr fatal: uterul nu póte ieși la exterior de cât tîrînd după sine toți pereții vaginali pe carĭ îĭ rĕstórnă resfrângându-ĭ ca și un deget de mănușă. Prin urmare, în casul cel mai simplu de prolaps, vom avea inevitabil și un colpocel vaginal anterior și posterior.

In urma prolabareĭ însă a pereților vaginalĭ, urméză niște schimbărĭ de raporturĭ a fundurilor de sac peritoneale de cea mai mare importanță, mai ales din punctul de vedere practic. Se știe în adevĕr, că peritoneul în stare normală nu se pogóră pe vagin; el se oprește în dreptul istmuluĭ uterin. Eĭ bine, în casurile de prolaps, fundurile de sac peritoneale și în special cel anterior saŭ vesico-uterin se lasă — după Duplay și Chaput — mult mai jos; el însoțește păretele anterior al vaginuluĭ chiar pe o distanță de 3 centimetri.

Dar lucrurile nu se opresc aci. O dată cu prolabarea vaginuluĭ, băsica și rectul, carĭ se găsesc în contiguitate cu dînsul, vor fi tîrîte către exterior urmând acéstă prolabare. De aci *cistocel* și *rectocel*. Pe de altă parte, uterul lăsând un loc gol prin pogorârea sa, ansele intestinale vor căuta să ocupe acest loc. Ba încă, dispositiunĭ particulare se observă mai la tóte femeile coprinse de prolapsus: masa intestinală,—fie din causa lungimeĭ congenitale saŭ dobândite a mesenteruluĭ, orĭ a uneĭ inserțiunĭ vicióse — capătă o lungime mai mare.

Aceste anse în stare de ptosă, nu numaĭ că umple tótă escavaţiunea miculuĭ basin, dar sunt capabile să urmeze descinderea păreţilor vaginalĭ. Dînsele interpunându-se între păreţi, vin de bombéză în vagin; acésta constitue cunoscutele *enterocele vaginale* anterióre saŭ posterióre. Fenomenul acesta maĭ pórtă numele şi de *elytrocel.*

Maĭ avem încă de considerat că prolapsul de multe orĭ — fără a dice ca Huguier tot-d'a-una — se însoţesce de ipertrofie uneorĭ considerabilă a porţiuneĭ supra-vaginale a coluluĭ.

Fără decĭ să maĭ insistăm asupra celor-l'alte stărĭ patologice a anexelor — carĭ maĭ tot-d'a-una sunt luxate şi vîrîte în fundul de sac posterior — şi nicĭ asupra ligamentelor de suspensie şi contenţie, suntem nevoiţĭ ca în acelaş timp cu prolapsul să ne oprim asupra tutulor acestor stărĭ patologice a organelor vecine; ele dacă une-orĭ se pot întâlni singure fără prolapsul uteruluĭ, nicĭ odată însă acesta nu se va produce fără dînsele. După cum vedem, un prolaps al uteruluĭ tîrasce după sine tóte organele cu carĭ se învecinesce. De aceea uniĭ autorĭ, cu drept cuvînt aŭ propus a se înlocui numele de *prolaps uterin, prin acela de prolaps genital.*

Incepem decĭ:

I. **Cistocelul.** Am arătat la mecanism, că lărgimea canaluluĭ vaginal constitue unul din factoriĭ principalĭ a invitaţiuneĭ uteruluĭ către prolabare.

In starea normală, păreţiĭ vaginuluĭ sunt în contact între e şi contribue la mijlócele de susţinere ale uteruluĭ. De îndată ceĭ însă din diferite cause, ca faceri des repetate, inflamaţiunĭ, esces de coit, relaxarea saŭ ruperea perineuluĭ, diferite bóle discrasice, senilitate, etc., vaginul capătă o lărgime deměsurată, atuncĭ păreţiĭ nu se maĭ susţin unul pe altul; eĭ rĕmân depărtaţĭ maĭ ales şi prin interpunerea uneĭ colóne de aer. In acéstă situaţiune am arătat, că după opinia maĭ tutulor autorilor, cel întâiŭ organ care face ernie, ieşind afară din orificiul vulvar, este părétele vaginal anterior. Dar fenomenul nu se produce de o dată ci în mod treptat, ast-fel: întâiŭ este segmentul inferior al părételui anterior al vaginuluĭ care prolabéză şi maĭ târdiŭ cel superior.

E posibil ca lucrul să rĕmâe în acéstă stare multă vreme, fără ca băşica urinară să se mişce din locul sĕŭ. Atuncĭ numaĭ o porţiune din uretră urméză părétele vaginal erniat; acésta constitue ceea-ce se numesce **uretrocel.**

In imensa majoritate a casurilor însă, lucrul nu rĕmâne aci. Cu timpul segmentul posterior începe a se pogorâ şi dînsul până

sul se va efectua, chiar de ar exista corpul perineo-vulvar complect. Dar precum și acesta rămâne lărgit și slăbit, atunci infirmitatea vine de la sine.

Acesta este în câte-va cuvinte mecanismul prolapsului uterin. Trebue însă să adăogăm că Martin — și cu el mai toți autorii ca Simon, Hegar și alții — admit începutul prolapsului prin păretele anterior al vaginului iar nu prin cel posterior. Fenomenul se anunță prin o mică tumoră ce se vede atârnând afară prin deschizătórea vulvară; dînsa e formată din segmentul inferior al păreteluĭ anterior al vaginuluĭ. Cu timpul, păretele posterior al băsiceĭ urméză prolapsul păreteluĭ anterior al vaginuluĭ; acésta ne dă *cistocelul*. Băsica fiind ast-fel depărtată de uter, ansele intestinale se interpun între aceste două organe; ele cu timpul prin presiune resping uterul înapoĭ până îl pune în aceeași axă cu vaginul. De aci încolo mecanismul de pogorâre al uteruluĭ e fórte simplu, daca bine înțeles ligamentele utero-sacrale permit acest lucru.

Anatomia patologică. Prolapsul uteruluĭ, mai ales când e complect, se însoțesce de o mulțime de leziuni ale tuturor organelor vecine. Lucrul este în adevĕr fatal: uterul nu póte ieși la exterior de cât tîrînd după sine toți pereții vaginali pe carĭ îĭ rĕstórnă resfrângându-ĭ ca și un deget de mănușă. Prin urmare, în casul cel mai simplu de prolaps, vom avea inevitabil și un colpocel vaginal anterior și posterior.

In urma prolabareĭ însă a pereților vaginalĭ, urméză niște schimbărĭ de raporturĭ a fundurilor de sac peritoneale de cea mai mare importanță, mai ales din punctul de vedere practic. Se știe în adevĕr, că peritoneul în stare normală nu se pogóră pe vagin; el se oprește în dreptul istmuluĭ uterin. Eĭ bine, în casurile de prolaps, fundurile de sac peritoneale și în special cel anterior saŭ vesico-uterin se lasă — după Duplay și Chaput — mult mai jos; el însoțește păretele anterior al vaginuluĭ chiar pe o distanță de 3 centimetri.

Dar lucrurile nu se opresc aci. O dată cu prolabarea vaginuluĭ, băsica și rectul, carĭ se găsesc în contiguitate cu dînsul, vor fi tîrîte către exterior urmând acéstă prolabare. De aci *cistocel* și *rectocel*. Pe de altă parte, uterul lăsând un loc gol prin pogorârea sa, ansele intestinale vor căuta să ocupe acest loc. Ba încă, dispositiunĭ particulare se observă mai la tóte femeile coprinse de prolapsus: masa intestinală,—fie din causa lungimeĭ congenitale saŭ dobândite a mesenteruluĭ, orĭ a uneĭ inserțiunĭ vicióse — capătă o lungime mai mare.

Aceste anse în stare de ptosă, nu numaĭ că umple tótă escavaţiunea miculuĭ basin, dar sunt capabile să urmeze descinderea păreţilor vaginalĭ. Dînsele interpunându-se între păreţi, vin de bombéză în vagin; acésta constitue cunoscutele *enterocele vaginale* anterióre saŭ posterióre. Fenomenul acesta maĭ pórtă numele şi de *elytrocel.*

Maĭ avem încă de considerat că prolapsul de multe orĭ — fără a dice ca Huguier tot-d'a-una — se însoţesce de ipertrofie uneorĭ considerabilă a porţiuneĭ supra-vaginale a coluluĭ.

Fără decĭ să maĭ insistăm asupra celor-l'alte stărĭ patologice a anexelor — carĭ maĭ tot-d'a-una sunt luxate şi vîrîte în fundul de sac posterior — şi nicĭ asupra ligamentelor de suspensie şi contenţie, suntem nevoiţĭ ca în acelaş timp cu prolapsul să ne oprim asupra tutulor acestor stărĭ patologice a organelor vecine; ele dacă une-orĭ se pot întâlni singure fără prolapsul uteruluĭ, nicĭ odată însă acesta nu se va produce fără dînsele. După cum vedem, un prolaps al uteruluĭ tîrasce după sine tóte organele cu carĭ se învecinesce. De aceea uniĭ autorĭ, cu drept cuvînt aŭ propus a se înlocui numele de *prolaps uterin, prin acela de prolaps genital.*

Incepem decĭ:

I. **Cistocelul.** Am arătat la mecanism, că lărgimea canaluluĭ vaginal constitue unul din factoriĭ principalĭ a invitaţiuneĭ uteruluĭ către prolabare.

In starea normală, păreţiĭ vaginuluĭ sunt în contact între e şi contribue la mijlócele de susţinere ale uteruluĭ. De îndată ceĭ însă din diferite cause, ca faceri des repetate, inflamaţiunĭ, esces de coit, relaxarea saŭ ruperea perineuluĭ, diferite bóle discrasice, senilitate, etc., vaginul capătă o lărgime deměsurată, atuncĭ păreţiĭ nu se maĭ susţin unul pe altul; eĭ rĕmân depărtaţĭ maĭ ales şi prin interpunerea uneĭ colóne de aer. In acéstă situaţiune am arătat, că după opinia maĭ tutulor autorilor, cel întâiŭ organ care face ernie, ieşind afară din orificiul vulvar, este părétele vaginal anterior. Dar fenomenul nu se produce de o dată ci în mod treptat, ast-fel: întâiŭ este segmentul inferior al părételui anterior al vaginuluĭ care prolabéză şi maĭ târdiŭ cel superior.

E posibil ca lucrul să rĕmâe în acéstă stare multă vreme, fără ca băşica urinară să se mişce din locul sĕŭ. Atuncĭ numaĭ o porţiune din uretră urméză părétele vaginal erniat; acésta constitue ceea-ce se numesce **uretrocel.**

In imensa majoritate a casurilor însă, lucrul nu rĕmâne aci. Cu timpul segmentul posterior începe a se pogorâ şi dînsul până

când întregul părete anterior al vaginului iese afară; acésta formézá colpocel total anterior. De óre-ce însă între fundul băşiceĭ şi vagin există conexiunĭ intime, băşica în mod fatal îşĭ părăsesce locul; dînsa iese împreună cu părete vaginuluĭ la exterior: **Cistocelul** e format. Prin urmare, în prolabarea băşiceĭ avem douĕ stărĭ ce pot fi independente. O prolabare numaĭ a uretreĭ şi alta a corpuluĭ vesical. Să insistăm asupra fie-căria.

a) **Uretrocel.** Ceĭ d'întâĭ autorĭ carĭ s'aŭ ocupat cu acéstă chestiune sunt *Duplay* în Franţa şi *Newmann* în America. Faptul constă că părete inferior al uretreĭ se deprimă; el forţéză un teritoriŭ corespondent din părete vaginal; determină o proeminenţă, o tumoră. Une-orĭ acéstă tumoră nu se manifestă la exterior din causa volumuluĭ sĕŭ prea mic, aşa că pentru a o vedea, suntem siliţĭ a deschide vaginul cu o valvă de specul. Apăsând pe părete posterior, putem vedea la extremitatea cea maĭ anterióră a vaginuluĭ şi imediat înapoiul meatuluĭ, o mică tumoră ca o alună saŭ migdală, acoperită de îndoiturile transversale ale vaginuluĭ. Prin examenul cu degetul constatăm acelaş lucru; în plus tumora e móllă şi reductibilă prin presiunĭ, dacă maĭ ales volumul e mare.

In timpul acesteĭ explorăţiunĭ vedem eşind prin meat o cantitate de lichid din tumora redusă; el nu este decât urină. Dacă uretrocelul capĕtă un volum mare, atuncĭ dînsul iese din vagin şi póte să apară chiar la intrarea vulveĭ. Pe lângă aceste caractere, explorând organul cu o sondă metalică saŭ o sondă canelată recurbată (Duplay), constatăm că introducênd instrumentul în uretră şi urmând părete superior, nu întâmpinăm nicĭ un obstacol pentru a ajunge la băşică. Din contra, urmând părete inferior, instrumentul imediat înapoiul meatuluĭ cade într'un diverticul saŭ gropiţă; de aci — dacă manipulăm cu o sondă metalică de femee — putem extrage óre-care cantitate de urină. Impingênd însă instrumentul pentru a ajunge la băşică, suntem opriţĭ de un obstacol format din uretră ; el constitue părete saŭ marginea posterióră a acestuĭ buzunar. Numaĭ după ce am efectuat o mişcare de basculă a sondeĭ — lăsând pavilionul în jos — atuncĭ vîrful trecênd peste obstacol, ni se permite prin simpla împingere a instrumentuluĭ a intra în băşică.

Causele uretrocelului pot fi de natură puerperală saŭ secundară. Incontestabil că traumatisme ale păreteluĭ anterior al vaginuluĭ — determinând plăgĭ şi reparându-se prin cicatrice — pot slăbi părete vaginal; consecutiv porţiunea anterióră a ca-

nalului uretral forțéză cicatrița slăbită; dînsa făcênd proeminență sub forma uneĭ tumorĭ, dă nascere uretroceluluĭ. De asemenea, ședérea prelungită a unor calculĭ în uretră pot produce acelașĭ resultat. In fine stricturile meatuluĭ sunt capabile să se însoțéscă cu timpul de o dilatațiune înapoiul lor; aci uretra înaintând póte să ne dea un uretrocel.

Dar tóte aceste cause sunt în afară de uretrocelele propriŭdise carĭ intră în categoria prolapselor. Aci rolul principal îl



Fig. 82. Prolaps al uteruluĭ, complicat de Cistocel total.
Modul de sondare al băşiceĭ (personală).

jócă slăbirea părețuluĭ anterior al vaginuluĭ; ea e determinată prin modificațiunile aduse în țesutul sĕŭ și al uretreĭ, în urma facerilor și a graviditățeĭ. Congestiunea timporală provocată de graviditate; traumatismele facerilor și rupturile intersticiale, schimbă condițiunile de stabilitate și elasticitate a uretreĭ. Părețele vaginal cedéză cel d'întâiŭ fiind rĕŭ susținut; țesutul areolar se desvoltă d'asupra sa, apoĭ mucósa uretrală este în sfîrșit tîrîtă și ast-fel uretrocelul e constituit (Legueu).

Este probabil că pentru acest lucru, ca și pentru toate prolapsele se cere, după cum susține Lawson Tait, o predispoziție congenitală.

b) **Cistocelul.** Am arătat că după opinia tutulor autorilor, în afară de Trélat, părețele anterior al vaginului este care prolabează cel d'întâiŭ și care anunță prolapsul uterin. In descinderea sa însă, băsica uduluĭ — grație conexiunilor ce dînsa are cu acest părete — tot-d'a-una îșĭ părăsesce locul normal; ea prolabéză pe aceeașĭ mĕsură ca și părețele vaginal.

Primul grad de prolaps al băsiceĭ uduluĭ saŭ cistocel, este când numaĭ părețele sĕŭ inferior se desplaséză și face o tumoră în vagin.

Atuncĭ însă când părețele vaginal iese cu totul afară din vulvă, dînsul tîrasce întregul corp al băsiceĭ rĕsturnêndu-o în totalitatea sa și aducând-o împreună cu dînsa afară din vulvă. In acest al II-lea grad, băsica și-a părăsit cu desăvêrșire situațiunea sa normală; de aci schimbare totală de raporturĭ precum și de funcțiunĭ. Jena funcțională va fi cu atât de mare cu cât uretra — grație ligamentuluĭ triunghiular suspensor — resistă la tracțiune; în acest cas se formézĕ un cot ce e capabil a astupa cu totul lumina canaluluĭ uretral; de aci retenție urinară. Și acésta este așa de adevĕrat, că o femee cu cistocel complect pentru a putea fi sondată, va trebui ca maĭ întâiŭ să introducem sonda în meat într'o direcțiune orizontală și antero-posterióră; dar imediat suntem opriți tocmaĭ de acel cot de care vorbirăm. Atuncĭ pentru a intra în băsică, va trebui să facem o mișcare de basculă sondeĭ, ridicînd pavilionul (urechile sondeĭ) în sus către simfisă; după aceea împingând înainte și în jos intrăm în băsică. Acest lucru se vede în fig. 82.

III. **Rectocel.** Părețele posterior al vaginuluĭ póte une-orĭ să prolabeze singur independent de cel anterior. Ba încă după cum am arătat, Trélat susținea că descinderea sa este care dă semnalul prolapsuluĭ uterin.

Mărturisim că noĭ suntem pentru acéstă opiniune și o găsim chiar mult maĭ logică și simplă: ea ne explică rĕsturnarea maĭ comodă a corpuluĭ uteruluĭ, prin tracțiunea ce exercită acest părete pe gâtul sĕŭ în tot timpul descinderei. Dar orĭ cum ar fi, când părețele posterior al vaginuluĭ erniază singur ieșind afară din vulvă, se numesce *colpocel posterior*. Aci ca și în casul precedent, fenomenul se anunță maĭ mult prin ernia segmentuluĭ inferior; mult maĭ târdiŭ vine și cel superior.

Faptul principal este că, descinderea părețului posterior nu este urmată în mod fatal de pogorârea rectului, precum am vĕdut că bășica urmézĕ părețele anterior al vaginului. Causa este că între aceste două organe se află un țesut celulo grăsos lax; el le permite să alunece reciproc fără să se urmeze unul pe altul. Cel mult constatăm o ernie a porțiunei celei mai inferióre a rectului în vagin, și acésta nu pe o întindere mai mare de cât o nucă saŭ castană, formând ceea-ce se numesce o *ampulă*. Și încă se mai cere ca, concomitent să existe și o rupere a perineului.

Conchidem decĭ că prolabarea părețului posterior al vaginului de și mai tot-d'a-una urmézĕ pe aceea a părețului anterior, póte exista independent și fără descinderea rectului.

Se întâmplă că producându-se un gol între rect și vagin, ansele intestinale coprinse de ptosă să se insinueze subt părețele vaginal; acésta este *clytrocelul posterior*.

IV. **Ipertrofia gâtului uterin.** Iată o leziune care însoțește în mod fidel prolapsul uterin. Am arătat exagerațiunea lui Huguier când în 1860, prin celebrul sĕŭ memoriŭ citit la Academia din Paris, a venit să susție că nu există prolaps uterin ci numaĭ ipertrofia gâtului sĕŭ. Adevĕrul este că acéstă ipertrofie, prin aspectul ce ia când apare la intrarea vaginului, se apropie așa de mult de acela al prolapsului în cât confusiunea este fórte ușóră și chiar ispititóre.

In adevĕr, o dată ce porțiunea supra-vaginală a colului e atinsă de ipertrofie, ea nu se póte desvolta în abdomen; decĭ va căuta să se manifeste către regiunile ce-ĭ oferă mai puțină resistență și a nume către vagin. Dar atuncĭ prin împingerea treptată și progresivă, acest gât înaintând în canalul vaginal, deslipesce și tîrasce împreună cu dînsul atât părețele anterior cât și cel posterior al vaginului resfrângându-ĭ ca un deget de mănușă. Dacă ipertrofia este împinsă la exces, atuncĭ orificiul extern al colului ieșind în afară din vulvă și chiar între cópse, și fiind provĕdut de acel manșon saŭ guler vaginal, ne oferă tóte caracterele prolapsului uterin.

Dar de aci a conchide că nu există prolaps ci numaĭ ipertrofia colului, este a nega cea mai evidentă veritate. Ba ce e mai mult — cel puțin în ceea-ce mĕ privesce personal — în tóte prolapsele ce am vĕdut și tratat, n'am găsit de cât o singură dată coincidența acesteĭ ipertrofiĭ cu prolapsul uterin, ast-fel precum se vede în Fig. 83.

Importanța acestuĭ cas este că femeea, nu numaĭ că n'a avut copiĭ, dar din antecedentele eĭ reese, că bóla s'ar fi declarat cu 4 anĭ înainte de a se mărita. Iată în scurt observația.

Este vorba de Ana Minx în etate de 28 anĭ. A suferit mult timp de febră palustră. Menstruele i-aŭ venit la 13 anĭ, fără dureri; puțin abondente și duraŭ 3—4 ḍile. E măritată de un an. Bóla actuală a început dupĕ spusele pacienteĭ, acum 5 anĭ. Dînsa declară că ridicând o masă grea, a simțit pare că i s'a rupt ceva în abdomen. Cu timpul observă o tumoră ce îĭ ieșea din vagin maĭ cu de



Fig. 83. Ipertrofie supra vaginală a gâtuluĭ uterin la o femee nulipară. Isterectomie vaginală (personală).

osebire când umbla și făcea sforțurĭ. De asemenea când sta mult în picióre și spăla rufe — profesiunea sa este spălătorésă. Acelașĭ lucru îl constată în momentul defecațiuneĭ și chiar al urinăreĭ precum și orĭ de câte orĭ se punea pe vine. In timpul repausuluĭ și maĭ ales nóptea în pat, tumora se reduce de la sine. Raporturile sexuale nu o jenaŭ și nicĭ nu eraŭ dureróse. Are dureri marĭ în timpul menstruelor; scursóre albă și anexită stângă manifestă. La intrarea în spital constatăm gâtul uterin ieșit din vagin; el se reducea când bolnava sta în pat; reapărea punând-o să umble orĭ să tușéscă. Introducând degetul în vagin, aĭ căruĭ părețiĭ eraŭ răsfrânșĭ, se simțea gâtul în mod manifest mĕsurând 9. c. m. Prin palpația bimanuală fundul uteruluĭ se găsea înapoiul simfiseĭ și

era mobil. In stânga se simt anexele mărite si dureróse. Introducând isterometrul găsim o adâncime a coluluĭ împreună cu a cavităţeĭ uterine de 13 c. m. La 3 Martie 1897 făcem isterectomia vaginală după metóda clasică, fără nicĭ un incident saŭ complicaţie. La 5 Martie se scot pensele, iar la 18 Martie bolnava iese vindecată.

Dar să revenim. Gâtul uteruluĭ nu se împarte precum este obiceiul a se ḍice: în porţiunea vaginală şi supra-vaginală. Dînsul după cum a arătat Schroeder are treĭ porţiunĭ. Una sub vaginală, o altă medie în parte sub vaginală şi în parte supra-vaginală. iar alta superióră esclusiv supra-vaginală. Lucrul acesta resultă din modul de inserţiune al părepilor vaginalĭ pe gâtul uteruluĭ. In adevĕr părepele anterior al vaginuluĭ se inseră mult maĭ jos pe col de cât cel posterior, al căruĭ punct de inserţiune e mult maĭ superior. De aci resultă porţiunile menţionate şi carĭ se vĕd în mod clar în următórea fig. 84 luată din Schroeder. Acéstă ipertrofie a coluluĭ recunósce maĭ multe cause în afară de cele congenitale.

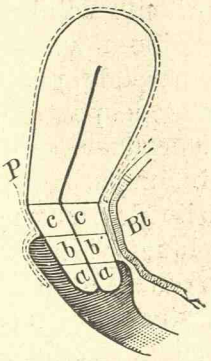


Fig. 84. Diviziunea gâtuluĭ uterin în treĭ porţiunĭ (Schroeder).

P Peritoneul. *Bl* Băşica. *aa* Porţiunea sub-vaginală. *bb* Porţiunea medie (sub-vaginală înapoĭ şi supra-vaginală. în'ainte) *cc* Porţiunea supra-vaginală.

Am arătat că la fetele tinere gâtul uteruluĭ are o lungime destul de considerabilă; el se găseşte într'o adevĕrată ipertrofie. Prin urmare, acéstă stare fetală persistând, ne póte oferi un tip de ipertrofie sub vaginală a coluluĭ de natură congenitală. Dar adevĕratele ipertrofiĭ sunt cele dobândite. Ele recunosc drept causă unică, iritaţiunile şi inflamaţiunile specifice. Aprópe tóte

endometritele mucóseĭ cervicale și cele parenchimatóse se însoțesc — precum deja a arătat Gallard — de aceste ipertrofiĭ carĭ de obiceĭŭ nu ocupă de cât segmentul vaginal. Martin însă a arătat, că concomitent întâlnim o asemenea ipertrofie și în porțiunea supra-vaginală, recunoscând aceeași causă.

Noĭ avem obiceiul, ca orĭ de câte orĭ facem o laparatomie pentru afecțiunĭ uterine și maĭ ales a anexelor, să examinăm starea porțiuneĭ supra-vaginale a coluluĭ. Eĭ bine, afirmăm că tot-d'a-una am găsit'o lungită și ipertrofiată, dar bine înțeles în grade diferite.

Să vedem acum prin ce mecanism acéstă ipertrofie e determinată de prolapsul uteruluĭ și carĭ sunt formele sale?

Mecanismul e ușor privind figura dată de Schroeder. Din momentul când pereții vaginalĭ intră în prolaps și prin urmare încep să tragă de gâtul uteruluĭ, se produce o iritațiune, o jenă în circulație și decĭ congestiune. Efectul acestor stărĭ de lucruri va fi că pe măsură ce colul se pogóră, pe atâta se lungesce și se ipertrofiază. Dacă peretele anterior al vaginuluĭ va fi care exercită tracțiunea, atuncĭ lungirea și ipertofia va ocupa porțiunea medie. Cu timpul orificiul coluluĭ va apare la vulvă; fundul de sac anterior al vaginuluĭ va fi șters, iar cel posterior conservat. Când din contra părețele posterior intră în joc, atuncĭ acțiunea sa se va exercita asupra porțiuneĭ supra-vaginale. A fortiori fenomenul se va produce, când ambiĭ părețĭ aĭ vaginuluĭ, precum de alt-fel se și întâmplă, se vor prolaba.

In acest cas, fundurile de sac vaginale sunt distruse; gâtul uteruluĭ în totalitatea sa lungit și ipertrofiat va ieși afară la vulvă rĕsturnând împreună cu dînsul și părețiĭ vaginuluĭ; eĭ se vor însoțiĭ la rîndul lor de cistocel orĭ rectocel. In ceea ce privesce ipertrofia exclusivă a porțiuneĭ vaginale, acésta nu presintă aprópe nicĭ un interes. In adevĕr dînsa nu aduce absolut nicĭ o modificare în situațiunea fundurilor de sac ale vaginuluĭ precum nicĭ în statica uteruluĭ. Totul își conservă aprópe complect situațiunea normală. Singur gâtul uteruluĭ în porțiunea sa vaginală se găsesce lungit și ipertrofiat putând eși chiar afară din vulvă. Varietatea acésta se datoresce exclusiv inflamațiilor cronice, determinate de metritele parenchimatóse cervicale.

Simptome și diagnostic. In prolapsul uteruluĭ, pe lângă simptomele sale propriĭ, avem și acelea a tutulor organelor ce cu acéstă ocaziune suferă schimbărĭ în statica lor normală. Incepem cu:

1. **Uretrocelul și Cistocelul.** Adesea observăm casurĭ de prolaps

complect al uteruluĭ cu cistocel total și fără ca bolnavele să se plângă de vre-un fenomen vesical. Alte dăți însă întâlnim persóne în prada unor adevĕrate suferințe, manifestate prin disurii, poliachiurii și chiar retențiune complectă, și totuși ele nu sunt atinse de cât de un ușor uretrocel saŭ cistocel de primul grad. Probabil asemenea casurĭ trebuesc puse pe o stare particulară de nervositate a pacienteĭ. Cu tóte acestea, stagnațiunea uduluĭ, alterațiunea acestuĭ liquid, îngroșarea peste mĕsură a mucóseĭ, desquamațiunea epitelială și diferitele detritusurĭ ce cad în acest buzunar formând un amestec muco-purulent, tóte iritând în mod continuŭ canalul și gâtul bășiceĭ, pot da nascere fenomenelor maĭ sus descrise. Și dacă de la uretrocel — care în definitiv represintă o mică pungă cât o alună saŭ castană — ne transportăm la cistocelul părețeluĭ posterior al bășiceĭ — ce chiar în primul sĕŭ grad ne oferă o pungă mult maĭ voluminósă — ușor ne închipuim cum stagnațiunea de urină, formațiunea de calcule, transformarea detritusurilor epiteliale și a urineĭ în puroiŭ, devin causa fenomenelor locale de cistită, precum și a turburărilor generale de natură psichică ce torturéză pe bolnavă. Neurastenia, gastricismele, vărsăturile, cefalalgiile, etc. sunt resultatul intoxicațiuneĭ cronice și lente a urineĭ stagnante în buzunarul cistocelic. In plus, femeea fără să aibă trebuință să urineze, totuși se simte udă maĭ ales când umblă. Fenomenul ușor se explică Buzunarul format de cistocel fiind umplut, escesul de urină iese dirijindu-se către gâtul bășiceĭ pe care forțându-l, provócă scurgere de urină prin picăturĭ. Acésta se numesce *incontinență prin regorjare*. De alt-fel lucrul se constată și la uretrocel, dacă buzunarul are o capacitate maĭ mare.

Când cistocelul atinge ultimul grad, adică când bășica uduluĭ în totalitatea sa este rĕsturnată și eșită afară împreună cu părețele vaginal,— formând cu uretra acelc ot despre care am vorbit,— atuncĭ pe lângă fenomenele sus arătate, putem întâlni retențiunĭ complecte de urină. Dar aceste retențiunĭ nu provócă chemarea mediculuĭ; bolnavele din instinct și experiență sciŭ a combate accidentul; ele singure apasă pe corpul vesical aflat între cópse, saŭ ridică prolapsul în sus.

Recunóscerea uretrocelului și cistocelului e ușóră. Trebue arătat dacă tumora e un colpocel simplu, saŭ concomitent există și stările patologice sus indicate. Este adevĕrat că și într'un cas și în altul suprafața exterióră a tumoreĭ e formată de părețiĭ vaginalĭ, caracteristicĭ prin acele îndoiturĭ transverse de mu-

cósă. Dându-se însă că colpocelul adesea se însoțesce de cistocel saŭ uretrocel, noĭ datorĭ suntem a explora rezervoriul urinar pentru a ne da séma de situațiunea sa.

Uretrocelul formézĕ o tumoră relativ mică, situată imediat înapoiul meatuluĭ și oprindu-se la o distanță de unul saŭ douĕ c. m. Decĭ nu póte fi cufundat de cât cu prolapsul extremității anterióre a părețuluĭ vaginal. Introducerea sondeĭ în uretră, combinată cu palpațiunea digitală din vagin, ne arătă presența uretrocelului, pe de o parte prin reductibilitatea sa, iar pe de alta prin ieșirea câtor-va picăturĭ de urină din însăși punga, unde sonda e introdusă. Sforțurile la carĭ supunem pe bolnavă nu aŭ mare valóre, căcĭ în ambele casurĭ tumora ia dimensiunĭ maĭ marĭ; cu tóte acestea avantagele vor fi maĭ mult din partea colpocelului de cât a uretrocelului.

S'ar putea confunda uretrocelul cu uniĭ kiștĭ aĭ vaginuluĭ. Dar aceștia fórte rarĭ se găsesc pe linia mediană; eĭ sunt cu totul reductibilĭ; printr'un examen minuțios constatăm că se află în grosimea părețuluĭ vaginal, iar nu d'asupra.

Tumurile fibróse ale părețeluĭ vaginal se vor deosebi prin consistența lor dură și prin sediul în despărțitórea vesico-vaginală.

Cât privesce cistocelul, de dînsul nu va putea fi vorba de cât dacă întregul părete anterior al vaginuluĭ este prolabat, saŭ cel puțin numaĭ porțiunea sa posterióră. E destul însă a constata un prolaps, pentru a afirma prin anticipație că există și un cistocel. Cu tóte acestea nu vom negligea examenul cu degetul, pentru a ne convinge că tumora este fluctuentă, reductibilă și maĭ cu deosebire că începe la 1—2 c. m. înapoiul meatuluĭ. Acesta chiar constitue semnul patognomonic prin care cistocelul se deosibesce de uretrocel. Pe lângă acésta, introducerea sondeĭ ne va arăta grosimea părețeluĭ vaginal prin distanța saŭ prin spațiul ce separă degetul de vîrful sondeĭ. Vom observa iarăși că golind băsica de urină, tumora dispare; umplând-o prin injecțiune de lichide, tumora cresce luând aspectul unuĭ guși de pelican.

Când cistocelul a atins al II-lea grad, adică când întregul corp vesical a însoțit prolapsul complect al părețeluĭ vaginal, atunci tumora iese cu totul afară din vulvă. Aci o simplă presiune cu mâna va fi capabilă să reducă tumora determinând scurgere de urină prin meat. Semnul e patognomonic. Introducerea sondeĭ — după indicațiunile ce am arătat — va confirma și maĭ

mult faptul; ea ne va arăta în acelaș timp diferite complicațiuni ca, presență de calculi, fungositățĭ sângerânde, cistită purulentă, etc., etc.

Rectocelul. Se recunósce, introducând degetul în anus și recurbându-l înainte. In casul când afecțiunea există imediat d'asupra sfincteruluĭ anal, intrăm într'o cavitate de mărimea uneĭ nucĭ, făcând ernie în vagin. Cu acéstă ocasiune putem constata presența unor micĭ boluri fecale de consistențe diferite. Esplorând maĭ sus, ne dăm séma dacă și o porțiune din rect se află în prolaps saŭ nu.

Iată-ne acum în fața unuĭ prolaps al uteruluĭ. Dînsul e caracterisat printr'o tumoră în general fórte mare, cel puțin cât un pumn. Aspectul este piriform cu baza în sus saŭ înainte, vîrful înapoĭ și în continuitate cu deschiderea vulvară. Suprafața exterióră e formată de pereții vaginalĭ anterioriĭ și posterioriĭ, rĕsfrânșĭ ca un deget de mănușă. Prolabarea însă nu este cu totul circulară și nicĭ totală: există încă la intrarea vulveĭ vestigiuri de funduri de sac anterior și posterior. De aceia forma tumorcĭ e conică, avênd partea cea maĭ largă saŭ baza în sus. In casurile recente, mucósa vaginală conservă caracterele sale de îndoituri numeróse și regulate. Maĭ târdiŭ aceste caractere dispar: mucósa, mereŭ expusă la aer și la frecări, se îngróșă tocmaĭ ca și pielea. In plus ea oferă diferite ulcerațiuni maĭ marĭ saŭ maĭ micĭ.

Privind tumora, vedem în centrul sĕŭ, puțin înapoĭ, orificiul extern al coluluĭ, de obiceiŭ lărgit, cu buzele rupte și ulcerate; une-orĭ constatăm chiar existența unuĭ epiteliom, probabil produs prin desele iritațiunĭ. Percurtând tumora o găsim mată pe tótă întinderea; e posibil însă a descoperi înainte saŭ înapoĭ o sonoritate exagerată. Acésta ne indică presența de anse intestinale. Posibilitatea acestuĭ lucru trebue să ne atragă bine atențiunea, pentru a lua mĕsurile necesariĭ în timpul operațieĭ. Existența acestuĭ elitrocel se maĭ recunósce și prin aceia, că în momentul reducereĭ audim un sgomot sui generis, numit garguiment saŭ kiorăitură. Prin palpație luând tumora în mână, distingem corpul și gâtul uteruluĭ. Ne vom da în acelaș timp séma de gradul lor de ipertrofie, precum și de situațiunea în care se află uterul: ante saŭ retrodeviațiune.

Eplorațiunea cu isterometrsl este mijlocul cel maĭ sigur și demonstrativ. Indată ce vom găsi o lungime maĭ mare ca 8–9 centimetri, avem dreptul să bănuim ipertrofia supra-vaginală a coluluĭ; cu o lungime de 10—12 saŭ 14 centimetri, faptul devine absolut sigur.

Dacă bolnava nu e prea grósă, introducând degetele înapoiul

simfiseĭ pubiene, ne convingem de absența complectă a corpuluĭ uteruluĭ. Păstrând acéstă atitudine, dacă reducem tumora simțim cum fundul uteruluĭ vine în contact cu degetele nóstre. Maĭ sunt și alte semne banale: femeea pusă în decubitul dorsal, tumora se reduce de la sine saŭ cu o fórte ușóră intervențiune. Din contra, la cel maĭ mic sforț ca tuse, rîs, opintélă, etc,, tumora reapare imediat. Dacă punem bolnava să umble, acelașĭ fenomen îl constatăm.

Faptul acesta de reducere și reaparițiune ușóră a prolapsuluĭ, ne arată o lărgime și laxitate fórte mare a tutulor aparatelor de suspensie și sustenție. Fenomenul este în totul analog cu erniile vechĭ provĕdute de o lărgime escesivă a orificiuluĭ inguinal; grație acestuĭ lucru, ernia redusă nu se maĭ póte menține în locul sĕŭ. De aceia s'a dat și prolapsuluĭ aceeașĭ numire ca și acesteia, de *prolaps incoercibil*. Și precum — dacă între sacul erniar și ansele intestinale se stabilesc aderențe — ernia nu se maĭ reduce, tot ast-fel se întâmplă și cu prolapsul. Dînsul în urma diferitelor aderențe ale fundurilor de sac, nu maĭ póte fi redus. Acelaș lucru se întâmplă dacă uterul prolabat devine sediul unor fibróme, ce-ĭ causézĕ o crescere mare de volum; în casurile acestea *prolapsul se numesce ireductibil*. Dar tot ireductibil este și când uterul e coprins de o congestiune mare sanguină. Aci însă ireductibilitatea este *timporară* iar nu definitivă ca maĭ sus.

Prognosticul. Din punctul de vedere chirugical, nu există exemple de vindecare spontanată a prolapsuluĭ uterin, deci intervențiunea tot-d'a-una trebue pusă în joc. Și cu atât maĭ mult vom recurge la mijlóce chirurgicale, cu cât un prolapsul vechiŭ se póte complica de leziunĭ anatomo-patologice profunde, atât ale gâtuluĭ, corpuluĭ uterin, precum și ale băsiceĭ. S'a observat în adevĕr degenerescența cancerósă, producțiune de fibróne, polipĭ, sarcóne, etc. Din partea lor uretra și băsica, prin stagnațiunea urineĭ, pot da naștere la calcule, cistite purulente, alterațiunea și distrugerea celulelor epiteliale și chiar la transformare în neoplasme. Cistocelul complect, însoțindu-se de deviațiunea stăreĭ normale a ureterelor, se póte complica de dilatațiunĭ progresive și nefrite ascendente. Dar chiar presupunând că asemenea desordine nu s'ar produce, încă intervențiunea este justificată, prin starea desagreabilă în care se găsesce femeea, posedând între cópsele sale o asemenea tumoră.

Este adevĕrat că une-orĭ prolapsul cel maĭ complect nu aduce o jenă prea mare bolnaveĭ și nu o împedică a umbla.

Eŭ am avut casurĭ de femeĭ muncitóre de la țară, carĭ purtaŭ prolapse de câte 9 și 12 anĭ, fără să le fi impedicat de la munca câmpuluĭ. Ba unele din ele aŭ fost capabile chiar să rĕmână gravide. In schimb însă, sunt alte femeĭ și în special cele din clasa cultă, carĭ nu numaĭ nu se pot suferi cu o asemenea diformitate, dar sunt coprinse și de durerĭ une-orĭ exasperante. Probabil că și prolapsul uteruluĭ stă în legătură, ca și cele-l'alte deplasărĭ ale diferitelor organe, cu anume stărĭ generale ale individuluĭ și gradul de civilisațiune.

Tratamentul. Atât în prolapsul propriŭ dis al uteruluĭ, cât și a celor-l'alte prolapse ale organelor circumvecine, s'a propus douĕ metóde: medical și chirurgical.

Incepem întâiŭ cu uretrocelul. Incontestabil spălăturile antiseptice și cauterisările modificatóre a mucóseĭ uretrale, sunt mijlóce raționale și chiar bine făcătóre. In special se recomandă de Newmann, atingerile buzunaruluĭ cu soluțiunĭ de nitrat de argint. Când însă mucósa uretrală și-a perdut caracterele, mijlócele acestea devin cu totul ineficace. Mulțĭ autorĭ ca Lyot, Boursier, Bouilly, Le Dentu și Pichevin, aŭ arătat, prin examene istologice, modificațiunĭ fórte profunde ale mucóseĭ uretrale. Une-orĭ dînsa este distrusă saŭ lipsesce; altă dată celulele epiteliale sunt înlocuite prin alte celule rombice, turtite și fără nucleŭ. Stratul dermic este infiltrat de celule embrionare, carĭ cu timpul se transformă în țesut conjunctiv adult cu putere retractilă.

Lesne înțelegem decĭ că uretrocelul ajuns în acest grad, nu maĭ e susceptibil de nicĭ o modificare.

De aceia s'a instituit intervențiunĭ chirurgicale între carĭ maĭ principale sunt douĕ: incisiunea simplă a buzunaruluĭ, preconisată de Duplay, Trélat și alțiĭ. Operațiunea se face spintecându-se tumora prin fața vaginală, fie cu bisturiul, cu ansa galvanică saŭ termocauterul. Se lasă apoĭ ca cicatrizarea să se efectueze de la sine; prin acésta vindecarea se obține. De óre-ce însă în urma acesteĭ intervențiunĭ bolnavele aŭ rĕmas cu fistule, astădĭ se preferă *operațiunea luĭ Lawson Tait.* Dînsa constă în a spinteca cu bisturiul pĕretele vaginal până se ajunge la punga uretroceluluĭ. Disecăm după aceea lambourile și de o parte și de alta, iar apoĭ excisăm pĕreților buzunaruluĭ coprinḍând tótă mucósa bolnavă. Reunim cele douĕ mărginĭ ale mucóseĭ sănătóse cu fire de catgut; lambourile vaginale cu fire de mătase saŭ de argint.

Tratamentul cistocelului. Prima idee ce a venit în spiritul chirurgilor a fost a se adresa prolabărei părețelui vaginal, căutând a reduce marea sa lărgime. Cel d'întâiŭ autor a fost Girardin, care în 1835, a propus rezecția acestuĭ părete cu ajutorul bisturiului; el puse ast-fel bazele elitrorafieĭ anterióre. Operațiunea acésta a suferit multe modificărĭ din partea luĭ Simon, Emmet, Hegar, Munde, Felling, etc. Principiul constă în a excisa pe o bază cât se póte maĭ largă, tótă mucósa vaginală care formézĕ buzunarul cistocelului. După ridicarea complectă a acesteĭ mucóse, care în treacăt fie dis e fórte greŭ de realisat, se cóptează buzele suprafeței sângerânde prin suturĭ transversale, fie cu fire de mătase saŭ de argint. Dar și acest al II-lea timp încă nu e ușor de executat. Dar admițênd indeplinirea tutulor actelor operatoriĭ și lăsând la o parte posibilitatea deschidereĭ bășiceĭ, încă operațiunea nu asigură recidiva cistocelului.

De aceea noĭ nicĭ odată nu am recurs la asemenea operațiunĭ indirecte, ci am preferat metóda instituită de Tufier. Dînsa constă a deschide abdomenul și a fixa complect bășica de părețele abdominal. Cu alte cuvinte a face *cistopexia.*

Noĭ, bazați pe anume considerațiunĭ ce vom arăta la tratamentul prolapsuluĭ, nu ne mărginim numaĭ la acéstă cistopexie simplă, ci fixăm bășica de uter iar pe acesta de abdomen.

Acesteĭ operațiunĭ, care a făcut obiectul memoriuluĭ nostru de medic primar, am dat numele **istero-cisto-ventro-pexie.**

Detaliile le vom arăta maĭ la vale.

Tratamentul rectocelului. Am arătat că rectul nu intră în prolabare de cât prin porțiunea sa cea maĭ inferióră; el formézĕ o simplă ampulă ce bombézĕ din partea vaginuluĭ. Și de óre-ce fenomenul se însoțesce tot-d'a-una de ruperĭ perineale, tratamentul ce convine este acelașĭ. Nu insistăm asupra acestuĭ punct fiind desvoltat pe larg la capitolul respectiv. Reamintim că putem uza de cele douĕ metóde: de avivare, saŭ dedublarea despărțitóreĭ recto-vaginale.

Metóda de avivare, vulgarisată de Simon, Hegar și Martin constă în a ridica cu bisturiul o suprafață cât se póte maĭ largă din mucósa vaginală a părețuluĭ posterior, fie în formă de elipsă saŭ în mod circular. După ridicarea acestuĭ lamboŭ, reunim mărginele sângerânde prin maĭ multe puncte de sutură în sens transversal. Operațiunea pórtă numele de *colporafie posterióră.* Dacă concomitent perineul e rupt, prelungim secțiunea în jos și în afară; căutăm a ridica împreună cu lamboul vaginal și o su-

prafață cât de largă din perineŭ. Forma lambourilor se apropie mult de a unor aripĭ de fluture. Reunind între ele mărginele sângerânde, obținem *colpo-perineorafia.*

Astădĭ se preferă metóda de dedublare a perineuluĭ, numită operațiunea luĭ Lawson Tait. Asupra eĭ nu insistăm fiind deja descrisă.

Maĭ nainte însă de a întreprinde orĭ-ce operațiune, suntem datorĭ a examina cu multă atențiune, dacă nu cum-va concomitent cu colpocelul nu există și o ernie de anse intestinale formând elitrocelul. In cas afirmativ ce tratament se cuvine?

Există două marĭ varietățĭ de elitrocel. Une-orĭ peritoneul recto-vaginal saŭ fundul de sac a luĭ Douglas, este așa de mult lungit, în cât se continuă direct până la extremitatea vaginală. El se așéză între rect și părețele posterior al vaginuluĭ în tocmaĭ ca o pâlnie. Nu presintă însă absolut nicĭ o strâmtorare în sus către abdomen: el nu formézĕ cel maĭ mic indiciŭ de inel. Forma acésta observată și descrisă de Berger, se crede a fi de natură congenitală. Dînsa depinde de conservarea stăreĭ normale ce se observă la fetus, unde peritoneul se pogóră fórte jos între rect și vagin. Ast-fel fiind, intestinele se pogóră și ocupă acest sac în tocmaĭ precum s'ar pogorâ în regiunea inguinală prin canalul luĭ Nück rĕmas deschis. Se crede că persistența uneĭ asemenea dispositiunĭ fetale și decĭ producerea elitrocelului în mod congenital, ar fi chiar o causă a prolapsuluĭ genital, saŭ cel puțin a colpocelului posterior.

A doua varietate este în totul analógă cu o ernie obicĭnuită. Aci sacul erniar are un orificiŭ fie pe părețele posterior al vaginuluĭ, saŭ la limita cavitățeĭ peritoneale. Orificiul acesta fiind destul de strîmt, póte fi capabil a determina strangulațiunĭ. In orĭ-ce caz o ansă intestinală se angajézĕ prin el, intră în sac și se așézĕ între rect și vagin. Acésta constituie propriŭ dis *ernia intestinală vaginală.* Une-orĭ însă intestinul reușesce a se infiltra și a se invagina chiar în părețele posterior al vaginuluĭ, formênd în punctul de penetrare un orificiŭ. Atuncĭ sacul erniar împreună cu ansa intestinală, bombézĕ în canalul vaginal. El formézĕ o tumoră rotundă, de volum variabil și avênd ca învelĭș extern însăș părețele vaginal. Acésta constitue în înțelesul strict al cuvêntuluĭ adevĕratul *elitrocel.* Dar alte dătĭ, ansa intestinală impreună cu sacul apasă pe părețele anterior al rectuluĭ, unde reușește a se invagina ca maĭ sus. Atuncĭ tumora devine proeminentă în lumina rectuluĭ. Acéstă formézĕ ceea ce se numesce *hedrocel.*

Trecem acum la **tratament.** Sunt două metóde: Una care aparține luĭ Gaillard G. Thomas se face ast-fel: se reduce maĭ întâiŭ ernia; se rĕsfrânge apoĭ sacul ca un deget de mănușă împingându-l către abdomen. Dupĕ aceia se deschide pântecele d'asupra pubisuluĭ; apucându-se fundul saculuĭ erniar se fixéză de buzele plăgeĭ făcêndu-se ast-fel o retro-fixație erniară.

Metóda luĭ Berger constă în a spinteca păretele vaginal; deschide sacul și reduce intestinul. Merge apoĭ în direcțiunea saculuĭ până la orificiul cavităței luĭ Douglas. Aci, dupĕ ce rezecă sacul în mod circular, suturéză buzele. Dacă sacul erniar nu are orificiŭ — aparținând primeĭ varietăți — atunci Berger caută să micșoreze acea largă deschidere trăgênd fundul uteruluĭ în sus și fixându-l de abdomen.

Nu încape îndoială că dacă lucrul e posibil, nimic nu ne împedică să închidem acéstă deschidere, rezecând o porțiune din foițele peritoneale și apoĭ suturându-le.

Tratamentul prolapsuluĭ uterin.

Pentru nicĭ o afecțiune nu s'a inventat atâtea metóde, procedee și aparate ca pentru prolapsul uteruluĭ. De sigur nu ne vom încurca în a le descri pe tóte. Causa este că, pe lângă nisce detaliĭ numeróse și modificărĭ infinite — aduse fie căreĭ metóde și procedee de autorĭ ce aŭ concurat pentru a-și asigura legarea numeluĭ lor cu chestiunea tratamentuluĭ — maĭ avem și aceea că ne-am încărca memoria în mod zadarnic: practica a arătat insuficiența lor.

Noĭ considerăm tratamentul prolapsuluĭ după etatea persóneĭ. Iată o femee bĕtrînă cu părețiĭ abdominalĭ groșĭ, cu canalul vaginal prea larg și cu tóte părțile constitutive a organelor de sustensie și suspensie escesiv de laxe și subțirĭ. Este evident că nu vom căuta să ne amusăm a întreprinde asupra lor operațiunĭ ce le-ar putea fi maĭ mult vătămătóre de cât folositóre. La dînsele va fi de ajuns reducerea prolapsuluĭ, căutând apoĭ să-l menținem prin diferite instrumente apropriate, ca cingătorĭ, pesare, etc. Dar tocmaĭ din causa uneĭ prea marĭ lărgimĭ a vaginuluĭ, pesarele pe lângă cele-l'alte inconveniente maĭ aŭ și pe acela că ne avênd un punct de sprijin solid, imediat ce aŭ fost introduse cad la exterior. Pentru asemenea casurĭ s'a inventat aparate cu totul speciale numite *isterofore.* Ele constaŭ într'o încingătóre, la care este adaptat un arc solid, recurbat la extremitatea liberă și

purtând în vêrful sĕŭ un aparat fie în formă de inel saŭ pahar. După ce am redus prolapsul, introducem acest instrument, care fixat la cingătórea ce se aplică pe abdomen, îl împedică de a ieși din vagin și ast-fel uterul e menținut în locul sĕŭ. Un model de acest aparat avem în fig. 85.

Cele-l'alte mijlóce ca masajiul, posițiunile genu-pectorale repetate mai multe ședințe pe zi, pesarele cu aer, diferitele gimnastice, n'aŭ absolut nicĭ un efect; ele abia merită a fi menționate. Dar nicĭ cele-l'alte aparate mai sus descrise nu îndeplinesc tot-d'a-una cerința dorită.

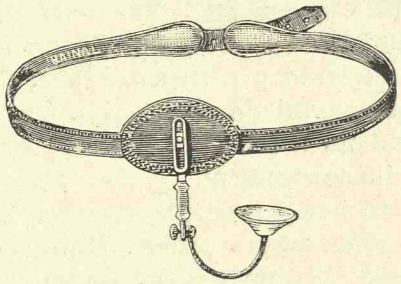


Fig. 85. Hysterophore cu pâlnie.

De aceea cu tóte că n'avem practica lucruluĭ, totuși socotim operațiunea imaginată de *Freund* a fi aplicabilă în special la femeile bĕtrîne. Dînsa e fórte simplă și nu pretinde nicĭ cloroformisare precum nicĭ nu expune la vre un accident.

Acéstă operațiune fórte ingeniósă are de scop două lucrurĭ; întâiŭ să strîmtoreze părețiĭ vaginalĭ fără a-ĭ rezeca, și al II-lea că în același timp să se reducă și prolapsul.

Iată cum se face. Se ia un ac curb și se introduce pe sub părețiĭ vaginalĭ începând imediat la limita inserțiuneĭ coluluĭ. Mergem cu acul până la óre-care distanță, și când nu maĭ putem înainta, străpungem cu vêrful scoțându-l afară. Punem atuncĭ un fir de mătase saŭ de argint și-l tragem. După aceea înfigem din noŭ acul, dar la óre care distanță de ultima împunsătură; șerpuim iarăși pe sub mucósă și căutăm a eși prin ultimul punct adică al II-lea. Aci deschidem acul punem extremitatea firuluĭ și-l tragem. După aceea din noŭ la óre care distanță și înapoĭ facem aceeași manoperă. Scótem acul prin al III-lea orificiŭ, apucăm

firul și-l tragem. Și tot ast-fel continuăm până când ne apropiem de prima înțepătură. Atunci înfigem pentru ultima óră acul trecându-l prin primul orificiŭ și scoțându-l prin ultimul, apucăm firul și-l tragem. Cu modul acesta avem ambele capete eșite prin acelașĭ orificiŭ, iar tot restul sĕŭ se află sub mucósă. Dacă acum strângem firul, părețiĭ vaginuluĭ se sbârcesc ca și o pungă; în acelașĭ timp însă gâtul uteruluĭ se urcă. Dar maĭ nainte de a strânge firul, trebue să aplicăm alte 2—3—4 saŭ maĭ multe rînduri, iarășĭ în mod circular și la distanță de 1—2 c. m. până ce ajungem la intrarea vulveĭ. Numaĭ atunci procedem la strângerea și inodarea firelor; începem de jos în sus și în mod convenabil ca să nu ștergem lumina coluluĭ. Cu modul acesta prolapsul e redus; părețiĭ vaginalĭ pușĭ în contact se vor lipi, grație uneĭ inflamațiunĭ adesive determinată de fire și a uneĭ cicatrice, care va fi suficientă pentru a asigura, dacă nu o vindecare definitivă, cel puțin destul de prelungită. Cu tóte acestea, operațiunea luĭ Freund nu a intraf în practica curentă și pare a fi părăsită chiar de însușĭ autorul.

A doua metódă iarășĭ inocentă este aceea a luĭ *Le Fort* numită *inchiderea saŭ cloasonarea vaginuluĭ*. Dînsa constă că prolapsul odată redus, ridicăm câte un lamboŭ destul de larg de pe părețele anterior și posterior al vaginuluĭ; în urmă puind în contact prin suturĭ aceste suprafețe sângerânde, determinăm închiderea canaluluĭ obținând și un mijloc de susținere al uteruluĭ. Dar și acéstă metódă cu tóte modificările și procedeele aduse, este părăsită căcĭ nu dă nicĭ un resultat.

Rĕmân operațiunile făcute pe vagin și perineŭ numite *colpoperineorafie*. Despre ele însă în maĭ multe rênduri am vorbit; noĭ nu avem nicĭ o confiență în aceste operațiuĭ.

Tratamentul radical singurul capabil a fi urmat de vindecare, constă a ne adresa direct la organul prolabat — la uter. Cu alte cuvinte trebue să facem isteropexia, de óre-ce nicĭ scurtarea ligamentelor rotunde, nicĭ acelor utero-sacrale n'aŭ dat nicĭ un efect.

Dar maĭ nainte de a descrie acéstă metódă, trebue să vorbim de alte douĕ operațiunĭ ce une-orĭ sunt inevitabile.

Acestea sunt *isterectomiile parțiale saŭ totale*.

Când prolapsul uteruluĭ se complică saŭ este representat printr'o enormă ipertrofie supra-vaginală a coluluĭ, atunci vom recurge la operația numită a luĭ *Huguier*. Ea constă în secțiunea coluluĭ în dreptul istmuluĭ, fie în mod circular or în formă de

con saŭ cuĭ. Operaţiunea se face fórte uşor: nu avem de cât a practica o incisiune circulară în jurul coluluĭ şi apoĭ prin disecţie saŭ deslipire cu degetul, să mergem până la istm, după regulele stabilite la isterectomia vaginală. Ajunşĭ aci secţionăm tótă porţiunea ipertrofiată a coluluĭ. Uterul se retractă; în ascensiunea sa, el tîrasce şi păreţiĭ vaginuluĭ producând ast-fel o colopexie naturală.

Unĭĭ autorĭ însă între carĭ Folet din Lille, pentru a asigura şi maĭ bine fixarea păreţilor vaginalĭ în sus, determină ridicarea unuĭ lamboŭ în formă de guler saŭ manşon, în lărgime de 2—3 c. m. plecând la óre-care distanţă de orificiul extern al coluluĭ. După ce s'a ridicat acest lamboŭ, fie de o dată saŭ împărţindu-l în douĕ printr'o linie verticală trasă pe fie-care margine a tumoreĭ, se procede la operaţiunea propriŭ ḑis ce am indicat. Dînsul crede că odată colul ridicat, păreţiĭ vaginalĭ provĕḑuţĭ de acea suprafaţă sângerândă se vor lipi între dînşiĭ la extremitatea lor superióră, formând iarăşĭ o colopexie maĭ sigură.

In fine une-orĭ suntem nevoiţĭ a practica isterectomia vaginală totală, în cas de degenerescenţa cancerósă a uteruluĭ prolabat, iar alte dăţĭ isterectomia abdominală parţială supra-vaginală din causa diferitelor tumorĭ în special fibróme ce se desvoltă în uter.

Şi într'un cas şi în altul, chestiunea care a preocupat p autorĭ este că după ablaţiunea uteruluĭ, să se asigure fixarea păreţilor vaginalĭ pentru a nu prolaba din noŭ. Isterectomia abdominală totală — făcută pentru prima óră de Langenbeck în 1813 pentru un uter prolabat canceros, iar de Choppin în 1867 cu tot dinadinsul, fără ca uterul să fi fost degenerat — se practică fără mare dificultate conform regulelor ce am stabilit.

Pentru fixarea păreţilor vaginalĭ însă, sunt maĭ multe procedee. Mac Monagle din St. Francisco, suturéză după ablaţiunea uteruluĭ ligamentele largĭ unul cu altul, ast-fel ca să închidă peritoneul şi să producă la partea superióră a vaginuluĭ un punct de inserţiune solid. Martin din Berlin închide peritoneul şi cóse ligamentele largĭ, ast-fel ca suprafaţa lor sângerândă să facă proeminenţă în vagin. Czempen sfătuesce de asemenea să cósem vaginul de bonturile ligamentelor largĭ, tăiate cât maĭ departe posibil de uter. In fine Quénu printr'o modificare proprie, care constă că firele dintr'o parte a ligamentelor largĭ să fie legate cu cele din partea opusă, ajunge la acelaşĭ resultat. Dînsul fixéză apoĭ păreţiĭ vaginuluĭ de aceste bonturĭ. Maĭ există în fine şi

procedeul luĭ Fritch. El constă în a ridica prealabil lambourĭ destul de marĭ din părețele anterior și posterior al vaginuluĭ, carĭ ast-fel scurtate, le suturéză iarășĭ la baza ligamentelor largĭ.

In casul când facem isterectomia abdominală supra vaginală saŭ totală, vom căuta de asemenea ca să reunim părețiĭ vaginalĭ între eĭ prin suprafețele sângerânde, iar apoĭ să le fixăm la baza ligamentelor largĭ. Daca facem o isterectomie supra-vaginală, vom căuta ca bontul gâtuluĭ uterin să fie acoperit de peritoneŭ, iar în urmă să-l ridicăm cât se póte de sus fixându-l de bontul format de ligamentele largĭ și de o parte și de alta. Acésta constitue metóda luĭ Iacobs preconisată în 1896.

Acestea sunt în general diferitele metóde și procedee ce s'aŭ propus pentru operațiunile făcute asupra prolapsuluĭ uterin, dupĕ anume casurĭ și indicațiunĭ. Am spus însă că tratamentul propriŭ ḑis și radical este representat prin fixarea directă a uteruluĭ de părețele abdominal, cu alte cuvinte *isteropexia*.

Mulțĭ recomandă că acéstă operațiune să se însoțéscă și de restabilirea pe cât posibilă a aparatuluĭ de sustentație, adică a corpuluĭ perineo-vulvar.

Noĭ însă avem opiniunile nóstre proprii asupra acesteĭ chestiunĭ; ele se găsesc resumate în următórea comunicare ce am făcut la societatea de ginecologie în 1899 și pe care o reproducem în tocmaĭ. (Vezĭ „Clinica“ din Februarie).

Tratamentul prolapsuluĭ uterin prin hystero-cysto-ventropexie

de *Dr. I. Kiriac.*

Organele genitale interne ale femeeĭ sunt susceptibile a-șĭ părăsi locul normal ca și multe alte organe. Acésta constitue ceea-ce se numesce *prolaps*.

Unĭĭ autorĭ susțin că prolapsul și ernia e unul și acelașĭ lucru.

După noĭ, deosebirea este enormă. Și dacă credem necesar a insista puțin asupra acestuĭ lucru, este că tratamentul diferă cu totul, fiind vorba de ernie saŭ prolaps.

Este adevĕrat că și într'o ernie organul îșĭ părăsesce situațiunea normală și decĭ analogia pare justă. Dar acéstă asemănare este numaĭ aparentă.

In adevĕr, pentru ca să existe o ernie se cer douĕ lucrurĭ:

primul, ca organul să-şĭ părăséscă situaţiunea normală (prolaps) şi al doilea ca odată acéstă posiţiune părăsită, să iasă la exterior fie printr'un orificiŭ preexistent, saŭ accidental. De exemplu: când intestinul reuşeşte a învinge obstacolul ce-ĭ oferă canalul inguinal şi apare la exterior pogorându-se chiar până în scrot, pórtă numele de ernie inguinală. Dar tot acelaş intestin de şi aflat pe un plan mult maĭ inferior de cât în starea normală, pórtă numele de prolaps, dacă n'a părăsit cavitatea abdominală. Ast-fel se petrece şi cu splina, rinichiul, ficatul, etc.; ele vor fi în prolaps orĭ de câte orĭ şi-aŭ părăsit locul normal lăsându-se maĭ jos, dar fără a eşi din cavitatea abdominală. De óre-ce însă uterul este în prolaps atuncĭ când ese din vagin forţând acest canal până a-şĭ face aparițiunea între cópse, constituind ultimul sĕŭ grad, s'a susţinut cu drept cuvênt că şi aci e vorba de o adevĕrată ernie. S'a comparat vaginul cu canalul inguinal şi decĭ s'a ḍis: că precum intestinul, pentru a deveni ernie trebue să învingă acest canal, tot ast-fel şi uterul nu e în prolaps de cât învingênd şi el canalul vaginal. Comparaţia nu e justă. Noţiunile cele maĭ elementare de anatomie, refusă modul acesta de a vedea. Dar chiar de am admite o asemenea analogie, încă deosebirea e enormă între ceea-ce se petrece cu o ernie şi prolaps.

In ernie există prealabil un canal cu douĕ orificiurĭ. Acest canal care formézā singurul şi cel maĭ puternic obstacol, e într'o neîncetată luptă cu intestinul care printr'o dorinţă inexplicabilă dar constantă, caută a eşi afară. Şi în adevĕr că şi iese afară imediat ce acéstă barieră a fost învinsă. Cu uterul nu este tot acelaşĭ lucru; aci vaginul nu are un orificiŭ intern ca canalul inguinal ci o boltă cu totul închisă. Şi dacă în adevĕr uterul în prolaps complect iese afară din vagin, nu e dóră că a forţat vre-un orificiŭ, ci a tîrît cu dînsul şi a deslipit părețiĭ vaginuluĭ rĕsfrângêndu-ĭ ca şi un deget de mănuşă.

Pentru ce am insistat asupra acestuĭ lucru?

Pentru a arăta că intenţiunea tratamentuluĭ între aceste douĕ infirmităţĭ e cu totul deosebită.

Pentru cura radicală a ernieĭ, singura nóstră preocupare este ca organul odată redus, să reînfinţăm obstacolul care a fost învins; să închidem în mod cât se póte de perfect orificiul şi canalul prin care intestinul a erniat.

In prolaps din contră, ne propunem a ridica pur şi simplu organul şi a-l fixa apoĭ în locul ocupat anterior.

Este adevĕrat că pentru prolapsul uteruluĭ, tocmaĭ din causa

analogieĭ ce s'a căutat a se face între vagin și canalul inguinal, prima idee a autorilor vechĭ și chiar a unora din ceĭ modernĭ a fost, de a întreprinde operațiunĭ pe vagin, căutând a strâmtora acest organ și a forma dintr'însul un obstacol contra prolapsuluĭ uterin odată redus. Dar tóte aceste operațiunĭ, ce nu pot fi considerate de cât ca paliative, noĭ le considerăm absolut ineficace; de aceea nicĭ odată n'am întreprins *elitrorafiile, colporafiile, colpoperineorafiile*, etc., etc. N'am întreprins nicĭ chiar alte operațiunĭ carĭ par maĭ raționale, precum este scurtarea ligamentelor rotunde, ce formézĕ operațiunea luĭ Alexander, tot din causa credinței și convingereĭ ce avem de a fi ineficace.

Dar nu-mĭ propun a face istoricul tratamentuluĭ și descrierea metódelor și procedeelor în prolapsul uteruluĭ. Voesc numaĭ a discuta care e mijlocul cel maĭ sigur pentru a ne da adevĕratul tratament radical al acesteĭ infirmități.

Cel d'întâiŭ autor care a emis cea maĭ logică idee de tratament radical al prolapsuluĭ uteruluĭ a fost Lawson Tait și Kelly din Philadelphia. Acest autor, în 1887, prin laparatomie, apucă uterul și ridicându-l îl fixézĕ de pereții abdominalĭ la o înălțime convenabilă, prin mijlocul maĭ multor suturĭ. Operațiunea a fost numită hysterorafie.

Eŭ în 1888, am practicat pentru prima óră în țară acéstă operațiune cu deplin succes.

Chestiunea fiind reluată în Germania și Franța, repede s'a recunoscut de toți autorii că acesta este mijlocul cel maĭ eficace.

Adĭ maĭ toți autorii sunt de acord, că singurul tratament rațional al prolapsuluĭ uterin este fixarea directă a acestuĭ organ de părețele abdominal, de unde numele de *ventro-pexie.*

La rîndul meŭ am întreprins acéstă operație pe alte 5 casurĭ, carĭ aŭ făcut obiectul unuĭ memoriŭ ce am publicat în 1893. Cu acéstă ocasiune însă am imaginat o adevĕrată metódă, care îmĭ este proprie. Bazându-mĕ pe faptul clinic și de toți autorii observat că, de odată cu prolapsul uteruluĭ se constată și un prolaps simultaneŭ al băsiceĭ uduluĭ, mĭ-am propus că hysteropexia trebue neapărat însoțită și de cystopexie. De aci numele ce am dat acesteĭ operațiunĭ de **hystero-cysto-ventro-pexie.**

Dînsa constă că, odată peritoneul deschis, fixez părețele anterior al băsiceĭ de abdomen printr'un fir, iar părețele posterior de fața anterióră a uteruluĭ, și în fine uterul la rîndul sĕŭ de abdomen: *hystero-cysto-ventro-pexie.*

Ideia acésta 'mĭ-a fost sugerată și în urma uneĭ recidive ce

am constatat într'un cas de simplă hystero-pexie. Este vorba de o femee, care fusese operată de mai bine de un an; dînsa coprinsă de recidivă, vine într'un serviciŭ medical bolnavă de o pneumonie dublă. Imediat după ce a sucombat, ’i-am făcut autopsia.

Am constatat atuncĭ următorul fapt destul de important și anume că, uterul deși în prolaps recidivat, totuși aderențele nu eraŭ distruse ci lungite în așa grad în cât să fi permis organuluĭ o nouĕ coborâre. De aceea ḑic, avênd în vedere acest cas, și considerând și rolul activ al băsiceĭ uduluĭ, care nefiind fixată ar exercita asupra uteruluĭ tracțiunĭ continue, am propus și fixarea acesteia în acelașĭ timp cu a uteruluĭ.

Dar iată ce am adăogat în memoriul meŭ: în cas de a constata recidivă și prin acéstă metódă, sunt hotărât a merge și maĭ departe, adică a practica o adevĕrată rezecție a peritoneuluĭ parietal visceral atât pe uter, abdomen și băsică, iar în urmă a procede la fixarea lor.

La cea d'întâiŭ ocazie voiŭ pune neapărat în practică acest lucru, pe care îl cred ca ultima resursă pentru a preveni recidiva, fără a maĭ recurge la alte operațiunĭ pe vagin saŭ perineŭ. [1])

Mărturisesc că cât-va timp n'am cutezat a recurge la acest mijloc, de téma unor accidente posibile și lesne de prevĕḑut. M'am mărginit deci în câte-va casurĭ numaĭ la provocarea uneĭ suprafețe sângerânde pe fața anterióră a uteruluĭ, prin mijlocul uneĭ răzuirĭ cu lingura luĭ Volkmann.

Incurajat însă de resultatele satisfăcătóre ce obțineam în laparatomiĭ prin spălăturile cu sublimat, am aplicat acéstă idee în 1895, Noembrie 14, practicând rezecția uneĭ porțiunĭ după suprafața anterióră a uteruluĭ, nu numaĭ a foițeĭ peritoneale ci și din substanța organuluĭ. Pe o întindere egală și corespondentă am excisat o porțiune analogă din foița parietală a peritoneuluĭ abdominal. Prin mijlocul a treĭ puncte de sutură cu mătase, făcute după procedeul luĭ Czerny, am pus în contact ambele aceste suprafețe sângerânde la o înălțime de 3 centimetri d'asupra simfiseĭ pubiene.

Pentru a înlătura incovenientele justificate, saŭ maĭ bine ḑis obiecțiunile fórte serióse ce s'aŭ adus contra isteropexieĭ de a provoca avorturĭ, am luat anume precauțiunĭ. Se scie în adevĕr că în casurĭ de isteropexie pe femeĭ tinere saŭ capabile de a rĕ-

[1]) Loco citat, pag. 4.

mâne gravide, acéstă operaţiune a fost combătută, pe de o parte că dă nascere la avort — uterul neputêndu-se desvolta în deplina sa libertate — saŭ chiar dacă concepţiunea ajunge până la termen, facerile devin fórte laborióse, dând nascere la cele maĭ serióse distociĭ.

Condus de opiniunea acelora că rolul ipertrofic al uteruluĭ este asigurat dacă fundul rĕmâne liber, am căutat ca rezecţiunea ce o practic să fie situată pe treimea inferióră a feţeĭ sale anterióră.

Decĭ caut ca lamboul să încépă din nivelul istmuluĭ, saŭ prea puţin maĭ sus, dar în orĭ-ce cas să rĕmâe destul de depărtat de fundul uteruluĭ.

Dar iată în câte-va cuvinte cum procedez:

Odată laparatomia făcută, un ajutor îmĭ reduce prolapsul, iar eŭ cu douĕ degete ale mâneĭ stângĭ îmbrăţişez uterul în nivelul gâtuluĭ şi-l aduc în plagă. Când acest lucru oferă óre-carĭ dificultăţĭ, prin mijlocul uneĭ pense lungĭ cu dinţĭ, apuc uterul de fund şi-l puiŭ în evidenţă. Atuncĭ protejând cavitatea peritoneală cu comprese fierte în sublimat, desemnez cu bisturiul un lamboŭ pătrat de 3 centimetri.

După acésta disec; apuc succesiv fie-care buză cu o pensă mică cu dinţĭ, şi ridicăm prin uşóre tăeturĭ întreg acest lamboŭ deja circumscris.

Acéstă exereză, coprinḑând o grosime destul de apreciabilă din substanţa uteruluĭ, e însoţită de óre-care scurgere venósă, une-orĭ destul de pronunţată, maĭ ales când uterul este ipertrofiat şi consecutiv congestionat. Aplicarea uneĭ comprese în timp de câte-va minute, triumfă contra acestuĭ mic incident, de alt-fel fără importanţă.

Disecţiunea acestuĭ lamboŭ trebue bine făcută, ast-fel în cât să se ridice în tótă întregimea luĭ, aşa ca suprafaţa sângerândă să fie complectă. In casul când lamboul a fost ciupit (entamé), atuncĭ cu fórfecele saŭ cu bisturiul trebue ridicată acéstă mică porţiune de pe suprafaţa uteruluĭ. Odată lucrul bine făcut, ridicăm dintr'o porţiune corespondentă a peritoneuluĭ parietal al abdomenuluĭ un lamboŭ de aceiaşĭ mărime, dar fără a coprinde de cât esclusiv foiţa peritoneală.

După acésta, un ajutor introduce o sondă de metal în băşică, căutând a împinge cât maĭ sus fundul sĕŭ. Tot-d'a-una am evitat a apuca băşica cu pense lungĭ cu dinţĭ. Cu acul Reverdin şi pe partea proeminentă a sondeĭ, trecem un fir, avênd

precauțiunea de a nu străbate în băşică. Firul are direcțiunea verticală. Una din ansele sale trece prin păretele uteruluĭ imediat sub suprafața sângerândă; apoĭ legăm.

Cu modul acesta unim o porțiune din păretele posterior al băşiceĭ cu uterul.

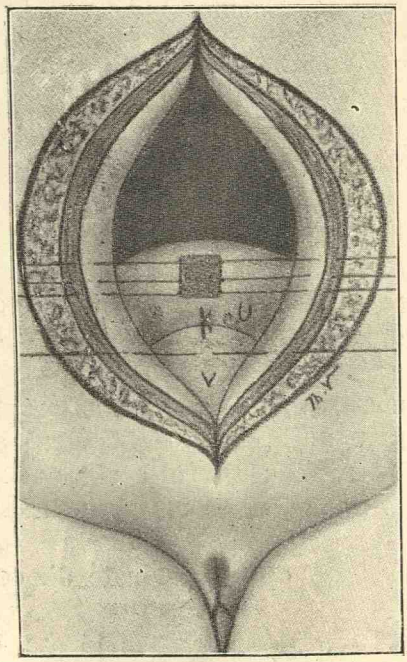


Fig. 86. Hystero-cysto-ventro-pexie.
U Uter. V Vesică.

(Metóda Dr. I. Kiriac).

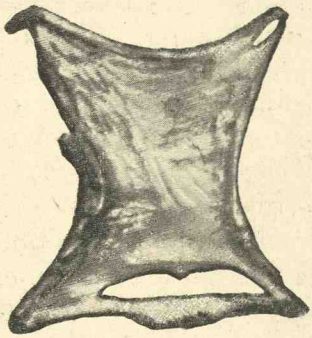


Fig. 87. Lamboŭ ridicat după fațan aterióră a uteruluĭ. Mărimea exactă normală $^{3}/_{3}$ cm. p. (personală).

După aceia fixăm, iarăşĭ printr'un punct, păretele anterior al băşiceĭ de acela al abdomenuluĭ. Operațiunea se termină prin fixarea uteruluĭ de abdomen prin mijlocnl celor douĕ suprafețe sângerânde.

Tóte firele sunt de mătase împletită No. 3 şi 4. Firele pentru fixarea uteruluĭ sunt trecute după metóda Czerny.

Acésta este *hystero-cysto-ventro-pexia*, însoțită de ridicaroa de lambourĭ uterin şi peritoneal.

Până acum n'am practicat nicĭ răzuirea nicĭ lambourĭ pe băşică, ast-fel că contactul acestor două organe (băşica şi abdomen) e obţinut fără nicĭ o soluţie de continuitate.

In fig. 86 şi 87 se vede modul fixăreĭ băşiceĭ şi a uterului între ele şi abdomen, precum şi lamboul de mărime naturală ridicat după faţa anterióră a uteruluĭ.

Acesta este ultimul procedeŭ şi pot ḑice chiar metóda la care m'am oprit în tratamentul prolapsuluĭ uterin.

In afară de acest mijloc, nu sciŭ ce anume altul s'ar putea preconiza ca intervenţiune directă asupra organuluĭ prolabat.

Intâmplarea a făcut, ca una din femeele operate şi anume Rada Vasile, tratată prin acéstă metódă în Noembre 1896, să fie revĕḑută după un an de ḑile. Fenomenul cel maĭ important şi care constitue una din cele maĭ bune demonstraţiunĭ de eficacitatea acesteĭ metóde. este că uterul nu oferia absolut nicĭ o urmă de recidivă. Acésta încă o dată ne arată că, lipirea simplă între două suprafeţe peritoneale fără nicĭ o altă avivare, nu garantéză câtuşĭ de puţin contra recidiveĭ; pe câtă vreme în casul contrariŭ resultatele operatoriĭ imediate rĕmân definitive. Ast-fel e casul nostru: băşica uduluĭ, care a fost simplu reunită printr'un punct de sutură cu abdomenul, a căḑut din noŭ; reunirea însă între uter şi abdomen, obţinută prin mijlocul a două largĭ suprafeţe sângerânde, n'a cedat întru nimic: uterul a rĕmas fixat la aceleaşĭ 6 centimetri d'asupra simfiseĭ, unde a fost pus în momentul operaţieĭ.

Iată observaţiile pe scurt a acesteĭ operaţiunĭ luate din condicele serviciuluĭ meŭ.

I. *Mariţa G. Ion*, 26 anĭ Servitóre, Menstruată la 15 anĭ, cu abondenţă, durerĭ şi durând 7 ḑile. Tot-d'a-una a fost bolnăviciósă plângându-se de durerĭ în abdomen. A avut scurgerĭ de urechĭ. Acum 2 ½ anĭ a născut un copil care móre după 7 lunĭ. După facere a părăsit repede patul şi rĕmâne cu durerĭ în abdomen. De un an a observat scoborârea mitreĭ eşind numaĭ când muncia saŭ ridica greutăţĭ. Actualmente presintă prolaps complect al uteruluĭ.

La 14 Noembre 1895 se face laparatomie. Se constată o enteroptosă generală; din acéstă causă uterul e tras cu dificultate în plagă fiind mascat de ansele intestinale. Se introduce o sondă metalică în băşică, al căruĭ fund se pune în evidenţă. Se fixéză faţa posterióră de cea anterióră a uteruluĭ printr'un punct de sutură, iar faţa anterióră a băşiceĭ de abdomen, iarăşĭ printr'un

punct. După aceea se ridică după fața anterióră a uteruluĭ un lamboŭ producênd o suprafață sângerândă cât o piesă de 5 leĭ. Acelașĭ lucru se face în regiunea opusă ridicându-se din peritoneul parietal al abdomenuluĭ o porțiune de aceeașĭ întindere.

Se aplică ambele aceste suprafețe sângerânde una peste alta prin douĕ fire de sutură făcute cu mătase grósă, străbătând prin stratul muculos peritoneal și grosimea uteruluĭ.

Se complectézĕ închiderea peritoneuluĭ prin alte douĕ puncte de sutură. Abdomenul se închide prin 10 puncte în douĕ etaje.

Urmările operatorieĭ fără nicĭ un incident. La 23 Noembre se scot firele. După 10 ḑile de la operație bolnava începe a umbla prin salon fără ca uterul să maĭ cadă în jos. Corpul uteruluĭ se simte la 5 laturĭ de degete d'asupra simfiseĭ. La 11 Decembre bolnava iese vindecată. N'a maĭ fost revĕḑută.

II. *Rada Văduva*, 60 anĭ muncitóre. Măritată la 20 anĭ. A avut 4 copiĭ. De un an a simțit ieșindu-ĭ prin vagin o tumoră numită de dînsa gâlcă.

Prolaps complect reductibil.

La 3 Octombre 1897 laparatomie. Se face istero-cisto-ventropexia cu resecția uneĭ porțiunĭ a părețuluĭ anterior al uteruluĭ și părețele abdominal. Băsica se fixézĕ de abdomen și uter printr'un punct, iar uterul prin fața sângerândă iarășĭ de abdomen prin treĭ puncte.

Se închide abdomenul prin 6 puncte musculo-peritoneale și 9 puncte cutanate.

La 10 Octombre se scot firele. Reuniune per primam. La 25 Octombrie se concediază fără nicĭ o urmă de recidivă. Nu s'a maĭ revĕḑut.

III. *Maria Uşurel*, 45 anĭ, muncitóre. Menstruată la 15 anĭ în mod regulat. A avut 2 copiĭ. Acum 12 anĭ când a avut primul copil, la 2 ḑile după facere ridicând o ladă grea, a simțit ieșindu-ĭ o gâlcă din pântece lăsându-se în jos. După cât-va timp tumora a apărut între cópse; nóptea se reducea iar ḑiua apărea. Deși în acéstă stare de prolaps, totuși după 5 anĭ femeea rĕmâne însărcinată când prolapsul s'a redus. Sarcina a continuat până la termen și a născut un copil dar care a murit chiar în ḑiua nascereĭ. Dupĕ facere prolapsul se reproduce; dînsul ia un volum și maĭ mare și devine ireductibil.

27 Octombre 1897. Laparatomie. Incisie 6 cm. Se trage uterul în plagă; se ridică un lamboŭ triangular de pe fața anterióră a uteruluĭ și altul de pe peritoneul parietal, care se reu-

nesc prin treĭ puncte. Băşica se fixéză printr'un singur punct de abdomen şi de uter. Se închide abdomenul prin 6 puncte cutanate.

26 Noembre. La examenul local atât în staţiunea verticală cât şi dorsală nu se observă nicĭ cel maĭ mic prolaps. Timp de 8 ḑile bolnava umblă continuă fără nicĭ o menajare şi nu iese nimic prin vulvă; înainte de operaţie prolapsul era total. Depărtând buzele marĭ şi micĭ se vede păretele anterior al vaginuluĭ maĭ lax, fără însă a eşi din orificiŭ. Colul uteruluĭ se simte la 5 cm. de la intrarea vaginuluĭ. Fundul uteruluĭ se simte fixat la 3 laturĭ de deget d'asupra simfiseĭ. Prin părețiĭ abdominalĭ se simte o cicatrice grósă şi aderentă de uter cu care împreună se mişcă în sens lateral. Cavitatea uterină 9 cm. Vîrful isterometruluĭ se simte în cicatricea abdominală. In acéstă stare bolnava ese din spital. Nu s'a maĭ revĕḑut.

IV. *Badea Vasile*, 45 anĭ, muncitóre. Măritată la 15 anĭ. Menstruaţia s'a stabilit după măritiş viind regulat; duréză 3 ḑile, cantitate potrivită, precedată de dureri abdominale. A născut 11 copiĭ. Acum 3 anĭ a avut ultima facere dificilă, durerile durênd o sĕpĕmână. La 3 zile după facere, fiind silită să se ocupe de ale caseĭ, s'a dat jos din pat; ridicând o căldare, a simţit ceva care se cobóră în vagin producându-ĭ o sensaţiune de tensiune şi greutate continuă. După câte-va ḑile a apărut la intrarea vaginuluĭ o tumoră móle, roşietică şi rotundă care din ce în ce a devenit maĭ voluminósă. Acéstă tumoră dispărea când bolnava stătea culcată şi reapărea imediat la exterior la cel maĭ mic sforţ; ĭ producea marĭ suferinţe puind'o în imposibilitate de a munci; faptul acesta a determinat'o să intre în spital şi să céră operaţia.

20 Noembre 1897. Laparatomie. Se deschide abdomenul printr'o incisie de 9 c. m. Din causă că tóte ansele intestinale eraŭ prolabate umplênd cu totul micul basin, i s'a dat bolnaveĭ un plan înclinat. Introducêndu-se mâna în abdomen, se descopere uterul care se apucă cu fórte mare greutate din causa interpunereĭ numeróselor anse. Se aplică pe fundul sĕŭ o pensă cu dinţĭ. Uterul era mic de volum şi neaderent. Un ajutor introduce o sondă în băşică împingênd'o înapoĭ şi în sus. Se aplică 2 puncte de sutură fixându-se băşica de abdomen şi de faţa anterióră a uteruluĭ. Apoĭ se avivéză uterul ridicându-se un lamboŭ cât o piesă de 5 leĭ.

Se determină o avivare analogă pe teritoriul parietal în drépta şi în stânga fie-căreĭ buze a incisiuneĭ; după acésta se pune

în contact cu uterul fixându-se prin 3 puncte de sutură. S'a căutat ca acul să străbată uterul cât mai adânc. Se strâng firele și se face toaleta; se închide restul peritoneuluĭ prin alte 4 puncte carĭ împreună cu cele de pexie fac 7. Firele abdominale aŭ fost 8.

Urmările operațieĭ fórte bune. La 20 iese din spital fără nicĭ o urmă de recidivă.

Acéstă bolnavă a fost revĕdută dupĕ un an. La dînsa s'a constatat reproducerea prolapsuluĭ băsiceĭ, dar absolut fără indiciŭ de prolaps al uteruluĭ; acesta a rĕmas fixat ca în ḑiua operațieĭ și anume la 3 degete mai sus de simfisa pubienă.

V. *Rada Rasmir*, 21 anĭ, muncitóre. Menstruată la 15 anĭ în mod regulat, fără durerĭ, dar abondent. Măritată la 16 anĭ a avut 3 copiĭ. După ultima facere spune că simția un glod în pântece care o jena. Intr'o ḑi când spăla rufe, ridicând căldarea a simțit niște durerĭ violente ca și cum ar fi tăiat-o cu cuțitul prin pântece. In acelaș timp i-a eșit o tumoră prin organele genitale externe.

24 Iulie 1898. Laparatomie. Incisia se scobóră până pe pubis. Părețiĭ abdominalĭ fórte laxĭ. Se dă bolnaveĭ un plan înclinat; se apucă cu pensa uterul care era fórte mic; se aduce în plagă cu cea mai mare ușurință nefiind nicĭ o urmă de aderență.

După acésta, cu bisturiul se circumscrie un lamboŭ pe fața anterióră a uteruluĭ pe o întindere de 3 c. m. p. Se disecă în mod cu totul clar pe fie-care parte a incisiuneĭ peritoneuluĭ parietal câte un lamboŭ de aceeașĭ mărime; care se aplică pe cel uterin prin 4 fire de mătase; ele se trece acul cât mai profund prin substanța uteruluĭ.

Băsica se fixéză prin cele 2 puncte obicĭnuite.

Se închide abdomenul prin 7 puncte musculo-aponevrotice peritoneale și 7 cutanate. Lungimea incisieĭ 9 c. m.

La 15 August bolnava, făcênd deja slujba de servitóre prin curtea spitaluluĭ, plécă la domiciliul sĕŭ fără nicĭ o urmă de recidivă. Fundul uteruluĭ se simțea la 9 c. m. d'asupra pubisuluĭ.

* *
*

O altă operație care a făcut mult sgomot în sciință și care și aḑĭ se practică de mulțĭ chirurgĭ, este operația luĭ **Alexander.**

Ca principiŭ e fórte logică; ca resultat practic însă ni se pare problematică. In orĭ-ce cas toțĭ recunosc că singură scurtarea

ligamentelor rotunde nu e suficientă; dînsa trebue însoțită și de alte operațiuni complimentare pe vagin, perineŭ, etc. Noĭ nu am practicat nicĭ o dată acéstă operație.

Reproducem din teza D-luĭ Dr. *F. Barret de Nazaris* făcută în 1891, descrierea unuĭ anume procedeŭ în operația luĭ Alexander.

„Punct de reper, incisiune. Bolnava e așeḍată pe masa de operație; câmpul operator spălat cu săpun și desinfectat. Prima grije a chirurgulŭĭ este să pipăe pubisul pentru a descoperi singurul punct de reper necesar adică *spina pubisuluĭ*. Incisiunea va pleca de la spina pubisuluĭ mergênd chiar pe dînsa și se va dirige în linie dréptă către spina iliacă anterióră și superióră saŭ maĭ bine încă către un punct așeḍat la 2 cm. înăuntru acesteĭ spine iliace. Cu modul acesta buzele incisiuneĭ vor fi just superpuse pe stâlpiĭ inguinalĭ fără să 'ĭ incruciseze în unghĭ ascuțit.

Lungimea incisieĭ va fi variabilă după grăsimea bolnaveĭ, dar credem că lungimea extremă a plăgeĭ nu trebue să fie de cât de la 5—6 centimetri.

Pielea și țesutul celular vor fi incisate aprópe fără să dea sânge. O pensă emostatică așeḍată pe tegumentósa abdominală, pe care o întâlnim maĭ adesea, e suficientă pentru a opri emoragia.

Indată ce plaga va fi ștérsă, va trebui să urmărim disecțiunea țesuturilor până la *aponevrosa* mareluĭ oblic, care trebue să apară în tótă strălucirea sa și să nu ne oprim la o *lamă fibróză dar maĭ întunecósă*, un fel de fascia divizând panicului adipos la femeile grase (precum a arătat Beurnier și precum noĭ înșine am constatat în cercetările nóstre) și care póte să se impue drept aponevrosa mareluĭ oblic. Trebue să mergem înainte; aponevrosa mareluĭ oblic are un aspect care nu înșélă. Dacă ezitațĭ, lăsațĭ bisturiul, și cu sonda canelată saŭ indexul sgârie fundul incisiuneĭ. Nu vețĭ întârdia a descoperi aspectul sidefiŭ ce căutațĭ. Vețĭ descoperi acésta aponevrosă în tótă întinderea incisiuneĭ.

Căutarea ligamentuluĭ rotund. Este absolut necesar a se orienta pe fundul incisiuneĭ ce s'a practicat. Cel maĭ sigur mijloc de a nu se rătăci este a căuta spina pubisuluĭ cu indexul și dacă plaga e bine stérsă, zărim fórte net ceĭ doĭ stâlpĭ inguinalĭ, carĭ se dirig către dînsa și circumscriŭ orificiul extern al canaluluĭ inguinal, unde apare un *dop gresos* galben pe care nu trebue să-l maĭ perdem din vedere. Acest dop adipos conține extremitatea saŭ ramurile resfirate ale ligamentuluĭ rotund. Apucă-l în totul cu o pensă emostatică, nu perdeți timpul a disocia în acest punct, acésta ar

fi o disecțiune dificilă, inutilă și expunêndu-vĕ póte a dedubla ligamentul din care ați isola o singură ramură resfirată respingând pe cele-l'alte. Pe cât posibil evitați a apuca ramura pubiană a nervuluĭ marele abdominal.

Dopul adipos va fi ușor tras cu pensa în afara orificiuluĭ extern al canaluluĭ inguinal, câte-va lovituri de sondă canelată îl vor isola în masă pe o întindere de unul saŭ douĕ centimetri. Nu insistați, puneți o altă pensă emostatică cât maĭ departe posibil de desuptul celeĭ d'întâiŭ; veți avea un punct maĭ solid, câte-va lovituri de sondă canelată spintecă fibrele arciforme carĭ acopere canalul inguinal și liberéză complect ligamentul rotund de tóte traectele celulóse, carĭ îl fixéză la părețiĭ acestuĭ canal. Pentu ca ligamentul să vie ușor în afară, este *capital de a-l isola complect* în traectul sĕŭ inguinal. El va apare sub forma unuĭ cordon în general alb, care va deveni din ce în ce maĭ voluminos pe măsură ce-l veți trage în afară. In acéstă din urmă manevrare, se apucă cu o pensă ligamentul rotund cât maĭ aprópe posibil de orificiul intern al canaluluĭ inguinal și cu degetele celeĭ alte mâinĭ tragĭ de dînsul respingênd către orificiul intern filamentele celulóse ce dînsul ar putea să tîrască în eșirea sa.

In timp ce exercitați tracțiunĭ, un ajutor respinge în sus și nainte tamponul așeḍat în fundul de sac posterior al vaginuluĭ pentru a ajuta ligamentul să tragă uterul.

Scurtarea nu este eficace de cât dacă ați tras în afară de la 10—14 cm. de ligament

Fixaţiunea ligamentuluĭ la stâlpĭ. Când ligamentul este suficient atras afară din abdomen, D-nul profesor Lanelongue îl apucă cu o pensă emostatică just la orificiul intern Fig. *C* 88 și 89 (Schema No. 1) al canaluluĭ și 'l încredințéză unuĭ ajutor. Luând o pensă emostatică cu dinți ascuțiți, traverséză stâlpul intern (Schema No. I A) de din afară înăuntru cu pensa, *dinții închiși*, după aceia îĭ deschide pentru a apuca extremitatea liberă a cordonuluĭ pe care îl aduce prin butoniera ast-fel practicată. O pensă asĕmănătóre traverséză în acelaș mod stâlpul extern (Schema No. 1 B) dar de dinăuntru în afară; ast-fel că ligamentul descrie un nod care légă ca o cravată ceĭ doĭ stâlpĭ; în fine extremitatea liberă este trecută sub prima ansă ce descrie ligamentul pentru a merge să întâlnéscă stâlpul intern A (vedĭ schema No. 1).

După ce am făcut ca ligamentul să descrie aceste circonvoluțiunĭ împrejurul stâlpilor, e suficient o ușóră tracțiune executată pe extremitatea sa liberă pentru a strânge nodul și a

apropia ceĭ doĭ stâlpĭ ca douĕ perdele. Nodul ast-fel format este lipit printr'o legătură incrucișată în X. Iată cum se procede: Un lung catgut No. 5 străbate succesiv stâlpul intern, circumvoluțiunile ligamentuluĭ și stâlpul extern. Inodăm catgutul și cu acelaș catgut, fără a 'l tăia, traversăm stâlpiĭ și cordonul în sens

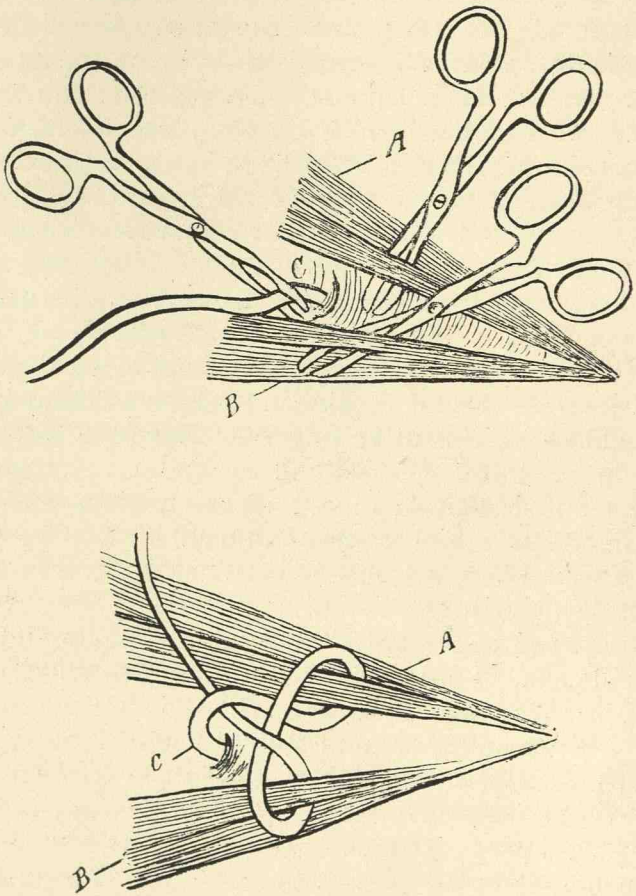


Fig. 88 și 89 (Schema No. 1).

contrariŭ pentru a forma un X precum am ḍis. Inodăm încă catgutul.

Ligamentul rotund este culcat între ceĭ doĭ stâlpĭ, extremitatea sa liberă readusă către pubis. Cu acelaș catgut facem o sutură cojocărésc̆ă care traverséză ceĭ doĭ stâlpĭ și ligame

Acéstă sutură profundă terminată, coprindem în suturile superficiale făcute cu pĕr de Florența carĭ reunesc buzele incisiuneĭ, ceea-ce remâne din ligament.

Urmează toaleta plăgeĭ. Fără drenagiŭ; pansament uscat cu praf de iodoform acoperit cu vată salicilată, totul menținut cu o spică dublă.

D. profesor Lanelongue nu aștéptă să isoleze ligamentele de ambele părți pentru a exercita simultaneŭ pe ele tracțiunile necesarĭ pentru a îndrepta uterul. El termină complect Alexander de o parte, înainte de a trece la căutarea ligamentuluĭ din partea opusă".

Cap. XII. Inversiunea uteruluĭ.

De sigur nimic n'a putut să impresioneze maĭ mult pe vechiĭ autorĭ, ca presența între cópsele femeeĭ a uneĭ tumorĭ atârnânde de volum și aspect adesea fórte bizar.

Din cele ce scim astădĭ însă, o asemenea tumoră în trăsurĭ generale, nu póte fi de cât saŭ un fibro-miom sub mucos care ieșit din uter și vagin se presintă la exterior; saŭ o inversiune a uteruluĭ, orĭ în fine un prolaps complect al acestuĭ organ. Dar aceste treĭ felurite bóle, în anume circumstanțe se asémănă așa de mult între ele, că astădĭ chiar cu greŭ le putem diferența.

Nu încape îndoială, că pentru vechiĭ autorĭ dificultățile fiind și maĭ marĭ, e greŭ a sci dacă eĭ în adevĕr aveaŭ cunoscință complectă de fie-care din aceste tumorĭ. Lucrul sigur este, că dintre tóte, prolapsul uterului prin maĭ marea sa frequență le era destul de cunoscut. Și probă avem că dînșiĭ menționézĕ semnul patognomonic al acesteĭ afecțiunĭ; eĭ descriŭ orificiul extern al coluluĭ de la extremitatea inferióră tumoreĭ, care prin aspectul sĕŭ bizar le inspirase chiar ideea că ar fi vorba de un animal ieșit din organism. Faptul menționat în autorĭ și chiar recomandațiunea dată de Soranus, de a se extirpa acéstă tumoră ca ne avênd nicĭ o consecință rea pentru femee, probézĕ și maĭ mult că dînșiĭ fără să fi sciut, aŭ făcut maĭ mult ablațiune de fibróme sfacelate de cât isterectomiĭ. Cu tóte acestea nicăerĭ nu se găsesce menționat

vre-un semn, care să ne arate preocuparea lor de varietatea fibrómelor sub mucóse erniate. Și chiar ni se pare curios acest lucru: fără îndoială fibrómele în tóte timpurile aŭ fost maĭ frequente de cât inversiunile uteruluĭ, de carĭ se vorbesce în scrierile vechĭ.

Denucé aduce ca probă următórele expresiunĭ chiar ale luĭ Hyppocrate; prin ele s'ar deduce că acest autor scia să deosebéscă inversiunea uteruluĭ de un simplu prolaps.

„Dacă matricea a ieșit complect afară din părțile genitale, dînsa atârnă ca un scrot. Durerea ocupă partea de jos a pântecelui, lombele, stinghiile; dacă a trecut mult timp dînsa nu maĭ intră la loc.

Acéstă bólă vine când în timpul facereĭ, femeea încércă oboselĭ carĭ ating însușĭ mitra (inerția uterină); saŭ când femeea are raporturĭ cu bărbatul sĕŭ în timpul perióderĭ lochiilor".

După Hyppocrate găsim în *Aretheu* expresiunĭ și maĭ clare relativ la inversiunea uteruluĭ. Dînsul arată douĕ felurĭ de tumorĭ între cópsele femeeĭ: una care în mod vĕdit este prolaps, iar alta de sigur inversiune, dar fără să o numéscă. In adevĕr, după ce vorbesce de prolaps dînsul dice: „O asemenea tumoră se maĭ produce când tunica (cea externă) care învelesce cavitatea bicornă a uteruluĭ este deslipită cu violență de părțile contigue. Dubla membrană (internă) a matriceĭ, este în adevĕr deosebită de acéstă tunică și dînsa póte să fie separată când în urma inflamațiuneĭ, a avortuluĭ, saŭ a uneĭ facerĭ violente devine aderentă cu placenta. Dacă placenta este smulsă cu putere, tunica uteruluĭ este trasă în acelașĭ timp la exterior. Dacă femeea nu móre, acéstă tunică póte să revie la locul sĕŭ și să restabiléscă exact conexiunile normale ale uteruluĭ, saŭ să rĕmâe ușor proeminentă prelingênd cópsele femeeĭ".

Soranus credênd și el în existența a douĕ tunicĭ ale uteruluĭ spune, că în anume casurĭ mitra cade la exterior; tunica nervósă saŭ externă rĕmâne în loc, iar cea internă singură să fie rĕsturnată (inversa).

Galien devine maĭ complect arătând chiar mecanismul inversiuneĭ; el constă în expulsiunea prea repede a fetuluĭ, în tracțiunile nemoderate asupra placenteĭ, în sforțurile femeeĭ, și prin contracțiunea violentă a mușchilor abdominalĭ.

Dar dintre toți *Rhazès* medic arab în 1500, este singurul care vorbesce în mod clar de inversiune pronunțând pentru prima óră acest cuvênt.

„Rĕsturnarea matriceĭ, ḑice el, (egressio matricis) se recunósce prin acest semn că corpul organuluĭ se oferă direct la pipăit. Acésta ține la faptul că afecțiunea se produce când partea interióră a matriceĭ devine exterióră, iar nu în urma rupturei ligamentelor. Accidentul apare fie prin ieșirea prea repede a fetuluĭ, fie în urma uneĭ sărituri saŭ lovituri violente, fie prin extracțiunĭ fără nicĭ o menajare a placenteĭ“.

In secolul al 17-lea, inversiunea uteruluĭ devine din ce în ce maĭ cunoscută. *Mauriceau* vorbesce de douĕ feluri de căderĭ ale uteruluĭ. Intr'una, ḑice dînsul, matricea cade cu totul în afară și fără ca fundul sĕŭ să fie câtu-șĭ de puțin rĕsturnat. Ceal'altă cădere de matrice — care este și cea maĭ supărătóre — este aceea ce pórtă numele de rĕsturnare. In acest cas matricea nu numaĭ că e căḑută cu totul afară, dar fundul sĕŭ este rĕsturnat ast-fel că se vede fără orificiŭ. In acest cas matricea sémănă cu o mare bucată de carne sângerândă ce atârnă între cópse; și ceea ce e de mirat e faptul că se vede casa copiluluĭ, care e matricea ieșind prin pórta care e orificiul extern“.

In fine *Puzos* în 1744 stabilesce următórele divisiunĭ carĭ aŭ rĕmas și aḑĭ clasice, cu óre-carĭ modificărĭ.

I. Inversiune de primul grad este când fundul uteruluĭ se rĕsfrânge înăuntru pe întinderĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin marĭ, dar fără să trécă de orificiul intern saŭ extern. Gradul acesta s'a comparat cu un fund de sticlă saŭ cu fundul uneĭ pălării móle deprimată.

Gradul al II-lea este când rĕsturnarea uteruluĭ învinge resistența orificiuluĭ intern al coluluĭ, iese prin canalul cervical și apare în interiorul vaginuluĭ. Progresiunea acesteĭ inversiunĭ depinde de resistența ce opune ligamentele largĭ precum și cele rotunde. De aci urméză diferite sub-varietățĭ de inversiune; ele însă pentru a păstra numele de gradul al II-lea, fundul uteruluĭ nu trebue să trécă de orificiul vulveĭ.

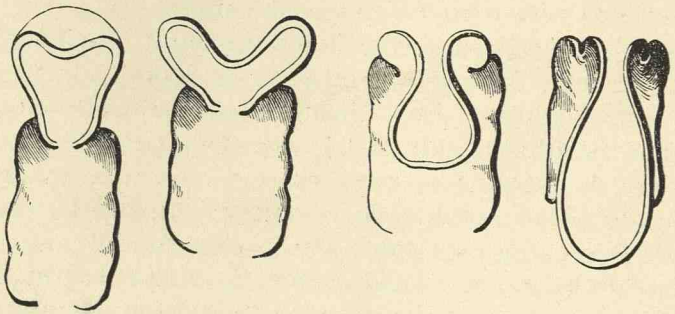
In fine gradul al III-lea este când fundul uteruluĭ împreună cu corpul sĕŭ iese afară din organele genitale și atârnă între cópse ca o limbă de clopot. In casul acesta resfrângerea este totală; ea se însoțește și de aceea a gâtuluĭ uterin, ast-fel că mucósa uterină se continue direct și fără nicĭ o linie de demarcație cu pereții vaginalĭ.

Autorii Englezĭ și în special *Crosse* admit tot treĭ grade de inversiune, dedublând însă primul și combinând pe al II-lea cu al III-lea. Ast-fel gradul întâiŭ constă în rĕsfrângerea fundului

uterin până la o óre-care distanță. Gradul al doilea când fundul apare la orificiul extern al coluluĭ, unde se póte simți cu dege-

Fig. 90. Fig. 91. Fig. 92. Fig. 93.

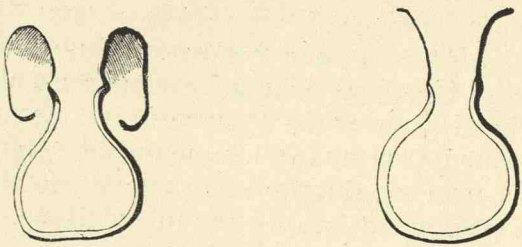
I-iul grad de Inversiune. Al II-lea grad de Inversiune



Primul grad de depresiune. Fundul uteruluĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin deprimat. Orificiul coluluĭ. Orificiul vaginuluĭ.
AI II-lea grad de depresiune. Uterul maĭ mult saŭ maĭ puțin resturnat. Orificiul vaginuluĭ. Orificiul coluluĭ.

Fig. 94. Fig. 95.

III-lea grad de Inversiune.



Orificiul vaginuluĭ. Vagin maĭ mult saŭ maĭ puțin rĕsturnat.
Vestigiul coluluĭ. Uterul rĕsturnat în totalitate.

tul dând impresiunea unuĭ polip; iar gradul al treilea este când acest fund trece de orificiul coluluĭ și apare în vagin.

Fig. 90, 91, 92, 93, 94 și 95 luate din Denucé de la care am împrumutat multe ideĭ aci expuse, represintă cele treĭ grade ale inversiuneĭ.

Etiologia. Cunóscem forma și constituțiunea uteruluĭ în starea normală. Dînsul oferă douĕ lucrurĭ principale. Intâiŭ o grosime fórte mare a păreților în raport cu o cavitate fórte mică. De aci resultă, ca uterul pentru a se putea rĕsturna, trebue neapărat să intervie douĭ factorĭ. Pe de o parte o lărgime exagerată a cavităței sale, iar pe de alta o subțiime considerabilă a păreților sĕĭ. Și este așa de adevĕrat acest lucru, că un uter normal nu e cu putință a se resfrânge, chiar dacă l'am avea în mână și am întrebuința sforțurile cele maĭ marĭ.

Dar carĭ sunt aceĭ factorĭ capabilĭ a ramoli părețiĭ uterinĭ și a'ĭ lărgi cavitatea sa interióră? Nu este de cât unul singur: graviditatea. Și în adevĕr, nu există nicĭ un caz unde inversiunea uteruluĭ să se fi produs în afară de intervențiunea acestuĭ fenomen. Un singur exemplu este dat de Boyer; el dice că a observat inversiunea la o femee care nu avusese copiĭ de 15 anĭ. Dar acésta nu esclude principiul stabilit; demonstrat este că e destul o femee să fi avut o singură facere, pentru ca organul să-ĭ fi rĕmas slăbit și propriŭ a fi rĕsturnat. Prin urmare, faptul aparițiuneĭ inversiuneĭ maĭ curând saŭ maĭ târdiŭ după nascere, este o chestiune cu totul a parte. De aci a provenit chiar divisiunea clasică de *inversiunĭ recente saŭ acute și inversiunĭ cronice saŭ tardive.* De alt-fel tóte statisticile și în special aceea a luĭ Crosse a arătat că din 400 de inversiunĭ, 350 aŭ fost datorite facerilor iar 50 altor cause. In adevĕr în afară de graviditate se invócă ca etiologie a inversiuneĭ și desvoltarea de miofibróme în uter, precum și acumulațiunea exagerată în cavitatea sa de diferite lichide cu caracter seros saŭ sanguin. Dar mecanismul după care aceste afecțiunĭ produc inversiunea, este cu totul diferit de al expulsiuneĭ fetuluĭ în timpul facereĭ.

Să vedem decĭ maĭ în detaliŭ în ce mod graviditatea și în special expulsiunea fetuluĭ și a placenteĭ determină inversiunea uterină. Se admit treĭ ordine de cause:

§ 1. **Contracțiunile spasmodice a însușĭ păreților uterinĭ.**

§ 2. **Tracțiunile exercitate pe fundul uteruluĭ prin fața sa internă.**

§ 3. **Presiunile exercitate pe fundul uteruluĭ prin fața sa externă.**

§ 1. Inversiunea produsă prin simpla contracțiune spasmodică și convulsivă a mușchiuluĭ uterin, fără intervențiunea altuĭ agent, este greŭ de susținut și póte chiar imposibil. Singur *Astruc* a dat o teorie mult timp primită și de alțĭ autorĭ. Iată cum s'ar petrece lucrul. Rĕsturnarea provine câte o dată din agitațiunile convulsive ale matriceĭ după o facere laboriósă. Aceste contrac-

țiuni împing fundul uteruluĭ prin orificiul coluluĭ încă deschis; fenomenul e aprópe analog cu contracțiunile întretăiate ale intestinelor în colicele violente, carĭ împingând când partea superióră în cea inferióră, saŭ acésta în aceea, produce invaginațiunea. Paul Dubois în 1855, iar în acelașĭ timp școla Englesă și Americană, susțin acéstă idee și mecanism dar cu o simplă condițiune. Se scie că fibrele mușchiuluĭ uterin sunt de treĭ feluri: longitudinale, circulare și oblice saŭ în elice. Eĭ bine, orĭ cât de spasmodică ar fi contracțiunea lor, dînsele sub nicĭ un cuvînt nu vor putea rĕsturna fundul uteruluĭ; cel mult vor avea drept efect a transforma organul într'un fel de diafragm. De aceea se susține, că fenomenul e posibil numaĭ atuncĭ când dintr'o causă óre care, o porțiune a funduluĭ uterin s'a rĕsfrânt deja ca un deget de mănușă; și că numaĭ în urmă pot interveni aceste contracțiunĭ spasmodice ale mușchiuluĭ pentru a complecta lucrul început.

Iată de alt-fel cum se exprimă Crosse în acéstă privință. Eŭ nu pricep cum organul în el însăși ar avea puterea să încépă deplasarea și să producă depresiunea. Dar când inversiunea a fost deja începută, când fundul uteruluĭ merge către introversiune și ajunge să fie apucat de corp, care nu este încă rĕsturnat, atuncĭ numaĭ mușchiul iritat tratéză partea rĕsturnată ca un corp strein și caută să o expulseze prin contracțiunile sale. Orificiul gâtuluĭ uterin nu se opune la acéstă expulsiune ca și în timpul facereĭ. Ast-fel o parte a uteruluĭ lucréză asupra restuluĭ și determină rĕsturnarea până la gradul de *erversio-extrema*.

§ 2. Inversiunea produsă prin tracțiunĭ pe fața internă. Aci prima și unica causă constă în nerăbdarea ce aŭ móșele saŭ obstetricianiĭ de a grăbi expulsiunea placenteĭ, trăgênd de cordon în mod intempestiv și cu violență. Este lesne de înțeles acest mecanism care în sine e tot ce póte fi maĭ simplu. In a 9-a lună, când uterul e la maximum de dilatație iar părețiĭ fórte ramoliți, o tracțiune chiar ușóră exercitată pe cordon, va determina în mod fatal rĕsturnarea funduluĭ uterin în mod complect și fără nicĭ o greutate.

Dar în afară de aceste tracțiunĭ de o mână strĕină, fenomenul încă se produce în următórele condițiunĭ. De exemplu dacă femeea în momentul nascereĭ stă în picióre saŭ pe vine. Atuncĭ fetul o dată ieșit afară, el prin greutatea sa va exercita o tracțiune pe cordon și placentă; dînșiĭ la rîndul lor vor determina inversiunea. De asemenea dacă cordonul prin natura sa

este prea scurt, saŭ dacă se află îndoit pe corpul saŭ gâtul fetuluĭ; acesta în momentul ieşireĭ sale din uter, iarăşĭ va exercita o tracţiune violentă pe placentă şi va produce inversiunea prin acelaşĭ mecanism, cu tóte că femeea ar fi culcată în posiţiunea orizontală. In fine dacă cordonul fiind prea subţire saŭ fragil s'a rupt, iar placenta oferă aderenţe cu uterul, aşa în cât intervenţiunea mediculuĭ devine imperiósă, încă inversiunea se produce, dacă deslipirea placenteĭ făcută cu mâna, nu se execută în mod blând şi magistral.

Să nu credem însă că inversiunea prin tracţiunile asupra placenteĭ se efectuéză numaĭ în timpul expulsiuneĭ fetuluĭ, adică la a 9-a lună a graviditäţeĭ. Dînsa se póte obţine chiar în timpul unuĭ avort, adică atunciĭ când condiţiunile nu par a fi atât de favorabile. In adevĕr se citéză o observaţiune clasică a luĭ Woodson în 1860. El povestesce istoria uneĭ fete de 27 anĭ gravidă în 4 lunĭ. Dînsa fiind surprinsă în bae de dureriĭ de nascere, a apucat şi a tras cu violenţă fetul. In acelaşĭ timp ea trase afară uterul şi-şĭ produse o inversiune complectă.

§ 3. Inversiunĭ produse prin presiunĭ extra-uterine.

Am arătat cu ocasiunea staticeĭ uterine, că acest organ se află sub masa intestinală precum şi sub influenţa presiuneĭ intra-abdominale. A fortiori uterul în timpul graviditäţeĭ şi al facereĭ se găsesce în contact şi maĭ intim cu aceştĭ agenţĭ, precum şi sub acţiunea diafragmuluĭ. Lesne deciĭ înţelegem că uterul odată golit, păreţiĭ sĕĭ de nu vor avea tonicitatea normală pentru a resista acestor diferiţĭ agenţĭ, cu înlesnire vor putea fi rĕsfrânşĭ prin intervenţiunea apăsăreĭ intestinelor şi a presiuneĭ intra-abdominale.

Nimenĭ n'a descris maĭ pitoresc, dacă ne e permisă expresiunea, rolul acestuĭ agent în producerea inversiuneĭ ca **Galien.** Iată cum acest mare observator se exprimă: „Sub influenţa facultäţeĭ de expulsiune, orificiul matriceĭ se intredeschide şi întregul fund al uteruluĭ apropiindu-se pe cât posibil de orificiŭ împinge fetul în afară. In acelaşĭ timp cu fundul uteruluĭ, părţile care-l înconjóră, adică păreţiĭ abdominalĭ, ajutând din tóte forţele lor, strâng cu violenţă fetul şi-l proectéză la exterior. Acéstă parte a acţiuneĭ, la care femeea în muncĭ ajută şi dînsa, constă nu în uter, dar în muschiĭ abdomenuluĭ; eĭ vin în ajutorul sĕŭ, precum fac pentru actul defecaţiuneĭ saŭ emisiunea urinelor. Ast-fel la unele femeĭ, când acéstă facultate expultrice se exercită într'un mod fără mĕsură, s'a putut vedea cum dure-

rile violente expulsézĕ în acelaşĭ timp şi fetul şi uterul însăşĭ. Accidentul este cu totul comparabil cu ceea ce se petrece într'o luptă saŭ apărare, când unul din luptătorĭ sforţându-se să rĕstórne şi să pue la pământ pe adversarul sĕŭ, cade şi el în acelaşĭ timp cu dînsul. Tot ast-fel este şi cu uterul. Când dînsul expulsézĕ cu violenţă fetul, póte el însuşĭ să fie precipitat în acelaşĭ timp în afară, maĭ ales când ligamentele care-l fixézĕ la basin sunt relaxate maĭ dinainte.

Acéstă teorie fórte ingeniósă, fisiologică şi de o claritate magistrală, a fost admisă şi de alţĭ autorĭ maĭ vechĭ precum şi de ceĭ modernĭ. Intre alţiĭ avem pe *Le Roux* din Dijon în 1776, care se exprimă ast-fel parafrazând teoria luĭ Galien, Puzos şi Astruc.

„Să presupunem o facere precipitată; ultima durere expulsézĕ copilul. In acest timp mitra care n'a încercat de cât puţine contracţiunĭ, n'a avut timpul să-şĭ întăréscă în destul părećiĭ sĕĭ, pentru ca să pótă resista la acţiunea muşchilor pânteceluĭ şi a diafragmuluĭ. Aceste puterĭ când copilul a ieşit, lucrézĕ încă pentru cât-va timp.

Ele împing cu violenţă intestinele pe fundul uteruluĭ, care din causa miceĭ sale grosimĭ, oferă puţină resistenţă. Uterul decĭ cedézĕ sforţurilor transmise de la aceştĭ agenţĭ şi presiuneĭ intra-abdominale. Dînsele comprimându-l, determină o depresiune a funduluĭ uterin în tocmaĭ ca cum am împinge fundul uneĭ pălărĭĭ cu pumnul.

In casul acesta precum şi în acela arătat prin contracţiunea isolată a muschiuluĭ uterin, inversiunea pórtă numele de spontanată. Din contra, când fenomenul se produce prin tracţiunĭ exercitate pe cordon, pentru a grăbi expulsiunea placenteĭ, inversiunea se numesce provocată.

Maĭ există însă şi un alt gen de inversie determinată de noĭ înşine; acésta este când exagerând metóda numită a luĭ Credé, exercităm presiunĭ nemoderate pe fundul uteruluĭ cătând a înlesni expulsiunea placenteĭ prin expresiune în casurĭ de inerţie uterină.

Dar pronunţând acest cuvênt de inerţie, suntem nevoiţĭ a insista puţin asupra luĭ căcĭ oferă un interes fórte mare în chestiunea ce ne preocupă.

Din tóte causele ce am arătat maĭ cu deosebire în inversiunea spontanată, resultă că atât cât uterul nu-şĭ pierde din calităţile sale contractile, el nu póte fi rĕsturnat orĭ cât de marĭ ar fi agenţiĭ ce intervin. Am arătat deja opiniunile diferiţilor autorĭ

carĭ aŭ susținut că numaĭ atunceĭ inversiunea se produce când uterul e coprins de inerție numită uterină. Se póte întâmpla ca acéstă inerție să fie totală. In casul acesta inversiunea se produce cu cea maĭ mare înlesnire; dînsa atinge ultimul sĕŭ grad prin simpla contracțiune a muschilor abdominalĭ și a presiuneĭ intra-abdominale, exercitată prin sforțurile executate de femee în timpul facereĭ. Acésta representă tipul inversiuneĭ spontanate acută și totală a uteruluĭ.

Dar casul cel maĭ comun este inversiunea numită tardivă și cronică. Dînsa recunósce ca agent iarăși o inerție uterină, dar nu totală ci parțială, localisată. Și în ce punct începe acéstă inerție?

Deja Kiwisch și Oldham a emis o teorie care a avut mult timp curs în știință. După dînșiĭ, inversiunea începe maĭ întâiŭ printr'un corn; ea se continuă pe fundul uteruluĭ până ce organul în totalitatea luĭ se rĕsfrânge în afară. Alțĭ autorĭ, fără a schimba mult ideea luĭ Kiwisch, aŭ precisat în mod maĭ exact anume punctul coprins de inerție; el corespunde exact cu locul ocupat de inserțiunea placenteĭ. Intre aceștia avem pe Le Roux, Crosse și Rokitansky; eĭ aŭ stabilit acéstă teorie rĕmasă și adĭ în picióre.

Iată ce dice Le Roux: Locul unde se înseréză placenta este acela care oferă maĭ puțină grosime în contracțiunile uterine; este locul cel maĭ slab după ieșirea copiluluĭ; este el care e maĭ dispus să se rĕstórne într'o durere în timpul facereĭ, este el care tot-d'a-una se rĕstórnă".

Crosse dice: „Condițiunea cea maĭ activ predisposantă la un început de inversiune, fără care gradele maĭ înaintate nu se pot produce, este inerția parțială a uteruluĭ".

In fine Rokitansky desvoltând maĭ complect aceste ideĭ adaugă: „Trebue să menționăm o circumstanță cu totul singulară, care presintă o óre-care importanță din causa pericoluluĭ ce póte produce. Acésta este paralisia porțiuneĭ placentare; ea se manifestă în momentul când cele-l'alte părțĭ ale organuluĭ sufere reducțiunea. Acest accident dă loc la un fenomen particular. Partea placentară paralisată este gonită în cavitatea uterină prin contracțiunea părților vecine; resultă de aci o tumoră intra-uterină. care corespunde la o depresiune pe fața externă a uteruluĭ. Acéstă tumoră presintă cea maĭ mare analogie cu un polip uterin și diagnosticul nu se póte stabili de cât după un examen profund".

Odată lucrul început, pe lângă contracțiunile uterine, adăogându-se presiunea intra-abdominală și presiunea directă a meseĭ intestinale, ușor ne explicăm producerea inversiuneĭ uterine.

Acéstă inversiune formézĕ tipul inversiuneĭ tardive; dînsa la rîndul sĕŭ oferă douĕ sub varietățĭ: *inversiune tardivă gradată* și *inversiune tardivă bruscă*. Cea gradată se numesce ast-fel, căcĭ imediat după facere inversiunea odată începută îșĭ continuă mersul în mod progresiv. Intr'un timp maĭ mult saŭ maĭ puțin lung, uterul complect rĕsturnat îșĭ face aparițiunea în vagin saŭ chiar afară din vulvă între cópse. Inversiunea tardivă bruscă se caracterisă prin aceea, că femeea considerată ca fiind în sănătate complectă, de odată — în urma uneĭ sărituriĭ, a ridicăreĭ uneĭ greutățĭ, a unuĭ sforț, saŭ chiar în momentul defecațiuneĭ — uterul sĕŭ iese afară în inversiune complectă.

§ 4. Inversiunĭ uterine determinate de fibro-mióme saŭ polipĭ uterinĭ.

Când am studiat tumorile fibromatóse ale uteruluĭ, am arătat că une-orĭ acest organ ia o proporție destul de mare în întréga sa constituție așa că se apropie fórte mult de graviditate. Fenomenul a și fost numit de către Guyon, tocmaĭ din causa acesteĭ analogiĭ: *graviditate fibrósă*.

Dar cu tótă lărgimea escesivă a cavitățeĭ uterine și ramolirea păreților organuluĭ de care se însoțesce acéstă formă difuză de miom uterin, totușĭ inversiunea nu s'a observat, saŭ cel puțin nu s'a studiat de cât în casurile de fibro-mióme isolate și circumscrise. Și dintre acestea, încă numaĭ acelea ar fi capabile să provóce inversiunea, carĭ aparțin varietățeĭ numită fibrom sub mucos. Acéstă tumoră am vĕdut că, avênd punctul de inserțiune pe fundul uteruluĭ, grație contracțiuneĭ muschiuluĭ uterin; dînsa în mod treptat și regulat este împinsă către cavitatea uteruluĭ; une-orĭ reusesce a trece de orificiul gâtuluĭ uterin, se pogórâ în urmă în vagin iar de aci este expulsată întocmaĭ ca și un fetus. Dacă un asemenea fibro-miom are o bază sesilă, dînsul pe mĕsură ce se expulséză e în stare a trage după el și porțiunea corespondentă a funduluĭ uterin: se formézĕ ast-fel primul grad de inversiune; dînsul apoĭ treptat se va complecta pe mĕsură ce tumora va înainta. Decĭ e posibil că miomul de odată cu ieșirea sa afară din vulvă, să se însoțéscă și de o inversiune complectă a uteruluĭ. Dacă însă fibro-miomul în loc de a fi sesil

e pediculat, el póte să determine același resultat, grație volumului și greutățeĭ sale. Prin urmare, acéstă tumoră presupunându-o atârnândă între cópse, dînsa în tocmaĭ ca și un fetus trăgând de pedicul — asemănat cu cordonul și placenta — póte determina o inversiune bruscă și acută a uteruluĭ.

In tóte cele-l'alte casurĭ de desvoltarea fibro-miómelor, în afară de sediul lor just pe fundul uteruluĭ, inversiunea se obține maĭ cu greŭ. In adevĕr, fibro-miómele laterale ale păreților uterinĭ pot la rigóre să determine o înfundătură a punctuluĭ corespondent inserțiuneĭ sale, dar în mod excepțional și în orĭ-ce cas fórte greŭ. Iar când inserțiunea miomuluĭ se face pe un plan maĭ jos ca cele douĕ treimĭ superióre ale uteruluĭ, nu este cu putință a se obține nicĭ chiar cel maĭ mic indiciŭ de inversiune. A fortiori lucrul nu va fi posibil de imaginat, când o tumoră fibromiomatósă s'ar desvolta în porțiunea supra-vaginală a coluluĭ.

Nu există nicĭ un mecanism special de invocat pentru producerea inversiuneĭ prin asemenea tumorĭ; totul este analog cu cele ce am vĕdut că se petrec în inerția parțială a uteruluĭ și contracțiunea sinergică a muschilor abdominalĭ, precum și intervențiunea diafragmuluĭ, a mișeĭ intestinale și a presiuneĭ intra-abdominale.

Lucrul important este, că rolul fibrómelor în producțiunea inversiuneĭ uterine a fost bine cunoscut de vechiĭ autorĭ.

Ast-fel vedem maĭ întâiŭ pe *Hunter*, care vorbind de diferite mecanisme ale rĕsturnăreĭ uterine, dice: „inversiunea póte să începă și când uterul este mic, dar destul de mare prin faptul uneĭ anumite bóle. In acest caz rĕsturnarea este gradată.. polipul desvoltându-se umple cavitatea uterină, iar uterul se silesce în mod constant ca să'l gonéscă. Acțiunea uteruluĭ se exercită de sus în jos; polipul este gradat împins către partea inferióră; fundul uteruluĭ descinde încetul cu încetul în propria sa cavitate urmărind polipul. Când polipul este în vagin și dacă nu are pedicul, fundul uteruluĭ se găsesce în dreptul buzeĭ externe a coluluĭ; jumĕtatea superióră a uteruluĭ umple exact jumĕtatea inferióră a cavităței sale. Eŭ nu cred, dice el, că acéstă mișcare să se pótă opri aci: partea rĕsturnată devine ca un corp strein; uterul continuă acțiunea sa pentru a se scăpa de acéstă porțiune, în tocmaĭ precum lucrul se petrece în intersuscepțiunea intestinală“.

Baudelocque a demonstrat și dînsul că, dacă polipul prin volumul sĕŭ a determinat mișcărĭ de contracțiunĭ expulsive în uter

și a putut fi dat afară ca și printr'un fel de acușment, el póte trage după dînsul, prin faptul greutățeĭ sale adesea considerabile, porțiunea uteruluĭ la care era inserat printr'un pedicul tot-d'a-una fórte scurt.

In fine *Ferrand* în 1828, complectând acéstă teorie adaugă, că manoperile chirurgicale exercitate pentru a trage polipul la exterior, pot să contribue în mare parte la producțiunea inversiuneĭ. Tracțiunile ast-fel practicate, sunt capabile une-orĭ să deprime fundul uteruluĭ; părețiĭ deveniți subțirĭ și slăbiți prin desvoltarea chiar a tumoreĭ, pot produce inversiunea printr'un mecanism fórte analog cu acela al tracțiunilor exercitate pe placentă în timpul facerilor.

§ 5. Inverisunĭ uterine provocate de ematometrie și idrometrie.

Am arătat la bólele vaginuluĭ și ale uteruluĭ că, în urma unor anume condițiunĭ congenitale saŭ dobândite, acumulațiunĭ de serositate, saŭ sânge pot fi capabile să determine o lărgime escesivă a cavitățeĭ uterine, precum și o subțiime exagerată a păreților uterinĭ; ele pot mări volumul organuluĭ până a ajunge chiar dincolo de ombilic. Eĭ bine, în asemenea condițiunĭ, dacă evacuațiunea conținutuluĭ uterin se face în mod brusc, în acelaș timp cu expulsiunea coagulilor sanguinĭ saŭ a liquiduluĭ seros, părețiĭ uteruluĭ deja slăbiți și subțiați pot să se rĕsfrângă asupra lor însăși, fiind coprinși de inerție. Uterul neputând resista coniracțiunilor muschilor abdominalĭ precum și acțiuneĭ presiuneĭ întra-abdominale și a greutățeĭ meselor intestinale, se va resfrânge, se va inversa. Ast-fel se citéză maĭ multe observațiunĭ ale luĭ Le Blanc, Mauriceau, Benevoli, etc., unde evacuărĭ brusce de ematometru și idrometru, aŭ fost însoțite de inversiunĭ uterine. Dar felul acesta de inversiune, pe lângă aceea că se observă fórte rar, nu a fost nicĭ bine studiat nicĭ confirmat de autoriĭ moderni.

Este socotesc de prisos a maĭ insista asupra posibilitățeĭ inversiuneĭ uterine în urma depositului de grăsime pe părețiĭ uteruluĭ, saŭ pe ansele intestinale, orĭ a uneĭ desvoltărĭ escesive a mareluĭ epiploon. Lucrul e posibil, că la o femee ce a avut maĭ mulțĭ copiĭ și care a rĕmas cu o subinvoluțiune incomplectă saŭ nulă a uteruluĭ, părețiĭ acestuia păstrând moliciunea puerperală și o lărgime mare a cavitățeĭ precum și un început de deprimare a uneĭ porțiunĭ a fundului sĕŭ, agenții sus citați să póță la ri-

góre să complecteze inversiunea prin acțiunea lor lentă, continuă și progresivă; dar nicĭ-o-dată în mod primitiv și în afară de graviditate.

Simptomele și diagnosticul. Fie care grad de inversiune are simptomele sale propriĭ și un anume diagnostic diferențial. Inversiunea de primul grad nu se manifestă prin nicĭ un semn propriŭ. Fórte adesea femeele după nascere se plâng de durerĭ vagĭ în lombe, în anexe, în regiunea rinichilor, precum și de scurgerĭ une-orĭ destul de abondente de sânge. Dar tóte acestea de obiceiŭ se pun pe socotéla diferitelor complicațiunĭ inflamatorĭi, fie ale uteruluĭ, a anexelor saŭ parametruluĭ. Nu maĭ gândindu-ne la posibilitatea unuĭ început de inversiune — gândire la care trebue să ne oprim când în special emoragiile sunt opiniatre sfidând orĭ-ce tratament rațional — numaĭ atuncĭ dic putem procede la o explorațiune apropriată. Acésta constă în prima linie în palpațiunea abdominală precum și în examenul rectuluĭ.

Dacă circumstanțele sunt favorabile — representate prin aceea că femeea ar avea un pântece móle și lipsit de grăsime — am putea, introducênd degetele sub simfisa pubiană și explorând cu persistență și metódă, să descoperim corpul uteruluĭ, iar pe fundul sĕŭ o depresiune mică, cu mărginele ridicate și circulare, sĕmănând cu fundul uneĭ buteliĭ. Simultaneŭ introducênd degetul în rect și explorând fața posterióră a uteruluĭ, putem mergênd în sus către fund, să dăm peste aceeașĭ margine regulată și circulară ce am constatat prin părețiĭ abdominalĭ. Dacă la aceste semne maĭ adăogăm și explorațiunea cu isterometrul, și vom simți că vîrful instrumentuluĭ înaintând în axa centrală a cavităței se opresce la o mică distanță de 3—4 cm., iar că dirigindu-l în lăturĭ dînsul póte înainta mergând până la o distanță de 6—7 cm.; și ne ar fi posibil în acelașĭ timp ca prin mișcărĭ circulare să înconjurăm tumora de jur împrejur, vom fi în drept să afirmăm o depresiune a fundului uterin saŭ inversiune de primul grad.

A susține însă că acésta este o inversiune pură, saŭ un polip sesil însoțit de inversiune, este aprópe imposibil. Cel mult ne ar putea ajuta sensațiunea ce am căpăta prin explorarea cu isterometrul cu privire la consistența și regularitatea tumoreĭ. In adevĕr, fiind vorba de o inversiune simplă, tumora va fi netedă, fără ridicăturĭ, fără mamelóne, de o consistență móle, fermă dar elastică. Intr'un polip saŭ miom sub mucos, caracterele acestea nu vor fi atât de netede și clare: în ele vom constata părțĭ neregulate, aicĭ adâncăturĭ, dincolo ridicăturĭ și fără o

aceiași consistență. Credem că astădĭ cu mijlócele antiseptice, putem recurge la o explorațiune maĭ directă și anume la dilatațiunea suficientă a cavității uterine iar în urmă la introducerea directă a degetuluĭ; atunci pipăind tumora în tóte punctele sale, vom căpăta o sensațiune maĭ justă de cât a isterometruluĭ și vom putea maĭ cu precisiune să afirmăm cele ce am constatat.

Trebue să menționăm cu acéstă ocasiune, o stare particulară a uteruluĭ căria un autor englez *Rigby* i-a dat numele de matrice turtită saŭ matrice stând pe vine (acroupie). Dînsa e caracterisată printr'o ingorjare generală a uteruluĭ, o inmuere a păreților sĕĭ, așa că, neputêndu-se menține în situațiunea normală, s'ar putea lăsa în jos scurtându-se pe ea însăși în nivelul istmuluĭ, ca și cum o persónă s'ar îndoi pe genunchĭ. In acest cas, cavitatea uteruluĭ e micșorată; instrumentul saŭ degetul constată presența păreților internĭ imediat d'asupra orificiuluĭ uterin. Ridicând însă uterul în sus, avem sensațiunea nu ca cum am reduce o porțiune rĕsturnată a funduluĭ uterin, ci ca și cum ridicăm organul în totalitatea luĭ; desdoindu-l, în acest timp femeea simte imediat o ușurare. Dar lucrul acesta se întâmplă escesiv de rar și l'am menționat numaĭ pentru a fi preveniță.

Inversiunea de al doilea grad presintă ca simptome următórele: fundul uteruluĭ a trecut de orificiul coluluĭ uterin și iese afară sub forma uneĭ tumorĭ de mărimea unuĭ mĕr, portocală saŭ maĭ propriŭ dis a uneĭ pere; ea umple întregul canal vaginal. Explorând acéstă tumoră cu mâna, constatăm că are o consistență fermă, elastică, cu suprafața netedă și fórte regulată. Mergênd cu degetul în sus, simțim că tumora se strîmtézĕ luând forma unuĭ pedicul; dînsul ne conduce până la gâtul uteruluĭ al căruĭ orificiŭ e larg deschis, iar buzele aplicate pe acest pedicul. Intrând în orificiŭ, degetul nu póte să înainteze mult; el este oprit de o boltă mărginită de un burelet numit cervical. Aceeași sensațiune o căpătăm prin explorațiunea cu isterometrul. Une orĭ adêncimea acesteĭ bolți este egală în tóte părțile. Alte dăți însă e maĭ profundă înainte saŭ înapoĭ, după cum părețiĭ uterinĭ s'aŭ inversat în mod egal saŭ nu. In orĭ ce cas nu ne este posibil a intra maĭ mult ca douĕ saŭ treĭ c. m. Vom simți în tóte direcțiunile aceeași boltă circulară. Trecênd în afară de buzele coluluĭ carĭ sunt lipite de pedicul, și mergênd în sus dăm de o altă boltă; dînsa este formată de fundurile de sac ale vaginuluĭ. Avênd ast-fel degetul în vagin, dacă facem palpațiunea abdominală și căutăm a intra cu degetele înapoiul simfiseĭ pubiene, nu

numaĭ că constatăm absența fundului uterin, dar descoperim în locul sĕŭ o largă cavitate, comparată de Baudelocque cu forma uneĭ străchinĭ saŭ a uneĭ găleți; aci mâna póte fi introdusă în tótă libertatea și póte să atingă degetul explorator din vagin. Pe lângă acésta, explorând rectul constatăm aceeașĭ absență a fundul uteruluĭ. In plus, dacă în acelașĭ timp introducem o sondă în băşică, vom simți imediat vîrful sondeĭ prin părețele anterior al rectuluĭ; aceste două organe numaĭ sunt separate aprópe prin nimic între dînsele. Semnul acesta e patognomonic.

Privind tumora cu ochiĭ, și lărgind vaginul cu specule, constatăm că dînsa ne oferă o suprafață netedă; ea este provĕdută de o mulțime de puncte visibil strălucitóre; ele nu sunt de cât orificiul numeróselor vase și glande. Adesea constatăm o transudare sanguină transformată une-orĭ în adevĕrată emoragie. Maĭ putem în fine descoperi porțiunĭ de placentă saŭ resturĭ de cotiledóne.

Tumora acésta, care nu e de cât corpul uterin rĕsturnat, numită încă și *glob uterin*, maĭ are ca semne caracteristice că nu presintă la extremitatea liberă nicĭ o deschidere ce s'ar impune drept orificiul coluluĭ, precum am vĕdut în prolaps. Există însă două orificiĭ micĭ în părțile laterale și greŭ de găsit; acestea o dată constatate e tot ce póte fi maĭ demonstrativ. Ele sunt orificiile trompelor; prin ele putem introduce două subțirĭ stilete saŭ doĭ perĭ de Florența.

Cu ce s'ar putea confunda inversiunea? Cu nimic de cât cu treĭ lucrurĭ: cu un prolaps al uteruluĭ, cu un polip, saŭ cu fibro-miom sub-mucos.

Semnul patgnomonic al prolapsuluĭ este pe de o parte existența orificiuluĭ coluluĭ uterin în mijlocul și la polul inferior al tumoreĭ; pe de alta rĕsturnarea păreților vaginalĭ cu suprimarea fundurilor de sac. Concomitent și aprópe inevitabil avem și un cistocel. Dar tocmaĭ aceste treĭ lucrurĭ lipsesc cu desăvêrșire într'o inversiune. Decĭ cu puțină atențiune diferencierea va fi fórte ușóră.

Cu un polip însă, saŭ fibromiom sub-mucos, lucrul e mult maĭ greŭ. Adesea s'a confundat un polip cu inversiunea saŭ acesta cu acela. Posibilitatea primuluĭ cas nu e de nicĭ o gravitate; din contra. In adevĕr bolnava are tot câștigul credênd într'o inversiune, când e vorba de un polip: abținêndu-ne, dînsa nu e supusă la nicĭ un pericol. Nu e însă tot ast-fel în casul al doilea. Și drept probă avem că sunt o mulțime de ob-

servații unde chirurgi experimentați voind a extirpa cu bisturiul, saŭ ecrasorul luĭ Chassaignac un presupus miom saŭ polip, aŭ causat mórtea bolnaveĭ printr'o peritonită supra-acută. In locul polipuluĭ se sdrobise un uter inversat.

Cum dar vom evita erórea? In casurile simple dispunem de óre-care mijlóce. Avem maĭ întâiŭ aspectul tumoreĭ: dînsa, prin presența acelor puncte multiple, prin existența a douĕ orificiĭ în părțile laterale, prin consistența fermă și elastică, se va deosebi de un polip: suprafața acestuia va fi maĭ neregulată, consistența inegală și absența orificiilor trompelor. Maĭ avem încă faptul caracteristic ce constă în aceea, că degetul saŭ isterometrul introdus între pediculul tumoreĭ și orificiul coluluĭ, nu pot străbate dincolo de 1—2 c. m.; suntem opriți de acea boltă formată de resfrângerea părețiilor uterinĭ. Intr'un polip, care de obiceiŭ se inseréză pe unul din părețiĭ laterali aĭ uteruluĭ, vom putea, chiar dacă dînsul umple în mod complect cavitatea coluluĭ, să strecurăm instrumentul între el și uter, să strĕbatem la adâncimĭ de 7—8 c. m. Iar când inserțiunea polipuluĭ este cu totul centrală iar circumstanțele sunt ast-fel în cât vîrful isterometruluĭ este oprit de a străbate în cavitatea uteruluĭ, așa că ne-am crede în presența uneĭ inversiunĭ, ne maĭ rĕmâne un mijloc dat ca patognomonic de ceĭ maĭ mulțĭ autorĭ vechĭ — admis și aḑĭ de ceĭ moderni. Acesta este *sensibilitatea și contractilitatea specială a tumoreĭ*. Dacă presăm în mână globul uterin, vom produce o durere caracteristică une-orĭ așa de violentă, în cât determină fenomene de șoc: bolnavele pot să cadă în sincopă. Semnul acesta când îl constatăm, este atâta de decisiv în cât prin el singur, diagnosticul de inversiune uterină se impune. El este fórte prețios, și suntem condamnabilĭ a nu-l căuta maĭ nainte de a întreprinde orĭ-ce tentativă de tratament. Tot așa suntem datorĭ la acésta, precum suntem datorĭ într'un caz de idrocel, să ne dăm bine séma de situațiunea testicululuĭ maĭ nainte de a practica puncția. Și precum acolo, locul unde în urma presiuneĭ bolnavul va scóte un țipăt de durere, vom ḑice că în acel punct se află testiculul, tot ast-fel și într'o tumoră erniată în canalul vaginal saŭ între cópse, de îndată ce prin apăsare bolnava va simți durere exchisă, imediat vom afirma că avem a face cu inversiune.

Care este causa acesteĭ dureri? S'a susținut de unii că ar fi vorba de o proprietate particulară a mucóseĭ uterine; aḑĭ însă se scie că acéstă mucósă chiar în stare normală este insensibilă.

Mai probabil este că întregul țesut al uterului e dureros, din causa congestiunei precum și din presența peritoneului ce căptușesce fața sa externă. Tumora devine cu atât mai sensibilă cu cât peritoneul va fi mai întins și tras de uterul inversat. Mai există încă un caracter arătat pentru prima óră de Valentin: el constă într'o contractilitate specială a globului uterin. In timpul explorațiunei cu degetul saŭ cu vîrful unui ac, vedem cum globul uterin se contractă și se ghemuesce către col prin mișcări cu adevĕrat serpentine.

Dar ambele aceste două semne, de și formézĕ baza diagnosticului, adesea nu le putem constata; mai cu sémă în casuri de inversiuni cronice, unde mucósa uterină este cu totul alterată. Dar orî cum ar fi, noi datorî suntem să explorăm cu cea mai profundă minuțiositate. Barnes a pus chiar în principiŭ, că tocmai pentru a nu se ascunde acest semn, femeea nu trebue nicî odată adormită când voim să facem ablațiunea unui polip. Ideea autorului era că la prima manifestare a durereî, să întrerupem operația: este vorba de inversiune iar nu de polip.

Caracterul acesta de sensibilitate al uterului inversat a atras încă de mult atențiunea autorilor prin importanța sa. Ast-fel *Levret* dice: polipul este de ordinar indolent, pe când fundul matriceî e dotat de un sentiment exchis. Din partea sa *Sabatier* spune: polipul e puțin sensibil, matricea rĕsturnată tot-d'a-una sensibilă. In fine un autor din secolul al 18-lea *Deumann*, scria următórele: Când punem o legătură pe pediculul unui polip, trebue să fim cu multă luare aminte la sensibilitatea și natura durereî ce încércă bolnava. O durere vie în momentul strângereî legăturei indică tot-d'a-una că legătura conține o porțiune de uter.

Mai există un semn; el iarăși este de mare valóre în stabilirea diagnosticului diferențial. Acesta este posibilitatea de reducțiune parțială a globului uterin. Semnul acesta este patognomonic și a fost deja indicat de Sabatier; el stabilise că polipul e puțin sensibil și nu e susceptibil de reducțiune. Matricea rĕsturnată e tot-d'a-una sensibilă și se reduce mai mult saŭ mai puțin ușor, fie în parte saŭ totalitate. In fine Baudelocque iar acum în urmă Marion Sims aŭ stabilit valórea semiologică a acestui semn de mare importanță.

Simptomele și diagnosticul. Inversiunea de al III-lea grad. Acésta este caracterisată după cum scim prin ieșirea totală a uterului complect rĕsturnat prin orificiul vulveî și atârnând între cópse ca o limbă de clopot. Caracterele sunt mai puțin clare ca în al

doilea grad: acésta din causa expunereĭ mucóseĭ uterine la acțiunea aeruluĭ, a frecărilor, a depunereĭ pe suprafața sa de diferite materiĭ streine, etc. Totul face ca mucósa uterină să devină sbârcită, ratatinată și imposibil de recunoscut. Nu maĭ găsim nicĭ acele puncte numeróse, nicĭ acel aspect roșu caracteristic, precum nicĭ cele două orificiĭ laterale ale trompelor. Un singur lucru rămâne constant și anume, că la extremitatea liberă și în centrul tumoreĭ nu constatăm nicĭ un orificiŭ ce ne-ar indica presența gâtuluĭ uterin. Faptul e suficient pentru a esclude prolapsul uteruluĭ. Tóte cele-l'alte semne arătate în gradul al II-lea le vom cerceta și aci cu multă minuțiositate.

Caracteristica însă a inversiuneĭ de gradul III constă în aceea că tumora e maĭ voluminósă în partea periferică și merge strîmtorându-se către intrarea vaginuluĭ. Degetul explorator nu maĭ constată lipirea buzelor coluluĭ de tumoră și nicĭ acel cerc circular ce ne-ar conduce într'o boltă închisă de tóte părțile. Acésta provine că în inversiunea extremă, întregul părete al uteruluĭ, fiind rĕsfrânt în totalitatea luĭ, a tras după sine și deslipirea pereților cavităței cervicale a coluluĭ împreună cu buzele sale. De aci resultă o continuitate perfectă între mucósa uterină și cea vaginală, aprópe fără nicĭ o linie de demarcare. Cel mult putem constata un fórte mic burelet resultat din poeminența buzelor coluluĭ; după el imediat dăm într'o boltă formată din fundurile de sac vaginale.

In acéstă situație, diagnosticul e fórte greŭ de pus într'o inversiune și polip uterin. Singurul lucru constă pentru polip, în aceea că între tumoră și col putem introduce isterometrul une-orĭ la adâncimĭ fórte marĭ; în inversiune lucrul e cu totul imposibil căcĭ intrăm d'a dreptul în fundurile de sac vaginale. Dar dacă pediculul polipuluĭ e larg și a contractat aderențe cu buzele coluluĭ, semnul acesta devine cu totul negativ; atunci confusiunea e complectă. Și cu atât maĭ complectă va fi, când polipul erniat se va fi complicat și de o inversiune. Vom căuta în asemenea cas să ne dăm séma prin tóte mijlócele de presența saŭ absența uteruluĭ în escavațiunea basinuluĭ, precum și de reductibilitatea tumoreĭ fie în totalitate saŭ în parte. Acéstă reductibilitate trebue făcută cu multă metódă conducându-ne exact de aceleași principiurĭ stabilite la reducerea erniilor prin taxis. Metóda acésta nu are trebuință a fi descrisă; destul este a dice că dînsa a fost cunoscută de Baudeloque. Prin ea s'a reușit a se reduce inversiunĭ chiar de 8—10 lunĭ. Din neno-

rocire une-orĭ tumora devine ireductibilă, din causa uneĭ congestiunĭ pasive determinată de constricțiunea exercitată pe tumoră de inelul gâtuluĭ uterin și maĭ ales al istmuluĭ. Alte dățĭ ireductibilitatea provine din precipitarea anselor intestinale, a epiploonuluĭ și a anexelor în cavitatea lărgită a uteruluĭ inversat. Câte odată aceste organe contractă aderențe între ele saŭ cu părețiĭ uterinĭ deja căptușițĭ cu peritoneŭ, așa în cât se opun la orĭ-ce reducțiune a tumoreĭ. In fine, prin faptul goluluĭ ce rămâne în locul uteruluĭ răsturnat, e posibil ca fundul de sac vesical să vie în contact cu părețele anterior al rectuluĭ; aci contractând aderențe, el póte să astupe cu desăvêrșire escavațiunea pelviană ca și un diafragm saŭ boltă puternică. In acest caz uterul pierdêndu-și dreptul de domiciliŭ, reducerea iarăși nu maĭ e posibilă.

Tratamentul. Nu încape nicĭ o îndoială că aflându-ne în fața uneĭ inversiunĭ acute, saŭ chiar cronică și bruscă, vom căuta imediat să facem reducerea tumoreĭ. Reușita este aprópe sigură. Vom tampona apoĭ bine vaginul, vom ține femeea mult timp în repaus și decĭ vindecarea o putem obține.

Nu este însă tot ast-fel cu inversiunile cronice și maĭ ales de gradul al III-lea. Aci s'a propus o mulțime de metóde și procedee; dintre ele însă noĭ recomandăm următórele și maĭ ales una, pe care o considerăm ca a nóstră proprie.

1. Vom încerca prin tóte mijlócele să obținem reducerea tumoreĭ în mod lent și progresiv. Aplicarea dilnică de tampóne la baza tumoreĭ este recomandată de Pozzi; reducerea imediată și chiar forțată prin întrebuințarea taxisuluĭ lateral, se recomandă de Courty. Se apucă tumora în mână și se caută prin ușóre presiunĭ laterale să micșorăm congestiunea organuluĭ; căutăm în același timp a-l împinge treptat înăuntru pentru a trece de inelul constrictor al coluluĭ.

Dar tocmaĭ acésta este una din dificultățile cele maĭ marĭ de reducere. De aceea unĭĭ autorĭ între carĭ Courty, Barnnes și alțiĭ, aŭ recomandat secțiunea gâtuluĭ uterin și debridarea sa prin una saŭ maĭ multe incisiunĭ longitudinale.

Gaillard Thomas a căutat să lărgéscă orificiul uterin al coluluĭ pe calea abdominală. Bolnava a murit de peritonită.

Dacă avem norocul să obținem reducerea, noĭ propunem ca procedeŭ original, ca imediat saŭ a doua ḑi să se facă laparatomia și să se fixeze fundul uteruluĭ de părețiĭ abdominalĭ; cu alte cuvinte să facem isteropexia.

Când însă reducerea nu e posibilă prin nicĭ un mijloc, atunci e de prisos a încerca alte procedee, în special acela luĭ Küstner, pe care-l găsim complicat. Dînsul constă a deschide fundul de sac posterior al vaginuluĭ printr'o incisiune transversală. După ce introducem degetul și deslipim aderențele și în special lărgim inelul de strangulație, se spintecă părețele posterior al uteruluĭ. Se inspectéză cavitatea sa, se reduc intestinele saŭ alte conținuturĭ; după aceea se reduce și uterul împingênd pe părețele anterior, pe când degetul stă fix în fundul de sac, ținând gâtul uteruluĭ în loc. După aceea se cóse părețiĭ uteruluĭ închizându-se de asemenea și fundul de sac peritoneal.

Acéstă operațiune e lungă și combătută de unĭĭ autorĭ: eĭ aŭ fost siliți a termina operația prin isterectomie totală. De aceea metóda luĭ Küstner e considerată ca un mijloc de încercare; în casurĭ dificile recurgem imediat la isterectomie.

Operațiunea cea maĭ radicală este isterectomia vaginală totală. Dînsa nu presintă nicĭ o greutate; din contra se face fórte ușor. Nu maĭ atuncea, când inversiunea fiind de gradul al treilea și linia de demarcație între col și uter dispărută, putem avea óre-care esitare unde să aplicăm bisturiul, nefiind siguri de existența gâtuluĭ uterin. Dar e fórte rar o dispariție așa de totală a coluluĭ. In orĭ-ce cas, printr'un examen minuțios, vom putea descoperi un burelet de o consistență fibrósă; el fiind însăși buzele coluluĭ putem imediat practica incisiunea la óre-care distanță d'asupra sa și să procedăm la isterectomie.

O altă metódă care e maĭ puțin recomandabilă este *isterotomia*, adică ablațiunea uteruluĭ inversat în nivelul orificiul extern al coluluĭ. Marele inconvenient al acesteĭ operațiunĭ nu stă atât că se lasă în loc un mic bont uterin, care dacă nu e de nicĭ un folos bolnaveĭ rĕmâne maĭ mult ca un ghimpe saŭ agent de infecțiune primitivă saŭ secundară. Acésta dic nu e un cuvînt puternic și nicĭ demonstrat, maĭ ales că adĭ se póte evita prin îngrijirĭ antiseptice. Pericolul și punctul negru al acesteĭ operațiunĭ este că nu suntem siguri de conținutul ce se află în buzunarul uteruluĭ. Noĭ am vĕdut deja ce organe importante pot să prolabeze în acéstă cavitate, și decĭ la ce grave accidente putem espune pe bolnavă secționând partea prolabată a uteruluĭ, fie prin diferite aparate sdrobitóre saŭ d'a dreptul cu bisturiul.

Noĭ de și am obținut un frumos succes făcênd acéstă operație, cu tóte acestea mărturisim că e maĭ logic a face secțiunea

mediană a uteruluĭ pentru a ne convinge de conținutul cavității sale, și în urmă să procedăm la o operațiune radicală.

Tóte cele-l'alte mijlóce ca legăturĭ elastice, aplicarea ecrasoruluĭ luĭ Chassaignac, aplicarea curenților electricĭ, etc., sunt inutile și de întrebuințat și de descris.

Conchidem că singura operațiune rațională este isteropexia când reducerea s'a putut obține; iar în casul contrariŭ, isterectomia totală.

Amputația însă parțială a uteruluĭ pe care am făcut-o, fiind însoțită de un bun succes, credem util a o descrie.

Observație.

Maria Rădulescu, 30 anĭ, intră în serviciul nostru cu diagnosticul: *inversiunea uterului.*

Menstruată la 13 anĭ; la 16 anĭ se mărită. A avut doĭ copiĭ. La a doua facere ne declară că *în urma expulsăreĭ fĕtuluĭ* a simțit o tumoră de mărimea unuĭ oŭ de gâscă eșind din vulvă. Móșa s'a căsnit să scótă cu totul acea tumoră însă i-a fost imposibil din causa țipetelor de durere ale bolnaveĭ. De atunci tumora a rĕmas până adĭ neredusă. Desele emoragiĭ, ce veneaŭ la 2–3 săptămânĭ, silesc pe bolnavă a intra în spital.

Starea presentă. Prin vagin se simte o tumoră perfect rotundă, de mărimea uneĭ portocale, de consistență móle, elastică, dar destul de renitentă; pereții netedĭ și fără nicĭ o eserescență saŭ ulcerație. E de remarcat că *tumora durézĕ de 10 anĭ*; ea prin nimic nu s'a manifestat de cât prin simple emoragiĭ continue; uneorĭ maĭ micĭ alte dățĭ fórte abondente. Acéstă tumoră presintă un fund și un larg pedicul; are aspectul piriform. Pe suprafața pedicululuĭ sunt aplicate buzele colului; între pedicul și acestea degetul se póte introduce, dar nu póte înainta în sus fiind oprit de un fund de sac complect de jur împrejur. Prin palpația abdominală se simte degetul dinapoiul simfiseĭ. Fundul de sac nu are maĭ mult ca 2 cm. împrejurul tumoreĭ. Inapoiul simfiseĭ se constată absența uteruluĭ. Nicĭ o durere în abdomen.

La 19 Martie 1895 fac operația; examinez din noŭ cu multă minuțiositate tumora. După cloroformisare se apucă tumora cu o pensă cu dinți; treptat se trage afară, până ce coletul ajunge la intrarea vulveĭ. După ce fac largĭ spălăturĭ antiseptice, introduc acul la mijlocul pediculuĭ. Pun un fir dublu de mătase care se légă. Aplic apoĭ ansa galvanică și secționez. Maĭ multe artere și arteriole daŭ sânge; pun pense iar apoĭ fire. După aceea pun cincĭ fire de sutură prin grosimea bontuluĭ afrontându-se suprafețele. Se lasă firele lungĭ ca în cas de vre un accident să se póte trage bontul în afară. Pansament. Tumora extrasă e formată exclusiv din pereți musculari, caracteristicĭ uteruluĭ; are grosimea de 2 cm. *La 25 Martie* se scot firele. *La 20 Aprilie* bolnava iese din spital perfect de bine. Gâtul uteruluĭ are formă conică presentând o cavitate cu o adâncime de 1 cm.

CHESTIONAR

Deviaţiunile uterului.

Istoric. Ce credeaŭ vechiĭ autorĭ? Carĭ sunt mijlócele de susţinere ale uterului. Rolul ligamentelor rotunde. Experienţa luĭ Spiegelberg. Care este situaţia normală a uterului? Axa sa. Cum recunóscem posiţia normală a uterului? In ce constă deviaţiunea uterului? Definiţiunea deviaţiuneĭ uterine . . . . . pag. 470—476

Clasificaţiuuea deviaţiunilor: versiune, flexiune, anteversiune, retroversiune, caractere; flexiune corporală şi cervicală, flexiunĭ divergente. Prolaps uterin, anteposiţiune, retroposiţiuneĭ, latero-posiţiune. *Anteversiunea.* Caractere. Etiologie. Rolul inflamaţieĭ uterine. Simptomele. Diagnosticul şi tratamentul . . . . . „ 476—480

Anteflexiunea. Caractere. Diviziune: anteflexiune corporală, cervicală şi cervi-corporală. Definiţiunĭ şi caractere. Etiologia; anteflexiunĭ congenitale şi dobândite. Simptomele. Diagnosticul. Tratamentul. Diferite procedee. Tija luĭ Fehling şi a luĭ Le Four . . . „ 480—488

Deviaţiunile uteruluĭ înapoĭ: Retroversiune, retroflexiune. Definiţie şi caractere. Mecanismul. Cause. Teoria luĭ Schultze. Simptomele. Diagnosticul. Tratamentul. Reducerea manuală şi instrumentală. Scurtarea ligamentelor rotunde. Procedeul luĭ Wylie şi Dudley. Operaţiunĭ directe asupra uterului. Cervipexia: Amussat, Nicoletis, Byford. Vagino-fixaţia. Procedeul Schücking, Dürhssen, Le Dentu şi Pichevin. Isteropexia abdominală. Istoric. Objecţiunĭ . . . . . „ 488—509

Prolapsul uterin.

Consideraţiunĭ generale. Istoric. Hippocrate, Aretheu, Soranus, Euryphon, Moriceau, Levret şi Huguier. Mecanismul prolapsuluĭ. Definiţiune. Diviziune: alunecare, procidenţa şi precipitarea uterului. Etiologia. Rolul ligamentelor de suspensie şi contenţie. Opinia luĭ Trélat. Opinia autoruluĭ . . . . . „ 509—518

Anatomia patologică. Leziunile organelor vecine. Elitrocel, cistocel, rectocel, ipertrofia coluluĭ. Uretrocel. Mecanism. Cistocel. Istoric. Mecanism, diferite grade. Cause. Diviziunea coluluĭ în treĭ porţiunĭ. Mecanism şi varietăţĭ. Simptomele propriĭ uretrocelului, cistocelului şi rectocelului. Caracterele prolapsuluĭ. Prolaps incoercibil şi reductibil „ 518—531

Tratamentul uretrocelului. Medicaţiunĭ modificatrice. Operaţiunĭ chirurgicale. Procedeul luĭ Duplay şi Trélat prin spintecarea buzunaruluĭ. Metóda luĭ Lawson Tait. Tratamentul cistocelului. Operaţiunĭ indirecte (elitrorafie): Girardin. Cistopexia abdominală (Tuffier). Tratamentul elitrocelului. Varietate: elitrocel şi hedrocel. Procedeul

luĭ Berger și Gaillard Thomas. Tratamentul prolapsuluĭ uterin. Pesare isterofore. Operația luĭ Freund. Metóda luĭ Le Fort. Tratmentul ipertrofieĭ coluluĭ. Operația luĭ Huguier. Procedeul luĭ Follet din Lille, colopexie. Isterectomie vaginală totală: Istoric. Fixarea păreților vaginalĭ. Procedeul luĭ Mac Monagle, Martin, Czempen, Quenu și Jacobs. Isteropexia. Considerațiunĭ proprii ale autoruluĭ. Istero-cisto-ventropexie cu rezecție de lambourĭ (metóda autoruluĭ). Operația luĭ Alexander. Procedeul luĭ Lannelongue . . . . . pag. 531—551

Inversiunea uteruluĭ.

Istoric. Diferite grade. Causele inversiuneĭ. Opinia luĭ Hipocrate, Galien, Dubois, etc. Inversiunĭ provocate și spontanate. Inversiunĭ puerperale. Mecanismul. Inversiunea acută și cronică. Punctul de unde începe. Rolul insecțiuneĭ placenteĭ. Teoria luĭ Kievisch și Rokitansky, inversiunĭ provocate de fibro-mióme. Mecanism. Istoric. Inversiunĭ provocate de ematometru și idrometru . . . . . „ 551—563

Simptome și diagnostic. Caracterile inversiuneĭ de gradul I, II și III. Uter turtit. Rigby. Diagnosticul cu prolaps, polip și fibrom. Semnele patognomonice ale fie-căruia. Sensibilitatea, contractilitatea și durerea. Tratamentul. Reducere imediată și gradată. Incisia orificiuluĭ uterin. Isterectomie . . . . . „ 563—571

PARTEA IV

BOALELE LIGAMENTELOR LARGI

Considerațiuni generale. După ce peritoneul căptușesce fața anterióră și posterióră a uteruluĭ, ajungând la marginele acestuĭ organ se dirige sub formă de două fășiĭ către ósele iliace. Acésta constitue ligamentele largĭ. Aceste ligamente, prin direcțiunea lor aprópe verticală, împarte cavitatea pelviană în două marĭ despărțiturĭ saŭ compartimente. Despărțitura anterióră e numită fundul de sac-vesico-uterin saŭ *cavum ante-uterin* destinat pentru locuința băsiceĭ; cea posterióră se numesce fundul de sac recto-uterin saŭ *cavum retro-uterin* ce este destinat pentru rect.

Ligamentele largĭ presintă două fețe și patru marginĭ. Fața anterióră e în raport cu băsica formând fundul de sac vesico-uterin; cea posterióră cu rectul formând fundul de sac vesico-uterin saŭ Douglas. Ambele fețe sunt netede și unice. Totuși pe fața anterióră există o ridicătură determinată de ligamentul rotund; pe cea posterióră se află două ridicăturĭ falciforme, determinate de ligamentele utero-sacrale și numite îndoiturile luĭ Douglas.

Marginea internă e largă cât grosimea uteruluĭ pe care îl îmbucă. Marginea externă e mult maĭ subțire din causa lipseĭ celor două foĭ peritoneale; dînsa se fixéză în laturile pelvisuluĭ urmând o linie verticală situată cam la mijlocul linieĭ dintre gaura obturatrice și marea scobitură sciatică. Marginea superióră formézá treĭ îndoiturĭ numite aripĭ; ele conțin fie-care un anume

organ: în aripa anterióră puțin desvoltată, se află ligamentul rotund; în cea medie — care e cea mai superióră și mai desvoltată formând aprópe ea însăși marginea corespondentă a ligamentului — se află trompa lui Fallope; în cea posterióră, se află ligamentul ovarului. De observat este că trompa împreună cu porțiunea tubară, în totalitatea ei e conținută și invălită de tóte părțile în acéstă fóie peritoneală numită aripa medie. Sub dînsa cele două foițe peritoneale se reunesc și constitue ast-fel un meso-salpix ce se cobóră până la ovar. Din contra, peritoneul din aripa posterióră nu învelesce în mod complect ovarul ci numai ligamentul utero-ovarien, tubo-ovarien și marginea anterióră a ovarului; el se opresce în dreptul hiluluĭ. Peritoneul, zice Testut, contrariŭ cu aserțiunile celor vechĭ nu se prelungesce pe ovar, ci se opresce în dreptul hiluluĭ unde endoteliul seróseĭ se opresce brusc înlocuindu-se prin epiteliul ovaric. Resultă decĭ că ovarul, afară de marginea sa anterióră, plutesce cu totul în cavitatea peritoneală. Marginea inferióră a ligamentuluĭ larg corespunde la țesutul celular sub peritoneal al basinuluĭ, la aponevrosa perineală superióră, iar cu totul înăuntru, la marginele laterale ale vaginuluĭ. Dupĕ Guerin, cavitatea circumscrisă de cele două foĭ ale ligamentuluĭ larg este ermetic închisă în jos de fascia proprie.

Am spus că ligamentele largĭ sunt formate din două foĭ peritoneale: una anterióră și alta posterióră. Dar aceste două foĭ nelipindu-se între ele, interceptéză un spațiŭ numit cavitatea ligamentelor largĭ. Acéstă cavitate este de fórte mare importanță atât prin organele ce conține cât și prin procesele morbi de la carĭ dă nascere.

Discuțiunea constă în aceea că după unii autorĭ, acéstă cavitate este cu totul virtuală; ea nu conține nicĭ un țesut celulo-conjunctiv capabil a se inflama și decĭ a produce flegmon. Pentru alțiĭ din contra, lucrul ar fi cu totul alt-fel.

Cercetările moderne și în special ale luĭ Delbet aŭ stabilit, că există două regiunĭ saŭ cavitățĭ: una superióră și alta inferióră. Porțiunea superióră numită și intra-peritoneală se întinde de la cornul uterin în jos către istm, iar în lăturĭ până la ósele iliace. In tótă acéstă întindere cele două foițe sunt aprópe lipite între ele; decĭ propriŭ zis nu există nicĭ o cavitate ci maximum un spațiŭ virtual. Mai mult, nu se găsește aprópe de loc țesut celulo-conjunctiv; în orĭ-ce cas el e într'o cantitate atât de minimă că nu e cu putință desvoltarea nicĭ unuĭ proces inflamator saŭ mai bine dis al vre-unuĭ flegmon. Totuși în acéstă cavi-

tate există organe fórte importante. Ast-fel urmărind linia de inserțiune de la cornul uterin la istm găsim: trompa luĭ Fallope, ligamentul rotund și artera spermatică: în lăturĭ anexele. vasele utero-ovariene și limfaticele carĭ nasc de la fundul uteruluĭ, a trompelor și ovarelor. Dar încă o dată, cele douĕ foĭ ale ligamentuluĭ larg se aplică pe tóte aceste organe precum și între dînsele; un alt spațiŭ gol ce ar conține alt-ceva de cât organele menționate, nu există.

Este clar dice Lawson Tait că nu există cavitate reală a ligamentuluĭ larg; dînsa e cu totul virtuală. Intrebuințăm însă cuvêntul de cavitate numaĭ pentru a exprima faptul că se află acolo un spațiŭ care conține organe, oferind un óre-care interes embriologic și avênd adesea o mare importanță patologică. Vom reveni.

Nu este însă tot ast-fel cu partea saŭ logea inferióră a ligamentelor largĭ. Acésta constitue în adevĕr o cavitate reală. Dînsa, prin faptul că în sus e închisă prin lipirea celor douĕ foĭ peritoneale, pórtă numele de cavitate extra-peritoneală; acésta representă baza ligamentuluĭ larg.

Acéstă bază — convexă, stă rezemată pe țesutul conjunctiv lax care separă vaginul de aponevrosa de invăliș a ridicătoruluĭ anusuluĭ; dînsa înconjóră de jur împrejur fețele uteruluĭ situate în afară de peritoneŭ. Acesteia Germaniĭ și în special Virchow i-a dat numele de parametrium. Cavitatea acésta s'a numit de Richet spațiul pelvi rectal superior. Delbet o numește téca ipogastrică, pentru că dînsa conține ramurile pelviene ale iliaceĭ interne. Și în adevĕr, în țesutul acesteĭ cavităților se află așezate voluminósa arteră uterină precum și ureterele ce sunt vîrîte sub acest țesut conjunctiv. In casul de tumorĭ saŭ supurațiunĭ în acéstă regiune, artera ca și ureterele pot fi fórte mult împinse în jos și decĭ susceptibile a fi atacate în timpul extirpăreĭ tumorilor saŭ uneĭ deschiderĭ de vaste abcese. Limitele acesteĭ cavităților aflată la baza ligamentelor largĭ ar fi următórele: înapoĭ aponevrosa sacro-recto genitală și ligamentele utero-sacrale; înainte băsica și fundul de sac vesico-uterin, partea inferióră și posterióră a aponevroseĭ ombilico-vesicale care separă cele douĕ logĭ; în sus convergența celor douĕ foĭ ale ligamentelor largĭ și aponevrosa pelviană superióră; în jos aponevrosele și planșeul perineal. Mărginele sunt: înapoĭ scobitura sciatică prin care ies ramurele externe ale ipogastriceĭ; înainte și înăuntru gâtul uteruluĭ și părețiĭ vaginalĭ; în afară regiunea obturatrice. Pe

lângă vasele ipogastrice, acéstă cavitate conține încă ganglioni, limfatice, nervi și uretera. Aceste limfatice, venite de la gâtul teruluĭ și partea superióră a vaginuluĭ, se duc la ganglioniĭ așezați pe părețiĭ pelvieni; ele formézá împrejurul gâtuluĭ o rațea densă. Aci zice Segond, Poirrier nicĭ o dată n'a întâlnit ganglionul descris de Lucas-Championière.

In bólele ligamentelor largĭ vom descri parametrita și flegmonul ca avênd sediul în cavitatea extra-peritoneală saŭ a bazeĭ ligamentuluĭ. După aceea vom trece la pelvi-peritonita, la kiștiĭ para-ovaricĭ și la ematocel aparținând cavitățeĭ intra-pertoneale. In plus vom descri diferitele tumorĭ solide de origină fibrósă și mușculósă: știut este că în constituția ligamentelor largĭ există, dupe Rouget, fibre musculare netede.

Cap. I. Flegmonul ligamentelor largĭ

Parametrita (Duncan și Virchow.) Celulită pelviená (Emmet).— Flegmon perĭuterin (Nonat) Adenoflegmon juxta pubien (Guerin)

Prin flegmon al ligamentelor largĭ se înțelege în termenĭ generalĭ, inflamațiunea țesutuluĭ celulo-grăsos ce se află la baza ligamentelor largĭ, adică în regiunea extra-peritoneală. In loja superióră — care conține trompele, ovarele, ligamentele rotunde, vasele utero-ovariene și cele-l'alte limfatice — nu există după ceĭ maĭ mulțĭ autorĭ nicĭ un țesut grăsos capabil a fi coprins de inflamație: cel mult acest țesut ar fi într'o cantitate așa de mică, că devine incapabil de colecțiunĭ purulente.

Ast-fel fiind, lucrul ar deveni fórte ușor: procesul morbid va fi limitat exclusiv în acéstă lojă extra-peritoneală. Din nenorocire însă, separațiunea între cele douĕ lojĭ nu este atât de solidă, în cât inflamațiunea plecată de la baza ligamentelor largĭ să nu colposéscă și etagiul superior. Pe de altă parte, Delbet prin câte-va observațiunĭ clinice și experiențe a probat, că deși între foile ligamentuluĭ larg a etagiuluĭ superior nu există de cât o fórte mică cantitate de țesut celulo-conjunctiv, totuși se póte desvolta și aci în mod primitiv inflamațiunĭ, une-orĭ de natură serósă iar alte dățĭ franc purulente. Maĭ mult, de când laparatomiile s'aŭ întins pe o scară fórte largă, s'a adeverit — contrariŭ ideilor până aci deminante — că flegmonul ligamentelor largĭ, dacă nu tot-d'auna, cel puțin în imensa majoritate a casurilor, își are

punctul de plecare tocmaĭ în acéstă lojă superióră intra-peritoneală, grație extensiuneĭ inflamațieĭ plecată de la ovare sau trompe.

Faptul acesta a fost deja intrevĕzut de Aran. El e singurul care, bazat pe observațiuni clinice, a emis ideia că flegmónele și pelviperitonitele se datoresc inflamațiuneĭ anexelor. Dar maĭ cu deosebire Lawson Tait este acela care cel d'întâiŭ, întreprinzênd ablațiunea anexelor în supurațiunile pelviene, a arătat că aceste organe tot-d'a-una eraŭ bolnave și că prin urmare ele sunt adevĕrata causă a flegmonuluĭ numit al ligamentelor largĭ. La rêndul sĕŭ Pozzi, constituindu-se în apărătorul acesteĭ ideĭ, a introdus chiar o entitate morbidă a parte, dându-ĭ numele de perimetro-salpingită. Dînsul caută să demonstre că de aci provine tot rĕul: dupĕ modul evoluțiuneĭ salpingiteĭ, putem avea o simplă inflamație serósă a ligamentuluĭ larg, un flegmon supurat saŭ chiar celulită pelviená difusă. Fără a contesta acest lucru — de care suntem convinșĭ — credem noĭ că modul de a vedea a luĭ Pozzi aduce óre-care confesiune între pelvi-peritonita și flegmonul ligamentelor largĭ. Și adevĕrul este că dînsul, sub numele de perimetro-salpingită, studiază și pelvi-peritonita și acest flegmon.

Noĭ decĭ vom urma diviziunea clasică studiind a parte flegmonul de pelvi-peritonita. Nu vom căuta însă să descrim separat flegmonul de la baza ligamentelor și acela din etajul superior — de și clinicesce dînsele aŭ o simptomatologie proprie. Dar maĭ nainte de a intra în acest studiŭ, cred că e bine a face o mică recapitulare.

Prin parametru se înțelege țesutul conjunctiv aflat la baza ligamentuluĭ larg și căptușind fața superióră a ridicătoruluĭ anusuluĭ. Acest țesut pelvien, dice Schroeder, este format de o masă resistentă, care se ridică de fie-care parte a vaginuluĭ și a uteruluĭ, terminêndu-se în sus prin treĭ puncte formate: la mijloc prin baza ligamentuluĭ larg; înainte de țesutul celular ce înconjóră bășica, iar înapoĭ de țesutul conjunctiv ce însoțesce rectul. Din aceste diferite puncte considerate ca centru, se iradiază țesut conjunctiv lax. Acolo unde acest țesut nu servă de cât de umplutură, este înlocuit prin țesut adipos.

Iată acum și descrierea acestuĭ parametru făcută de Luscha și pe care o reproducem din Legueu: sub peritoneul basinuluĭ se întinde un plan celulos maĭ mult saŭ maĭ puțin încărcat de grăsime, care umple fără întrerupere intersticiile între fața inferióră a peritoneuluĭ și muschiul ridicător al anusuluĭ. Dacă

considerăm că acest muschiŭ, ce represintă întru cât-va diafragmul basinuluĭ, se scobóră de fie-care parte către planul median și se depărtéză din ce în ce maĭ mult de fața internă a păreților laterali, lucrul devine evident că acest muschiŭ divide cavitatea pelviană în douĕ spațiurĭ: unul aședat d'asupra, altul aședat dedesubtul luĭ. Și de óre-ce peritoneul nu se cobóră până la fața superióră a ridicătoruluĭ anusuluĭ, resultă în mod clar

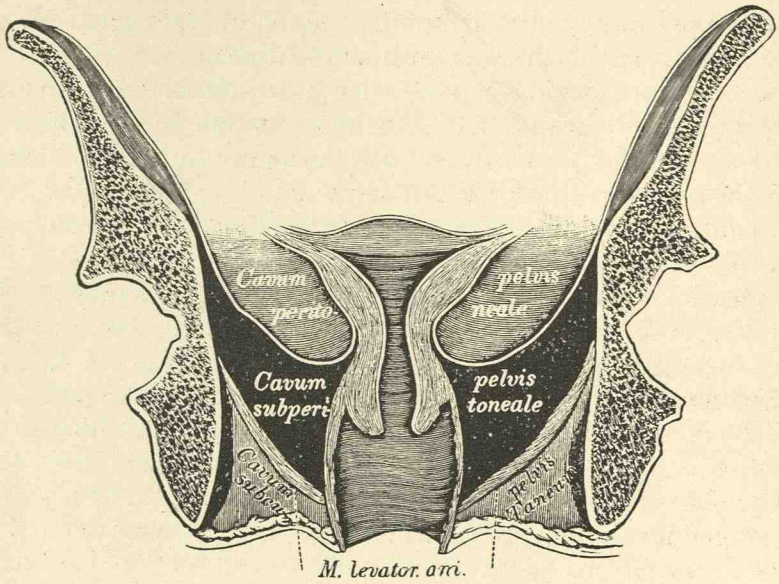


Fig. 96. Dispositia celor treĭ logĭ din micul basin (După Bandl).

un interval între acest muschiŭ și peritoneŭ; spațiul acesta formézĕ cavitatea pelviană sub peritoneală. Pe de altă parte, între fața inferióră a ridicătoruluĭ anusuluĭ și fețele laterale ale basinuluĭ rĕmâne un interval fórte profund și plin de grăsime; el s'ar putea numi scobitura pelviană sub-cutanată, pentru că e limitată în jos prin piele.

Avem decĭ treĭ camere separate: o cavitate peritoneală, una sub-peritoneală și alta snb-cutanată.

Parametrul, după acéstă descripțiune, înconjóră jumĕtatea inferióră a uteruluĭ, îmbrățișéză înainte bășica, înapoĭ rectul, iar în lăturĭ merge până la aponevrosa ridicătoruluĭ anusuluĭ.

Cât privesce cavitatea peritoneală saŭ cavitatea propriŭ dișă a legamentuluĭ larg, dînsa conrespunde înăuntru cu marginele uteruluĭ; în sus cu îndoiturile saŭ aripele legamentuluĭ rotund, ale trompeĭ și ovaruluĭ iar în afară cu peretele pelvien. In jos acéstă cavitate e închisă prin lipirea celor doŭe foĭ peritoneale precum și prin prelungirea aponevroseĭ ombilico-vesicale a luĭ Delbet.

Pentru maĭ multă claritate reproducem fig. 96 din Martin, care e tot ce póte fi maĭ demonstrativ. Aci se vĕd cele treĭ logĭ superpuse.

1) O afundătură a peritoneuluĭ căptușind marginele laterale ale uteruluĭ până la istm (cavum pelvis peritoneale(.

2) Dedesubt un spațiŭ sub-peritoneal: parametru format în starea normală de țesut celulo-gresos, limitat în sus de serósă iar în jos de ridicătorul anusuluĭ (cavum pelvis sub-peritoneale).

3) Sub muschiul ridicător al anusuluĭ există un alt spațiŭ celulo-conjuctiv fórte bogat în grăsime; el e limitat în sus de muschĭ iar în jos de piele (cavum pelvis sub-cutaneum),

Imflamațiunea acestuĭ țesut pórtă numele de flegmonul baseĭ ligamentelor largĭ, de parametrită, celulită pelviană, flegmonul teceĭ ipogastrice, flegmon juxta-uterin, etc.

Etiologie. Există doŭe flegmóne a ligamentelor largĭ saŭ parametrite. Unul benign iar altul malign: după agentul care le dă nascere.

Caracteristica lor constă în aceea că în casul de parametrită neinfecțiósă saŭ benignă, inflamațiunea se mărginesce la o leziune locală și circonscrită; pe câtă vreme în cea malignă saŭ de natură infecțiósă, o asemenea iuflamațiune are tendință irezistibilă către infecțiune: ea copleșește nu numaĭ țesutul celulo-grăsos ce constitue parametrul, dar se întinde în regiuni mult maĭ depărtate. Acéstă formă aduce adesea mórtea bolnaveĭ. Inflamațiunile benigne recunosc drept causă agenți banalĭ, ca plăgĭ, contusiunĭ, escese de coit, oboselĭ, lipse igienice în timpul menstruațieĭ, explorațiunĭ brutale ale vaginuluĭ, traumatisme în timpul facerilor etc. etc. Este bine înțeles că în tóte aceste casurĭ intervențiunea unuĭ agent patogen saŭ microb nu póte fi esclusă. Benignitatea constă că microbul nu e provĕdut de nicĭ o virulență specială, iar organismul din partea sa nu e atins de nicĭ o bólă constituțională, capabilă a imprima o natură virulentă saŭ o pululațiune escesivă a microbuluĭ.

Din nenorocire însă, forma acésta benignă de flegmon parametric se observă maĭ rar în raport cu cea malignă.

In imensa majoritate a casurilor, parametrita saŭ flegmonul ligamentelor largĭ este consecinţa stăreĭ puerperale. In adevĕr, fórte adesea-orĭ femeele în urma facerilor, avorturilor, saŭ tentativelor de a avorta, sunt de ordinar coprinse de acéstă afecţiune. Dar acésta nu însemnéză că bóla tot-d'a-una recunósce acéstă causă. Este destul ca simple explorăţiunĭ făcute în condiţiunĭ septice să fie capabile a da nascere uneĭ inflamaţiunĭ pelviene. Ca probă avem că acest flegmon se observă în orĭ-ce intervenţiune chirurgicală rĕŭ făcută, fie pe vagin, pe gâtul uteruluĭ saŭ fundurile de sac. Explorăţiunea uterină cu isterometrul murdar precum şi dilataţiunea colului, daŭ acelaşĭ resultat. Examenul uneĭ femeĭ pentru a stabili dacă e saŭ nu însărcinată, s'a însoţit une-orĭ de acest flegmon.

Este destul în tóte aceste casurĭ, să existe o ulceraţie saŭ escoriaţie cât de mică pe traectul canaluluĭ vaginal, pentru a fi suficientă ca infecţiunea să se propage până la baza ligamentelor largĭ. Ast-fel Beigel arată 11 casurĭ de flegmóne a ligamentelor largĭ, consecutive operaţiunilor pe buza mare, glanda luĭ Bartholin şi chiar rupturĭ ale perineuluĭ. De şi Segond consideră aceste observaţiunĭ puţin esplicite, atribuindu-le maĭ mult la o simplă coincidenţă de cât ca o relaţiune de causă la efect, noĭ însă credem lucrul posibil, de óre-ce mare parte din limfaticele vaginuluĭ trec în ţesutul celulo-grăsos al pelvisuluĭ.

Tóte cele-l'alte infecţiunĭ provenite în urma inflamaţiuneĭ anexelor, saŭ străbatereĭ microbuluĭ prin mucósa uterină pe calea limfatică, aparţin grupuluĭ flegmónelor ligamentuluĭ larg propriŭ dis, adică al cavităţeĭ peritoneale. S'a susţinut în acéstă privinţă în special de Cornil, că mucósa şi părеţiĭ uteruluĭ formézĕ o barieră puternică, ce nu permite gonococuluĭ străbaterea în regiunile peri-uterine. Singur streptocolul ar avea privilegiul de a înainta în aceste regiunĭ. Astădĭ însă, graţie cercetărilor luĭ Wertheim, scim că acéstă barieră este o iluziune, de óre-ce pentru gonococ nu există nicĭ o barieră. Pe de altă parte şi alţĭ agenţĭ patogenĭ ca stafilococus aurens, albus şi tóte speciile de microbĭ, pot trece prin mucósă şi părеţiĭ uteruluĭ pentru a da nascere acestor flegmasiĭ, maĭ ales dacă prealabil se determină o leziune cât de neînsemnată fie chiar un micro-traumatism.

Dar prin ce mecanism intim acésta infecţiune se produce?

Bernutz, Courty şi acum în urmă Charpy susţin calea venósă. Dupĕ dînşiĭ se produce o flebită saŭ peri-flebită; în urma

acesteia agentul morbid, strĕbătând în ţesutul celulo-conjunctiv pelvien, dă nascere uneĭ inflamaţiunĭ, adesea flegmonósă.

Duplay, Voillemier şi Guéneau de Mussy sunt ceĭ d'întâĭ carĭ aŭ atribuit infecţiunea prin vase limfatice.

Dar maĭ cu deosebire Guérin a susţinut cu cea maĭ mare tărie şi cu tot talentul sĕŭ, că afecţiunea ar proveni dintr'un transport al virusuluĭ prin căile limfatice; de aci apoĭ s'ar stabili într'un ganglion ce ar avea sediul înapoiul pubisuluĭ. Pentru acest cuvînt el a şi dat numele afecţiuneĭ de *adenoflegmon juxta-pubien*. Lucas Championière s'a făcut şi el apărătorul acesteĭ ideĭ. Deşi Poirier spune că nicĭ o dată n'a găsit un asemenea ganglion, totuşĭ nu e maĭ putin adevĕrat că există o reţea fórte bogată de vase limfatice împrejurul gâtuluĭ uterin şi în ţesutul celulo conjunctiv. Prin urmare, dacă acest flegmon n'ar recunósce ca origină o adenită, este incontestabil însă că provine dintr'o limfangită. De aci numele de *limfangită peri-uterină* saŭ *limfită* după Martineau. S'a maĭ discutat iarăşĭ dacă inflamaţiunea se póte propaga direct prin ţesutul celulo-conjunctiv. Lucrul e posibil; se cere însă anume condiţiunĭ cum ar fi casul, când lipsiţĭ de precauţiunĭ antiseptice am practica o punctie exploratrice cu siringa Pravaz în fundul de sac posterior al vaginuluĭ; atuncĭ depunerea agentuluĭ morbid s'ar face d'a dreptul în acest ţesut. De aci inflamaţiunea se propagă pe calea continuităţeĭ până la baza ligamentuluĭ larg. Dar şi în acest cas, după ultimele date anatomice, propagaţiunea se face tot prin vasele limfatice, de óre-ce origina acestor vase se găseşte în însăşĭ ţesutul conjunctiv.

Ar maĭ fi încă o cale de propagaţiune: aceea prin metastasă saŭ embolie, adică prin inoculaţiune directă pe calea sanguină. Ast-fel ar fi casul de desvoltare a flegmónelor ligamentuluĭ larg în urma bólelor infecţióse generale, ca rugeola, scarlatina, variola şi febra tifoidă. In fine s'a emis ideea că unele flegmóne pelviene ar recunósce o causă cu totul specifică şi anume aceea a intervenţiuneĭ bacilului tuberculoseĭ, plecat de la uter, trompe saŭ ovare.

Anatomia patologică. Parametrita saŭ flegmonul ligamentelor largĭ ne presintă douĕ forme clinice: una *difuză* şi alta *circumscrisă*. Dînsele resultă din natura agentuluĭ provocator şi în speciaĭ al virulenţeĭ sale. Flegmonul de origină puerperală, în majoritatea casurilor ia caracterul difuziuneĭ; şi cu atât maĭ mare va fi diviziunea cu cât infecţiunea s'a produs pe calea venósă. Acésta represintă tipul parametriteĭ maligne infecţióse. In adevĕr, infec-

țiunea septică póte copleși de o dată întregul țesut celular pelvien, fără cea mai mică tendință de localisare. Tótă masa celuloconjunctivă a miculuĭ basin, e copleșită de un edem avênd o colóre lividă; aci șerpuesc limfatice pline de microbĭ iar venele pline de coagulĭ și puroiŭ. Extensiunea este atât de întinsă și se produce în mod așa de repede, întocmaĭ ca și un erisipel. De aceea Virchow i-a și dat numele de *erisipelas malignum puerperale.* Emmet, Boully și Pozzi o numesc *celulită pelviană difuză.* Noĭ propunem numele de *pancelulită infecțiósă.*

Forma acésta e cea mai gravă: dînsa mai nainte de a intra în supurație, provócă mórtea bolnaveĭ. Este escepțional ca acéstă infiltrațiune edematósă să intre în resorbțiune saŭ să se colecteze sub formă de micĭ focare purulente. Acésta ar fi póte singura speranță de scăpare; din nenorocire e fórte rară.

In casurile ușóre, când infecțiunea nu e împinsă la maximum sĕŭ, procesul inflamator póte să rĕmâe în limitele anatomice ce am descris, adică în cavitatea extra-peritoneală a bazeĭ ligamentuluĭ larg. In acest caz flegmonul este circumscris; puroiul capătă o consistență cremósă și oferă tóte caracterele recunoscute de bună natură.

Părețiĭ buzunaruluĭ când este unic, sunt căptușiți de o membrană cenușie, burgeonantă, analógă cu membrana piogenică descrisă de Delpech. Une-orĭ acest buzunar e provĕdut de diferite bârne saŭ tracturĭ celulo-fibróse; ele plécă de la un părete la altul împărțindu-l în maĭ multe lojĭ secundare. Alte dățĭ nimic din tóte acestea, așa că punga abcesuluĭ e simplă și de o capacitate de la 200—500 grame cel mult. Maĭ avem încă de considerat că părețiĭ abcesuluĭ, pot câte odată să aibă o grosime considerabilă mergênd de la 2—3 centimetri; dînșiĭ prin aspectul lor lardaceŭ și ușor sângerând, se pot impune drept o tumoră malignă, în special sarcom. Invers cu acésta, părețiĭ pot fi fórte subțirĭ; așa în cât neavênd nicĭ o resistență eĭ se pot perfora; liquidul purulent ce conțin se rĕspândește atuncĭ în tóte părțile vecine.

III. A treia varietate de flegmon este când procesul inflamator de și nu e de natură septică, totuși capătă o extensiune din cele maĭ colosale. El nu numaĭ că copleșesce și străbate în interiorul cavitățeĭ intra-ligamentare dând nascere flegmonuluĭ ligamentuluĭ larg propriŭ dis, dar se întinde la întregul țesut celulo-grăsos din fosele iliace și la acela al țesutuluĭ prevesical. Puroiul odată format, apare la exterior prin căile cele maĭ bizare,

urmând traectul diferitelor aponevrose, vase, nervĭ, etc. Varietatea acésta de flegmon, de și în realitate nu e septic, totușĭ compromite viața bolnaveĭ, atât prin fistulele interminabile la carĭ dă nascere, precum și prin imposibilitatea de a-l ataca, chiar intervenind în modul chirurgical cel maĭ rațional.

Am și astădĭ present în memorie o tînără fată virgină, ce am operat în strada Braduluĭ acum 4 anĭ. Dînsa în timpul menstruelor fu coprinsă de o inflamațiune violentă în micul basin, Părinții sĕĭ de religiune mosaică, din prejudițiŭ și de frică nu aŭ recurs imediat la ajutorul medical. Tocmaĭ târdiŭ, speriațĭ de progresele bóleĭ, am fost chemat. Am constatat o emaciațiune și o stare cașectică colosală. In plus întregul abdomen, plecând de la simfisa pubiană până aprópe de ombilic înainte, iar în lăturĭ și maĭ ales către fosa iliacă stângă până la spina iliacă antero-superióră, conținea o tumoră enormă, mult maĭ mare ca un cap de adult și cu totul fluctuentă. Făcênd o deschidere d'asupra ligamentuluĭ luĭ Poupart, am dat drumul la maĭ mult ca 2 kilograme de puroiŭ, de alt-fel cu aspect de bună natură. Introducênd degetele bine antiseptisate, am constat o cavitate extra-ordinar de mare: ea coprindea aprópe întreg abdomenul, mergênd de la ombilic în escavațiunea sacrală și în ambele fose iliace. Părețiĭ sĕĭ neteḑĭ, cu o ușóră suprafață acoperită cu mugurĭ cărnoșĭ, păreaŭ destul de subțirĭ. Am introdus douĕ tuburĭ largĭ de drenaj. prin carĭ ḑilnic făceam spălaturĭ cu sublimat, creolină și acid fenic. Efectele imediate aŭ fost fórte îmbucurătóre, căcĭ temperatura care de douĕ lunĭ se menținea între 39—40° scăḑuse treptat până la normală. Din nenorocire, acéstă stare n'a durat mult: bolnava după o nouă suferință de 5 lunĭ de ḑile, a murit de consumție, probabil în urma uneĭ resorbțiunĭ lente și progresive. Către sfârșit ieșiaŭ prin plagă nisce mugurĭ cărnoșĭ de próstă natură, avênd în totul aspectul unor mugurĭ sarcomatoșĭ.

Dar să vedem maĭ în detaliŭ, care este calea de propagațiune și cum ni se manifestă la exterior aceste flegmóne, carĭ încă odată, de și prin natura lor nu sunt septice, totușĭ omóră pe individ, fie prin extensiune progresivă saŭ prin producere de fistule și anfractuositățĭ interminabile.

Dacă ne reamintim limitele ce s'aŭ stabilit în țesutul celulo-conjunctiv aflat la baza ligamentelor largĭ, lesne deducem căile ce puroiul odată format, póte să ia. In prima linie am spus că țesutul acesta celulo-conjunctiv ce înconjóră de jur împrejur gâtul uteruluĭ, se află în contact înainte cu bășica, înapoĭ cu rectul și

în jos cu fundurile de sac vaginale. Prin urmare, în fie-care din aceste organe abcesul se póte deschide. Deschiderea cea mai comună este în vagin prin fundul de sac posterior, apoi în rect și mult mai rar în băşică. Cât privesce uterul, deschiderea în acest organ este cu totul escepțională. Cu tóte acestea Delbet a putut să reunească șépte observațiuni. Am vĕdut însă că întregul acest țesut celulo-grăsos pelvien, aflat la baza ligamentelor largi, este sprijinit în jos și în lături pe aponevrosa superióră a perineului și aceea a ridicătorului anusului. Prin urmare, dacă puroiul reușesce a perfora aceste aponevrose, el va putea să-și facă aparițiunea fie la perineŭ, fie înfiltrându-se între părețiĭ rectului și ischion simulând în tocmai un abces al foseĭ ischio-rectale. Dacă fenomenul ocupă întregul țesut de la baza ligamentului larg și maximul sĕŭ de evoluțiune ar fi către fosa iliacă, atunci abcesul urmând și disecând vasele iliace, póte să apară sub arcada luĭ Fallope; el póte merge chiar până la vîrful triunghiului luĭ Scarpa, simulând abcesele femorale. El mai póte ieși prin marea scobitură sciatică și deci să apară pe fese; une-ori se oprește în dreptul miculuĭ trochanter putându-se lua drept o coxalgie supurată.

Personal am observat un asemenea caz la o femee din Craiova. Dînsa era tratată de coxalgică; în realitate însă abcesul era consecința unuĭ flegmon al ligamentelor largi. In fine abcesul póte să-și facă loc prin gaura obturatorie către fața internă a cópseĭ în nivelul canaluluĭ crural. Dar casul mai rar este când puroiul deslipește înapoi peritoneul, pe care ridicându-l ajunge până la escavațiunea sacrală urmênd ligamentele posterióre ale uteruluĭ. Când puroiul invadéză înainte deslipind fundul de sac vesico-uterin, el póte să se infiltreze pe părețele posterior al băşiceĭ.

Când flegmonul se desvoltă primitiv saŭ în mod secundar în cavitatea proprie a ligamentuluĭ larg, atunci el se află închis în acéstă lojă peritoneală, ale căreĭ limite le cunóscem și anume: în năuntru este limitat de mărginele uteruluĭ, în afară de fosa iliacă, în sus de marginea superióră a ligamentuluĭ larg cu cele treĭ aripi, iar în jos de aponevrosa superióră a perineuluĭ, dublată de fața posterióră a aponevroseĭ ombilico-vesicale. In casul cel mai frequent, abcesul se desvoltă în sus, întinḑênd marginea superioră a ligamentuluĭ larg; prin urmare se va apropia fórte mult de peretele abdominal. Aci formézā o placă întinsă de la uter către fosa ilacă, numită de Chaumel *plastron abdominal*. Dacă evoluțiunea se face mai mult către fosa iliacă și abcesul reușesce a

perfora foița peritoneală, el póte să se infiltreze înapoiul peritoneuluĭ parietal și aponevrosa psoasuluĭ; disecând părțile el póte merge sus chiar până la diafragm. Une-orĭ însă urmărind numaĭ traectul arterei utero-ovariene, el se opresce în regiunea rinichiuluĭ; aci făcênd proeminență înapoĭ către triunghiul luĭ J. L. Petit, simuléză un abces perinefretic. Alte dățĭ, mersul în loc să fie direct ascendent, ia o direcțiune înainte și în sus disecând fosa iliacă internă; atuncĭ puroiul vine să proemineze d'asupra ligamentuluĭ luĭ Fallope, până la spina iliacă antero-superióră.

Dar tendința flegmonuluĭ este a lua o desvoltare maĭ mare înapoĭ; atuncĭ dînsul împingênd despărțitórea peritoneală utero-rectală, caută a o șterge umplând cu desĕvêrșire fundul de sac a luĭ Douglas. In fine de și casul e maĭ rar, totușĭ extensiunea imflamațieĭ și peregrinarea puroiuluĭ póte să ia un drum cu totul opus. El e capabil ca forțând întru cât-va baza ligamentuluĭ, să vie în perineŭ, urmând aponevrosa acestuĭ organ. Alte dățĭ însă urméză aponevrosa ombilico-vesicală; atuncĭ inflamațiunea saŭ puroiul póte să ia cea maĭ mare extensiune înainte, copleșește țesutul celulo-grăsos prevesical și merge chiar până la ombilic; aci deschidêndu-se dă nascere uneia din varietățile fistulelor ombilicale.

O singură dată am observat acest caz la o femee din Alexandria, pe care am tratat-o în sanatoriul meŭ în 1897. Dînsa în urma uneĭ faceri a fost coprinsă de un flegmon violent al ligamentelor largĭ. Acesta cu timpul s'a deschis spontanat tocmaĭ în dreptul ombiliculuĭ; pe aci ieșea o cantitate destul de abondentă de puroiŭ seros și fetid. Bolnava fiind fórte emaciată, am încercat în câte-va rîndurĭ injecțiunĭ detersive, dar dînsa neavênd paciență a plecat nevindecată.

In fine puroiul póte să urmeze drumul ligamentuluĭ rotund și să apară în nivelul orificiuluĭ extern al canaluluĭ inquinal saŭ chiar în grosimea buzeĭ marĭ.

Simptomele și diagnosticul. Este fórte rar ca un flegmon al ligamentelor largĭ să ia nascere în mod insidios. In imensa majoritate a casurilor, pentru a nu dice tot-d'a-una, scena e deschisă în mod sgomotos. In special când flegmonul e de natură puerperală, imediat după 2—3 dile de la facere, femeea e coprinsă de un frison une-orĭ înspăimântător, și de o ridicare bruscă a temperatureĭ putând atinge 39—40 grade. Dar în acelașĭ timp dînsa e coprinsă de durerĭ violente, localisate în partea de jos

a basinului, saŭ către fosele iliace. Pe lângă acestea bolnava maĭ sufere de durerĭ depărtate în cópse; ele se datoresc compresiuneĭ trunchiurilor saŭ firelor nervóse plecate din plexul sacral. Acest cortegiŭ se însoțesce de durerĭ exasperante în abdomen, precum și de vărsăturĭ incoercibile și poracee. Cea maĭ ușóră atingere a păreților abdominalĭ e imposibilă; femeea stă sgârcită în pat, coprinsă de sudorĭ recĭ și cu ambele cópse flexate pe basin. Acésta ne indică la sigur desvoltarea inflamațiuneĭ, nu la baza ligamentuluĭ larg, ci în însăși cavitatea peritoneală a acestuĭ ligament. Dar în acest caz e maĭ mult vorba de o pelvi-peritonită, de cât de un adevĕrat flegmon saŭ parametrită. Pulsul în loc de a fi plin ca în stările febrile clare, este mic, frequent numĕrînd 120—130: caractere propriĭ peritonitelor. Când terminațiunea nu e fatală, tóte aceste fenomene generalĭ se slăbesc în intensitatea lor, făcênd loc semnelor locale. Cu tóte că Olshausen și cu dînsul mulțĭ autorĭ recomandă, că în primele ḑile când bóla se află în apogeul sĕŭ, trebue să ne abținem de la orĭ-ce explorațiune digitală a fundurilor de sac vaginale, noĭ însă împărtășim opiniunea luĭ Segond. Inconjurațĭ de tóte precauțiunile antiseptice, să nu ne abținem de la o asemenea explorațiune; ea e fórte utilă atât pentru stabilirea justă a diagnosticuluĭ, cât și pentru prevederea urmărilor ce bóla va avea.

Introducênd decĭ degetul în vagin, vom căuta să ne dăm bine séma de starea fundurilor de sac. Aci putem constata diferite semne ce ne vor arăta pe de o parte varietatea flegmonuluĭ, iar pe de alta întinderea sa. Ast-fel, dacă vom găsi o tumefacție limitată înapoiul gătuluĭ uterin, avênd un cerc inflamator, ce se întinde împrejurul acestuĭ organ, trecênd prin părțile sale laterale și pe cea anterióră în dreptul inserțiuneĭ sale pe vagin; și dacă în acelașĭ timp vom constata că acéstă zonă inflamatorie se lățesce înapoĭ pierḑêndu-se în profunḑimea miculuĭ basin, vom avea a face cu varietatea de *flegmon pericervical*. Dînsul înconjurând gâtul de jur împrejur în regiunea istmuluĭ, ar avea partea maĭ largă dirijată înapoiul basinuluĭ; de aci subțiindu-se din ce în ce, vine de înconjóră gâtul uteruluĭ în tocmaĭ ca un *inel*. Acest nume a fost dat de Gallard. In fig. 97 avem un model de acest flegmon. Forma acésta corespunde la flegmonul tip *circumscris al baseĭ ligamentuluĭ larg*, la *parametrita benignă*, la *adeno-flegmonul juxta-pubien* saŭ așa numit *circum uterin*. Este evident că explorațiunile făcute în tóte punctele coprinse de acéstă

zonă inflamatorie, vor fi însoțite de dureri mai mult sau mai puțin vii exprimate de bolnavă. In special vom provoca o durere fixă în nivelul istmului uterin, care va fi și semnul patagnomonic. Uterul își póte păstra situațiunea normală; el póte însă să fie într'o posițiune exagerată înainte ori înapoi, după cum abondența procesului inflamator va fi în partea anterióră sau posterióră. In ori-ce cas mobilitatea organului nu este micșorată mergênd până la o fixitate seriósă.

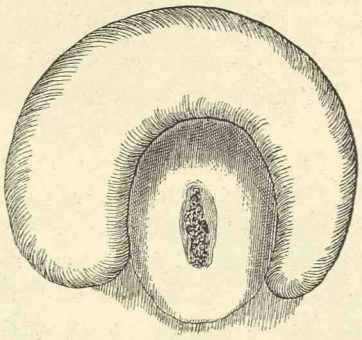


Fig. 97. Flegmon pericervical în formă de inel sau potcóvă (Auvard).

Dacă din contră vom constata o împăstare și zonă inflamatóre care ar merge de la mărginele uteruluĭ fără nicĭ o linie de demarcație, dirigindu-se în afară către fosa iliacă internă, făcênd să bombeze fundul de sac vaginal corespodent, îndoială nu există. Ne aflăm în fața unuĭ flegmen coprinḑênd întréga bază a ligamentuluĭ larg. Aci vom constata, în special pe mărginele uteruluĭ o tumefacțiune grósă; dînsa în majoritatea casurilor respinge cu totul uterul în partea opusă sănătósă, puindu-l în latero posițiune complectă. Alte dăți însă se póte constata o latero-flexiune (după noĭ deviațiune divergentă), adică că gâtul uteruluĭ să fie tras către partea bolnavă iar corpul împins către partea sănătósă. In tóte casurile uterul este fix în posițiunea sa; el nu permite aprópe nicĭ o mișcare, care de alt-fel este excesiv de durerósă. Iar dacă flegmonul ocupă ambele baze ale ligamentuluĭ larg, atuncĭ tumefacția fundurilor de sac va fi generală, uterul solid fixat, ca și cum ar fi vârît într'o masă de gips. Atuncĭ părețiĭ vaginuluĭ ne vor oferi o consistență dură, lipsită de ori-ce elasticitate și representând ceea-ce Pozzi numesce *vagin în carton*.

Tot cu acéstă ocasiune ne vom da séma de diferite percepțiuni ce vom simți cu degetul, ca puncte moi, tari saŭ chiar fluctuente, precum și diferite pulsațiuni ce nu e rar a întâlni din partea arterei uterine. De asemenea vom căuta a ne da séma până la ce întindere înapoi și înainte se întinde acéstă inflamațiune. In fig. 98 din Auvard represintă flegmenul de la baza ligamentului.

Dacă flegmonul s'a desvoltat primitiv în cavitatea proprie a ligamentului larg, atunci semnele locali vor fi cu totul deosebite. Aci împăstarea și îndurațiunea în loc de a le constata către fundurile de sac vaginale, ele vor face proemiență și vor deveni manifeste către părețiĭ abdominali. Prin urmare exloraţiunea va fi eficace în acéstă regiune, pe când fundurile de sac ale vaginului vor fi aprópe libere. Iar dacă flgmonul propriŭ-dis al ligamentului

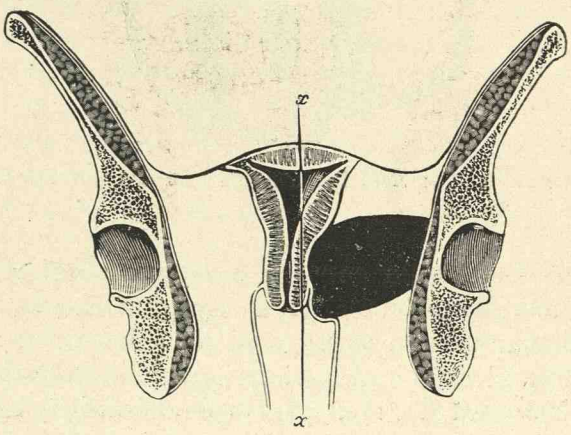


Fig. 98. Flegmon al bazeĭ ligamentului larg (*xx* planul median al pelvisului).

larg va ocupa ambele cavități, atunci întregul abdomen la partea sa anterióră va fi copleșit de o placă indurată, mergênd de la o margine la alta; atunci vom avea ceea-ce Chaumel a numit *plastron abdominal*. Acéstă placă de și în majoritatea casurilor este resultatul uneĭ indurațiunĭ inflamatóre, totuși Polk și Terillon aŭ demonstrat, că une-orĭ póte să resulte din presența anexelor inflamate și tumefiate. Este bine înțeles că fenomenele generali vor fi mult maĭ alarmante în acéstă ultimă varietate de flegmon, — ce în definitv e o adevĕrată pelvi-peritonită — de cât în simpla inflamație a bazeĭ ligamentelor largĭ. In orĭ-ce caz, bolnava va fi co-

prinsă de diferite alte fenomene, manifestate din partea organuluĭ în vecinătate cu fiegmonul. Ast-fel, vom avea dificultăți în urină, iar une-orĭ chiar supresiune complectă a uduluĭ dacă ureterele vor fi prinse și comprimate de masa mobidă. Din partea rectuluĭ iarăși vom constata constipațiunĭ, tenesme, etc. In fig. 99 din Auvard avem flegmon al etajuluĭ superior al ligamentuluĭ larg.

Dupĕ cum vedem, diagnosticul flegmónelor ligamentelor largĭ în general nu e greŭ; simptomele și sediul lor sunt patognomonice. Nu este însă ast-fel când vom fi chemați la o epocă

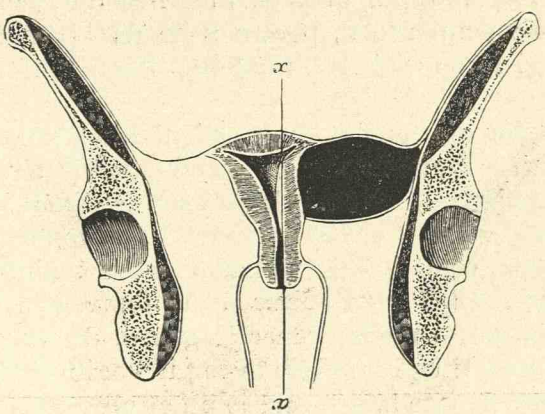


Fig. 99. Flegmon al vêrfuluĭuĭ gamentelor largĭ (*xx* planul vertical trecând prin mijlocul pelvisuluĭ).

depărtată și când flegmonul s'ar fi terminat prin resoluțiune incomplectă. In acest caz, putem să ne aflăm în fața unor nodulĭ de volum și de consistență diferită. Presența lor constatându-se prin grosimea fundurilor de sac vaginale, și avênd conexiune cu părțile laterale ale uteruluĭ, acești nodulĭ vor putea fi luați drept fibróme ale acestuĭ organ, saŭ chiar ale ligamentuluĭ larg, dacă se vor afla în grosimea sa. S'ar mai putea încă confunda nisce asemenea nodulĭ cu ovarele saŭ trompele inflamate căzute în fundul de sac posterior. Antedentele însă, precum și durerile ce sunt exquise în cas de anexită, iar fórte atenuate saŭ nule în caz de nodulĭ inflamatorĭ saŭ cronicĭ, ne vor servi mult în diferențiarea lor. Pe lângă acésta, pe măsură ce timpul trece, nodulĭĭ inflamaterĭ vor avea tendință a dispare în volumul și fenomenele lor; anexitele saŭ fibrómele vor rĕmâne staționare saŭ vor progresa.

Dar mai cu sémă în casul când acești noduli sunt consecința unui simplu edem inflamator al țesutului celulo-pelvien, ei ne pot oferi surprise, une-ori amusante: disparițiunea complectă dintr'o di în alta a bóleĭ ce constatasem și de care ne îngrijisem. Este bine înțeles însă, că o asemenea surprisă sciințifică, resultând dintr'o resorbțiune repede a serositățeĭ inflamatorie, să nu fie înlocuită printr'o neglijență saŭ ignoranță grotéscă, luând bolurile fecale drept nodulĭ. Cu puțină practică vom sci a evita păcăléla, aducându-ne aminte că silabele sunt mobile, se turtesc ușor prin apăsarea cu degetul, și sunt absolut indolente: lucrul acesta nu întâlnim în nicĭ un alt-fel de tumoră, fie ea de cea maĭ mică importanță. In orĭ-ce caz, noĭ nu vom neglija a face examenul rectal, pentru a ne da și maĭ bine séma de situațiune și în special de întinderea flegmonuluĭ și situațiunea uteruluĭ.

Dupĕ ce dar am stabilit diagnosticul între aceste flegmóne pur inflamatoriĭ a ligamentelor largĭ, ne rămâne a vorbi de forma cea maĭ malignă, și anume de *parametrita septică*, *de celulita pelviană difusă*, saŭ *erisipelul malign puerperal*. Din nenorocire, adesea acest diagnostic este inutil: bolnava móre înainte de vreme. Cu tóte acestea, noĭ îl vom afirma, când femeea în timpul lăuzieĭ e coprinsă de fenomene generale grave, de durerĭ marĭ în abdomen, anexe și în plus când întregul vagin și une-orĭ chiar și perineul, vor fi posedate de nisce plăcĭ albe cenușiĭ, murdare, în totul analoge cu plăcile difterice. Atuncĭ infecțiunea e generală; ea coprinde întréga sferă genitală internă și externă a femeeĭ. Adesea-orĭ stabilirea diagnosticuluĭ e repede urmată de certificatul de verificare al morțeĭ.

Mersul și prognosticul. Din cele arătate la anatomia patologică, deducem că flegmonul ligamentelor largĭ une-orĭ are o evoluțiune așa de repede, în cât întréga sferă genitală internă e coprinsă de procesul inflamator în așa grad, că nu ne maĭ permite nicĭ o intervențiune; sfârșitul este inevitabil fatal. Acésta se obesrvă maĭ ales în flegmónele de natură puerperală; ele formézĕ tipul parametriteĭ difuse septice. Alte dățĭ însă acest flegmon are un mers acut, fenomenele se pot localisa spontanat saŭ prin îngrijirĭ; el se póte circumscri. Rarĭ sunt casurile în carĭ o inflamațiune a ligamentelor largĭ să apară în mod lent și cronic. Acésta ar fi posibil numaĭ admițând natura tuberculósă a flegmonuluĭ, care încă nu e bine demonstrată.

In aceea ce privesce prognosticul, dînsul trebue considerat

tot-d'a-una grav, atât prin natura bóleĭ cât și prin copleșirea organelor circumvecine. In adevĕr, maĭ tot-d'a-una aceste flegmóne recunosc ca origină supurațiunea anexelor; de aci și numele de perimetro-salpingită saŭ după noĭ perimetro-anexită. Dar pentru moment noĭ nu luăm în considerațiune acest lucru și n'avem a ne opri asupra luĭ; ne reservăm a reveni când vom trata despre salpingo-ovaritele cronice supurate. Presupuind însă casul cel maĭ simplu de flegmon pur al ligamentelor largĭ, încă prognosticul rĕmâne serios din maĭ multe puncte de vedere. Ast-fel, admițând o inflamațiune pur serósă a țesutuluĭ pelvien, și închipuindu-ne o resorbție totală, ar rĕmâne în picióre o distrugere saŭ topire a acestuĭ țesut. Dar Martin, Schültze și alțĭ autorĭ aŭ arătat, că tocmaĭ un asemenea fenomen este o causă predisposantă a deviațiunilor și prolapselor uterine.

Maĭ oferă încă gravitate aceste flegmóne și prin locurile unde ele se deschid. Am vĕdut multiplele puncte pe unde abcesul póte să iasă. Eĭ bine, tóte aceste orificiĭ fistulóse și traecte sinuóse sunt adesea în afară de resursele arteĭ. Bolnavele decĭ vor fi expuse a fi lăsate în prada unor cloacurĭ supurative profunde. Ele cad în cele din urmă victimă: continua și progresiva resorbție a materiilor putride pune capăt uneĭ viețe suferinde. Maĭ avem încă ca punct negru în prognosticul acesteĭ afecțiunĭ faptul că, în regiunĭ depărtate rĕmân micĭ focare sub formă de noduli Aceștia, dacă mult timp pot rĕmâne latenți și ascunșĭ, une-orĭ însă grație diferitelor circumstanțe, dînșiĭ se reaprind și daŭ nascere la abcese, de a cărora origină nu ne putem da bine séma nefiind preveniți. In adevĕr, putem întâlni asemenea procese supurative în fosa iliacă, în téca mușchiuluĭ psoas și chiar în țesutul celular peri-nefretic. Ele produc ceea-ce aḑĭ e cunoscut sub numele de *abcese tardive.*

In fine flegmonul ligamentelor largĭ póte să fie însoțit de unele consecințe din cele maĭ grave. In adevĕr, chiar după evacuarea puroiuluĭ, iar câte o dată și în afară de acésta, țesutul celulo-conjunctiv al basinuluĭ póte să între într'o stare cicatricială cu putere retractilă, în cât să provóce nisce deformațiunĭ și deviațiunĭ ale uteruluĭ din cele maĭ grave și iremediabile.

Fenomenul acesta e capabil a determina acea bólă fórte bine descrisă de *Freund* și cunoscută sub numele de **parametrită cronică atrofiantă.**

Este adevĕrat că după Freund, acéstă bólă nu recunósce drept causă consecințele unuĭ flegmon supurat al ligamentelor

largĭ, căcĭ dînsul o atribue altor cause, ca onanismul, libertinajul, coitul incomplect, facerile des repetate, orĭ chiar uneĭ predispoziţiunĭ individuale. Dar orĭ cum ar fi, acéstă parametrită cronică atrofiantă, fie dînsa chiar idiopatică, totuşĭ procesul începe de la baza ligamentelor largĭ, iar de acolo se întinde în lungul ligamenteler utero-sacrale precum şi în jurul băşiceĭ. Puţin câte puţin procesul se întinde maĭ sus în ligamentele largĭ; el copleşesce ţesutul care înconjóră vaginul şi ocupă în sfîrşit tótă trama de ţesut conjunctiv a miculuĭ basin.

Dar procesul acesta, care constă într'o atrofie cicatricială, într'o cirosă a ţesutuluĭ celular pelvien, póte fi şi consecinţa uneĭ inflamaţiunĭ, a unuĭ flegmon. In adevĕr, şi acesta e capabil să fie urmat de nisce asemenea bârne fibróse şi retractile, formate fie din ţesut conjunctiv pur, din peri-flebite saŭ tracturĭ limfangitice cu putere retractilă. Eĭ bine, tóte aceste bride, strângând vasele nutritive, uterul şi cele-l'alte părţĭ din prejur, mergênd chiar până la trompe şi ovare, vor aduce o jenă profundă în circulaţiune, plus deviaţiunĭ uterine precum şi a anexelor, deviaţiunĭ din cele maĭ multiple şi bizare. Adesea totul este transformat într'un bloc inform vîrît în micul basin; aci funcţiunile sunt adesea suprimate saŭ se îndeplinesc pe socotéla celor maĭ marĭ suferinţe. Dismenoreele, amenoreele, desgustul de raporturĭ sexuale, durerile violente în timpul mersuluĭ şi chiar în repaus, formézĕ tabloul simptomatic al femeilor ce aŭ suferit de un flegmon al ligamentelor largĭ, terminat prin retracţiunea permanentă şi progresivă a ţesutuluĭ celulo-conjunctiv, însoţit el însuşĭ de *parametrita cronică atrofiantă dobândită.*

Numaĭ într'un singur cas prognosticul flegmonuluĭ ligamentuluĭ larg este favorabil: atuncĭ când inflamaţiunea remâne circumscrisă iar abcesul limitat într'o pungă relativ mică şi aşedat în fundul de sac posterior al vaginuluĭ. In tóte cele-l'alte casurĭ, trebue să fim fórte reservaţĭ cu privire la urmările acesteĭ bóle.

Tratamentul. Aci vom avea în vedere esclusiv tratarea flegmonuluĭ pur al ligamentelor largĭ, fără complicaţiune de inflamaţia saŭ supuraţia anexelor. In acest ultim cas, tratamentul va fi fórte diferit şi mult maĭ complicat: el cere intervenţiunĭ radicale de ablaţiunea totală a uteruluĭ saŭ anexelor, fie pe cale abdominală saŭ vaginală. Dar capitolul acesta va fi tratat când vom vorbi de tratamentul anexitelor supurate; alt-fel am fi expuşĭ a repeta de maĭ multe orĭ acelaşĭ lucru.

Presupunem deci că ne aflăm în fața unuĭ flegmon pur al ligamentelor largĭ.

Avem la dispositie două mijlóce de a combate acest proces, după cum vom fi chemați în prima perióda de simplă inflamație, saŭ în a doua perióda de supurație. La început vom uza de tóte mijlócele antiseptice și antiflogistice. In prima linie injecțiunile vaginale calde până de la 40 — 45° cu soluții boricate saŭ sublimate, vor fi de mare folos. Maĭ folositóre însă sunt clismele boricate laudanisate; ele lucréză maĭ direct asupra focaruluĭ inflamator precum și anexelor ce tot-d'a-una trebuesc presupuse bolnave. Este bine înțeles, că bolnava va fi pusă într'un repaus absolut precum și la o dietă severă. Dacă în primele dile ale accidentuluĭ constatăm o tendință de manifestare a bóleĭ către părețiĭ abdominalĭ, putem recurge fără nicĭ un inconvenient la aplicarea maĭ multor lipitorĭ puse d'asupra simfiseĭ pubiene saŭ ligamentuluĭ luĭ Poupart. La rigóre nu véd nicĭ un incovenient ca lipitorile să fie puse chiar pe fundurile de sac ale vaginuluĭ; noĭ însă nicĭ o dată n'am practicat acest lucru.

Ceea ce însă este în uz și lucru de care profităm cu profusiune, sunt vesicătorile puse în lăturile uteruluĭ, și acolo unde constatăm procesul inflamator maĭ desvoltat. Iarăși unguenturile mercuriale beladonate puse pe abdomen, le recomandăm în mod destul de favorabil. Cât privesce aplicațiunile refrigerente ca pungile de ghiață, suntem maĭ reservați; noĭ nu recurgem la ele de cât în casurĭ de fenomene peritoneale.

Tóte aceste mijlóce, unite cu repaus, cu luarea la interior de chinină, antipirină, benzonaftol și preparațiunile opiacee, constitue *tratamentul medical al flegmonuluĭ ligamentelor largĭ.*

Când însă flegmonul a intrat în perióda de supurație, atuncĭ totul trebue dat la o parte; trebue făcut loc intervențiuneĭ chirurgicale. In privința acésta ne vom conduce după cum ne va arăta însăși bóla. Cu alte cuvinte vom tăia acolo unde abcesul e maĭ proeminent.

I. **Calea vaginală.** Când abcesul proeminéză în mod manifest în fundul de sac anterior și chiar posterior, operațiunea e fórte ușóră. Vaginul bine antiseptisat, introducem degetul înapoiul coluluĭ, în punctul cel maĭ culminant și fluctuent. Infigem bisturiul; facem maĭ întâiŭ o incisie mică, căutând a nu atinge artera uterină saŭ uretera. Cu atât maĭ mult vom avea acest lucru în spirit, cu cât în casul de colecțiunĭ marĭ, aceste organe pot deveni fórte superficiale și să se apropie fórte mult de inserțiu-

nile coluluĭ pe vagin. Tocmaĭ pentru acest cuvênt, *Simson* recomandă a se face maĭ întâiŭ o puncție exploratrice cu trocarul saŭ siringa. Noĭ însă preferim înfigerea vîrfuluĭ bisturiuluĭ, după care imediat ce am dat ieșire puroiuluĭ, lărgim în lăturĭ acéstă incisiune pentru a putea introduce degetul. Aci iarăși nu trebue să facem esces de zel — căutând a rupe diferitele tracturĭ plecate de la un părete la altul; adesea ele conțin vase importante și putem decĭ provoca o emoragie greŭ de oprit și fórte periculósă. A fortiori este cu totul interdis introducerea uneĭ linguriĭ tăióse; prin acésta, pe lângă inconvenientele sus arătate, putem determina perforarea pereților și să intrăm în cavitatea peritoneală. Decĭ, imediat ce abcesul a fost deschis — luând tóte precauțiunile a nu ataca bășica, rectul, saŭ alte vase importante — introducem un tub de drenaj simplu saŭ în formă de T, prin care facem spălăturĭ antiseptice. Dacă voim, putem umple cavitatea abceselor cu tifóne iodoformate, asigurând un drenaj capilar.

Metóda acésta de deschidere a abcesuluĭ prin fundul de sac posterior, este veche și clasică. Ea aparține luĭ *Bernutz*, *Nona*, *Velpeau* și diferiților chirurgĭ aĭ timpuluĭ.

Când însă abcesul nu bombézĕ în mod suficient în vagin ci e ridicat destul de sus, dar în destul pentru a fi atacat pe calea abdominală, atuncĭ se recomandă metóda luĭ *Laroyenne* din Lyon. Dînsa constă a face întâiŭ o puncție prin calea vaginală cu un trocar special, avênd forma unuĭ isterometru și ușor recurbat. El sémănă întru cât-va cu trocarul luĭ Chassaignac; canula însă este spintecată și capabilă ca odată intrată în punga abcesuluĭ, iar sula ascuțită retrasă, să se pótă introduce pe acéstă canulă un instrument tăios în forma unuĭ litotom, care deschizându-se, să spintece buzunarul pe o întindere maĭ mare.

Noĭ însă suntem de acord cu maĭ mulțĭ autorĭ a uza și în acest caz de explorațiunea digitală. Prin urmare odată fundul de sac vaginal deschis, vom introduce degetul; descoperind tumora fluctuentă, vom aplica bisturiul pe lat saŭ vîrful unor fórfecĭ conduse pe pulpa degetuluĭ; impingând deschidem abcesul. Restul constă în drenare, pansament, etc. Ca exces de precauțiune vom menționa metóda luĭ *Wiedow*. Ea constă a deschide abcesul în douĭ timpĭ, și anume: deschidem întâiŭ fundul de sac vaginal anterior saŭ posterior după indicațiune și mergem până la părețele abcesuluĭ; facem tamponarea cu tifóne iodoformate. Dupe 24—48 ore — când aderențele se cred a fi stabilite, se procede din noŭ la o altă incisiune coprinzênd de astă dată abcesul.

In mai multe casuri noi am deschis aceste flegmóne cu termocauterul Pacquelin; avem obiceiul a introduce două tuburi de drenaj pe cari le fixăm prin suturi cu mătase de pereții vaginului. Metóda acésta în general e însoțită de bune resultate; totuși i se impută a fi urmată de fistule ce nu se pot închide. Lucrul e posibil și depinde de două circumstanțe. Intâiŭ de o lărgime prea mare a cavității abcesului și retracțiunea extrinsecă a pereților sĕi. In acest caz, e bine înțeles că mugurii cărnoși desvoltați pe fețele interne ale pereteluĭ abcesului, nu se pot desvolta în mod suficient pentru a se uni cu ceĭ din partea opusă și a complecta închiderea cavității. Atunci trebue saŭ să lăsăm un timp mai îndelungat funcționarea tuburilor de drenaj, saŭ să înlocuim aceste tuburi prin umplerea cavității cu tifóne iodoformate. Ele ar avea ca efect. a escita travaliul formativ al mugurilor și a strîmta în mod progresiv cavitatea. O altă cauză este că, abcesul e provĕdut de mai multe cavități secundare cari aŭ scăpat intervențiuneĭ, saŭ aŭ fost incomplect deschise. Când dar vom vedea o persistență fistulósă, trebue să facem o nouĕ explorațiune a cavității abcesuluĭ, pentru a ataca focarele secundare distrugênd tracturile fibróse ce formézălojĭ separate; cu acésta vom transforma întréga cavitate din multiplă în unică iar apoĭ o vom trata în mod convenabil.

II. **Deschiderea flegmonuluĭ** în casul când proeminența vine în partea rectuluĭ. Fórte adesea, dacă nu intervenim la timp, deschiderea se face în mod spontanat prin acest canal. De multe orĭ bolnavele se vindecă; alte dăți însă rĕmân cu fistule interminabile. Noĭ vom evita ca sub nicĭ un cuvênt să nu deschidem abcesul prin acéstă cale; pe de o parte că putem provoca emoragiĭ, iar pe de alta că favorisăm infecțiunea focaruluĭ. In plus se va crea o comunicațiune directă între rect și vagin, cu greŭ saŭ chiar imposibil de remediat. De aceea vom preferi una din cele două metóde, cari sunt: *calea perineală* și *ischio-rectală*.

Calea perineală se face prin mai multe procedee pe cari le putem numi *directe* și *indirecte*.

Procedeul direct numit *perineotomia transversală* aparține lu Sänger și Zuckerkandl. Dînsa constă a face o incisiune transversală plecând de la o tuberositate ischiatică la cea-l'altă, trecând pe dinaintea anusuluĭ. Separăm apoĭ despărțitórea recto-vaginală făcând o disecțiune fină cu fórfecele saŭ bisturiul; căutăm a desdoi cele două foĭ, avênd degetul în rect pentru a-l feri de a fi atins. Mergem ast-fel cu disecția până în fundul de

sac a luĭ Douglas. Aci printr'o lovitură de bisturiŭ deschidem abcesul; după acésta drenăm și spălăm.

Metóda indirectă constă a ataca abcesul tot pe calea perineală dar trecând prin fosa ischio-rectală. Acésta constitue metóda luĭ Hegar.

Sänger recomandă a se face o incisiune verticală începând în dreptul treimeĭ posterióre a buzeĭ marĭ și la 2 c. m. în afară de anus; mergem cu incisiunea până la vîrful coccyxuluĭ. Tăem strat cu strat, tăem aponevrosa ridicătoruluĭ anusuluĭ și dăm de abces; îl deschidem.

Maĭ există încă o metódă de a deschide aceste abcese: prin calea sacrală. Dînsa se face în tocmaĭ ca operațiunea luĭ Kraske, resecând coccyxul saŭ chiar una saŭ douĕ din vertebrele sacrale. Calea acésta însă de și rațională totuși nu se întrebuințéză de cât fórte rar.

Dacă însă colecțiunea purulentă devine maĭ proeminentă către părețele abdominal, atuncĭ neapărat dînsa trebue deschisă pe acéstă cale. Aci avem douĕ metóde. Saŭ atacăm abcesul printr'o adevĕrată laparatomie, despre care însă vom vorbi la tratamentul anexitelor; saŭ evităm deschiderea peritoneuluĭ, făcênd o incisiune de 8—10 c. m. imediat d'asupra ligamentuluĭ luĭ Poupart în tocmaĭ cum am voi să facem legătura iliaceĭ externe. Acésta constitue *metóda luĭ Bardenhauer* numită încă și laparatomie sub peritoneală. Punctele de reper sunt următórele: doĭ centimetri d'asupra arcadeĭ luĭ Fallope și o incisiune de 8—10 c. m. paralelă cu acéstă arcadă și puțin recurbată în sus și în afară. Tăem pielea, grăsimea, aponevrosa mareluĭ oblic. Menagem, secționând artera epigastrică între douĕ legăturĭ; tragem peritoneul cât se póte în sus, deslipindu-l. Ajungând pe părețele abcesuluĭ, îl recunóscem și-l incisăm în partea cea maĭ culminantă. Drenăm și fixăm dacă e posibil marginele abcesuluĭ la plaga abdominală. Ne vom feri pe cât posibil a face răzuirea păreților; acésta pentru motivele ce am expus la anatomia patologică și a nume: a nu provoca deschiderĭ de vase, saŭ ce e maĭ grav perforarea păreților; dînșiĭ une-orĭ fiind fórte subțirĭ putem intra ușor în cavitatea peritoneală.

Am practicat acéstă operație în fórte multe rânduri. Uneorĭ abcesul era așa de superficial în cât a fost suficient simpla incisiune a pieleĭ pentru ca puroiul să iasă în cantități marĭ. Intr'un caz însă am practicat chiar răzuirea destul de largă a abcesuluĭ fără nicĭ un accident desagreabil.

Iată în scurt observația:

Flórea Savu, în etate de 30 anĭ, intră în serviciul nostru cu un flegmon enorm al ligamentelor largĭ; provenienţă abominală.

Menstruată la 14 anĭ. Acum un an şi jumĕtate a avut primul copil, facere dificilă. Acum o lună a născut al doilea copil iarăşĭ greŭ. De la acéstă facere pacienta a rĕmas bolnavă. Dînsa fu coprinsă de durerĭ în ipogastru, fiorĭ, călduri şi transpiraţie abondentă. La intrarea în serviciŭ constatăm o stare debilă şi anemică. Prin palpaţia abdominală găsim o tumoră ce se ridică d'asupra simfiseĭ până la ombilic. Dînsa e dură, durerósă, mată şi maĭ desvoltată către drépta. Fundurile de sac pline, convexe, uterul imobil, face corp cu tumora. Orificiul colului întredeschis, fundul uteruluĭ nu se simte. Splina mărită de volum. Temperatura de 39^4 séra, 37^5 diminéţa.

La 28 Maiŭ 1897 fac operaţia, se trage o incisie laterală dréptă asupra arcadeĭ luĭ Fallope; se secţionéză strat cu strat, se dă de un ţesut scleros fórte îngroşat, care se tae în mod treptat până când apare în plagă câte-va picăturĭ de puroiŭ gros. Imediat se înfige bisturiul şi se lărgesce punga în sus şi în jos. Se introduce degetul, se dă de o cavitate enormă cu părepĭ fórte îngroşaţĭ, plinĭ de fongositătĭ şi tracturĭ celulo-fibróse, care plecaŭ de la un părete la altul formându-l într'o mulţime de micĭ lojĭ. Tóte acestea se distrug cu degetul, iar părepĭĭ se răzue cu lingura luĭ Volkmann, în care timp iese o cantitate destul de mare de sânge. Este de observat că puroiŭ n'a fost mult, relativ cu volumul tumoreĭ. Se spală bine cavitatea cu sublimat şi creolină, iar apoĭ se umple tótă punga cu gaz iodoformat.

La 2 Iulie, în urma pansamentelor regulate bolnava iese cu totul vindecată. Tumora abdominală, cât şi cea vaginală dispărută. A rĕmas însă cu părepĭĭ abdominalĭ puţin sensibilĭ şi cu o uşóră împăstare la nivelul şi împrejurul plăgeĭ.

Cap. II. Pelvi-peritonita saŭ peri-metrita (Duncan).

Prin pelvi-peritonită se înțelege inflamațiunea membraneĭ peritoneale care căptușesce escavațiunea pelviană saŭ pelvisul. Limitele sale sunt coprinse în spațiul plecat de la ultima vertebră lombară înapoĭ, în lăturĭ ósele iliace interne, iar înainte simfisa pubiană. In patologie însă, prin pelvi-peritonită se înțelege maĭ mult inflamațiunea peritoneuluĭ miculuĭ basin, adică a porțiuneĭ situate sub strîmtórea superióră a basinuluĭ. Prin urmare aci, în acéstă porțiune limitată sunt localisate adevěratele pelvi-peritonite. Nu însémnă însă că inflamația nu póte coprinde întregul pelvis; dînsa e capabilă să se întindă la totalitatea membraneĭ ce formézā marea cavitate serósă abdominală și să dea nascere uneĭ peritonite generalisate.

Scim că unul din rolurile principalĭ ale peritoneluĭ este de a servi ca înveliș protector al organelor abdominale precum și ca agent de alunecare între dînsele.

In cavitatea miculuĭ basin există treĭ organe principale: tóte însă găunoșite, cavitare, decĭ fără volum constant. Acestea sunt *bășica, uterul și rectul.* Raportul și rolul peritoneuluĭ în fața acestor organe a fost fórte bine arătat de Freund, ale căruĭ vederĭ le reproducem din Schroeder: „Micul basin este o cavitate înconjurată în mare parte de părețĭ osoșĭ și presentând acésta de caracteristic că dînsul conține treĭ organe găunóse, al căror grad de replețiune variază mult chiar în stare fisiologică. In starea de vacuitate, bășica, uterul și rectul nu sunt suficiente ca să umple acéstă cavitate; în starea de replețiune din contra ele nu găsesc aci destul loc. Asemenea schimbărĭ de volum nu sunt posibile de cât faptuluĭ, că acéstă cavitate abdominală se acomodézā cu asemenea variațiunĭ fórte întinse. Intestinul îndeplinesce rolul de umplutură; ast-fel, atuncĭ când e prea mult loc în bășică, el se interpune între uter și rect; din contră, la trebuință el părăsesce complect cavitatea pelviană și se retrage în pântece unde póte să nu ocupe de cât regiunĭ fórte limitate. Pentru ca organele găunóse ale miculuĭ basin să pótă să se umple și să se goléscă, trebue ca ele să fie mobile unele în raport cu altele. Trebue afară de acésta ca învelișul lor propriŭ să le permită pe rând să se măréscă și să se micșoreze de volum. Și de fapt aceste viscere sunt învelite în micul basin de țesut conjunctiv lax, iar

foile peritoneale carĭ le înconjóră nu aderă maĭ mult cu ele de cât într'un mod fórte slab. Faptul acesta însă nu se aplică de cât la băşică, la vagin cu gâtul uteruluĭ şi la rect; împrejurul corpuluĭ uterin, peritoneul este lipit intim. Uterul nu suferă de cât cresceri de volum lente şi gradate; el se desvoltă atunci între foile ligamentuluĭ larg, pe când peritoneul care-l acopere se ridică cu el. Dacă, precum se întâmplă în momentul naşcereĭ, corpul uteruluĭ se golesce şi se retractă în mod brusc, elasticitatea peritoneuluĭ este insuficientă pentru a-ĭ permite să urmeze acéstă mişcare de retracţiune; atunci dînsul se dispune în formă de îndoiturĭ. Cele-l'alte viscere găunóse ale miculuĭ basin din contra, pot să se întindă şi să se retracteze repede şi să ia unele vis-à-vis de altele posiţiunĭ diverse. Dar tóte aceste schimbărĭ sunt posibile graţie ţesutuluĭ conjunctiv móle şi lax ce ocupă tóte intersticiile între aceste diferite organe."

Dar în afară de aceste treĭ organe, maĭ sunt conţinute în cavitatea miculuĭ basin alte douĕ şi maĭ esenţiale din punctul de vedere patologic a nume: trompele, ovarele, precum şi tóte vasele limfatice carĭ plécă de la corpul şi fundul uteruluĭ, mergênd la anexe şi ganglionĭ lombarĭ.

Ce resultă din aceste consideraţiunĭ?

In prima linie avem faptul deja arătat, că peritoneul este atâta de intim unit cu jumĕtatea superióră a corpuluĭ uterului încât nu e cu putinţă nu numaĭ a-l deslipi, dar nicĭ chiar a-l separa prin cea maĭ minuţiósă disecţiune, făcută de cel maĭ consumat anatomist. Ast-fel fiind, lesne înţelegem cum inflamaţiunile acute saŭ cronice ale cavităţeĭ uterine înaintând în mod lent şi progresiv, de îndată ce aŭ reuşit a trece prin părețiĭ organuluĭ, imediat acéstă inflamaţiune se propagă la peritoneul pelvien dând ast-fel naşcere pelvi-peritoniteĭ acute saŭ cronică. Dar dacă calea acésta e maĭ tardivă şi greóie, există o alta mult maĭ repede şi uşóră, representată prin bogata reţea de vase limfatice. Tipul cel maĭ clasic al acestuĭ mecanism ni-l oferă infecţiunile uterine în timpul nascerilor, al puerperalităţilor şi maĭ ales al avorturilor către a 3-a şi a 4-a lună. In asemenea circumstanţe, vasele limfatice fiind larg deschise, absorbţiunea virusuluĭ se efectuéză cu o repedĭciune fórte mare; pelvi-peritonita devine supra-acută, generală şi adesea orĭ mortală. Acésta formézĕ tipul celeĭ maĭ periculóse varietăţĭ de pelvi-peritonită; dînseĭ Siredey a dat numele de *limfo-peritonită puerperală*. Nu rare orĭ explorăţiunile cavităţeĭ uterine făcute fără tóte rigorile antisepsieĭ, sunt urmate

de aceleași resultate. Și tocmaĭ pentru a preveni asemenea accidente, am insistat mult la răzuirile uteruluĭ că maĭ bine e să păcătuim prin exces de precauțiunĭ antiseptice, de cât prin defect. In adevĕr casurile nu sunt rarĭ, când răzuirĭ uterine rĕŭ făcute aŭ agravat starea bolnaveĭ, prin pelvi-peritonită. Dar și chiar o simplă explorațiune cu isterometru saŭ dilatațiunea orificiuluĭ intern aŭ fost însoțite de aceleași pelvi-peritonite grave și chiar fatale.

Dându-se conexiunea strânsă a peritoneuluĭ cu jumĕtatea superióră a corpuluĭ uterin și lipsa jumĕtățeĭ sale inferióre de contactul acesteĭ membrane, cu drept cuvînt *Lucas Championnière* a stabilit ca lege, că orĭ-ce contaminațiune septică a cavităței uteruluĭ d'asupra istmuluĭ, în mod fatal e urmată de pelvi-peritonită; din contra aceleași operațiunĭ făcute pe gâtul uteruluĭ, se însoțesc de flegmóne ale ligamentelor largĭ.

Rolul jucat de uter în producțiunea pelvi-peritonitelor a fost tot-d'a-una așa de isbitor, în cât *Lisfranc* îl considera ca agentul principal și chiar sine qua non. Dînsul susținea că cel puțin uterul, tot-d'a-una trebuia găsit într'o stare mărită de volum căria ĭĭ dădu-se numele de *angorjament uterin.*

Nu este însă tot ast-fel cu băsica și rectul. Aceste organe ne avênd conexiunĭ intime cu peritoneul — care nu le servă de cât ca o simplă membrană de inveliș — inflamațiunile lor cu greŭ se pot comunica cavităței pelviene, ci numaĭ în mod cu totul tardiv și secundar. Din partea acestor organe decĭ pericolul nu e mare; în orĭ-ce cas el e fără comparațiune cu acela ce am arătat la uter.

Pericolul cel maĭ puternic există din partea anexelor și maĭ ales a trompelor. Este sciut că peritoneul formézĕ un sac închis de tóte părțile. O singură escepțiune însă există: peritoneul comunică cu exteriorul în nivelul pavilionuluĭ trompeĭ: el se deschide direct în cavitatea peritoneală. Dar nu e numaĭ atât; dînsul formézĕ unicul exemplu de continuare intimă și fără linie de demarcație a uneĭ mucóse cu o serósă. Scim că mucósa uterină se prelungește direct prin conductul trompeĭ și merge de căptușesce pavilionul acestuĭ organ unindu-se intim cu peritoneul; orificiul trompeĭ comunică decĭ cu acéstă cavitate.

Consecințele uneĭ asemenea stărĭ de lucrurĭ sunt extra-ordinar de grave. In adevĕr, inflamațiunea nu numaĭ a cavităței uterine, dar chiar a vaginuluĭ, póte cu o repediciune colosală să mérgă, prin simpla continuitate de țesut a mucóseĭ prin trompă

și pavilion, până în cavitatea pelviană pentru a determina pelvi-peritonitele cele mai grave. Și acésta chiar constitue factorul cel mai principal al pelvi-peritonitelor. Astădi aprópe nu se mai admite o pelvi-peritonită fără salpingită saŭ mai corect dis o salpingită fără pelvi-peritonită. De aceea Pozzi reunesce tóte inflamațiunile pelvisuluĭ și în special a peritoneuluĭ pelvien într'o singură afecțiune numită *perimetro-salpingită;* din ea apoĭ ar resulta pelvi-peritonita, saŭ flegmonul ligamentelor, după evoluțiunea și mersul sĕŭ ulterior. Dar după cum vom vedea, grație conexiunilor intime ce există între trompe și ovar, inflamațiile unuia din aceste organe însoțindu-se inevitabil de a celuĭ-l'alt, aprópe tot-d'a-una salpingita va fi însoțită de ovarită și viceversa. Decĭ pentru a fi justĭ, ar trebui să numim pelvi-peritonita, perimetro-salpingo-ovarită saŭ *perimetro-anexită.* Dar acest lucru îl vom studia a parte la bólele anexelor.

Mai rĕmâne însă un alt punct: dacă une-orĭ într'o pelvi-peritonită constatăm drept causă o salpingită simplă, óre ovarul la rândul sĕŭ singur, póte da nascere uneĭ pelvi-peritonite? Nu încape nicĭ o îndoială în acéstă privință. Ovarul aflat fiind în cavitatea pelviană, inflamațiunea sa se póte transmite la peritoneŭ și să dea nascere uneĭ pelvi-peritonite; dar vorba este prin ce mecanism acest organ s'a inflamat. Datele anatomice nu ne permit a admite de cât propagarea inflamațiuneĭ prin limfatice, plecate de la corpul uteruluĭ (?) Dar ovaritele plastice saŭ supurate, recunoscând agenții diferiții sosiți prin calea sanguină saŭ metastatică, nu le împedică a produce în mod secundar pelvi-peritonite de aceiași natură.

Conclusiunea însă este, că în special corpul uteruluĭ și trompele sunt organele de predilecțiune carĭ provócă și întrețin pelvi-peritonitele. De aceea astădi nu se mai admite *teoria luĭ Bernutz*, care susținea o pelvi-peritonită esențială, adică independentă de inflamațiunile uteruluĭ saŭ ale anexelor. Toți sunt de acord că pelvi-peritonita provine fie dintr'o limfangită plecată de la uter, saŭ prin propagațiunea directă a aceleași inflamațiunĭ plecată iarăși de la uter dar prin continuitate de țesuturĭ, de la trompe, pavilion și serósa peritoneală.

După cum vedem pelvi-peritonita nu este propriŭ dis o entitate morbidă, ci o complicațiune a altor stărĭ patologice, ca ale uteruluĭ, trompeĭ saŭ ovaruluĭ. Cu tóte acestea dînsa, fie chiar luată ca complicațiune, întrece atât de mult bóla primitivă prin leziunile anatomice, simptomatologia și mersul sĕŭ propriŭ, că

ocupând prima linie, a făcut să i se dea o descriere specială considerându-se ca cum ar fi o bólă de sine stătătóre. Să ne explicăm. Iată o femee care în urma unuĭ coit impur, în specie blenoragic, microbul ar fi trecut prin trompe și a invadat peritoneul pelvien determinând o pelvi-peritonită. Nu maĭ încape îndoială că în drumul sĕŭ microbul va fi provocat o salpingită; dar atât bolnava cât și noĭ clinicianiĭ nu avem atențiunea atrasă de fenomenele din partea trompeĭ, ci din ale peritoneuluĭ. Decĭ suntem forțațĭ a ne ocupa de ceea ce constatăm și de ceea ce bolnava se plânge. Și în definitiv putem întâlni procese morbide întinse în trompe și ovare, precum și tumorĭ destul de voluminóse, și totușĭ peritoneul pelvian să nu fie atins. Decĭ din punctul de vedere clinic puțin importă starea anexelor. Ceea ce ne preocupă este starea peritoneuluĭ pelvien, existența pelvi-peritoniteĭ. Și când constatăm acésta, apoĭ de dînsa trebue să ne ocupăm; pe dînsa trebue să o tratăm. Este adevĕrat că într'o mulțime de casurĭ, pentru a vindeca pelvi-peritonita trebue să atacăm întâiŭ anexele ce maĭ tot-d'a-una sunt bolnave și aŭ fost causa pelviperitoniteĭ; dar iarășĭ, de multe orĭ întâlnim anexite fără pelviperitonite—cel puțin atât în cât bolnavele să nu se plângă de ele.

Dar prin aceste liniĭ s'ar părea că ne punem în contradicțiune cu opiniunea generală admisă de autorĭ, că pelvi-peritonita e fatal însoțită de salpingită saŭ anexită, și că am căuta să reinviem opiniunea luĭ Bernutz. Nicĭ de cum. Voim numaĭ a arăta că rațiunea pelvi-peritoniteĭ se datorește predominenței simptomelor sale asupra inflamațiuneĭ anexelor saŭ a uteruluĭ, fără însă a esclude leziunele acestora. Cu alte cuvinte, când o metrită cronică saŭ puerperală se însoțește de un resunet mare asupra peritoneuluĭ pelvien, de sigur nu dînsele ne vor preocupa, precum nicĭ tratamentul dirijat contra lor va vindeca pelviperitonita; intervențiunĭ mult maĭ energice — ca deschiderea abdomenuluĭ și spălăturile acesteĭ seróse cu diferite antiseptice — vor scăpa viața bolnaveĭ. Tot acelașĭ lucru vom dice și de anexe. Și aci, durerile extra-ordinare de carĭ se plâng bolnavele sunt în legătură nu atât cu starea morbidă a trompeĭ saŭ ovaruluĭ, ci cu presența diferitelor aderențe din cavitatea pelviană. Și drept probă avem, că une-orĭ făcând laparatomiĭ, de și ne găsim în fața unor aderențe intime, totușĭ anexele nu sunt atât de bolnave. Dar tocmaĭ acésta a fost punctul de plecare al operațiunilor conservatrice: ele constaŭ în simpla rupere a aderențelor și liberarea organelor conservând anexele. Maĭ există în fine și o

altă probă: femeĭ coprinse de pelvi-peritonite tratate prin mijlóce chiar medicale, aŭ putut concepe și să facă copiĭ. Acésta demonstră că dacă nu ambele anexe, cel puțin una din ele a trebuit să fie sănătósă.

Trecênd peste aceste cause generale a pelvi-peritoniteĭ, să vedem maĭ de aprópe causele sale determinante. Se póte obține o pelvi-peritonită directă; ast-fel ar fi strĕbaterea unuĭ corp contondent saŭ ascuțit în interiorul cavitățeĭ pelviene, fie prin vagin, băşică, rect, etc. Acésta represintă *peritonita traumatică*, de alt-fel rară. Maĭ putem numi peritonite primitive și imflamațiunile transmise direct prin căile limfatice saŭ continuitate de țesut prin orificiul trompeĭ. Tot în acéstă clasă vom numĕra supresiunea bruscă a menstruelor: picăturĭ de sânge căḑute în peritoneŭ ar provoca o complicație directă. Escesele de coit, masturbația, expunerea la răcélă, injecțiunĭ intempestive prin vagin, diferite explorațiunĭ în uter, col, operațiunĭ ginecologice, etc., intră în aceeașĭ clasă.

Ca pelvi-peritonite secundare avem pe acelea provenite din diferite neoplasme ale uteruluĭ, a anexelor, tuberculosa intestinală, peritoneală, spargerea diferitelor pungĭ purulente, torsiunea bruscă a unor pedicule, a trompelor, ovarelor, etc., etc.

Anatomia patologică. Leziunile ce constatam în pelvi-peritonită variază după cauzele carĭ i-aŭ dat nascere. Douĕ sunt formele principale: o *pelvi-peritonită infecțiósă saŭ malignă* și alta *neinfecțiósă saŭ benignă*. In cea infecțiósă iarăși avem douĕ varietățĭ, una de natură *puerperală*, iar alta de natură *blenoragică*.

Forma septică puerperală fórte rar se localiséză. Dînsa are tendință la extensiune, copleșește întregul peritoneŭ și dă nascere uneĭ peritonite generalisate mortale. In acéstă formă nu constatăm de cât presența unuĭ exudat rĕspândit în tóte anfractuositățile cavitățeĭ pelviene și provĕḑut de plăcĭ numeróse de întinderĭ variabile și de culóre albă gălbue lactescentă; tóte aŭ caracterele unor pseudo-membrane. Acestea se găsesc rĕspândite pe suprafața peritoneală precum și pe intestine; acestea sunt lipite între ele printr'o substanță aglutinativă; dînsa aducênd jenă în circulație îĭ dă un aspect roșu vinos saŭ chiar albăstruiŭ. Acéstă infecțiune — datorită diferiților microbĭ ca streptococ, stafilococ, etc., intrațiĭ prin vasele limfatice larg deschise — a primit numele de *limfo-peritonită puerperală*. De multe orĭ infecțiunea se produce și prin manipulările nóstre asupra uteruluĭ, rĕŭ conduse și rĕŭ îngrijite. Prin ele provocând deschiderea limfaticelor cu

lingura tăiósă, isterometru saŭ alt instrument, determinăm o inoculaţiune repede; ea e urmată de pelvi-peritonită tot aşa de acută ca şi cea puerperală.

Pelvi-peritonita blenoragică, după afirmările luĭ Lawson Tait şi maĭ ales ale luĭ Noegerat, resultă din infecţiunea specifică a gonococuluĭ luĭ Neiser. Nu ne vom opri asupra mecanismuluĭ acesteĭ infecţiunĭ deja arătat. Vom spune numaĭ că, infecţiunea peritoneuluĭ este secundară plecând de la trompe, ovare saŭ de la ambele de o-dată. Dînsele, coprinse de inflamaţiunĭ plastice şi fiind aderente între ele, cad prin greutatea lor în fundul de sac a luĭ Douglas. Aci determină infecţiunĭ de obiceiŭ localisate, dar cu leziunĭ aşa de întinse că de multe orĭ să impun drept tumorĭ maligne. Despre ele vom vorbi la capitolul salpingo-ovarite saŭ anexite.

Pelvi-peritonita ce întâlnim maĭ des în practică, este cea *benignă* saŭ *neinfecţiósă;* nu trebue însă să abuzăm de acest termen: inflamaţiunile peritoneale tot-d'a-una trebuesc considerate ca fiind consecinţa unor agenţĭ specifică şi virulenţĭ. Singura deosebire ar fi că evoluţiunea lor nu este atâta de repede şi fulgerătóre. Există probabil circumstanţe şi anumiţĭ factorĭ în organism carĭ luptând contra invasiuneĭ bóleĭ, reuşesc a opune o barieră puternică limitând procesul în extensiunea sa. Tocmaĭ pentru cuvîntul acesta pelvi-peritonita ia numele de benignă, iar nu din causa absenţeĭ de microbĭ ce tot-d'a-una există. Orĭ cum ar fi, ca resultat clinic ne rĕmâne că pelvi-peritonita benignă neinfecţiósă, ni se presintă sub formă cronică şi pe un teritoriŭ limitat.

Acésta însă nu însemnéză că dînsa nu ne póte oferi caracterele uneĭ inflamaţiunĭ acute; din contra, fórte des aparişiunea sa se manifestă prin durerĭ brusce şi violente, prin ascensiunĭ termice şi o stare generală caracteristică. Totul însă are tendinţa a se localisa, a se limita. Acésta formézĕ una din varietăţile pelvi-peritoniteĭ, representată prin *perióda de exudaţiune*, Leziunile anatomice sunt fórte rar constatabile, tocmaĭ prin faptul că acéstă formă fiind benignă nu omóră pe individ; de aceea dînsele s'aŭ descris prin analogie saŭ pe calea experimentală.

Clinicește, primul fenomen ce observăm este propriŭ orĭ căreĭ iritaţiunĭ a membraneĭ seróse: suprafaţa peritoneală îşĭ pierde luciul sĕŭ strălucitor prin descuamaţiunea celulelor epiteliale; vasele se găsesc dilatate la extrem. De aci diapedezĕ şi

formare de un liquid seros, amestecat cu detritusurĭ de celule, leucocite saŭ alte produse. Dar acésta ne arată tendința către supurație. Tipul pelvi-peritonitei seróse este ca liquidul acumulat înapoiul uteruluĭ să fie limpede, seros și curat. In acéstă stare, el póte repede să se resórbă și să nu lase nicĭ o urmă de existența sa. Alte dățĭ, concomitent cu dînsul, se desvoltă aderențe; unele laxe și filamentóse pléacă de la un părete la altul; dar altele sub formă de plăcĭ, fixéză în mod așa de intim organele între dînsele, în cât chiar presupunînd resorbția părțeĭ liquide, totuși aderențele rĕmâind, bolnava n'a profitat nimic de acéstă pseudo-vindecare; dînsa rĕmâne infirmă. Alte dățĭ întréga cavitate pelviană este transformată într'o mulțime de lojĭ saŭ micĭ cavităților determinate din încrucișarea diferitelor aderențe. In acest cas, exudatul de și se resórbe din unele cavităților, rĕmâne însă intact în altele; în unele din ele ia caracterele purulente saŭ chiar de puroiŭ.

După cum vedem, pelvi-peritonita benignă își merită numele maĭ mult prin faptul că nu omóră bolnava; în realitate, ea este destul de malignă prin leziunile la carĭ dă nascere. Cu tóte acestea, încă persistăm a admite o formă esențialmente benignă. Dînsa e caracterisată printr'o abondență de liquid; dînsul acumulat în cavitatea luĭ Douglas, ia un aspect piriform: vîrful dirijat în escavațiunea pelviană, baza în sus și în lăturĭ mergênd până la simfisa pubiană și vîrful uteruluĭ. Forma acésta se apropie mult de a ematocelului, despre care vom vorbi.

In resumat pelvi-peritonita benignă rĕmâne caracterisată prin faptul că orĭ-care ar fi leziunile inflamatorii, ele sunt și rĕmân limitate fără să tréacă de escavațiunea pelviană.

Maĭ există o formă de pelvi-peritonită benignă numită *totală* saŭ *generală*. Dînsa este caracterisată prin aceea că inflamațiunea fie în mod acut saŭ cronic, copleșesce întréga suprafață a peritoneuluĭ, mergênd de la cavitatea pelviană până d'asupra ombiliculuĭ saŭ chiar regiunea ficatuluĭ. Aci găsim pe tótă suprafața peritoneală precum și pe ansele intestinale o cantitate maĭ mult saŭ maĭ puțin abondentă de liquid seros, și în special presența de aderențe în mare parte subțirĭ și filamentóse. Ele însă nu sunt maĭ puțin capabile a lipi întréga masă intestinală; ele aglutinând ansele între dînsele iar pe acestea cu peritoneul parietal, formézĕ un singur bloc. Și aci iarăși, cuvîntul benign nu 'și găsesce rațiunea de cât în aceea că nu omóră bolnava: lesiunile sunt

departe de a corespunde idealului: ele sunt cât se póte mai maligne. Am avut ocasiunea să observ un singur caz de acéstă formă benignă generalisată; observațiunea o voiŭ arăta la tratament fiind de fórte mare importanță.

Simptomele și diagnosticul. Pelvi-peritonita acută puerperală apare în mod brusc; ea se însoțesce de fenomene alarmante generale și locale. Inceputul se anunță printr'un frison violent, ascensiune mare de temperatură, puls mic și frequent, balonarea pântecelui, meteorism, vĕrsăturĭ verdui, retracțiunea feței, ochiĭ scânteetorĭ, buze livide, etc.

Cele-l'alte forme oferă fenomene puțin maĭ blânde, dar totuși intense. Bolnava se plânge de durerĭ brusce în abdomen, în dreptul anexelor, de dificultăți în emisiunea urineĭ, la defecațiune, durerĭ în cópse, etc., după cantitatea și sediul exudatului saŭ presenței aderențelor. Făcând examenul vaginal, abdominal saŭ combinat, ne putem da séma de o mulțime de fapte destul de importante. In prima linie vom explora fundurile de sac vaginale; și după cum tóte saŭ unele din ele vor fi șterse, sensibile și presentând puncte fluctuente orĭ dure, vom afirma existența uneĭ *pelvi peritonite retro-uterină*, *ante-uterine* saŭ *laterală*. Ne vom da séma de mobilitatea saŭ fixitatea uteruluĭ, precum și de conexiunea acestuĭ organ cu produsul patologic. Une-orĭ pelvi peritonita e manifestă către fundurile de sac vaginale: acestea devenind proeminente, afecțiunea s'ar putea lua drept flegmon al ligamentelor largĭ. Lucrul cu atât maĭ mult e posibil, cu cât exudatul infiltrându-se între părețiĭ vaginalĭ, produce în tocmaĭ sensațiunea vaginuluĭ în carton, proprie flegmonuluĭ. Dar modul aparițiuneĭ bóleĭ precum și simptomele generale fiind diferite, ne va ajuta în diagnosticul diferențial.

Când exudatul se limitéză către părețiĭ abdominalĭ, atunci în reginnea acésta tumefacția și fenomenele vor fi maĭ accentuate. Dar și aci confusiunea cu flegmonul propriŭ dis al ligamentuluĭ larg, iarăși intervine. De obiceiŭ pelvi peritonita este maĭ mult mediană; ea nu trece de simfisa pubiană, cel puțin când este locală. Flegmonul propriŭ dis al ligamentuluĭ larg — dacă e unilateral — se întinde către fosa iliacă corespondentă; în casul contrariŭ, constatăm o tumefacție ce merge dintr'o parte în altă a abdomenuluĭ, formând ceea-ce am numit plastronul abdominal a luĭ Chaumel. In fine diagnosticul va avea în vedere și starea anexelor, precum și presența lor în locul fisiologic saŭ puncte anormale. Pentru ca examenul să fie complect, vom termina prin

explorațiunea rectuluĭ, și la nevoe chiar a băsiceĭ uduluĭ — dar e maĭ bine să ne abținem pentru a nu provoca cistite.

Prognosticul. Este analog cu al flegmonuluĭ ligamentelor largĭ: pelvi-peritonita póte să intre în rezoluție saŭ să se termine prin supurație, precum de asemenea ea póte rĕmâne limitată saŭ să se generalizeze. In casurĭ supurative, procesul se póte deschide în rect, băsică și escepțional în uter. Dacă pelvi-peritonita este generală, puroiul îșĭ face drum prin părețiĭ abdominalĭ și în special în dreptul ombiliculuĭ. De asemenea colecțiunea purulentă se póte deschide într'o ansă intestinală în interior, saŭ chiar la exterior formând un anus contra natureĭ.

Tratamentul. In tocmaĭ acelașĭ ca în flegmonul ligamentelor largĭ: repaus absolut, antiflogistice intus et extra și revulsive de tot felul. Când pelvi-peritonita a intrat în perióda de supurațiune, intervențiunea chirurgicală va fi iarășĭ analógă cu a flegmonuluĭ ligamentar. Decĭ nu avem nimic de adăogat. Există aci ca și acolo o indicațiune specială cu privire la isterectomia vaginală totală prin îmbucătățire, precum și ablațiunea anexelor, carĭ de obiceiŭ sunt cauzele pelvi-peritonitelor. Dar acest lucru îl vom trata la un capitol special al salpingo-ovaritelor.

In ceea ce privesce tratamentul pelvi-peritoniteĭ infecțióse puerperale, nu vedem după noĭ, un altul maĭ rațional de cât laparatomia și spălăturile largĭ peritoneale cu sublimat corosiv.

Am spus că am avut ocasiunea să observ un cas de pelvi-peritonită generală. Il reproduc pentru a arăta încă odată unul dintre imensele beneficiĭ ce am obținut cu spălăturile de sublimat ale peritoneuluĭ făcute *larga mano*. Observațiunea devine cu atât maĭ importantă cu cât leziunile era așa de întinse și înaintate, că în momentul când am crezut că am deschis peritoneul, în realitate mĕ găsiam în cavitatea uneĭ anse intestinale; și cu tóte acestea bolnava s'a vindecat. Iată în scurt observația:

Maria Potuschi, 29 anĭ, intră în serviciul nostru la 24 Aprilie 1897. Menstruată la 14 anĭ, în mică cantitate și neregulat, cu durerĭ de mijloc. La 18 anĭ se mărită. A avut 3 copiĭ. Anul trecut un avort în 7 sĕptămânĭ. După 3 lunĭ sufere de durerĭ în mijloc și fosele iliace, după care abdomenul începe a se umfla.

Starea presentă: Pacienta mult slăbită. Ultima menstruație a ținut o sĕptămână, cu durerĭ. Abdomenul distins. Circonferența în dreptul ombiliculuĭ 72 cm. De la ombilic la spina iliacă stângă 14 cm. iar la cea dréptă 10 cm. D'asupra simfiseĭ un pachet venos dilatat-varicos. Forma abdomenuluĭ globulósă, tensiune mare, explorațiunea organelor nu e posibilă. Palpația durerósă; tot abdomenul cu sonoritate exagerată, afară de fosa iliacă stângă unde e submatitate. Uterul în

ușóră anteversiune, relativ mobil și nedureros; colul deschis. Fundul de sac posterior dureros. De aci către fosa iliacă stângă plécă o tumoră ca un cordon gros de 2—3 degete, fórte dureros la presiune. Urina n'are albumină.

Laparatomie 6 Maiŭ 1897. Se aplică mai multe pense pe vene ce eraŭ varicóse. Ajuns la linia albă dăm peste un țesut de culóre cenușie, scleros ce se crede a fi peritoneul. Se face o mică incisie prin care se introduce degetul în lăturĭ, dar totuși nu ne simțim în cavitatea peritoneală.

Revenim, facem o puncție cu siringa Pravas, se scóte o mică cantitate de liquid verdŭiŭ. Facem o nouă incisie, introducem degetul și rămânem surprinși vĕdêndu-ne în cavitatea intestinală din care scótem materiĭ fecale! Aplicăm treĭ puncte Lambert în etaje. Procedăm apoĭ la deslipirea anselor intestinale rupând, aderențe fórte late și dure. Constatăm că întregul pachet intestinal forma o încolăcitură confusă; tóte ansele eraŭ lipite la un loc. Atuncĭ începem a scóte afară din abdomen fie-care ansă intestinală în parte, deslipind cu multă precauțiune tóte aderențele. Facem spălăturĭ largĭ cu soluție de sublimat sterilizată, după care intestinele se pun la loc. Abdomenul se închide prin 24 fire de mătase. Lungimea incisieĭ 12 c. m. Cloroform 17 grame. Operația a durat o oră.

In timpul nopțeĭ balnava e coprinsă de vărsăturĭ și are peste 15—20 *scaune muco-sanguinolente.*

7 Maiŭ. Scaune maĭ rarĭ fără sânge.

14 Maiŭ. Se ridică pansamentul, se scot firele; reunire per-primam.

12 Iunie. Nicĭ o durere în abdomen, uterul deviat spre drépta. Bolnava iese fórte mulțumită.

La *2 Maiŭ 1898* **bolnava a venit** pentru a ne vedea; este fórte mulțumită, nu maĭ are absolut nicĭ o durere, mănâncă bine și mult. Se constată un început de eventrație la douĕ degete d'asupra simfiseĭ.

Cap. III. Hematocel.

(αἷμα αἵματος, sânge și Κηλή, tumora).

Hematocel retro-uterin (Nelaton); **hematocel peri-uterin** (Gallard); **hematocel peri-isteric** (Trousseau); **hematocel circum-uterin** (Sinety); **hematocel pelvien** (Mac Clintock; Pozzi).

De sigur revărsărĭ de sânge în abdomen s'aŭ petrecut în tóte timpurile; ele n'aŭ putut să nu atragă atenţiunea autorilor.

In teza D-luĭ Dr. Ionescu Buzeŭ, găsim câte-va probe de acest lucru: ele arată că însuşĭ Hippocrate şi Galien prin descrierile ce aŭ lăsat, ne autorisă a crede că eĭ s'aŭ aflat în faţa unuĭ ematocel retro-uterin, dar fără să-ĭ pronunţe numele.

Hippocrate spune că a vĕdut o servitóre, care purta în drépta o tumoră tare şi maĭ de loc durerosă; acéstă femee nu părea atinsă de idropică şi nu avea dispnee; era însă decolorată. Dupĕ câteva ḑile fu atinsă de disenterie de care se vindecă. In urmă menstruaţiunea reveni; duritatea la pântece dispăru şi femeea se făcu sănătósă. Tot Hippocrate relatéză că femeea unuĭ grădinar fu apucată de febră continuă; se observă la pântecele eĭ sub ombilic o duritate care-ĭ cauza dureriĭ violente. Acéstă tumoră a dispărut dupĕ ce fu malaxată cu mâinele unse; sânge în abondenţă se scurse din părţile genitale.

Hippocrate atribuia aceste tumoriĭ la o revĕrsare a menstruelor în unul din flancuriĭ, din causa deviaţiuneĭ orificiuluĭ uterin în acea parte; când orificiul revine către părţile genitale, sângele catamenial trece prin acéstă cale, iar tumora se micşoréză.

Galien ḑice: dacă supresiunea menstruelor duréză cât-va timp, se întâmplă să se formeze la unele femeĭ o tumoră în flancuriĭ, iar la altele se arată la extremitatea inferióră a pântecelor o tumoră de natura abceselor.

In 1737 *Ruysch* medic din Amsterdam, după ce susţine ca şi ceĭ-l'alţĭ că sângele póte în casul de oclusiune a gâtuluĭ uterin să trécă din cavitatea uteruluĭ prin trompe în basin, dă observaţiunea fórte demonstrativă a unuĭ chirurg, care făcând necropsia la o femee mórtă în timpul menstruaţieĭ, surprinse natura asupra faptuluĭ. El găsi cavitatea uteruluĭ plină cu chiaguriĭ de sânge; trompa şi ovarul din aceeaşĭ latură eraŭ de asemenea pline de sânge, iar asupra ovaruluĭ se aflaŭ chiaguriĭ aderente destul de voluminóse.

In fine *Pelletan* în 1810, într'o observațiune intitulată: revĕrsare de sânge causată printr'un anevrism al ovaruluĭ, spune că asistând la necropsia uneĭ femeĭ — pe care Bichat o avusese în căutare pentru o bólă cu caracter necunoscut — a observat că ovarul era de mărimea unuĭ oŭ de găină; asupra luĭ exista nisce vase fórte dilatate și o crăpătură astupată de un chiag de sânge. După cum vedem, din tóte aceste observațiunĭ ale vechilor autorĭ, putem deduce diferite cause și simptome ale hematocelului; dar repetăm, probe sigure cum că dînșiĭ ar fi cunoscut hematocelul nu există.

Tocmaĭ în 1831 *Recamier*, este cel d'întâiŭ care arată semnul caracteristic al ematocelului: Dînsul vorbesce de o femee de 28 anĭ, care în urma unuĭ avort, căpătase o tumoră sanguină înapoiul uteruluĭ împingênd vaginul înainte. Lucrul fiind luat drept un abces se puncționéză: Recamier rĕmâne fórte surprins, că în loc de puroiŭ a ieșit sânge. Cu 10 anĭ maĭ târdiŭ *Bourdon* publică douĕ observațiunĭ în memoriul sĕŭ asupra tumorilor fluctuente ale miculuĭ basin.

In fine în 1848 *Bernutz* se ocupă cu multă ardóre de acéstă afecțiune de care 'șĭ lipesce și numele sĕŭ.

Dar dintre toțĭ, nimenĭ ca Nelaton n'a dat o descriere maĭ clară a acesteĭ afecțiunĭ. El i-a dat și numele de hematocel retro-uterin, care se conservă și astădĭ în mod clasic.

Ce va să dică hematocel retro-uterin?

Insemnéză o tumoră formată din sânge și așezată înapoiul uteruluĭ.

Aceste douĕ cuvinte ce represintă definițiunea cea maĭ simplă, conține în acelașĭ timp și caracterele fundamentale ale bóleĭ. In adevĕr, putem avea o revĕrsare de sânge orĭ cât de mare în cavitatea abdominală și chiar înapoiul uteruluĭ, dar atât cât acéstă masă sanguină nu va fi conținută într'o cavitate închisă proprie a sa, în care să se închisteze și să formeze tumoră, acésta nu va constitui bóla ce ne preocupă; decĭ nu va fi ematocel. Dar pentru a fi complectĭ, se maĭ adaugă încă un caracter și anume: că tumora sanguină retro-uterină să fie capabilă să determine o schimbare pronunțată a uteruluĭ din starea sa normală, și anume că acest organ să fie împins fórte mult înainte către simfisă și băsică; cu alte cuvinte să se găsésca în ante-posițiune exagerată. Decĭ:

Tumoră sanguină închistată așezată înapoiul uteruluĭ și respingênd fórte mult acest organ înainte, constitue hematocelul retro-uterin.

De aci urmézĕ următórele douĕ lucrurĭ: întâiŭ că sângele

revĕrsat în abdomen să se aşeze înapoiul uteruluĭ şi să se închisteze; iar al doilea să fie de o cantitate suficientă şi anume de 400—500 gr., pentru a putea exercita o presiune pe uter împingându-l înainte. Numaĭ atuncĭ ḑicem că avem a face cu un hematocel. In adevĕr o revĕrsare mare de sânge în cavitatea peritoneală dar ne închistată nu formézĕ un hematocel, ci emoragie internă saŭ după Legueu *inundaţiune peritoneală.*

Barnes făcând abstracţie de etimologie, numesce acéstă emoragie *hematocel cataclismic.* Numele nu corespunde în ce privesce partea întâia, căcĭ sângele ne fiind închistat nu póte fi hematocel; cuvêntul însă de cataclismic e tot ce póte fi maĭ just şi maĭ propriŭ, luând în consideraţiune modul brusc şi dramatic cu care apare acéstă afecţiune. Adevĕrul este că, hematocelul recunoscând de obiceiŭ o revĕrsare bruscă de sânge provenită dintr'o graviditate extra-uterină, astăḑĭ numaĭ jócă un rol mare fenomenul închistăreĭ meseĭ sanguine. Decĭ se póte admite şi denumirea luĭ Barnes. Rĕmâne însă neclintită observaţiunea clinică ce ne arată existenţa a douĕ feluri de ematocele: unul unde sângele provine din alte cause de cât graviditatea extra-uterină şi care e capabil să se coaguleze, graţie uneĭ alteraţiunĭ prealabile a peritoneuluĭ pelvien; iar alt hematocel gravidic, în care masa sanguină e mult maĭ mare şi unde sângele nu se închistéză, tocmaĭ din causa integrităţeĭ seróseĭ peritoneale.

Dar să vedem maĭ în detaliŭ, care este causa acesteĭ afecţiunĭ. Luându-se în consideraţie sediul tumoreĭ şi relaţiunile sale cu organele genitale interne, prima idee sugerată autorilor a fost să caute sorgintea acesteĭ emoragiĭ în tóte organele ce constitue sfera genitală internă, precum şi fóia peritoneală ce le acopere. Ast-fel pe rênd s'aŭ încriminat uterul, ovarele, trompele, pelviperitonitele, vasele, etc. Tóte aceste teoriĭ astăḑĭ aprópe aŭ dispărut. Observaţiunile clinice şi cercetările anatomo-patologice macroscopice şi microscopice aŭ arătat, că în imensa majoritate a cazurilor, şi am putea ḑice tot-d'a-una, hematocelul nu are de cât o singură origină: *graviditatea extra-uterină.* Cu tóte acestea, pentru respectul diferiţilor autorĭ şi pentru a ne conforma cu uzul clasic, vom trece în revistă diferitele teoriĭ ce s'aŭ emis, fără însă a ne opri prea mult asupra lor.

Prima teorie, cea maĭ veche, atribue hematocelul revĕrsăreĭ sângeluĭ menstrual saŭ maĭ bine ḑis refluxuluĭ acestuia din uter prin trompă. Teoreticesce lucrul s'ar petrece ast-fel: să ne închipuim o atresie a orificiuluĭ intern al ulteruluĭ — fie în urma

unuĭ spasm, precum susținea *Ruysch*, *Haller* și *Bernutz*; fie prin faptul astupăreĭ directe a acestuĭ orificiŭ cu un dop mucos orĭ lambourĭ de mucósă uterină deslipită. In asemenea condițiunĭ, sângele menstrual sosit în cavitatea uterină neputând ieși la exterior, dînsul parte se va coagula. parte va rĕmânea în stare liquidă, grație acțiuneĭ mucusuluĭ uterin ce are proprietatea de a menține în stare fluidă o parte din sânge. Atuncĭ părețiĭ uteruluĭ sunt escitați; de aci congestiunĭ, exalațiunĭ, transudațiunĭ sanguine și chiar ruperĭ de micĭ vase. Iar când întréga cavitate uterină s'a umplut de sânge și nu póte învinge obstacolul de la orificiul întern, el va trebui să-și găséscă o ieșire. Acéstă ieșire indicată și naturală va fi orificiul trompelor; pe aci sângele trecând prin extremitatea abdominală a acestuĭ organ, se varsă în peritoneŭ și produce ast-fel hematocelul.

Aĭ e greŭ de susținut o asemenea imaginațiune; decĭ nu insistăm maĭ mult asupra eĭ. Singură ideia luĭ Guèrin invocată în favórea acesteĭ teoriĭ, s'ar putea admite. După dînsul fenomenul se produce grație uneĭ exfoliațiunĭ totale a mucóseĭ uterine, cauzată ea însăși de o dismenoree membranósă. Ea ar fi capabilă să lase cu totul deschis și lărgit ostium tubar, astupând în acelaș timp orificiul intern al cavitățeĭ uterine. După cercetările moderne însă acéstă exfoliațiune a mucóseĭ nu este de cât însășĭ caduca, ce ar coincide cu o graviditate extra-uterină și care singură e capabilă a da o emoragie mare, un hematocel.

II. *Teoria luĭ Trousseau saŭ origina hematocelului în trompă.* Acest autor admitea că exalațiunea păreților mucóseĭ întregeĭ trompe, ce în mod fisiologic există în momentul menstruațieĭ, se exagerézăforte mult în unele împrejurărĭ. Presupunênd decĭ o asemenea supra-abondență, și în acelaș timp o strâmtóre a ostiuluĭ tubar, este evident că sângele se va vărsa în peritoneul pelvien. El trecând prin orificiul abdominal al trompeĭ formézăast-fel hematocelul retro-uterin.

III. *Teoria luĭ Nelaton și Laugier saŭ hematocel de origină ovarică.* Mecanismul dupĕ aceștĭ autorĭ ar consta în aceea, că în timpul menstruațieĭ se produce o iperemie exagerată în ovar, și decĭ un aflux maĭ mare de sânge. Dacă ne închipuim că în acéstă circumstanță pavilionul trompeĭ nu se aplică exact saŭ chiar de loc pe ovar — din causa diferitelor stărĭ patologice — resultatul va fi că tot sângele produs în ovar, va cădea în cavitatea retroperitoneală și va da nascere unuĭ hematocel.

Dintre toțĭ autorĭĭ însă, *Gallard* s'a arătat cel maĭ mare apă-

rător al acesteĭ teoriĭ; el adăogă încă un nou factor, anume căderea ovululuĭ fecondat saŭ nu în peritoneŭ. De aci și numele de *zămislire* saŭ *plămădeală extra-uterină* (ponte). De și un asemenea mecanism adĭ nu e de nimenĭ admis, totușĭ ideea luĭ Gallard a format începutul unuĭ mare pas în etiologia ematoceluluĭ, atribuindu-l posibilităței uneĭ fecondărĭ extra-uterine.

Mecanismul hematoceluluĭ de origină ovarică catameneală a fost maĭ ales combătută de Scanzzoni. El susține că ovarul sănătos nu e capabil să dea loc uneĭ emoragiĭ serióse cerută de un hematocel. D însul împreună cu alțĭ autorĭ între carĭ și Huguier, aŭ susținut că numaĭ un ovar bolnav și în special când este atins de leziunea numită slero-kistică, póte să fie punctul de plecare al unor enormĭ kiștĭ sanguinĭ; aceștia spărgêndu-se ar umple peritoneul pelvien, și ar representa cel maĭ tipic ematocel. In sprijinul acesteĭ ideĭ, Scanzzoni citézĕ un caz urmat de mórte, unde dintr'un kist ematic al ovaruluĭ s'a scurs treĭ kilograme de sânge în cavitatea peritoneală. De și faptul e primit cu reservă — căcĭ rar se întâlnesc asemenea kiștĭ datorițĭ uneĭ simple degenerescențe scleróse a ovaruluĭ — totușĭ astă-dĭ se consideră lucrul ca bun; el însă e pus tot pe socotéla uneĭ sarcinĭ extra-uterine.

IV. *Teoria luĭ Richet saŭ hematocel de origină venósă.* După acest autor, bóla ar proveni din ruperea pachetuluĭ venos-utero-ovarien, care s'ar găsi într'o stare de dilatațiune varicósă. In urma uneĭ acumulărĭ maĭ mare de sânge în interiorul acestuĭ plex, s'ar forma nisce dilatațiunĭ ampulare numite boseluri. Ele la un moment dat spărgêndu-se, revĕrsarea sângeluĭ în cavitatea pelviană ar da nascere hematoceluluĭ. Dar și aci observațiunile moderne aŭ arătat că e vorba tot de o graviditate extra-uterină tubară. In special Pilliet a demonstrat, că aceste varice venóse nu sunt de cât nisce diverticule ale trompeĭ insinuate în grosimea ligamentuluĭ larg; pereții sĕĭ fórte subțirĭ și scrijilați, prin plesnirea lor, produc emoragia dișă varicósă. Cum că o presiune mare venósă e capabilă a rupe pereții vasuluĭ, se demonstră după cum a arătat Lawson Tait și atuncĭ când în urma extirpăreĭ diferitelor tumorĭ suntem nevoițĭ a aplica legăturĭ pe ligamentele largĭ. Adesea în urma acestor operațiunĭ, pereții venelor se rup după câte-va dile și daŭ nascere uneĭ emoragiĭ destul de abondente.

Tóte aceste cause saŭ mecanism al hematoceluluĭ, provin dintr'un *epanșament or revĕrsare sanguină primitivă.*

Maĭ există însă o altă origină a ematoceluluĭ, cunoscută sub

numele de epanșament sanguin secundar. Dînsul ar resulta din ruperea falșelor membrane ce s'ar găsi în cavitatea luĭ Douglas sau fundul de sac retro-uterin. Diferitele inflamațiunĭ ale acesteĭ regiunĭ, în special pelvi-peritonitele, sunt urmate de o stare particulară a peritoneuluĭ pelvien, care-ĭ schimbă cu totul caracterele fisiologice. Peritoneul este fórte mult îngroșat și brăsdat de o mulțime de neo-membrane carĭ plécă de la un părete la altul și dirijate în diferite direcțiunĭ; ele interceptéză o mulțime de cavități de diferite mărimĭ, transformând regiunea într'un adevĕrat burete. Acéstă stare de inflamațiune totală și îngroșare a peritoneuluĭ, a primit numele dat de Virchow de *pachy-pelvi-peritonită* Dar maĭ cu deosebire acele falșe membrane s'aŭ vĕdut că posedă o vascularitate fórte mare; decĭ ruperea lor într'un moment de mișcare bruscă saŭ alte circumstanțe, pot da nascere uneĭ emoragiĭ destul de violente și abondente, pentru a fi suficientă constituireĭ unuĭ ematocel. Fenomenul ar fi analog cu ceea-ce se petrece în emoragiile meningee, în meninge și tunica vaginală, recunoscênd aceeașĭ causă de rupere a aderențelor vechĭ, resultate ele însășĭ din pachy-meningite, pachy-vaginalite cronice, etc.

Cum că în pelvi-peritonitele vechĭ există asemenea leziunĭ, lucrul e fără contest; dar că ruperea unor asemenea membrane să fie capabile a da nascere uneĭ emoragiĭ așa de însemnate cerută de un ematocel, este îndoios. De aceia și aci se crede că e vorba tot de o graviditate extra-uterină.

Maĭ există în fine și alte cause de ematocel ce s'ar putea numi *discrasic* saŭ *idiopatic*. Dînsul se datorește uneĭ stărĭ de diffluență sanguină, determinată de bóle generale, ca scorbut, emofilie, debilități profunde în urma bólelor generale infecțióse, etc.

După cum vedem nicĭ una din teoriile ce s'aŭ emis nu aŭ curs în sciință. Ematocelul retro-uterin are o singură causă: graviditatea extra-uterină.

Ideea acésta se datorește luĭ Lawson Tait. El e cel d'întâiŭ care a atras atențiunea autorilor asupra acestuĭ lucru. Mecanismul constă, că fecondațiunea în majoritatea casurilor făcându-se în tubul trompeĭ, fetul se desvoltă aci cât îĭ permite distensiunea pereților. Când trompa devine enorm dilatată prin acumulațiunea de sânge — formând emato-salpinx — dacă embrionul nu maĭ e viabil, lucrul póte rĕmânea aci. Acésta constitue chiar un mod spontanat de vindecare, prin resorbțiunea lentă și gradată a conținutuluĭ. In casul contrariŭ, dacă fibrele musculare ale canaluluĭ trompeĭ sunt puternice, iar pereții destul de groșĭ, conținu-

tul împreună cu fetusul pot fi expulsați prin orificiul abdominal al trompei și să cază în abdomen. Dacă din contra pareții sunt subțiri iar fibrele musculare atrofiate, atunci punga kistului fetal se sparge; tot conținutul sĕŭ cade iarăși în abdomen. Și într'un cas și în altul, resultatul este: o revărsare mare de sânge cu fenomene cataclismice, formare de o tumoră inapoiul uterului, adică un hematocel. Și faptul este așa de demonstrativ, că mai tot-d'a-una când facem laparatomia contra acestei afecțiuni, găsim nu numai embrionul saŭ fetul — când îndoială nu mai póte fi — dar chiar în lipsa acestora, avem presența de membrane ce nu sunt de cât restul din chorion. Dar și în lipsa acestor probe, noi încă avem la dispositie alte semne pentru a demonstra origina hematocelului ca fiind sub dependința unei graviditĕți extra-uterine: Pilliet a arătat că însăși examenul coagulului parietal, aderent de tubul trompei, ne va demonstra denudarea mucóse și presența de celule migratrice, pigmentate în nivelul sĕŭ; ele formézĕ cele douĕ semne demonstrative ale unei graviditĕți extra-uterine de o durată veche.

Anatomia patologică. Caracterele esențiale ale hematocelului, fiind o revărsare de sânge înapoiul peritoneului și închistarea sa, descrierea acestor douĕ lucruri va constitui întréga anatomie patologică.

Prima chestiune la care va trebui să rĕspundem este: pentru-ce sângele orĭ-care ar fi origina sa, el tot-d'a-una cade înapoiul uterului. Lucrul se explică de la sine când sorgintea emoragiei vine din ovar, pavilionul trompei saŭ orĭ-ce alt vas de prin prejur. Organele acestea fiind pe un plan mult mai inferior ca marginea superióră a ligamentului larg, este evident că sângele odată ieșit, nu are unde să se scurgă de cât în acest spațiŭ retro-uterin, prin simplul fenomen al gravitĕței. Nu este însă tot ast-fel când emoragia ar proveni din porțiunea tubară a trompei, mai ales către țestul sĕŭ intern. Dar noi scim că organul acesta se află în aripa medie a ligamentului larg, care tocmai ocupă planul cel mai superior în raport cu aripa anterióră și posterióră. Prin urmare revărsarea de sânge în asemenea caz, mai ușor e chemată a se face în fundul de sac anterior saŭ vesico-uterin, de cât în cel posterior. In starea fisiologică însă fundul de sac anterior este aprópe închis, grație positiunei normale a uterului: acesta fiind în anteversiune, fața sa anterióră merge către cea posterióră a bășicei și limitézĕ în mod simțitor, dacă nu chiar șterge acel fund de sac. Resultă deci că scurgerea de

sânge se va face tot în fundul de sac posterior, de și situațiunea organelor ce o produce, e mai favorabilă pentru ca scurgerea să fie în fundul de sac anterior. Cu tóte acestea fenomenul se observă; el a motivat chiar o varietate a parte, numită *ematocel ante-uterin.*

In ceea ce privesce cantitatea sângeluĭ constituind hematocelul, dînsa variază în mod evident cu mărimea vasuluĭ ce i-a dat nașcere. O emoragie arterială, mai ales când calibrul vasuluĭ e mare, e capabilă a aduce în mod instanteneŭ mórtea bolnaveĭ, prin abondența sa. Se citéză casurĭ de emoragiĭ fulgerătóre în cantităț de unul și douĕ chilograme de sânge. Ast-fel este casul luĭ Cestan și Prochownick, în care un ematocel a putut conține până la 3100 gr. sânge liquid și 500 gr. coagul. Noĭ înși-ne am avut a face cu asemenea casurĭ, pe carĭ le vom relata la graviditatea extra-uterină.

Nu tot ast-fel va fi cu emoragiile de origină venósă, precum și acelea resultate în urma unuĭ avort. Aci presiunea sanguină fiind mult mai mică, emoragia va fi mai puțin abondentă, emostasa putându-se obține în mod natural. Volumul ematocelului iarăș póte fi destul de redus, când sorgintea emoragieĭ recunósce drept causă ruperea unor aderențe de întindere și grosime neînsemnată.

Cu tóte acestea, abondența emoragieĭ pare a sta în strânsă legătură nu atât cu natura vasuluĭ ce i-a dat nascere, ci cu starea de integritate a seróseĭ peritoneale. Veit a demonstrat că peritoneul fiind sănătos, n'are nicĭ o tendință a favorisa emostasa, din causă că integritatea endoteliuluĭ acesteĭ seróse împedică coagularea sângeluĭ. Ast-fel fiind lucrul, o emoragie fie ea provenită chiar dintr'un vas fórte mic, dînsa se va continua și va fi capabilă să umple întréga cavitate abdominală cu sânge, ca și cum ar fi fost vorba de deschiderea unuĭ mare vas. Din contra, alterațiunea acestor celule existând, sângele imediat ce vine în contact cu ele, va avea o tendință iresistibilă la coagulare. Din contra, admițând presența de aderențe vechĭ și falșe membrane — al căruĭ rol este a se opune uneĭ difusiunĭ prea marĭ a sângeluĭ — avem doĭ factorĭ principalĭ pentru asigurarea emostaseĭ. Prin urmare, în asemenea casurĭ ematocelul va fi relativ mic, cu tótă provenienț sa din deschiderea unuĭ vas mare.

Segond a dat următórea formulă fórte adevĕrată dicênd: *energie mică cu un peritoneŭ bolnav; energie mare cu un peritoneŭ sănătos.*

Și în adevĕr, în practică lucrurile cam ast-fel se și petrec: femeele carĭ de multă vreme se plâng de durerĭ în micul basin; femeele ce aŭ suferit de pelvi-peritonite vechĭ; femeele purtătóre de durerĭ anexiale; femeile la carĭ constatăm presența de multe și întinse aderențe fixându-le uterul și cele-l'alte organe în posițiuni vițióse, ele sunt acelea carĭ, în momentul isbucnireĭ unuĭ ematocel, se resimt maĭ puțin și ne oferă fenomene adesea-orĭ negative. La dînsele nu vom întâlni revĕrsărĭ marĭ de sânge, ci buzunare de capacitate medie. Din contra, femeile carĭ până aci nu se plângeaŭ aprópe de nimic, la ele isbucnirea ematocelului se însoțește de fenomene în adevĕr dramatice și cataclismice; dînsele în mijlocul uneĭ emoțiuni profunde, sting viața bolnaveĭ în câte-va minute.

Mecanismul constă în starea de întegritate saŭ alterațiune patologică a peritoneului.

Intr'un caz, emoragia este difusă și continuă; în altul, repede se închistéză; sângele se coaguléză și emostasa se obține.

Să vedem acum în ce mod sângele odată căḑut înapoiul uteruluĭ se închistéză pentru a forma o pungă, constituind hematocelul?

Sunt douĕ anume circumstanțe. Une-orĭ acéstă pungă este deja formată, grație presențeĭ aderențelor și neo-membranelor ce plécă de la fața posterióră a uteruluĭ la cea anterióră a rectuluĭ, iar în lăturĭ spre basin. In casul acesta, sângele revărsat cade într'o cavitate deja formată; decĭ la moment se închistéză. Acéstă cavitate póte să fie unică, cu părețĭ groșĭ saŭ subțirĭ, conform cu constituțiunea neo-membranelor. Alte dățĭ întâlnim douĕ saŭ maĭ multe lojĭ, provenite din distribuțiunea, numĕrul aderențelor și încrucișarea lor. In casul acesta sângele îșĭ pierde calitățile sale; el se amestecă cu diferite detritusurĭ epiteliale și devine seros, sero-mucos, sirupos, de colóre brună, purulent, etc. O altă circumstanță este când emoragia se produce în cavitatea peritoneală fără existența prealabilă de aderențe saŭ neo-membrane. In acest caz sângele se difuzează în tot abdomenul; el se interpune printre ansele intestinale, saŭ cade în părțile cele maĭ declive. Atuncĭ dînsul ne oferă variațiunea fenomenelor orĭ-căruĭ liquid intrând în cavităț̆ĭ largĭ. Prin urmare, un asemenea viitor ematocel, în tocmaĭ ca și o ascită, va lua posițiuni diferite, determinate de acelea ce vom da bolnaveĭ. Există însă câț̆ĭ-va factorĭ carĭ, în lipsa uneĭ alterațiuni a seróseĭ peritoneale capabilă de a favorisa emostasa, intervin dînșiĭ pentru a limita un spațiŭ, unde

sângele grămădindu-se, să fie silit a se coagula și deci emoragia să se oprésca. Dacă ne-am închipui că bolnava în momentul isbucnirei ematocelului ar avea organele cavitare într'o stare de repliţiune; dacă cu alte cuvinte s'ar întâmpla ca băşica, rectul şi intestinele să fie pline de liquide şi materii fecale, atunci uterul ar fi împins înapoi de băşică, iar părețele anterior al rectului ar înainta către cel posterior al uterului. De aci putem întrevedea cum fundul de sac a lui Douglas se micşoréză de capacitate. La rîndul lor, ansele intestinale pogorându-se cât se póte mai jos, ar forma ca un fel de capac d'asupra acestei cavităţi. Dînsa deci ast-fel redusă la maximum, sângele aflându-se închis într'un spaţiu mic, el nu va întârdia să se coaguleze, iar consecutiv emoragia să se oprésca.

De sigur, un asemenea ideal e greu de întâlnit; şi probă avem, că din nenorocire hematocelele adesea dobândesc un volum considerabil. Ba une-ori, epanşamentul sanguin trece chiar dincolo de vîrful uterului, aşa în cât acest organ în loc de a fi împins de dinapoi înainte către simfisă, din contra se află apăsat, prin faptul situaţiunei sale, de desubtul meseĭ sanguine, care va exercita întréga sa presiune pe fund, iar nu pe părețele posterior.

Prin urmare, iluziuni în intervenţiunea unor anumiţi factori de a micşora cavitatea retro-uterină, să nu avem. Totuşi şi în lipsa acestor mijlóce, închistarea sângelui revĕrsat în abdomen încă se obţine, graţie unei intervenţiuni ale sforţurilor naturei. Ast-fel, prin faptul presenţei liquidului sanguin în contact cu peritoneul visceral al intestinelor, se produce o uşóră inflamaţiune adesivă. Graţie acestui fenomen, ansele intestinale repede se lipesc între ele şi limitéză în sus fundul de sac al lui Douglas. Ele constitue deci o barieră destul de puternică contra difuziunei sângelui. Bernutz a dat numele acestui lucru de *diafragm patologic*. Imediat saŭ concomitent cu acésta, procesul inflamator, sângele se propagă în lăturile basinului şi pretutindeni unde peritoneul e în contact cu sângele, care pe mĕsură ce se coagulează pe atât inflamaţiunea devine mai vie. Aşa dar totul contribue la limitarea emoragiei, la obţinerea unui hematocel pe cât posibil de mic.

Acestea sunt în câte-va cuvinte leziunile anatomo-patologice ale ematocelului. Ferber şi Beigel aŭ atras atenţiunea asupra unei alteraţiuni specifice a peritoneului în caz de hematocel. Lucrul ar consta în nisce pete brune, formate de pigment şi in-

filtrate în serósă. Dar acésta nu e alt-ceva de cât resultatul extravasaţiuneĭ de sânge, analog cu ceea-ce observăm şi în alte ţesuturĭ, în caz de contusiunĭ saŭ emoragiĭ. Precum acolo existenţa acestuĭ fenomen ni se arată prin aparițiunea la exterior — fie pe piele, pe mucósa conjunctivală, bucală, labială — de pete la început brune, apoĭ galbene, etc., tot ast-fel este şi cu ematocelul. El o-dată infiltrat în serósă, se va însoţi de acele pete arătate de Ferber.

Simptomele şi diagnosticul. Din punctul de vedere clinic, există douĕ hematocele retro-uterine, stând în legătură cu modul aparaţiuneĭ lor. Când bóla e precedată de fenomene numite de Bernutz dramatice, iar de Barnes, cataclismice, atunci avem a face cu un ematocel difus, cu o revărsare mare de sânge, care póte omorâ bolnava ca şi cum ar fi trăsnită. Forma acésta corespunde în general cu ruperea unuĭ kist fetal, saŭ maĭ bine dis a uneĭ graviditățĭ extra-uterine.

Bolnava în mod subit — stând la masă, saŭ în mijlocul uneĭ conversaţiĭ, orĭ în diferite alte circumstanţe — e coprinsă de nisce durerĭ viĭ, de o paliditate extremă a feţeĭ, de sudorĭ recĭ, de o frequenţă şi micşorare escesivă şi filiformă a pulsuluĭ, de o balonare a pânteceluĭ. Une-orĭ desfăşurarea acestor fenomene este aşa de repede, în cât maĭ 'nainte de a putea să ne gândim a veni în ajutorul femeeĭ, dînsa piere sub ochiĭ noştri, lăsându-ne cea maĭ tragică impresiune. Adesea medicĭĭ nepreveniţĭ şi necunoscătorĭ de acest lucru, aŭ atribuit mórtea bolnaveĭ uneĭ otrăvirĭ, saŭ chiar a unor accese supra-acute de choleră.

Dacă din norocire terminaţiunea nu e fatală, fenomenele se calmézĕ puţin; încetul cu încetul bolnava îşĭ revine, rĕmâind însă sub stăpânirea celeĭ maĭ marĭ debilităţĭ.

In afară de acéstă formă supra-acută, avem alta, unde fenomenele sunt maĭ puţin dramatice; totuşĭ însă destul de suficiente pentru ca bolnava să inspire cele maĭ serióse grijĭ celor carĭ o înconjóră.

Dar orĭ cât de atenuată ar fi aparițiunea ematoceluluĭ, dînsul nicĭ o dată nu se anunţă fără durerĭ brusce, simţite în micul basin. Aceste durerĭ provin din ruperea aderenţelor, saŭ deslipirea vre-uneĭ falşe membrane, în urma cărora emoragia apare. Dînsa însă nefiind într'o cantitate enormă ca în prima formă, nu se va însoţi de acele lipotimiĭ şi sincope, ci numaĭ de un *simplu ţipăt*, ce bolnava exprimă involuntar şi în mod subit.

Fórte rar se întâmplă ca ematocelul să apară în mod insi-

dios, adică fără fenomene acute. Este adevĕrat că une-orĭ femeile se plâng de durerĭ vagĭ în basin; altele în dreptul anexelor saŭ d'asupra pubisuluĭ, etc. Unĭĭ presupun că la fie care din aceste durerĭ se produc câte un mic ematocel, până când la un moment dat dînsul se complectézĕ printr'o revĕrsare maĭ mare de sânge.

Conchidem decĭ, că în urma emoragieĭ interne, fie ea mare saŭ mică, fenomenul principal de care bolnavele se plâng, este o durere ce ele simt în abdomen și care une-orĭ ia caracterul sfâșiitor. Lucrul acesta se observă maĭ ales în revĕrsărĭ marĭ de sânge în cavitatea peritoneală. Atuncĭ pântecele este enorm de balonat; cea maĭ mică explorațiune devine imposibilă, căcĭ nicĭ însușĭ cel maĭ ușor înveliș — până și chiar cămașa devine insuportabilă pentru abdomen. Bolnava în prada celor maĭ marĭ suferințe, caută să-șĭ ia diferite posițiunĭ; dînsa însă va căuta să păstreze tot-d'a-una relaxarea mușchilor abdominalĭ; ea va avea cópsele flexate pe basin. In plus dînsa privește înspăimêntată, ca nu cumva cine-va să se apropie de ea, precum nicĭ să misce patul. Aceste durerĭ une-orĭ ocupă întregul abdomen și aŭ caracterul sfâșiitor, excruciant.

Causa acesteĭ durerĭ este atribuită astădĭ maĭ de toțĭ autoriĭ unor iritațiunĭ intense a suprafeței peritoneale. Singur Trousseau susținea că ele ar proveni dintr'o fluxiune violentă, produsă în anexele uteruluĭ în timpul ematocelulŭĭ, iar nicĭ de cum din causa iritațiuneĭ peritoneale. După el peritoneul ar fi insesibil în fața corpilor străinĭ. Dar în afară de aceste durerĭ sunt altele al căror mecanism e simplu. Ast-fel avem durerile din cópse genunchiŭ și pulpe. Ele provin din presiunea ce tumora exercită asupra plexuluĭ nervos sacral. Maĭ avem încă durerĭ tot din causa compresiuneĭ, ce ni se manifestă din partea organelor vecine în special băsică și rect. Dupe volumul ematocelulŭĭ, putem să avem retențiune complectă și de urină și de materiĭ fecale. Lumina acestor organe póte fi cu totul ștérsă. S'a vĕdut casurĭ când compresiunea rectuluĭ era așa de mare, că s'a crĕdut la existența uneĭ oclusiunĭ intestinale. După Sinety, bazat pe unele observațiunĭ și concepțiunĭ teoretice, ar resulta că fenomenele de strangulațiune internă nu sunt tot-d'a-una resultatul uneĭ compresiunĭ, ci a uneĭ paralisiĭ a stratuluĭ muscular a intestinuluĭ. Ea ar fi consecutivă invasiuneĭ brusce a sângeluĭ, precum și a uneĭ peritonite supra-acute. Compresiunĭ analóge se pot exercita și chiar pe uretere. Ast-fel este un cas publicat de Dumontpallier, în care, dice Sinety, făcênd examenul anatomic a

găsit ureterele comprimate și dilatate. Rinichiĭ fură în mod consecutiv alterați, așa că bolnava, care resistase la mai multe emoragiĭ intra-pelviene provenite dintr'un kist fetal, a sucombat în cele din urmă cu accidente uremice. Dar alte dăți compresiunea se exercită mai mult asupra gâtuluĭ băsiceĭ. Atuncĭ bolnava este coprinsă de disurie și polakiurie, așa că e nevoită a face udul un număr înfinit de orĭ. Tot acelaș lucru putem dice despre rect. Acest organ fiind supus uneĭ iritațiunĭ continue, bolnava se plânge de tenesme rectale și dorințe falșe în actul defecațiuneĭ.

Până aci am vĕḑut că fenomenul predominant al ematoceluluĭ constă în manifestarea unor durerĭ fórte violente, fie de compresie saŭ iritație, simulând o pelvi-peritonită. Pentru acest cuvînt, uniĭ aŭ propus numele de formă *pseudo-peritonitică.*

Dacă fenomenele de metroragie și expulsiunea de membrane din uter predomină, apropiindu-l de semnele unuĭ avort, hematocelul se numesce *pseudo-avortiv.*

Dupĕ ce fenomenele generale ca și cele locale s'aŭ calmat, iată ce constatăm în examenul cu degetul introdus în vagin. In fundul de sac posterior găsim o tumoră fluctuentă, care proeminéză și dă acestuĭ fund o formă cu totul convexă. Prin examenul bimanual, găsim fundul uteruluĭ cu totul înainte, impins de tumoră și lipit de simfisă; gâtul sĕŭ deviat și respins în sus, este fórte greŭ de atins. In figura 100 avem un model de ematocel retro-uterin. Fundul de sac anterior e gol, dar șters. El este plin și ne oferă aceleașĭ caractere ca cel precedent, numaĭ când hematocelul este ante-uterin. In casul acesta corpul uteruluĭ e cu totul respins înapoĭ către sacrum. Fundurile de sac laterale pot și ele fi coplești te de tumoră, saŭ ocupate de anexele bolnave.

Când ematocelul este recent, sensațiunea de fluctuație este cu totul manifestă; maĭ târziŭ însă putem percepe sensațiunea unor bulgărĭ de zăpadă ce i-am fărâma între degete; eĭ nu sunt de cât coagulĭ sanguinĭ.

In fine la o epocă maĭ veche ne rĕmân nisce adevĕrațĭ noduli de consistență fórte tare; eĭ se pot impune drept fibróme saŭ alte produse patologice. In asemenea casurĭ diagnosticul diferențial se bazéză pe antecedente și modul aparițiuneĭ bóleĭ.

Nu vom scăpa din vedere examenul atentiv al gâtuluĭ uterin; deschiderea orificiuluĭ sĕŭ, starea de ramolire a mucóseĭ, volumul uteruluĭ, precum și starea anexelor, pentru a stabili ori-

gina hematocelului ca fiind în legătură cu o graviditate extra-uterină.

In casurile când hematocelul provine din simple ruperi ale aderențelor și este strein de o graviditate ectopică, tóte semnele din partea uteruluĭ și a anexelor sunt și rĕmân negative.

Credem de prisos a maĭ insista asupra diagnosticuluĭ diferențial între un hematocel și un kist ovaric la început. Tot astfel vom zice și de o bólă și maĭ puțin apropriată, precum ar fi apendicita. Cu puțină atențiune și cunóscerea antecedentelor, hematocelul va fi ușor diferențiat. Explorarea rectuluĭ ne va permite să ne dăm și maĭ bine séma de întinderea tumoreĭ, de caracterele sale și de diferite puncte durĭ, unele moĭ, alte semifluc-

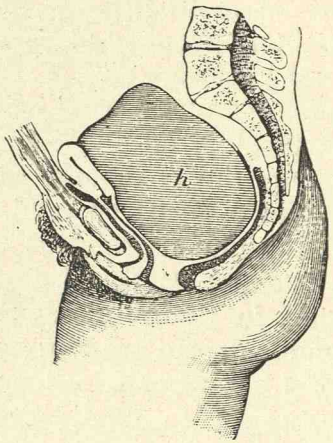


Fig. 100. Hematocel retro-uterin intra-peritoneal. *h* tumora sanguină.

tuente, porțiunĭ cu părețĭ groșĭ, alțiĭ subțirĭ, etc., ce vor fi propriĭ hematocelului.

Mersul, prognosticul și tratamentul. Imediat ce hematocelul trece de perióda supra-acută, el are un mers cronic. In acest cas póte să se termine prin *resoluție*, *induratie*, *saŭ supurație*. După resorbția părțeĭ liquide a sângeluĭ, rĕmân nodulĭ fibrinoșĭ de volum și consistență variabilă, carĭ în general pun un timp destul de îndelungat ca să dispară. Când circumstanțele sunt favorabile și funcțiunile menstruale se restabilesc, atuncĭ cu óre-carĭ îngrijirĭ apropriate, vindecarea se obține de la sine, de și în mod lent.

Casurile de supurație se observă mai rar, și numai atunci, când înaintea ematocelului au existat fenomene inflamatorii cronice din partea anexelor sau peritoneului. Dar chiar și în acest caz, nu există o supurațiune francă, căci la deschidere, pe lângă puroiu iese o cantitate mult mai mare de sânge negru, murdar și amestecat cu coagulĭ.

In regulă generală putem ḍice, că ematocelul, dacă nu omóră imediat pe bolnavă în timpul explosiunei, încetéză de a fi malign; bolnavele au posibilitatea de a scăpa.

Tratamentul. Discuțiuni nu încape cătușĭ de puțin când e vorba de un ematocel fulgerător. Singura scăpare a bolnavei constă a recurge imediat la laparatomie, chiar și atunci când s'ar părea că nu avem nici o speranță. Numai deschizând repede abdomenul și golind cavitatea peritoneală de tot sângele și coagulii, putem descoperi sorgintea emoragiei. Acésta o vom căuta direct în unul din anexe. Aci, prin pense, apoi aplicare de legături oprind emoragia, putem reda viața bolnavei. Dacă timpul ne permite, putem intreprinde ablațiunea uneia sau ambelor anexe, pentru ca operațiunea să fie mai radicală. In asemenea casurĭ urgente, socotim că e prudent a ne abține de a face și ablațiunea uterului, pentru a nu determina un șoc prea mare, la care bolnava n'ar putea resista.

Noĭ am tratat mai multe asemenea casurĭ în extremis, și am obținut cele mai frumóse resultate prin spălăturile largĭ cu sublimat. Dar acésta se va vedea la capitolul graviditate extra-ordinară.

In cazul însă când hematocelul apare cu mai puține fenomene alarmante, ne putem impune expectativa. La acésta vom adăuga repausul și medicațiunĭ fondante intus et extra, ca aplicațiunĭ de unguent cinereŭ beladonat pe pântece; mai târḍiŭ vesicătorĭ, iar la interior iodol în cantitate de un gram pe ḍi, ce ne póte da bune resultate.

Dacă ematocelul a intrat în stadiul de supurație, sau formézā o tumoră fluctuentă care bombézā în vagin, putem interveni pentru a da scurgere conținutului sĕŭ, împiedicându-l ast-fel a se deschide în mod spontanat în organele vecine și în special spre rect. Acéstă eventualitate póte fi fórte vătămătóre, nu numai prin faptul că femeea rĕmâne cu o fistulă rectală interminabilă, dar și prin aceea că punga ematocelului e susceptibilă să se infecteze, aducênd ast-fel complicațiunĭ din cele mai serióse. Decĭ e prudent a procede la deschiderea pungeĭ.

Metóda cea mai veche și aceea care dă și adi fórte bune resultate, este deschiderea prin calea vaginală, numită *metóda lui Bernutz*. Dînsa constă a practica o incisiune transversală saŭ mediană pe fundul de sac posterior al vaginului în dreptul inserțiuneĭ sale pe gâtul uterin.

Noĭ în maĭ multe casurĭ am făcut acéstă operațiune cu Pacquelin. Obiceiul însă este a se face cu bisturiul. O dată punga deschisă și golită, facem o explorațiune convenabilă cu degetul, pentru a ne da seama de starea anexelor și conținutul pungeĭ. In câte-va casurĭ am scos de două-orĭ câte un fet, iar alte dățĭ resturĭ de placentă. Ne vom abține a rupe aderențele și tracturile fibróse, pentru a nu provoca emoragiĭ. Facem apoĭ tamponada buzunaruluĭ, saŭ drenăm cu tuburĭ de cauciuc.

Se impută acesteĭ metóde că nu represintă un tratament radical, de óre-ce se lasă în loc anexele bolnave precum și diferite lojĭ în buzunarul principal, carĭ ne fiind larg deschise pot favorisa o infecțiune generală. Noĭ am avut un asemenea caz, unde era vorba de o graviditate extra-uterină, și am fost apoĭ siliți după câte-va dile a complecta operația prin laparatomie, făcând isterectomia abdominală totală. E bine înțeles, că atunci când hematocelul e complicat de leziunĭ anexiale profunde, iar punga se transformă într'un vast abces pelvien, singurul tratament rațional și radical nu e de cât extirparea acestuĭ focar purulent. Cu alte cuvinte isterectomia totală, fie pe calea vaginală saŭ abdominală.

Relativ, în acéstă ultimă metódă, de alt-fel recomandată de ceĭ maĭ mulțĭ autorĭ, dificultatea cea mare ce ni se oferă, este în extirparea buzunaruluĭ locuit de ematocel. Une-orĭ acéstă dificultate merge până la imposibil. De aceea s'a recomandat de unĭĭ să se marsupializeze. Din cele arătate însă la anatomia patologică, am vĕdut că ematocelul nu are un părete propriŭ-dis, ci numaĭ diferite straturĭ. Prin urmare o marsupializare în sensul propriŭ al cuvîntuluĭ nu e posibilă, saŭ cel mult e cu totul ilusorie. Ast-fel fiind, vom căuta să deslipim punga atât cât vom putea. Nu ne vom teme a lăsa în loc porțiunĭ chiar întinse de aceste membrane, maĭ ales dacă sunt aderente cu intestinele. Ele cu timpul se vor resorbi.

In casurĭ dificile noĭ, după spălăturile largĭ cu sublimat, introducem în abdomen compresiĭ lungĭ și largĭ, pe carĭ le întindem în tot micul basin și le lăsăm în loc 2—3—7 dile. (Vedĭ graviditatea extra-uterină).

Hematocelul extra-peritoneal, numit de Huguier *pseudo-ematocel.* Nu avem să ne oprim cătușĭ de puțin asupra acesteĭ varietățĭ: pe de o parte din causa rarităței sale — fiind chiar negat de unĭĭ; iar pe de alta că afară de micĭ nuanțe, simptomatologia sa e analogă cu a flegmonuluĭ ligamentelor largĭ.

Acest ematocel constă în aceea că emoragia se produce și rĕmâne închisă între cele douĕ foĭ ale ligamentuluĭ larg, fără să cadă în cavitatea peritoneală propriŭ dișă.

Cauzele sunt — în prima linie, ruperea uneĭ vene varicóse din plexul pampiniform saŭ pachetul tubo-ovarien. El maĭ póte proveni și dintr'o graviditate extra-uterină tubară, în care însă ruptura făcându-se în partea inferióră, sângele deslipește meso-salpinxul și cade în cavitatea ligamentelor largĭ. Am avut douĕ casurĭ tipice de acéstă varietate de ematocel: când am deschis punga prin fundul de sac posterior al vaginuluĭ, am scos în acelaș timp și fetul. In orĭ ce cas, acest ematocel fiind conținut într'o cavitate restrînsă, sângele va fi forțat să se coaguleze repede și decĭ emoragia să se opréscă. De aceea și simptomele sale sunt mult maĭ puțin sgomotóse și se apropie de aceĭea a flegmonuluĭ ligamentelor largĭ. Singur Beigely dice Sinety, consideră ematocelul extraperitoneal ca jucând un rol maĭ important de cât se crede în patogenia formeĭ ordinare. Ar trebui însă, adaugă autorul, să admitem marĭ modificațiunĭ a țesuturilor ce constitue ligamentele largĭ, pentru a permite invasiunea sângeluĭ în serósă. Structura acestor ligamente și experiențele intreprinse de Tripier arată, că în starea normală, ligamentele largĭ oferă o resistență considerabilă și suportă o presiune fórte mare înainte de a se rupe.

Mersul și tratamentul e analog cu al flegmonuluĭ ligamentuluĭ larg.

CHESTIONAR

Cap. I. Bólele ligamentelor largĭ.

Considerațiunĭ generale. Existența a treĭ cavități: peritoneală, extra-peritoneală și sub-cutanată. Diferite discuțiunĭ: Lawson Tait, Delbet, Virckow. Flegmonul ligamentelor largĭ. Diferite numirĭ. Definițiune. Sediul. Diviziunea flegmonuluĭ în acela al bazeĭ și vîrfuluĭ ligamentuluĭ larg. Etiologia. Flegmon benign și malign. Caractere. Mecanism. Calea venósă. Calea limfatică și calea sanguină. Anatomia patologică. Forma difusă și circumscrită a ligamentuluĭ. Caractere. Deschiderea flegmonuluĭ prin diferite căĭ. Simptomele. Flegmon peri-cervical a luĭ Gallard; al baseĭ și al vîrfuluĭ ligamentuluĭ larg, caractere și semne patognomonice. Prognosticul. In ce constă gravitatea flegmonuluĭ? Tratamentul medical și chirurgical. Deschiderea prin calea vaginală, prin calea perineală și ischio-rectală. Metóda indirectă. Metóda luĭ Hegar, Bardenhauer, etc. . . . . pag. 577—600

Cap. II. Pelvi-peritonita saŭ para-metrita.

Definițiune, limite considerațiunĭ generale datorite luĭ Freund, consecințe, etiologie și mecanism. Rolul vaselor limfatice. Rolul uteruluĭ și al trompelor. Rolul ovaruluĭ. Considerațiunĭ propriĭ ale autoruluĭ. Anatomia patologică. Pelvi-peritonită malignă și benignă. Influența stăreĭ puerperale și blenoragică. Opinia luĭ Lawson Tait și Noegerat. Perióda de exudațiune și supurațiune. Simptome și diagnostic. Peritonita retro-uterină, ante-uterină și laterală. Caractere și semne patognomonice. Prognosticul și tratamentul. Intervențiune în forma generalisată de pelvi-peritonită cu aglutinarea întregeĭ mese intestinale. Observația autoruluĭ . . . . . „ 600—611

Cap. III. Ematocel.

Diferite numirĭ, definițiie. Istoric. Hippocrate, Galien, Peletan, Recamier, Bernutz. Condițiunile de îndeplinit ale ematocelului. Patogenia. Discuțiunĭ. Teoriĭ: Bernutz, Trousseau, Nelaton, Gallard, Richet, Virchow. Rolul gravidităților extra-uterine. . . . . „ 611—617

Anatomia patalogică. Mecanismul revĕrsăreĭ sângeluĭ în spațiul retro-uterin. Circumstanțele care favorisézĕ saŭ se opun la coagularea sângeluĭ. Simptome și diagnostic. Modul aparițiuneĭ ematocelului, caractere și semne patognomonice. Ematocel pseudo-peritonitic și pseudo-avortic. Tratamentul. Operațiunea luĭ Bernutz. Considerațiunĭ ale autoruluĭ. Ematocel extra-peritoneal. Condițiunile de producere . . . „ 611—627

PARTEA V

BÓLELE ANEXELOR

(TROMPE ŞI OVARE)

Consideraţiunĭ generale. Uterul nu este un organ isolat în cavitatea miculuĭ basin. El este înconjurat de acel învăliș peritoneal numit ligamentele largĭ; ele contribue a'ĭ asigura împreună cu alţĭ factorĭ o posiţiune fixă, fisiologică. Pe lângă acésta, uterul e provĕzut în drépta și în stânga de alte organe destinate a'ĭ asigura înalta funcţiune pentru care e destinat. Aceste organe, cunoscute sub numele de anexe, le formézĕ *trompa şi ovarul.* Ovarul e făcut pentru a produce oul, iar trompa pentru a'l primi și a'l conduce către uter. Intregul părete intern al trompeĭ de la o extremitate la alta presintă un sistem de îndoiturĭ longitudinale formate din mucósă; scopul lor este a îngreuia peregrinarea ovululuĭ și a spermatozoiduluĭ, făcând ast-fel posibil un contact maĭ prelungit între aceste douĕ fiinţe microscopice. Odată oul fecondat și ajuns în uter, se fixézĕ aci; se desvoltă și creşte până la momentul oportun. Atunci eșind la exterior, ne reproduce pe noĭ înșine asigurându-ne perpetuarea specieĭ. Nu este cu putinţă acest fenomen fără anexele uteruluĭ, fără trompe și ovare.

Să ne oprim puţin asupra unor date anatomice pentru a înţelege maĭ clar și maĭ uşor mecanismul după care procesul morbid póte ataca anexele.

I. **Trompa**. Numele provine din comparațiunea justă ce s'a făcut de către Fallope asemănându-o cu o trompetă. Și în adevĕr, organul începe printr'un tub subțire din partea uteruluĭ, merge lățindu-se din ce în ce, până când în cele din urmă se termină printr'o lățire exagerată întocmaĭ ca și o trompetă. De aci și numele de *Trompa luĭ Fallope*. Destinațiunea sa însă fiind a conduce oul către uter, trompa pórtă în mod logic și numele de *oviduct*.

Trompa luĭ Fallope în lungime de 10—12 c. m., iar după Beigel de la minimum 4—12, presintă treĭ porțiunĭ:

a) Porțiunea internă numită intersticială saŭ intra-uterină e cea maĭ scurtă mĕsurînd 2—3 c. m. Ea se află în continuitate cu grosimea corpuluĭ uterin și comunică cu el printr'un orificiŭ numit *ostium uterinum*. Unghiul format din reunirea acestor douĕ organe, constitue *cornul uterin*; el e situat la partea cea maĭ superióră și laterală a uteruluĭ, în nivelul fundului sĕŭ. Cunoștința acestuĭ lucru e de mare importanță în clinică. In adevĕr, introducênd degetul în vagin iar mâna opusă aplicată pe fundul uteruluĭ, imediat ce vom constata un cordon de grosimea unuĭ creion și dirijîndu-se către fosa iliacă, acesta va fi începutul trompeĭ. Este adevĕrat că sub acest cordon putem da peste un altul care e ligamentul rotund, precum și acela al ovaruluĭ. Dar ele vor fi mult maĭ fine. In plus direcțiunea lig. rotund e cu totul inversă; el merge în jos pe marginele uteruluĭ, ca unul ce are destinațiunea a se duce către canalul inguinal. Noțiunile acestea constitue baza fundamentală a descoperireĭ salpingitelor. Iată cum se exprimă în acéstă privință Martin: Diagnosticul salpingiteĭ este bazat exclusiv pe percepțiunea trompeĭ luĭ Fallope în mijlocul țesuturilor în carĭ e vîrîtă. Am ferma convingere, că nu se póte determina existența uneĭ afecțiunĭ tubare prin palpațiune cu óre care siguranță, de cât dacă reușim să simțim și să isolăm în mod complect extremitatea uterină a organuluĭ, care participă de alt-fel fórte rar la procesul morbid. Eŭ nu pun decĭ diagnosticul de cât dacă îmĭ e posibil să constat raporturile tumoreĭ cu uterul prin mijlocul extremităței sale interne.

b) Porțiunea medie a trompeĭ. Numită și corpul trompeĭ, începe de la porțiunea internă până la o distanță de 7—8 c. m. Punctul principal al acestuĭ segment este că în partea sa internă presintă o zonă strîmtă numită *istm*, iar în cea externă una mult maĭ largă numită *ampulă*; dînsa e maĭ subțire și maĭ móle ca cea precedentă. Acest lucru se datorește fibrelor musculare lon-

gitudinale și circulare; ele ne explică aspectul moniliform ce presintă idro-salpinxul și emato-salpinxul.

c) Porțiunea externă a trompeĭ. E cunoscută încă sub numele de pavilion, din causa lărgimeĭ excesive a suprafeței sale. Vechiĭ anatomiștĭ i-aŭ dat numele de *morsus diaboli.* Dînsa e caracterisată prin presența maĭ multor foĭ subțirĭ 10—15 cu marginile dințate și dispuse pe unul saŭ douĕ rînduri. Ele se numesc frunze și s'aŭ asemănat cu flórea de mușețel. Aspectul general al acestor foĭ sdrențuite, neregulate și capriționse, este totuși cochet și de mare eleganță. (Fig. 101 din Testut ne dă un model).

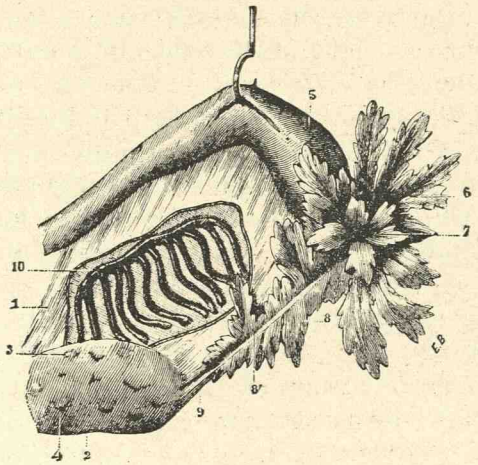


Fig. 101. Pavilionul trompeĭ vĕdut prin fața sa internă saŭ mucósă (partea dréptă).

1. Ligamentul larg vĕdut prin fața sa posterióră. 2. Ovarul cu: 3. vesiculele luĭ de Graaf. 4. Cicatricele. 5. Ampula trompeĭ. 6. Pavilionul cu douĕ cercurĭ concentrice a franjelor. 7. Ostium abdominale. 8. Franja ovarică cu 8' sghiabul sĕŭ longitudinal. 9. Ligamentul tubo-ovarien pe care se continuă sghiabul longitudinal al franjeĭ ovarice. 10. Organul luĭ Rosenmüller.

Tóte aceste foĭ plutesc libere în cavitatea abdominală; în centrul lor se află un mic orificiŭ numit *ostium peritoneale;* prin el trompa comunică direct cu peritoneul.

Trompa în acéstă porțiune externă nu e liberă ci unită cu ovarul printr'un ligament numit tubo-ovarien; el permite ca trompa să se aplice pe ovar spre a prinde ovulul în timpul epoceĭ men-

struale și pentru a'l conduce până la uter. Și pentru a se asigura și mai bine acest lucru, una din foile trompeĭ anume cea mai lungă dintre ele, se duce până aprópe de hilul ovaruluĭ urmând drumul ligamentuluĭ tubo-ovarien. Mai mult, acéstă franjă ovarică numită *fimbria ovarica*, e provĕdută de un mic sghiab pe fața sa internă, ce merge de la ovar până la ostium peritoneale.

Trompa în totalitatea eĭ e învelită de peritoneŭ și e conținută în aripa medie sau inferióră a ligamentuluĭ larg. In lungul margineĭ inferióre a trompeĭ, cele douĕ foĭ ale peritoneuluĭ se lipesc între ele și formézĕ organuluĭ un fel de mezo, numit chiar *mezo-salpinx*.

Trompa e formată din treĭ tunicĭ: una externă care e peritoneul ce o învelesce; una medie musculósă cu fibre musculare longitudinale și circulare, iar alta internă care e tunica mucósă. Dînsa se fixézĕ direct pe stratul muscular fără intermediul vreunuĭ țesut conjunctiv. Ea este care formézĕ acele îndoiturĭ longitudinale. Dînsa nu posedă glande, dar e provĕdută de celule epiteliale prismatice și cu cilĭ vibratilĭ, carĭ se mișcă de din afară înăuntru; dînșiĭ contribue la progresiunea ovululuĭ către uter.

Trompa este irigată de artera ovariană. Acésta plecată de la aortă și ajungênd la unghiul extern al ovaruluĭ, dă o colaterală ascendentă ce se duce la pavilion, iar apoĭ îndoindu-se înăuntru merge la corpul trompeĭ. Dînsa e numită de Testut artera *tubară externă*. Cea internă provine din uterina, care dupe ce s'a anastomosat cu ovariena în dreptul cornuluĭ, dă o mică ramură flexuósă cu direcție transversală ce se așéză d'asupra trompeĭ și constitue artera *tubară internă*. Ambele aceste artere tubare se anastomozéză în plin canal între cele douĕ foĭ ale mezo-salpinxuluĭ și formézĕ o arcadă lungă numită *arcada sub-tubară*. De aci plécă ramurĭ descendente pentru ovar și ascendente pentru trompă, carĭ strĕbat și se pierd în tunica musculară și mucósă.

Venele eșite din capilarele musculóseĭ și mucóseĭ se dirig în mezo-salpinx, se anastomoséză, iar apoĭ se aruncă în plexul utero-ovarien.

Limfaticele trompeĭ nasc din cele treĭ tunicĭ și se pogóră ca și venele în mezo-salpinx. Ajunse la marginea anterióră a ovaruluĭ, dînsele întâlnesc limfaticele eșite din acest din urmă organ, precum și acelea carĭ provin din corpul uteruluĭ, cu carĭ amestecêndu-se se ridică în abdomen pentru a se vĕrsa în ganglionĭĭ lombarĭ.

Ovarele. Organe destinate pentru producerea ovulelor, sunt analóge cu testiculele bărbatuluĭ. De aci și numele de *testes muliebris*. In numĕr de două, câte unul de fie care latură a uteruluĭ; în greutate de 6—8 grame, ovarele corespund la mijlocul linieĭ plecată de la spina iliacă antero-superióră la simfisa pubienă. Ele se află aședate în cavitatea miculuĭ basin, înapoiul uteruluĭ, înaintea rectuluĭ, sub trompă și în contact prin marginea sa anterióră cu fața posterióră a ligamentuluĭ larg, în dreptul simfiseĭ sacro-iliace. Ovarul se află conținut în aripa posterióră a ligamentuluĭ larg. El e fixat în posițiunea sa normală prin *ligamentul utero-ovarien numit încă ligamentul ovaruluĭ*. Acesta pléacă de la extremitatea sa internă și merge în partea laterală și superióră corespondentă a uteruluĭ, la corn, între inserțiunea trompeĭ și a ligamentuluĭ rotund. Extremitatea externă a ovaruluĭ se unește cu pavilionul trompeĭ iarăși printr'un ligament special numit *ligamentul tubo-ovaric* saŭ *ligamentul trompeĭ*. In fine prin marginea sa anterióră se fixéză de fața posterióră a ligamentuluĭ larg; restul rĕmânênd necăptușit de peritoneŭ. Fața inferióră a ovaruluĭ e convexă; privește în jos, înapoĭ și în afară; se sprijină pe părețiĭ laterali aĭ basinuluĭ determinând o depresiune numită de Krause *foseta ovarienă*. Fața superióră și marginea posterióră sunt convexe și necăptușite de peritoneŭ.

Cercetările luĭ Waldeyer și Sappey aŭ arătat că contrariŭ opiniuneĭ vechilor autorĭ, ovarul nu posedă o membrană serósă, ci un singur strat de celule cilindrice, care pórtă numele de *epiteliu germinativ*. Acest strat stă direct pe scheletul ovaruluĭ; el e format din țesut conjunctiv dens considerat ca analog cu albuginea testicululuĭ. Epiteliul germinativ merge până la hiluĭ organuluĭ; aci se continuă cu celula epitelială a peritoneuluĭ. In afară de acest epiteliŭ germinativ ovarul e format din două straturĭ unul periferic cortical și altul central. Partea periferică compusă din țesut conjunctiv ține exlusiv foliculiĭ luĭ de Graaf din carĭ iese ovulul; de aceia și pórtă numele de *porțiunea glandulară saŭ ovigenă*. Partea centrală, e formată în totalitatea eĭ de vase; pentru acésta se și numește porțiunea *vasculară saŭ bulbósă*. Ovarul posedă o arteră proprie a sa numită ovarienă, plecată din aorta abdominală. Dînsa e fórte subțire și străbate în ovar prin marginea sa externă. Anastomosa ce face cu artera uterină am vĕzut'o la trompe. Venele eșite din stratul cortical și anume după fața internă a foliculilor luĭ de Graaf se dirig către porțiunea medulară, se încolăcesc și ies prin hil; aci amestecându-se cu cele

provenite de la uter, se ridică către abdomen formând *plexul pampiniform*. Acest plex se unește într'un trunchiŭ comun numit vena *utero-ovarienă*, care la stânga se varsă în vena renală, iar la drépta în vena cavă inferióră.

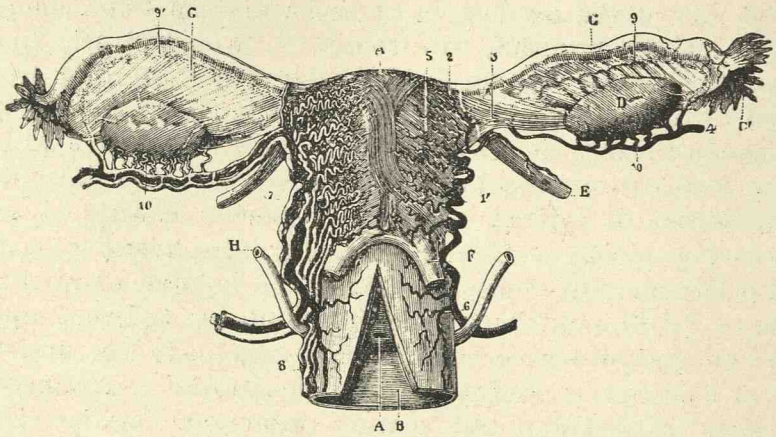


Fig. 102. Vasele uteruluĭ și anexelor.

A. Fundul uteruluĭ. A′ Buza coluluĭ. B. Vaginul deschis prin părețele sĕŭ posterior. C. Trompa luĭ Fallope cu C′ pavilionul sĕŭ. E. Ligamentul rotund. F. Ligamentele utero-sacrale. G. Aripa superióră a ligamentuluĭ larg saŭ mezo-salpinx. H. Uretera.

1. Artera uterină cu 1′ porțiunea sa ascendentă. 2. Ramura terminală a uterineĭ 3. Anastomosa prin inoculațiune între artera uterină și artera ovarienă. 4—5. Arterele helicine ale corpuluĭ uteruluĭ. 6. Arterele vaginale superióre. 7. Plexul venos uterin. 8. Plexul venos vaginal. 9, 9. Artera și vena tubară. 10. Vasele hiluluĭ ovaruluĭ.

Limfaticele aŭ aceiașĭ origină ca și venele. Dînsele ies dintr'o bogată rățea, se resolvă în trunchiurĭ și trunchiulețe, carĭ ieșind prin hil se amestecă cu cordonul vascular utero-ovarien, cu al trompelor. Tóte la un loc se ridică în abdomen și merg de se varsă în ganglionĭ lombarĭ sub extremitatea inferióră a rinichilor. In fig. 102 luată din Testut se vede dispositia generală a aparatuluĭ genital intern al femeeĭ.

Cap. I. Inflamaţia anexelor.

Raporturile strânse ce există între trompe şi ovare, precum şi între acestea şi uter fac, că procesul inflamator atacând pe unul din ele, în mod fatal se propagă şi la cele-l'alte. Şi dacă une orĭ e posibil a avea o inflamaţie separată a uteruluĭ, e fórte greŭ dacă nu imposibil, a întâlni o salpingită fără ovarită şi viceversa. De aceia, precum Pozzi a căutat şi a reuşit să introducă în patologie un neologism numit *perimetro-salpingită*, tot astfel Bouilly şi alţĭ autorĭ aŭ introdus pe acela de *ancxită*, *salpingo-ovarită*, *ooforo-salpingită*, etc. Acésta ne arată solidaritatea acestor treĭ organe, uter, trompă şi ovar, precum şi a membraneĭ ce le învăleşte — peritoneul. Dacă însă din punctul de vedere simptomatologic adesea totul e reunit într'un singur mănunchĭ, nu însemnéză că fie-care din aceste organe să nu pótă fi surprinse singure şi să nu aibă anumite leziunĭ anatomo-patologice.

Precum ne-am silit a descrĭ separat inflamaţiunea uteruluĭ, tot ast-fel vom căuta a face cu trompa şi ovarul.

Etiologia. La începutul acestuĭ volum am insistat destul de mult şi am căutat a da tótă desvoltarea cuvenită tuturor causelor capabile a produce inflamaţia organelor genitale interne ale femeeĭ. E de prisos a maĭ insista, căcĭ ar fi să repetăm lucrurĭ deja arătate. Ne vom mărgini într'o simplă recapitulare, exceptând însă traumatismele şi influenţa bólelor generale.

Treĭ sunt agenţiĭ principalĭ provocatorĭ aĭ inflamaţieĭ anexelor: *microbul specific al blenoragieĭ, microbiĭ speciali a supuraţieĭ ca streptococ şi stafilococ, şi în fine starea puerperală.* Este evident că acésta ar fi cea maĭ bună clasificare ce ar putea servi ca bază în studiul salpingitelor şi ovaritelor. Din nenorocire, aceştĭ agenţĭ cu tótă specificitatea lor nu produc leziunĭ consequente. Cu alte cuvinte aflându-ne în faţa uneĭ salpingite saŭ ovarite, nu numaĭ că prin simpla vedere nu putem spune căruĭ grup specific aparţin leziunile ce privim, dar nicĭ însuşĭ microscopul nu ne póte da o legitimă satisfacţiune. Şi dacă cel puţin bacteriologia ar reuşi să ne descopere felul microbuluĭ, ne-ar fi de mare folos. Dar nicĭ dînsa nu e stăpână pe afacere: adesea cercetările sale rĕmân negative. In casurĭ de exemplu perfect cunoscute, unde prin experimentaţiune am provocat o inflamaţie cu gonococul blenoragic, încă microbul nu'l putem găsi. Tot ast-fel se întâmplă şi

cu alți microbi precum și cu infecția puerperală, unde nimic nu găsim de specific, saŭ cel mult microbi banali ai supurației. Ast-fel fiind, suntem nevoiți a renunța la clasificarea anexitelor după etiologie. Ne vom mărgini a constata leziunile așa cum se presintă și ni le oferă or ce proces inflamator.

Incercările de clasificațiuni a anexitelor propuse de Cornil, Zweifel, Orthmann, Martin, etc., aŭ rămas fără curs în știință.

Clasificarea ce noi am propune ar fi aceea bazată pe aspectul macroscopic ce ne oferă leziunea. Am avea într'un grup anexite unde or-cât de mari ar fi leziunile, trompa nu capătă un volum considerabil care să merite numele de tumoră; din contra, într'un alt grup ar intra anexitele voluminóse având caracterile proprii tumorilor. Cu alte cuvinte *anexite plastice* și *anexite tumori*. Știŭ că fundamentul acestei clasificațiuni e slab; dar tot slab e or și care altul. Mai logică mi s'ar părea o clasificațiune pur clinică și terapeutică. Eŭ aș împărți anexitele în *dureróse* și *nedureróse*. In adevĕr, se presupunem cele mai profunde leziuni în trompă. Dacă femeea nu suferă, ea nu numai că nu vrea să știe de acest lucru, dar nici nu se arată mediculuĭ. Ceea ce desasperéză pe femee și o hotărăște a se supune celei mai grave operațiuni, nu e nici volumul, nici leziunea mucóseĭ, nici a țesutuluĭ conjunctiv or parenhimul trompeĭ; sunt durerile. Tot-d'a-una am profesat, că în afacere de anexite, chirurgul să nu facă laparatomia de cât fiind rugat de bolnavă; și nu va fi rugat de cât când bolnava va avea dureri. Nenorocirea este că suntem prea des rugați. Mărturisesc că în serviciul meŭ pun la crude încercări pe bolnave, în sensul că nu le ascund absolut nimic din gravitatea operațieĭ. Merg până a le spune că e vorba să le deschid pântecele, să le scot mațele și că e posibil chiar să móră! Ei bine, cu tot acest limbagiŭ brutal — de alt-fel făcut inadins pentru a vedea până unde merge abnegațiunea bolnaveĭ — totuși ele mĕ rógă plângând să intervin, nemai putând suporta durerile atroce. De n'ar fi durerile, nici o bolnavă nu s'ar opera precum nici noi nu avem dreptul a interveni. In anexite nu e acelaș lucru ca într'un cancer; aci bóla odată constatată trebue ne apărat ridicată, fie ea durerósă saŭ nedurerósă. Anexita fiind o bólă inflamatorie, procesul morbid póte să retrocedeze. Și câte casuri vindecate nu am vĕzut, atunci când operațiunea era fórte ispititóre.

Eŭ am ca principiŭ: pentru anexite nu fac laparatomie de cât în cele prea dureróse și rugat fiind de bolnavă. Rĕmâne

însă bine înțeles că aci e vorba de anexite plastice, iar nu de cele supurate saŭ kistice; aci conduita e cu totul diferită.

Am intrat în aceste digresiuni pentru a arăta, că elementul durere ar putea fi luat în considerație pentru stabilirea uneĭ clasificațiuni.

Pozzi, a propus o clasificațiune iarăși clinică divizênd salpingitele în *nekistice* și *kistice*. Trebue recunoscut, că clasificațiunea nu are o bază științifică: tumorile kistice ca idro-salpinx, pio-salpinx și emato-salpinx nu sunt entități morbide primitive și de sine stătătóre. Ele sunt efectul unor alte cause: în special consecința uneĭ vechĭ inflamațiuni. Pe de altă parte nu există nicĭ o legătură de etiologie între un emato-salpinx și cele alte tumorĭ. Reunirea lor într'un acelaș grup e cu totul forțată și artificială. Emato-salpinxul representând o graviditate extra-uterină, nu are nimic a face cu un idro-salpinx a cărui patogenie e cu totul diferită.

Dar în lipsă de o alta maĭ bună vom urma și noĭ acéstă clasificare.

Maĭ nainte de a intra în acest studiŭ, să ne oprim puțin asupra uneĭ chestiuni de fórte mare importanță și de actualitate Care este mecanismul inflamațiuneĭ anexelor? Din cele arătate am vĕzut conexiunea intimă ce se află între trompă și ovar precum și între uter și trompă. Mucósa uterină se continuă fără nicĭ o întrerupere pe întréga față internă a trompeĭ până la orificiul abdominal; aci se unește fără linie de transiție cu invelișul epitelial al peritoneuluĭ. La rêndul sĕŭ trompa e în strânsă legătură cu ovarul prin mijlocul ligamentuluĭ tubo-ovarien precum și prin aplicarea directă a franjelor pavilionuluĭ ce se aplică direct pe ovar. Ce mecanism decĭ maĭ simplu și maĭ natural pentru explicarea inflamațieĭ anexelor, de cât trecerea succesivă a microbuluĭ patogen din cavitatea uteruluĭ în tubul trompeĭ și până la extremitatea sa cea maĭ externă, până la pavilion? Și o dată ajuns aci, el póte ad libitum să copleșéscă cavitatea peritoneală saŭ și însușĭ ovarul, grație raportuluĭ intim ce există între acest organ și trompă.

Toțĭ autoriĭ fără excepțiune recunosc și admit acéstă inflamație plecată de la uter pe calea continuitățeĭ. Singur Lucas-Championière admite un alt mod de propagațiune și anume prin calea limfatică. Dînsul se bazéză în special pe următorul fapt ce pretinde a fi constatat. El susține că în multe casurĭ, leziunile trompeĭ le-a găsit fórte manifeste și întinse la partea externă a con-

ductuluĭ în regiunea pavilionuluĭ; porțiunea internă însă care e în continuitate cu uterul era perfect sănătósă. Acésta e o probă că inflamația nu s'a propagat pe calea continuităței mucóseĭ uterine ci pe o alta: prin calea limfatică.

S'a obiectat acestuĭ mod de a vedea un alt fapt cu totul analog, unde inflamațiunĭ la distanțe marĭ se pot propaga tot prin mijlocul mucóseĭ, fără ca acésta să fie atinsă în tótă lungimea sa. S'a dat ca exemplu epididimita și orhita unde inflamația de și plecată de la mucósa uretrală, totuși canalul deferent nu e de loc prins. Prin urmare tot așa s'ar petrece și cu salpingita. E posibil ca inflamația de la uter să se stabiléscă drept în pavilionul trompeĭ, fără a se determina leziunĭ apreciabile porțiuneĭ sale uterine saŭ corpuluĭ trompeĭ. Dar în afară de acest raționament, microscopul a descoperit leziunĭ și în acele segmente ale trompeĭ ce păreaŭ sănătóse la simpla vedere.

Chiar de s'ar admite opinia luĭ Championière, noĭ mărturisim nu pricepem posibilitatea mecanismuluĭ invocat de dînsul; noĭ nu vedem nicĭ o legătură între limfaticele uteruluĭ și acelea ale trompeĭ saŭ ovaruluĭ. Cercetările anatomo-istologice ale luĭ Leopold, de Sinety, Sappey, Poirrier, etc., sunt cu desăvêrșire negative și fără putință a esplica ceea ce susține Championière. Ĕtă în adevĕr ce s'a stabilit asupra acestuĭ lucru. Limfaticele uteruluĭ, plecate de la mucósă, stratul musculos și serósă, dupĕ ce se reunesc în trunchiulețe și trunchiurĭ, se dirig către suprafața externă a uteruluĭ unde formézĕ o rățea bogată așezată sub serósa peritoneală. Ajunse aci, iată dupĕ Testut cum ele se comportă. Acéstă rățea periferică dă naștere ca și rățéua venósă la treĭ grupurĭ de vase eferente: limfaticele superióre, inferióre și a ligamentuluĭ rotund. Limfaticele superióre în numĕr de 2 saŭ 3 se separă de organ în dreptul unghiuluĭ sĕŭ lateral; ele strĕbat în grosimea ligamentuluĭ larg, urmézĕ traectul venelor utero-ovariene, se ridică cu ele în cavitatea abdominală și în fine se aruncă în ganglionii lombarĭ. Trecênd pe dedesuptul hiluluĭ ovaruluĭ, limfaticele superióre ale uteruluĭ întâlnesc limfaticele ovariene, carĭ din acest moment urmézĕ exact acelaș traect. Este de observat însă în acéstă privință, că în tótă porțiunea lor pelvienă, limfaticele uterine și limfaticele ovariene de și juxta puse și mergênd alăturĭ, *își conservă însă în mod reciproc independența lor.* Nu e de cât tocmaĭ sus în dreptul celeĭ de a V-a vertebră lombară (Poirrier) că aceste douĕ grupe de limfatice se anastomozézĕ între ele saŭ chiar se fusionézĕ, pentru a'și vĕrsa

limfa în canale comune (ganglionii lombari). Limfaticele inferióre provin din porțiunea rățeleĭ periferice ce înconjóră gâtul uteruluĭ. In numĕr de 3—4 ele se deslipesc de la partea laterală a coluluĭ, și aprópe imediat se lipesc cu vasele uterine urmându-le direcțiunea. Ca și acestea din urmă, ele șerpuesc maĭ întâiŭ de dinăuntru în afară în buza ligamentuluĭ larg, apoĭ se îndoiesc în sus și înapoĭ, ocupă părețele lateral al basinuluĭ și vin de se varsă într'un grup de 2—3 ganglionĭ, ce sunt așezați în unghiul de bifurcație al arterei iliace primitive. Câte-va limfatice ale coluluĭ s'ar duce după Cruveilhier și Guerin la un mic ganglion așezat la intrarea canaluluĭ sus pubien. Din partea sa L. Championière spune că ar fi găsit un mic ganglion așezat în partea laterală și înapoiul coluluĭ, puțin d'asupra funduluĭ de sac lateral al vaginuluĭ. Dar și acest ganglion e contestat nefiind după Poirrier de cât o îngrămădélă de simple limfatice. Cât privește limfaticele ligamentuluĭ rotund, de ordinar puțin numeróse și fórte subțiriĭ, ele urmézĕ traectul venelor omonime. Dînsele plecate de la unghiurile uteruluĭ se dirig cu ligamentul rotund către orificiul intern al canaluluĭ inguinal și se termină fie în ganglionii iliacĭ externĭ, fie în ganglionii îndoitureĭ cópseĭ.

Iată tot ce se știe asupra limfaticelor uteruluĭ. După cum vedem nu există absolut nicĭ o relațiune între ele și anexe; decĭ nu înțelegem propagarea inflamațiuneĭ la trompe saŭ ovare prin calea limfatică plecată de la uter. Am înțelege de exemplu origina limfatică a flegmonuluĭ ligamentelor largĭ; ne-am explica de asemenea pelvi-peritonita pe calea limfatică, căcĭ aci cel puțin Mierzejewski a arătat presența unor stomate, ce ar pune în comunicare directă limfaticele peritoneuluĭ cu limfaticele sub seróse ale uteruluĭ; dar o salpingită saŭ ovarită determinată prin transportul agentuluĭ patogen plecat de la uter prin calea limfatică, acésta nu o vedem și nicĭ nu ne-o putem esplica. Chiar de am admite o fusiune între limfaticele inferióre ale uteruluĭ cu acelea ale ovaruluĭ saŭ trompeĭ — în momentul când ele ajung la hilul ovaruluĭ saŭ în mezo-salpinx — încă mecanismul ar fi greŭ de explicat. In adevĕr, microbul pentru a strĕbate în anexe, ar trebui să lupte contra curentuluĭ limfeĭ din trompe saŭ ovar, ce este cu totul invers de al curentuluĭ plecat de la uter. Considerăm decĭ opiniunea luĭ L. Championière — cel puțin atât cât ne permite puterea nóstră — ca o simplă ipoteză lipsită de date anatomice precize.

Ast-fel, fiind teoria inflamațiuneĭ anexelor pe calea continui-

tăței mucóseĭ plecată de la uter, rămâne singură în picióre ca fiind cea maĭ logică și naturală.

Trecem acum la studiul separat al inflamațiuneĭ trompeĭ și ovaruluĭ.

§ 1. Salpingitele.

Inflamațiunile trompeĭ, începând de la formele cele ușóre până la cele maĭ grave, pot fi considerate ca resultatul unuĭ proces morbid inflamator acut. Acéstă aserțiune ar da nascere uneĭ confusiunĭ în sensul că, cel puțin din punctul de vedere clinic, fórte rar întâlnim salpingite acute cu fenomenele lor clasice. De obiceiŭ constatăm leziunĭ fórte înaintate representând procesul cronic în splendórea luĭ, fără ca femeile să se fi plâns de fenomene acute clasice.

Acésta însă nu distruge opiniunea nóstră. Probă avem cercetările microscopice: ele arată că inflamațiunea cea maĭ simplă cataralĕ a trompeĭ, este punctul de plecare al tutulor formelor cele maĭ profunde și intersticiale. Prin urmare dacă clinicesce salpingita acută, nu se manifestă de cât rar, totuși microscopicesce existența sa rămâne demonstrată în afară de orĭ-ce îndoială. Dar orĭ-cum ar fi, noĭ vom începe cu forma cea maĭ ușóră pentru a ajunge treptat la cele maĭ grave și profunde.

I. **Salpingita cataralĕ saŭ endo-salpingita.** In acéstă formă leziunile cele maĭ importante sunt din partea mucóseĭ. Dînsa e mult maĭ umflată, de o coloratiune maĭ roșie și infiltrată de celule embrionare. Celulele epiteliale în general sunt dispărute și înlocuite cu elemente embrionare. Conservarea acestor celule, nu se observă după Sinety de cât în mod excepțional și numaĭ pe alocurea. Dupĕ dînsul, inflamațiunea pare că începe prin stratul sub epitelial al mucóseĭ; aci se găsesce une-orĭ infusiunĭ sanguine saŭ echimose destul de întinse.

Martin însă zice că inflamațiunea cataralĕ acută a trompeĭ se caracterisă prin umflarea mucóseĭ și a îndoiturilor; maĭ tot-d'auna însă se constată conservarea complectă a epiteliuluĭ. Probabilitatea o credem din partea luĭ Sinety. Una din causele grosțeĭ extra-uterine ar fi dupĕ Lawson Tait tocmaĭ disparițiunea celulelor și a cililor vibratilĭ aĭ mucóseĭ. Numaĭ ast-fel se permite spermatozoiduluĭ a străbate în regiunĭ mult maĭ depărtate ca în starea fisiologică. Dar lucrul acesta provine tocmaĭ în urma unor vechĭ salpingite. Orĭ-cum ar fi, îndoiturile longitudinale ce există

pe tótă întinderea canaluluĭ trompeĭ fiind tumefiate, pot să determine obstrucțiunea calibruluĭ acestuĭ organ deja destul de mic în starea luĭ normală. Sciut este că în porțiunea internă a trompeĭ, în dreptul ostiuluĭ uterin, lumina tubuluĭ nu e maĭ mare ca 1—2 mm.; în porțiunea medie saŭ corpul trompeĭ de 6—7 mm., și numaĭ către extremitatea externă, calibrul devine ceva maĭ pronunțat. Lesne decĭ prevedem cum mucósa care formézĕ îndoiturile longitudinale ale trompeĭ, de îndată ce se îmbuibézĕ de un aflux maĭ mare de sânge saŭ infiltrare de celule embrionare, canalul trompeĭ cu ușurință va fi astupat saŭ cel puțin conside-

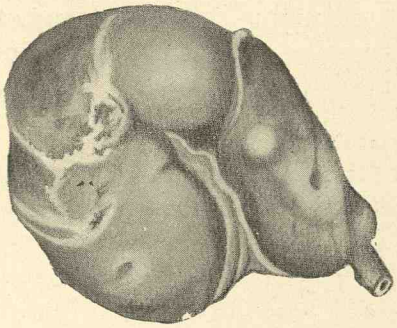


Fig. 103.

Model de salpingită cataralĕ. Trompa sensibil mărită de volum și încolăcită. Primul grad de idro-salpinx (personală).

rabil micșorat. Este adevĕrat că Raymond prin cercetările sale a arătat că în special orificiul intern al trompeĭ nicĭ o dată nu se astupă, ci suferă numaĭ îndoiturĭ saŭ cudărĭ; clinicesce însă avem unul și acelaș resultat: supresiunea scurgerilor conținutuluĭ din trompă în uter.

Acésta este primul grad și cel maĭ ușor de salpingită numită cataralĕ. Consecințele sunt o crescere puțin pronunțată a tubuluĭ trompeĭ căpătând un volum cel mult cât micul deget. Pe suprafața sa se pot observa ridicăturĭ; ele ne arată dispositiunea normală de porțiunĭ maĭ strîmte și maĭ largĭ ce ne oferă acest organ. In fig. 103 avem un asemenea model.

Conchidem că în salpingita catarală simplă, procesul inflamator nu trece dincolo de mucósa trompeĭ; țesutul muscular și a fortiori membrana serósă peritoneală rĕmân intacte. Cel mult procesul inflamator se póte întinde în tótă lungimea trompeĭ, ajungând până la pavilion. Aci franjele saŭ ciucuriĭ acestuĭ organ pot să se lipéscă între dînșiĭ, dar în mod fórte slab ca și cum între ele ar fi interpusă o substanță móle, gelatiniformă. Alte dăți constatăm presența de filamente maĭ mult saŭ maĭ puțin lungĭ, dar fórte subțiri ce plécă de la fața externă a franjelor către peritoneul pelvien saŭ către ovar. Un proces maĭ înaintat este când orificiul abdominal al trompeĭ se astupă separat. Atunci se formézĕ o afundătură la baza pavilionuluĭ; franjele rĕmân maĭ mult saŭ puțin resfirate; acésta ĭa aspectul de ombilic saŭ ședut de găină (cul de poule). In alte circumstanțe tóte franjele se resfrâng înăuntru și se lipesc prin fețele lor externe seróse; atunci obliterațiunea e complectă. Mult maĭ rar o asemenea obliterațiune se observă din partea orificiuluĭ intern saŭ uterin (ostium uterinum). Aci obliterațiunea nu resultă atât din sudarea păreților cât din ipertrofia mucóseĭ, saŭ din îndoiturĭ anormale a gâtuluĭ trompeĭ. Obliterațiunea orificiuluĭ extern al trompeĭ (ostium abdominale) este, dacă voim, o complicațiune favorabilă, grație eĭ conținutul trompeĭ fie chiar seros este împedicat de a cădea în cavitatea peritoneală, unde ar putea provoca fenomene peritonitice. Nenorocirea e că tocmaĭ în salpingitele acute, acéstă obstrucțiune lipsesce une-orĭ; așa că lichide până și picăturĭ de puroiŭ pot cădea în peritoneŭ. Acésta ne și explică fenomenele peritoneale de carĭ se însoțesc unele salpingite acute. Permeabilitatea orificiuluĭ intern (ostium uterinum) ne explică fenomenele curióse ce ne oferă bolnavele de a simți eșind prin organele genitale externe, cantități maĭ mult saŭ maĭ puțin marĭ de un liquid seros saŭ chiar purulent. Faptul resultă din golirea conținutuluĭ salpingiteĭ prin orificiul uterin. Varietatea acésta pórtă numele de *salpingită profluentă*. Fenomenul a fost deja observat de Froriep chiar și în tumorĭ maĭ voluminóse, ca idrosalpinx. De aci numele *idrops tubae profluens*. Să revenim.

Dacă salpingita rĕmâne la inflamațiunea simplă a mucóseĭ leziunile în general sunt pasagere.

Când însă procesul inflamator a fost însoțit de o diapedeză prea mare de globule albe, ele ne maĭ putând fi resorbite se vor transforma în puroiŭ și vor da ast-fel nascere uneĭ salpingite acute purulente, dar fără a determina acea creștere mare de vo-

lum a organuluĭ și nicĭ obstrucțiunea orificiuluĭ pentru a merita numele de pio-salpinx. Totul se mărginesce în presența uneĭ cantități de liquid purulent în interiorul trompeĭ, fără a fi inchistat și fără ca procesul inflamator să fi trecut dincolo de mucósă, adică în stratul muscular. Nu există de cât îngroșarea îndoiturilor mucóseĭ; ele sunt acoperite de mugurĭ cărnoșĭ anastomosațĭ și infiltrațĭ de celule embrionare. Celulele epiteliale sunt deformate. Ele devin turtite și-și pierd ciliĭ vibratilĭ. Forma lor e conservată numaĭ în unele sinusurĭ ce separă îndoiturile mucóseĭ. Acestea aŭ fost luate de unĭĭ autorĭ drept glande, lucru ce nu există în stare fisiologică.

E rar însă ca salpingita acută purulentă să aibă leziunĭ așa de limitate. Cornil a arătat că în asemenea casurĭ, infiltrațiunea trece și printre fibrele țesutuluĭ muscular al trompeĭ, păstrându-și însă caracterul embrionar. Dar orĭ cum ar fi, salpingita purulentă nu capătă un volum maĭ mare ca un deget; ea ni se presintă cu porțiunĭ maĭ dilatate, altele maĭ strangulate și nicĭ odată sub o formă regulată. Dacă circumstanțele sunt favorabile, întregul proces morbid se póte resorbi. Bolnava se vindecă spontanat și fără să-ĭ rĕmâe consecințe, afară cel mult de o induratiune a organuluĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin manifestă.

Pe lângă acéstă varietate de salpingită purulentă acută, se maĭ descrie o altă formă numită *vegetantă* saŭ *proliferantă*.

Dînsa constă că pe suprafața îndoiturilor mucóseĭ, procesul iritativ dă nascere desvoltăreĭ unor mugurĭ cărnoșĭ. Aceștia luând o crescere deměsurată ajung să trécă de la un părete la altul; eĭ unindu-se cu ceĭ din partea opusă creéză în interiorul oviductuluĭ micĭ compartimente saŭ lojĭ, de mărimĭ, forme și capacităților diferite. Ele vor conține în interiorul lor diferite produse representate prin detritusurĭ epiteliale, liquid seros, purulent și chiar sanghino-purulent.

In asemenea casurĭ, deformațiunea tubuluĭ trompeĭ devine destul de manifestă, cu atât maĭ mult cu cât țesutul vasculo-conjunctiv se va retracta.

II. **Salpingita parenchimatósă saŭ intersticială.** Acésta nu e de cât resultatul extensiuneĭ procesuluĭ morbid precedent; el în loc de a se fi mărginit numaĭ la mucósă ca în salpingita cataralĭ, dînsul trece peste limita mucóseĭ. El copleșesce tunica medie a trompeĭ formată din țesut muscular și atacă chiar tunica externă saŭ serósă. Și cu atât maĭ ușor trecerea procesuluĭ morbid de la mucósă la musculósă se va face, cu cât știm că între aceste or-

gane nu există nicĭ un alt ţesut de separaţiune: membrana mucósă se sprijină direct pe cea musculară. Decĭ inflamaţiunea ne avênd să învingă nicĭ un obstacol, copleşirea celor-l'alte straturĭ ale trompeĭ este o simplă chestiune de timp.

Caracteristica salpingiteĭ parenchimatóse saŭ intersticiale, constă nu numaĭ în infiltrarea de leucocite şi celule embrionare printre făşiile stratuluĭ muscular, dar într'o ipertrofie şi iperplasie atât a ţesutuluĭ conjunctiv inter-muscular, cât şi a însăşĭ fibrelor acestuĭ muschiŭ. Numele de salpingită intersticială, se dă când e în joc numaĭ inflamaţia ţesutuluĭ conjunctiv; dînsa este parenchimatósă, dacă ipertrofia şi ipergeneza ocupă stratul muscular. In imensa majoritate a casurilor însă, ambele aceste douĕ elemente sunt atinse; de aci şi numele de *pachy-salpingită*. Este fórte rar ca atât ţesutul conjunctiv cât şi fibrele musculare să fie de o potrivă atinse şi să avem un ideal de pachy-salpingită. De obiceiŭ unul din ele are predominenţă asupra celuĭ-l'alt. Tocmaĭ pentru acest cuvînt, clinica bazată pe cercetările microscopice, a admis douĕ varietăţĭ de salpingită cronică parenchimatósă: una *ipertrofică* şi alta *atrofică*.

Salpingita ipertrofică asupra căreia a atras atenţiunea Kaltembach, Schauta şi alţĭ autorĭ, constă într'o crescere de volum şi de numĕr a fibrelor musculare ale trompeĭ; ele întrec pe acela al ţesutuluĭ conjunctiv. Kaltembach crede că acéstă ipertrofie excentrică a tuniceĭ oviductuluĭ provine din contracţiunile părelor trompeĭ, pentru a învinge obstacolele ce se opun la scurgerea liberă a conţinutuluĭ sĕŭ. De multe orĭ constatăm şi o dilataţiune escesivă a vaselor sanguine şi chiar a spaţiurilor limfatice. Consecinţa acestuĭ lucru este că trompa în general deformată şi aderentă de ovar, uter şi alte organe vecine — graţie extensiuneĭ inflamaţieĭ la membrana externă serósă saŭ peritoneală — dînsa ni se oferă cu un aspect destul de mărit de volum; ea póte să atingă grosimea degetuluĭ indicator şi chiar al policeluĭ. Dacă facem o secţiune pe o asemenea trompă, găsim părelĭ sĕĭ enorm de îngroşaţĭ, elementul muscular ipertrofiat predomină; în interiorul trompeĭ abia perceptibil, găsim o substanţă pulpósă, de aspect strălucitor argintiŭ, format de mucósa vegetantă, ale căreĭ celule sunt lipsite de cilĭ vibratilĭ. Maĭ putem constata infiltraţiunĭ purulente şi chiar micĭ abcese infiltrate în grosimea acestor părelţĭ ipertrofiaţĭ. După Kaltembach şi Schauta, acéstă formă ar recunósce ca etiologie infecţiunea blenoragică. De alt-fel dînsa este aceea ce aprópe tot-d'a-una am întâlnit-o în

operaţiunile ce am făcut pentru extirparea anexelor ; cu ocasiunea tratamentuluĭ se va vedea cele maĭ frumóse exemple. Ele sunt carĭ prin contractarea aderenţelor cu ovarele, uterul, intestinele şi peritoneul pelvien, exasperéză prin durerile lor pe bolnave şi le hotăresc a implora intervenţiunile cele maĭ serióse, preferind în casul cel maĭ greŭ mórtea de cât o viaţă de martir.

In adevĕr, în pachy-salpingită, peritoneul tubar devine fórte repede bolnav. Dar serósa peritoneală odată atinsă, dă naştere la formaţiunĭ de exudate şi maĭ ales de aderenţe. Ele nu numaĭ

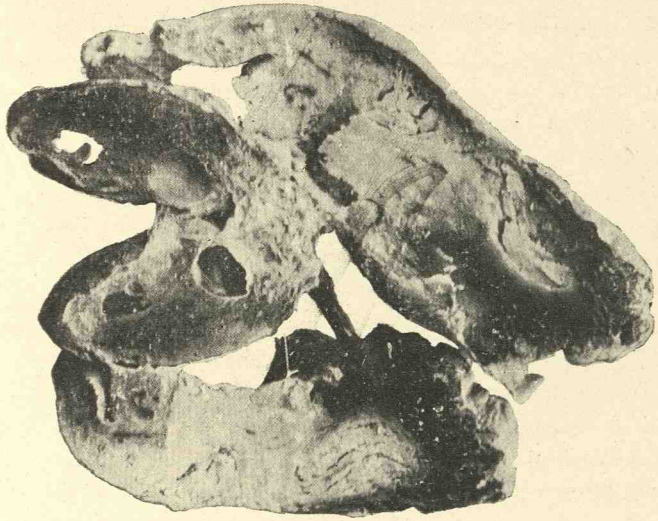


Fig. 104. Model de salpingită parenchimatósă. Trompa şi ovarul sunt spintecate pe linia mediană. Sclerosa trompeĭ cu degenerare kistică a ovaruluĭ (personală).

deformézĕ în gradul cel maĭ mare trompa, dar determină o unire atât de întinsă între dînsa, ovar, uter şi organele pelvisuluĭ, în cât nu în timpul operaţieĭ, dar chiar avênd piesa în mână adesea ne este imposibil a descoperi limita de separaţiune între acele organe, chiar prin cea maĭ fină disecţiune. Noĭ tocmaĭ uneĭ asemenea tumorĭ informe şi inextricabile, am dat numele de **parartimatocel**, pentru a exprima inglobarea şi confusiunea tutulor organelor genitale interne într'un singur bloc, într'o singură tumoră.

In fig. 104 şi 105 avem modele de salpingite parenchimatóse.

In fig. 106 sunt representate leziunile microscopice. Ele aŭ fost făcute de d. Dr. Tatuşescu dupĕ o piesă ce am ridicat prin laparatomie.

Salpingita parenchimatósă atrofică studiată în special de

Bold, ne oferă caractere cu totul contrarii celei precedente. Aci este ipertrofia și ipergeneza țesutului conjunctiv care întrece cu mult pe cel muscular.

Dar fenomenul la început, imprimă organului acelaș aspect de crescere de volum, ca și cum ar fi coprins de ipertrofie.

Faptul este analog cu ceea ce observăm în cirosa atrofică a ficatului, unde organul la început pare a fi mărit de volum. Cu timpul însă, fășiile conjunctive trecând din starea embrionară în starea adultă, ele se învestesc de o putere retractilă inodulară, și se substitue atât fibrelor musculare cât și vaselor, pe cari sufocându-le le anemiază, le distruge. In locul lor rămân

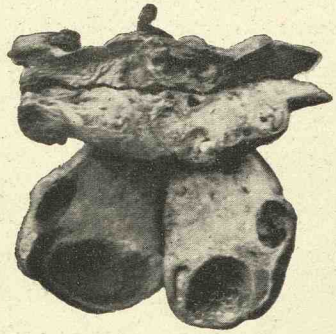


Fig. 105. Model de salpingo-ovarită parenchimatósă. Conductul trompei de și sclerosat, lumenul sĕŭ însă nu este obstruat. Ovar micro-kistic (personală).

acele fibre transformând organul într'un cordon dur, scleros și inextensibil. Acest țesut reușesce în cele din urmă ca prin retracțiunea sa, apropiind pereții trompei și sudându-i împreună, astupă cu desăvêrșire canalul sĕŭ. Acésta represintă anihilarea complectă a organului.

In afară de aceste forme tipice, Martin, dar în special Orthmann, aŭ mai descris o formă, dându-i numele de *salpingită foliculară*. Dînsa ar consta că în grosimea pereților trompei, se formézĕ nisce spațiuri saŭ cavități kistice, cari îi dă un aspect areolar. Aceste cavități sunt formate de un singur strat de celule endoteliale; ele avênd un conținut mucos, s'ar impune drept spațiuri glandulare. In realitate însă nu sunt de cât formațiuni pseudo-glandulare, de óre-ce trompele nu posedă aceste organe.

Noi suntem dispuși a crede că aci e mai mult vorba de dilatațiuni de spațiuri limfatice, în tocmai precum lucrul se pe-

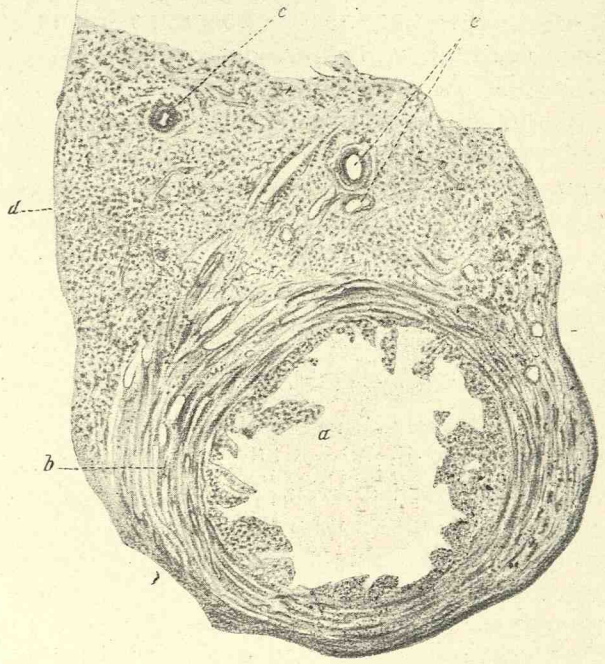


Fig. 106. Secțiune transversală dintr'o trompă în stare de inflamațiune cronică.

a. Mucósa infiltrată cu celule embrionare din carĭ unele aŭ luat dispositia fusiformă. Celule cilindrice cu cilĭ vibratilĭ se găsesc pe icĭ colea câte un lamboŭ.

b. Tunica musculară ipertrofiată. Intre fascicule numeróse celule embrionare și câte-va gurĭ limfatice.

c. Artere cu părețĭ puțin îngroșațĭ.

d. Infiltrațiune de celule embrionare pe cale de evoluție în spre țesutul conjunctiv.

(Laboratorul Prof. Obregia. — *Dr. Tătușescu).*

trece în metritele parenchimatóse. In orĭ-ce caz, cavităţile acestea la început diseminate şi separate între dînsele, pot cu timpul să se reunéscă şi să ne ofere largĭ cavităţĭ kistice. Pozzi susţine că fenomenul nu merită a fi considerat ca o entitate morbidă, căcĭ acéstă formaţiune pseudo-glandulară este comună tutulor formelor de inflamaţiunĭ ale trompelor. E bine însă a avea atenţiunea atrasă asupra eĭ; dînsa este de o importanţă anatomo-patologică şi clinică de necontestat.

Maĭ există în fine o altă salpingită parenchimatósă numită de Boldt *salpingită nodulară.*

Dînsa e caracterisată prin presenţa în grosimea părepilor trompeĭ de producţiunĭ avînd diferite volume, dar tot-d'a-una tarĭ sub forma unor noduri. Acésta la sigur provine din aglomerarea unor anume puncte a ţesutuluĭ conjunctiv, în tocmaĭ precum lucrul se petrece în fibrómele isolate şi circumscrise în părepĭĭ uterinĭ.

Am arătat că salpingitele parenchimatóse, pe lângă leziunile profunde ce determină în stratul muscular al trompeĭ, procesul imflamator cu predilecţiune şi în mod inevitabil, trece dincolo de acest ţesut pentru a ataca fóia externă saŭ peritoneală ce învelesce trompa. Consecinţele sunt din cele maĭ grave. Organul e coprins de deformaţiunĭ extraordinare, aşa în cât extremitatea externă este adusă către cea internă pe socotéla celor maĭ variate sucicturĭ.

Delbet a arătat că anexele pot trece chiar în partea opusă, aşa în cât trompa din drépta să se găséscă la stânga şi viceversa. In plus pe suprafaţa externă a oviductuluĭ se depun plăcĭ inflamatoriĭ de grosimĭ extraordinare. Nu este fără interes practic a ne reaminti, că trompa căḑută prin greutatea sa în cavitatea pelviană, este intim aplicată pe faţa posterióră a ligamentuluĭ larg; faţa opusă a trompeĭ este acoperită de aceste falşe membrane îngroşate în aşa grad, că organul este cu desăvêrşire ascuns. Pentru a-l descoperi trebue să rupem membranele îngroşate. Acésta a şi făcut pe mulţĭ autorĭ să crédă că salpingitele cronice sunt capabile să desdoiască foile ligamentuluĭ larg, pentru a se insinua în grosimea părepilor séĭ. Noĭ fórte mult am fost influenţaţĭ de acéstă credinţă, aşa că adesea în descrierea operaţiilor nóstre se menţionéză ascunderea anexitelor în foile ligamentuluĭ larg. Examenele amănunţite însă aŭ probat, că în realitate nu era vorba de cât de acoperirea organelor de menţionatele plăcĭ peritonice îngroşate. Din citirea observaţiilor

ce vom da la tratament, se va vedea în multe casuri acest fapt destul de important. Dar în afară de desvoltarea acestor plăci, am vĕdut că bârne la început filamentóse și subțiri, iar apoi resistente, gróse și retractile, plécă de la trompă la organele vecine pentru a le apropia și a le suda împreună.

In multe casuri sudarea acésta am constatat-o efectuându-se pe părțile laterale ale uterului; mai adesea însă ele se găsesc în fundul de sac posterior, lipindu-se în mod intim de fața corespondentă a uterului.

Intr'un singur cas am constatat un lucru fórte extraordinar, ce nu am găsit menționat în nici un autor și anume: ambele anexe erau aplicate pe fața anterióră a uterului, așa că acest organ se găsia culcat prin fața sa posterióră pe escavațiunea pelviană. Și numai după ce am ridicat anexele ne-am dat séma de acest fapt, încă o-dată fórte curios și din cele mai rari.

Dară aderențele anexelor nu se mărginesc numai cu uterul; ele se produc și din partea intestinelor și în special pe păretele anterior al rectului sau al S iliac, al intestinelor subțiri, al ceculuĭ și al apendiceluĭ vermicular. Une-ori sudarea este așa de întinsă că deslipirea devine imposibilă sau fórte periculósă. In câte-va rînduri, precum se va vedea în observațiuni, căutând a desface aderențele, am rupt ansa de intestine, ai căror pereți erau fórte fragili și ramoliți. Alte dăți, pentru a evita asemenea complicațiuni, am căutat să lăsăm porțiuni de aderențe fórte întinse pe intestin, numai spre a nu provoca ruperi.

Dacă procesul inflamator e fórte vechiu, pereții trompei și cu aceia ai intestinelor intim sudați, pot cu timpul să se perforeze și să se stabilésca o comunicațiune directă între aceste organe. In ori-ce caz, contactul intim între dînsele ne explică mirosul extrem fetid ce ne oferă puroiul în momentul spargereĭ acestor anexite supurate; ele ne fac impresiune de o adevĕrată perforație intestinală. Dar dacă o asemenea stabilire de comunicație între intestine și anexite se observă mai rar, se constată însă fórte frecuent între trompă și ovar.

Probabilitatea este, că sudarea întinsă și solidă ce constatăm între aceste două organe, mai tot-d'a-una trebue să fie urmată de perforațiunea păretului despărțitor; de aci comunicare directă între trompă și ovar cronic inflamate, cronic supurate. Și dacă nu reușim a descoperi orificiul de comunicare, faptul ușor se explică, dându-se numerósele diformități, anfractuosități și încolăcituri bizare, de cari sunt copleșite anexitele.

Fórte adesea între anexele aderente căzute în cavitatea luĭ Douglas și unite în mod intim cu organele vecine, constatăm bârne fibróse ce plécă de la un părete la altul al escavațiuneĭ pelviene, bârne de diferite grosimĭ, lungimĭ și direcțiunĭ, unele maĭ capriționse ca altele. Resultatul lor este transformarea cavitățeĭ pelviene într'o mulțime de alte lojĭ, de mărimĭ și capacitațĭ diferite, pline cu felurite liquide, unele seróse, altele mucóse, saŭ purulente. Acésta de sigur constitue una din cele maĭ grave complicațiunĭ. Aci pachy-salpingita se însoțesce de pachipelvi-peritonită. Consecința este că în momentul când voim a extrage și a aduce în plagă anexele bolnave, în mod fatal vedem deschizêndu-se diferite pungĭ purulente; ele agravéză prognosticul operațiuneĭ.

In fine maĭ putem întâlni o altă specie de complicațiune, ce n'am găsit menționat și pe care eŭ însumĭ n'am întâlnit-o de cât o singură dată.

Faptul constă că în afară de supurațiunile anexelor și multiplele abcese situate în cavitatea luĭ Douglas, țesutul celular aflat sub peritoneul pelvien este și el coprins de acelașĭ proces inflamator supurativ. Casul l'am observat pe femeia X., intrată în serviciul nostru într'o stare de slăbiciune fórte mare și cu ascensiunĭ termice caracteristice resorbțieĭ purulente. Am stabilit ca diagnostic anexite duble supurate și un pio-salpinx stâng. De și bolnava se afla în condițiunĭ rele, totușĭ i-am făcut laparatomia la 6 lunie 99. Am găsit în stânga, pio-salpinx, pe care 'l am extirpat fórte ușor, aplicând 4 fire subintrante la baza pedicululuĭ.

Dar uterul era solid fixat și de o parte și de alta. Am procedat la deslipirea anexelor, precum și la liberarea aderențelor cu intestinul gros, ceea-ce a oferit dificultățĭ extreme. Cu tóte acestea am reușit la extirparea lor, după care am fixat uterul de abdomen. Făcênd toaleta îngrijită a peritoneuluĭ, am constatat că întréga escavațiune pelviană era liberă și curată. Cu tóte acestea în séra zileĭ de operație temperatura încă nu scăduse; bolnava se afla în condițiunĭ próste: prostrație, limbă uscată, puls frequent. Se fac injecție cu ser, chinină etc. A doua zi aceeașĭ ascensiune de 39° și aceeașĭ stare próstă. In fine a treia zi bolnava fără să fi avut nicĭ o vĕrsătură, de și pântecele era balonat și timpanic, dînsa móre în complectă cunoscință până în ultimul moment. La autopsie constat o distensiune enormă a intestinelor și falșe membrane lăptóse caracteristice peritoniteĭ. Ficatul în degenerescență

grăsósă, cord flasc și plin de coagulĭ. Congestiunĭ intinse pulmonare. Rinichiĭ flașcĭ; capsula se deslipea ușor. Splina plină cu sânge spumos. In cavitatea pelviană însă, înapoiul uteruluĭ, introducând degetele maĭ cu putere, cădem într'un focar purulent enorm de mare; el se întindea și coprindea tot țesutul celulo-grăsos al basinuluĭ. Ne aflam decĭ în plină *celulită pelviană difuză*.

Cu acésta putem ḍice am terminat anatomia patologică a pachy-salpingiteĭ. Dînsa însoțindu-se maĭ tot-d'a-una și de o inflamațiune analogă a ovaruluĭ, noĭ după cum am arătat i-am dat numele de *parartimatocel* saŭ încă și *pananexită* or panexită.

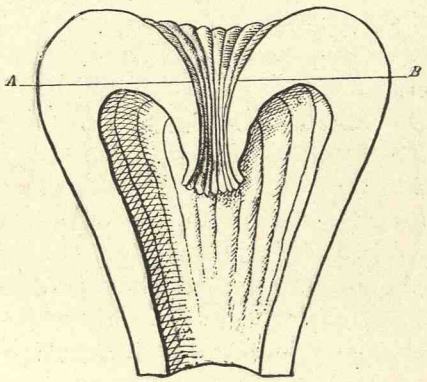


Fig. 107. Primul timp al închidereĭ pavilionuluĭ. Franjele revenite asupra lor însășĭ se privesc prin fața lor peritoneală.

III. **Salpingitele kistice.** In acéstă grupă intră afecțiunile trompeĭ carĭ, independent de leziunile anatomo-patologice, fie ele superficiale saŭ profunde, aŭ drept caracter că organul capătă un volum, care trecând peste mĕsura obicĭnuită, merită a primi numele de tumoră. Din constituțiunea anatomică a trompeĭ am vĕḍut, că partea cea maĭ esențială a acestuĭ organ este de a poseda douĕ orificiĭ: unul intern — *ostium uterin* și altul extern — *ostium peritoneale*. Este evident că pe cât timp permeabilitatea acestor orificiĭ va fi asigurată, acumulațiunea de produse liquide în lumina tubuluĭ nu este posibilă. Suntem obligați prin urmare a insista maĭ întâiŭ asupra producțiuneĭ saŭ mecanismuluĭ închidereĭ acestor orificiĭ, pentru ca în urmă să ne explicăm posibilitatea transformăreĭ trompeĭ într'o cavitate închisă.

Modul obliteraţiuneĭ orificiilor trompeĭ. Când am studiat salpingita catarală, am vĕdut că mucósa trompeĭ copleşită de o turgescenţă destul de respectabilă, póte prin simpla sa presenţă să determine o astupare atât a orificiuluĭ intern cât şi extern al trompeĭ. Dar acéstă obstrucţiune e pasageră şi adesea incomplectă. Decĭ impermeabilitatea ne fiind nicĭ totală nicĭ definitivă, acumulaţiunea liquidelor nu se va face de cât în mod timporar. Lucrul este aşa de adevĕrat, că cu timpul — şi maĭ ales dacă procesul inflamator retrocedéză, iar mucósa prin resorbţiunea treptată a inflamaţiuneĭ

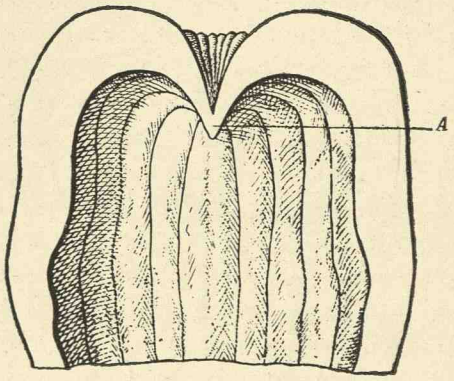


Fig. 108. Al doilea timp al închidereĭ pavilionuluĭ; franjele s'aŭ sudat: pavilionul este închis.

revine la starea sa normală — întregul liquid ce se acumulase în trompă, la un moment dat se varsă în uter iar de aci în vagin, formând varietatea de idrops tubae profluens. In circumstanţe maĭ defavorabile, revĕrsarea liquiduluĭ în loc d'a se face prin orificiul intern, se execută prin cel extern, prin ostium peritoneale; atuncĭ fenomenele vor fi mult maĭ grave, propriĭ orĭ căreĭ pelviperitonite.

Nu este decĭ posibil stabilirea uneĭ tumorĭ kistice a trompeĭ, de cât în casul obstrucţiuneĭ ambelor sale orificiurĭ în mod permanent şi definitiv. Există şi alte obliteraţiunĭ saŭ atreziĭ în afară de ale orificiilor. Ele se găsesc pe lungimea conductuluĭ. Patogenia lor recunósce un mecanism cu totul diferit. In salpingita proliferantă saŭ vegetantă, am vĕdut că mugurii cărnoşĭ pot să plece de la îndoiturile mucóseĭ pĕreteluĭ superior până în partea opusă. Dînşiĭ organisându-se, interceptézĕ spaţiurĭ definitive, de

număr și capacități diferite. In acest caz, liquide se pot acumula în interiorul acestor lojĭ și să ne dea formațiuni de kiștĭ în conductul oviductuluĭ. După forma și numĕrul lor, organul ne póte presenta aspectul moliniform. Dar acésta nu represintă și nicĭ nu constitue adevĕrata formă kistică a trompeĭ representată de exemplu prin idro-salpinx; causa este că cele douĕ orificiurĭ nu sunt distruse ci permeabile.

Am arătat deja și am insistat puțin asupra obstrucțiuneĭ acestor orificiurĭ cu ocasiunea salpingitelor catarale acute. Acum e momentul a reveni asupra celuĭ extern cu maĭ multe detaliĭ.

Există douĕ categoriĭ de obliterațiunĭ a orificiuluĭ extern al trompeĭ — ostium peritoneale: unele cu totul independente de ovar, iar altele în conexiune cu acesta. Primul grup constă în douĕ mecanisme diferite arătate de Raymond. Primul mecanism resultă din sudarea directă a acelor doĭ părețĭ a orificiuluĭ propriŭ al ostiuluĭ peritoneal, căptușit de mucósa trompeĭ. In acest caz, ciucuriĭ saŭ franjele pavilionuluĭ rĕmân libere, iar aspectul total al porțiuneĭ externe a trompeĭ ne represintă o formă ombilicală saŭ a unuĭ anus de găină. Casul e maĭ rar.

Al doilea mecanism resultă din rĕsfrângerea însășĭ a acestor franje; ele îndoindu-se înăuntru și dirijindu-se către ostium peritoneale, se pun în contact prin fețele lor seróse; atuncĭ sudura devine complectă. Fig. 107 și 108 luate din studiul luĭ Raymond publicat în „Annales de gynecologie“ 1895, ne dă un exemplu demonstrativ.

Dar franjele pavilionuluĭ în loc de a se resfrânge către ostium uterin, se îndoesc către canalul trompeĭ așa că unindu-se între ele, rĕmân fără nicĭ o conexiune cu ovarul. Fig. 109 din Martin arată un asemenea exemplu. Altă dată franjele de și rĕsfrânte înăuntru totușĭ nu se lipesc între ele. Baza lor, rĕmâne în contact direct cu ovarul, așa că la un moment dat este posibil o transbordare a conținutuluĭ ovaric în trompă în cas de idropisie a unuĭ folicul al acestuia. Lucrul se vede iarășĭ clar în fig. 110 din Martin. Tóte aceste cercetărĭ de mare importanță se datoresc luĭ Burnier, făcute după nisce preparațiunĭ ale luĭ Schroeder și reproduse în tratatul luĭ Martin de unde le-am luat și noĭ.

In ceea ce privesce obstrucțiunea orificiuluĭ intern al trompeĭ (ostium uterin) acésta pare a nu fi nicĭ așa de frequentă, nicĭ cu totul definitivă. In adevĕr Albers pe 35 casurĭ de obliterațiunĭ ale orificiuluĭ abdominal, unde lucrul era cu totul evident, nu a găsit orificiul uterin obliterat de cât de nouĕ orĭ; și încă

dînsul a constatat că la începutul afecțiuneĭ, acéstă obstrucțiune era determinată în urma umflăturei mucóseĭ. Maĭ târdiŭ însă extremitatea internă a trompeĭ se póte recurba, totuși calibrul rĕmâind permeabil.

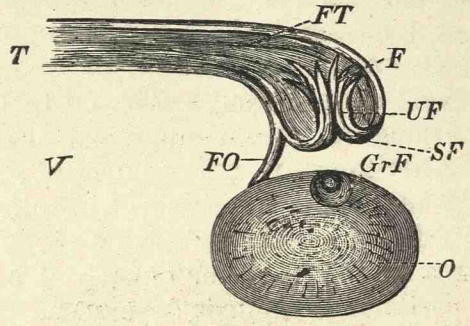


Fig. 109. *Gr. F.* Folicŭlul luĭ de Graaf. *F.* Trompa. *FT.* Indoitura mucóseĭ tubare. *F.* Trompa, *FO.* Franjea ovarică. *O.* Ovarul, *UF.* Franjea răsturnată. *SF.* Suprafața serósă a franjeĭ.
(dupĕ Burnier)

După ce am stabilit mecanismul obliterațiuneĭ ambelor orificiĭ, grație cărora întréga trompă devine o cavitate închisă, să vedem acum patogenia acumulațiuneĭ liquiduluĭ, și să căutăm a ne explica formațiunea acestuĭ produs într'un organ lipsit de glande.

Găsim în Pozzi următórea opiniune cum că primitiv, tumora kistică a trompeĭ este representată printr'o acumulațiune de puroiŭ, adică printr'un pio-salpinx; și că în urma diferitelor metamorfose ale puroiuluĭ, întregul conținut s'ar transforma într'un liquid clar, seros, într'un idro-salpinx.

Adevĕrul este că la anatomia patologică a salpingiteĭ catarale, am vĕdut cum că fórte adesea orĭ procesul inflamator dă nascere uneĭ salpingite purulente acute. Acésta se observă maĭ ales când infecțiunea este specifică, gonoreică, puerperală. Dacă în momentul acesta obstrucțiunea orificiilor trompeĭ se efectuéză, liquidul purulent se închistéză: decĭ pio-salpinxul de fapt e constituit. Cu timpul însă, agenții patogenĭ încetând a lucra, puroiul iar intră în regresiune, se emulsionéză; partea solidă se resórbe în locul sĕŭ rĕmâne un liquid clar, seros. Cu modul acesta

tumora din pio-salpinx se transformă în idro-salpinx. Dar iată expresiunile proprii din tratatul lui Pozzi: „Se pare în adevĕr lucrul verificat, că pio-salpinxul se transformă adesea în kist seros și câte o dată în kist ematic. Când, fără îndoeală prin distrugerea spontanată a germenilor, procesul flegmasic s'a oprit, abcesul trompei póte ca și un abces rece să se schimbe într'o colecțiune serósă, printr'un fel de clarificațiune a puroiului, ale căruĭ elemente solide se depun pe pereți, pe când partea serósă se mărește. Acésta pare a fi origina unei mari majorități de idro-salpinx. In sfârșit ruptura tinerelor vase a pereților buzunarului unuĭ vechiŭ pio-salpinx, îl umple câte o dată de sânge".

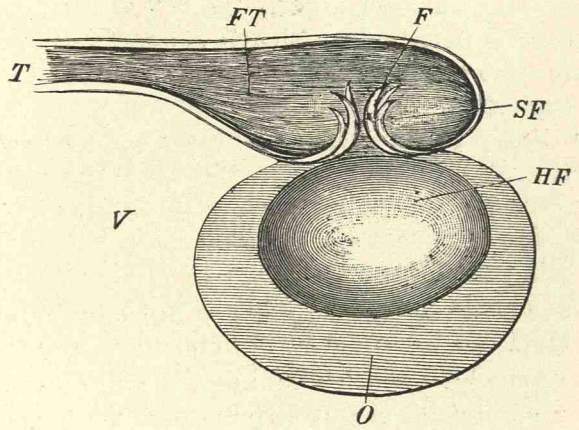


Fig. 110. După Burnier. *HF.* Folicul idropic.

Noĭ credem că am putea invoca și un alt mecanism ce ne-ar explica formațiunea primitivă a unuĭ idro-salpinx, iar nu consecutiv unuĭ pio-salpinx.

Dacă presupunem o inflamațiune intersticială în pereții trompeĭ, unde predominența țesutului conjunctiv și retracțiunea sa ar determina o sugrumare a venelor precum și a vaselor limfatice — de alt-fel destul de numeróse — prin acésta, circulațiunea venósă ar fi fórte împedicată. Consecința este ușor de prevĕdut. Ea este analógă cu ceea-ce se petrece în orĭ ce cirosă atrofică a ficatului, unde în urma aceluiași proces, partea serósă a sângeluĭ transudă prin vase și acumulându-se în peritoneŭ, ne dă ascita. Eĭ bine în tocmaĭ același lucru s'ar petrece și cu o

salpingită parenchimatósă; și aci jena circulațiuneĭ venóse ar da nascere uneĭ idropisiĭ; dînsa închistându-se în interiorul trompeĭ, cu orificiile prealabil astupate, ne represintă tipul unuĭ idro-salpinx.

Dar orĭ cum ar fi, să vedem modul evoluțiuneĭ acesteĭ tumorĭ.

I. **Idro-salpinxul** a atras deja atențiunea chiar și a autorilor vechĭ. Se crede că mulțĭ dintr'înșiĭ aŭ confundat acéstă tumoră cu kiștiĭ ovaricĭ, dar maĭ ales cu ceĭ para-ovaricĭ. Numaĭ ast-fel ne putem explica scóterea de cantități extra-ordinare de liquid de 2—3 kilograme, lucrul imposibil de conținut de un idro-salpinx.

Cu tóte acestea, găsim în Lawson Tait că *Ruysch*, în 1665 vorbesce de oclusiunea trompelor ca o causă de sterilitate și decĭ ca producere a unuĭ idro-salpinx. Un alt autor *Henry Brechtfeld* din Copenhaga în 1675 descrie un cas de idropisie a trompeĭ vindecată prin paracentesă și a căreĭ observațiune are ca titlu *hydrops dextrae tubae uteri-paracenthesi curatus*. Probabil că și dînsul a luat idro-salpinxul drept un kist para-ovaric.

Dar cu *Astruc* (1761—1766) atențiunea este în mod serios atrasă asupra inflamațiunilor trompeĭ; el este singurul care în mod clar vorbesce de pio-salpinx, idro-salpinx și graviditate tubară. Este bine cunoscut dice Astruc, că inflamațiunea comună se termină prin resoluțiune ajungênd la vindecare: pe când casurile de abces și de gangrenă sunt adesea mortale. Idropisia cavitățeĭ trompeĭ are un mers fórte încet și bolnavele conservă aceste idro-salpinxe un timp fórte îndelungat.

In sfîrșit *Froriep* ne arată cunoscințele sale exacte asupra acesteĭ afecțiunĭ. El introduce expresiunea rĕmasă clasică de *idrops tubae profluens;* el a instituit și diviziunea idro-salpinxelor în *aperta* și *oclusa*.

Forma generală a unuĭ indro-salpiux depinde de volumul sĕŭ. Avem în adevĕr tumorĭ de diferite dimensiunĭ; unele merg până la grosimea policeluĭ. Alte dățĭ aspectul lor este ondulat, saŭ el póte să capete grosimea uneĭ anse intestinale or cârnat (cartaboș). In casurile tipice există anume porțiunĭ strîmte saŭ sugrumate însoțite de altele dilatate. Ele corespund în nivelul cornuluĭ uterin și în dreptul istmuluĭ trompeĭ, după care urméză dilatațiunea corpuluĭ și a ampuleĭ sale.

Dar alte dățĭ tumora ne oferă mult maĭ multe strangulațiunĭ și dilatațiunĭ, așa în cât idro-salpinxul ia un aspect de mătăniĭ, moniliform. Acest fenomen se datoresce une-orĭ aderențelor, carĭ sub formă de bride înconjóră trompa legându-se cu diferite

organe. Când aceste aderențe sunt fórte slabe, ele rupându-se organul póte lua o formă mai regulată. Când însă strangulațiunile se datoresc unor fășii retractile, situate în lumina tumoreĭ, plecênd de la un părete la altul, deformațiunea devine permanentă.

Un alt agent de deformațiune al idro-salpinxuluĭ constă într'o scurtare pronunțată a mezo-salpinxuluĭ; el ne permițând tumoreĭ o desvoltare convenabilă, dînsa se deformézá oferindu-ne cele mai variate încolăcituri. In afară de aceste cause, *Delbet* mai adaugă acțiunea procesuluĭ inflamator, care determină în părețiĭ trompeĭ puncte subțiate; acestea fiind de o resistență mai mică, vor suferi dilatațiuni din partea presiuneĭ liquidelor; de aci iarăși deformațiuni.

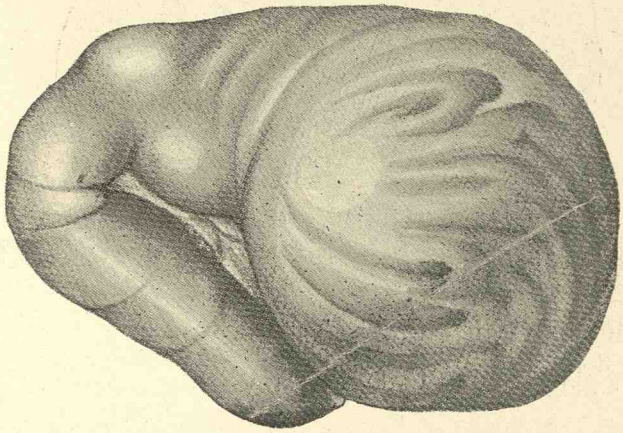


Fig. 111. Model de idro-salpinx în formă de cimpoĭ luat după natură (personală).

In fine *Freund* susține persistența uneĭ stări fetale a trompeĭ; dînsa conservêndu-și forma intortochiată și incolăcită, ar explica aspectul moliniform și neregutat al idro-salpinxuluĭ.

Un lucru este de observat, că aceste diformități se constată mai mult în tumorile de volum mic. Acésta a făcut pe Ziegler să susție, că cu atât idro-salpinxul va avea o formă mai regulată, cu atât liquidul conținut în cavitatea sa va fi mai mare. Observațiunile clinice par a fi în acord cu acest mod de a vedea.

Am putea decĭ stabili că, idro-salpinxele micĭ sunt flexuóse, tortuóse, neputându-li-se da nicĭ o formă geometrică; din contra,

idro-salpinxele de calibru mediŭ, aŭ o formă maĭ regulată; ele se pot apropia de a unuĭ cilindru, cu uşóre strangulaţiunĭ, ce le-ar asemăna de forma intestinuluĭ gros bine umplut; iar când idro-salpinxul devine şi maĭ voluminos, el tinde a lua forma sferică, apropiindu-l une-orĭ de aceea a unuĭ cap de fet. Dăm aci următorele figurĭ 112 şi 113 representând diferite forme şi calibre de idro-salpinx.

Fenomenul caracteristic al idro-salpinxuluĭ dupĕ cum vedem, este a nu fi de un calibru egal pe tótă întinderea sa. De obi-

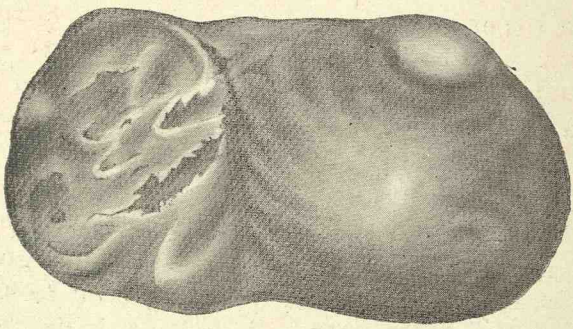


Fig. 112. Model de idro-salpinx în formă de cilindru; după natură (personală).

ceiŭ maximum de dilataţiune, se află către regiunea externă a trompeĭ şi a nume în porţiunea ampulară; extremitatea internă rĕmâne de un calibru mult maĭ mic şi chiar sub forma unuĭ cordon, ce servă de pedicul. Dar orĭ care ar fi volumul tumoreĭ, dînsa se apropie maĭ mult de forma unuĭ corn de vînătóre sucit saŭ maĭ bine ḑis a unuĭ cimpoiŭ, or a uneĭ pere, de cât de orĭ care alta.

Relativ la pedicul, acesta une-orĭ este destul de lung şi subţire, aşa în cât dacă tumora e lipsită de aderenţe şi liberă în cavitatea abdominală, dînsa se póte suci asupra luĭ, fie spontanat saŭ în urma unuĭ examen bimanual. In acest cas se produce torsiunea pedicululuĭ. Drept consecinţă, în afară de durerile vĭĭ excruciante, se póte determina o modificaţiune bruscă în circulaţie, provocând strangulaţiunĭ, apoplexiĭ şi emoragiĭ în interiorul tumoreĭ.

Hidro-salpinxul în formele necomplicate, păstréză acelaşĭ sediŭ ca şi trompa: el e situat în aripa superióră a ligamentuluĭ

larg. De obiceiŭ însă porțiunea externă saŭ ampulară a trompeĭ, prin faptul creșterei sale de volum căpătênd o greutate maĭ mare, cade în fundul de sac a luĭ Douglas. Decĭ tumora nu se maĭ află în aripa superióră a ligamentuluĭ larg; porțiunea internă însă își conservă situațiunea. Când idro-salpinxul nu-și părăsesce posițiunea normală și nicĭ nu e complicat de aderențe cu organele vecine, atuncĭ dacă tensiunea liquiduluĭ e mare, presiunea se va exercita pe partea cea maĭ slabă a tumoreĭ ce e representată prin păretele sĕŭ inferior. Aci am arătat că peritoneul nu căptușesce trompa; dar cele douĕ foițe ale sale reuninduse între ele la óre care distanță, constitue mezo-salpinxul. Delbet făcênd experiențe pe cadavru a arătat, că trompa sănătósă nu se lasă a se întinde dincolo de volumul unuĭ creion; și că dacă injectăm un liquid cu forța, ruptura se produce tot-d'a-una în jos, *adică între cele* douĕ foițe ale mezo-salpinxuluĭ. Când însă presiunea continuă a se exercita în mod lent în acest punct, dînsa póte reuși, făcênd să bombeze păretele inferior al tumoreĭ, să înainteze către mezo-salpinx, să-ĭ deslipéscă foițele și ast-fel cu timpul să se inclaveze cu totul în grosimea ligamentelor largĭ, iar une-orĭ chiar să se rupă în acest organ. Dar fenomenul acesta se întâmplă mult maĭ rar. Din contra, resistența mezo-salpinxuluĭ este destul de puternică, pentru a putea să se opue orĭ căreĭ presiunĭ. După Schroeder, acest mezo este care imprimă deformațiunĭ idro-salpinxuluĭ, chiar când e provĕdut de un volum mare.

In majoritatea casurilor, părețiĭ unuĭ idro-salpinx sunt de o colóre albăstrie, transparenți, și de grosimea unuĭ foițe de hârtie (papiraceŭ). Acésta ne explică dificultățile ce avem pentru ca extirparea să se facă în întregimea sa. Fórte adesea, cu tóte precauțiunile și atențiunea incordată, idro-salpinxul se sparge maĭ ales către extremitatea externă, în jos și înapoiul ampuleĭ, unde de obiceiŭ există și óre carĭ aderențe. Acésta trebue să ne atragă atențiunea chiar în examenul clinic al bolnaveĭ. Ne vom feri a exercita presiunĭ deměsurate asupra tumoreĭ pentru a ne asigura de diagnostic. O explorațiune bruscă póte determina spargerea idro-salpinxuluĭ. Consecințele pot fi destul de grave, maĭ ales când tumora, grație unor aderențe cu diferite organe, oferă locurĭ subțiate și ramolite.

Găsim în Legueu o observațiune de acest fel, destul de miscătóre; ea merită a fi cunoscută. „Un chirurg Hermann, voind să obție coborîrea uteruluĭ printr'o tracțiune cu pensa Museux apli-

cată pe col, a determinat ruptura unuĭ kist tubar care a fost urmată de peritonită mortală".

Dar asemenea deschideri se pot efectua și în mod spontanat, grație aderențelor ce idro-salpinxul contractéză cu organele din cavitatea pelviană. Relativ la acésta vom sci că organul ce în mod maĭ natural contractă aderențe cu idro-salpinxul, este de sigur ovarul, prin intermediul pavilionuluĭ trompeĭ. Dar aci se întâmplă un fenomen fórte curios dacă și însușĭ ovarul este kistic iar o comunicare directă se stabilesce între ambele organe. Acésta a dat nascere uneĭ varietățĭ particulare numită *kist tubo-ovaric.*

De obiceiŭ kiștiĭ tubo-ovaricĭ sunt micĭ; cel puțin așa sunt aceia aĭ ovaruluĭ carĭ provin dintr'o simplă idropisie, aĭ folicululuĭ luĭ de Graaf. Cu tóte acestea, Olshausen a arătat o comunicare cu trompa chiar a unor kiștĭ veritabilĭ aĭ ovaruluĭ. Și dacă presupunem permeabilitatea orificiuluĭ intern al trompeĭ, conținutul kistuluĭ ovaric se pote goli vĕrsându-se prin uter la exterior. Se va forma ast-fel un *kist ovaric profluens* în tocmaĭ analog cu un *idrops tubae profluens.*

Conținutul idro-salpinxuluĭ pur e representant printr'un liquid seros, limpede, transparent, cu reacțiune neutră saŭ alcalină și cu resturĭ de celule epiteliale. Fața internă a pĕreților sĕĭ e provĕdută de vilositățile mucóseĭ; pe alocurea conservă celulele epiteliale cu cilĭ vibratilĭ, iar aiurea distruse. Dacă însă origina idro-salpinxuluĭ este transformațiunea saŭ clarificarea unuĭ pio-salpinx, atunci conținutul e maĭ turbure, plin cu leucocite și chiar globule de puroiŭ. Pĕreții buzunaruluĭ îngroșațĭ, presintă deposite cu aspect de degenerescență gresósă; faptul s'aŭ impus unora ca fiind de natură tuberculósă. Une-orĭ chiar se pot găsi, dupĕ observațiunile luĭ Lawson Tait, și concrețiunĭ calcare.

II. **Pyosalpinxul.** Tot ce am arătat la idro-salpinx se adaptéză în tocmaĭ și la acéstă varietate de tumoră. Ba ce e maĭ mult, am arătat că dupĕ opiniunea unor autorĭ, el este origina idro-salpinxuluĭ. Singura deosebire este, că puroiul neputênd trece prin metamorfosele arătate, el rĕmâne ca atare și ast-fel constitue tipul pio-salpinxuluĭ. Vom găsi decĭ în interiorul pungeĭ puroiŭ, câte o dată cu totul gros, bine legat, oferindu-ne tóte caracterele de *pus bonnum et laudabile*, formênd tipul puroiuluĭ flegmonos. Pĕreții pungeĭ vor fi maĭ groșĭ, provĕduți cu muguri cărnoșĭ de bună natură; în eĭ maĭ rar putem descoperi microbul specific al blenoragieĭ, de și origina acestuĭ pio-salpinx se datorește luĭ.

Alte dăți puroiul nu este așa de bine legat; el e mai seros și cu aspect puriform: acésta deja ne arată tendința sa de a se transforma în idro-salpinx.

III. **Hematosalpynx.** Este ultima tumoră kistică a trompei; conținutul sĕŭ e format din sânge. Există mai multe varietăți de hematosalpynx. Noi credem că tóte se pot grupa în două mari clase dupe modul formațiunei pereților kistului.

In adevĕr, une-ori punga kistică e formată din însuși cavitatea trompei dilatată în diferite grade, dupe cum pereții sĕi vor fi mai grași, mai subțiri, mai dilatabili ori mai retractili. Condițiunea *sine qua non* însă este, ca în mod prealabil — fie grație unei vechi inflamațiuni, a unui viciŭ de conformație saŭ chiar în momentul accidentului, — ambele orificiuri ale trompei să fie solid și definitiv astupate. In casul acesta ușor este de înțeles, că sângele acumulându-se în trompe pe calea secreției, saŭ unor ruperi de vase, dînsul neavênd nici un loc de eșire, va începe să respingă pereții organului. Aceștia cedând presiunei, vor forma o pungă al cărui conținut va lua numele de hematosalpynx.

Să presupunem deci o atresie a orificiilor trompei, atinsă deja de inflamație parenchimatósă saŭ vegetantă. O rupere bruscă a vaselor de nouĕ formație va da naștere unei emoragii; dînsa găsind deja o cavitate închisă cu pereți proprii, tumora de la sine va fi închistată, iar hematosalpynxul la moment format. Să presupunem de asemenea o stare varicósă a venelor trompei. Aci iarăși ambele orificii fiind surprinse și brusc astupate, sângele găsindu-se închis din tóte părțile, tumora va fi de fapt constituită avênd ca pereți însuși trompa. Tot același lucru se va întâmpla cu o oprire bruscă a menstruelor, dacă iarăși astuparea orificiilor se va efectua în momentul accidentului.

In tóte aceste casuri, partea esențială constă că pe lângă astuparea orificiilor, pereții însuși ai trompei formézĕ pe aceia ai tumorei. De aceea noi propunem a se da numele unor asemenea tumori sanguine, de *hematosalpinxe autochtone.*

Din contra, o aceeași tumoră póte să existe în afară de obstrucțiunea orificiilor trompei precum și să aibă un înveliș propriŭ care să-i serve drept părete, independent de acela al pereților organului propriŭ zis. Faptul acesta îl putem întâlni în hematosalpinxul, recunoscênd ca origină o graviditate extrauterină de origina tubară. Aci în adevĕr, oul fecondat este oprit în mersul luĭ în canalul oviductului; dînsul desvoltându-se va căuta să se înconjóre de o membrană proprie, de un înveliș

produs de el însuşĭ, dar independent de păreţiĭ trompeĭ ce nu îĭ servă de cât ca un agent protector. Afară de acésta, ambele orificiurĭ intern şi abdominal, pot rĕmâne permeabilĭ de şi fără comunicare între eĭ, graţie interpunereĭ saculuĭ fetal.

Dupe cum vedem, formaţiunea acestor nouă grupurĭ de tumorĭ se deosebesce cu totul de prima categorie. Deosebirea stă în faptul existenţeĭ unuĭ învălişĭ cu totul propriŭ; el se póte perfect ridica rĕmâind intacţĭ păreţiĭ trompeĭ. Pentru acest cuvînt noĭ numim aceste hematosalpinxe tumorĭ *eterochtone*, *sŭ dacă voim exotice*.

Am maĭ putea stabili şi altă diviziune a hematosalpinxelor, basată pe mersul şi evoluţia ulterióră. Am avea *hematosalpinxe provizoriĭ şi permanente*, dupe cum conţinutul lor va avea tendinţa a dispare saŭ a rĕmâne definitiv închistat. Acésta depinde de starea în care se găsesce mucósa trompeĭ, ce formézĕ păretele pungeĭ sanguine. In casurĭ de inflamaţiune cronică şi perderea caracterelor fisiologice a mucóseĭ, dînsa ne maĭ fiind capabilă de nicĭ o absorbţiune, întréga cantitate de sânge ce se va revĕrsa în punga kistuluĭ, va rĕmâne neatinsă: hematosalpinx permanent. Din contra, părţile constitutive ale trompeĭ ce formézĕ kistul nefiind profund alterate, revĕrsarea de sânge cu timpul se va resorbi, şi ast-fel hematosalpinxul treptat va descresce până la dispariţie complectă. Acésta ne dă tipul hematosalpinxuluĭ provisoriŭ.

In fine maĭ putem admite hematosalpinx *staţionar şi progresiv*. Este staţionar când emoragia odată produsă, isvorul sĕŭ repede se astupă, iar sângele revĕrsat nu se maĭ resórbe din causa alteraţiuneĭ mucóseĭ chronic inflamate. Ast-fel avem ematosalpinxele menstruale, varicóse saŭ în urma ruperĕĭ unor false membrane. Când însă cantitatea de sânge pe fie-care zi se măresce, atunci punga kistică pe aceiaşĭ mĕsură va creşte de volum până la maximum de tensiune. De aci numele de hemotasalpinx progresiv. Acest tip îl găsim în acela al sarcineĭ extrauterine tubară.

N'avem să ne oprim asupra hematosalpinxuluĭ; ne reservăm dreptul a reveni când vom trata sarcina extra-uterină, care formézĕ varietatea cea maĭ comună şi importantă a acestor tumorĭ. Tóte cele-l'alte genurĭ adesea trec necunoscute; ele sunt însoţite de fenomene acute dar pasagere, iar pe de alta, prin micul lor volum saŭ dispariţiunea lor gradată, nu atrag atenţiunea. De alt-fel când am tratat de hematocelul retro-uterin, am vorbit şi

de aceste feluri de emoragii; acésta ne dispenséză a ne mai opri asupra lor.

Leziunile păreților pungei sunt acelea a inflamațiunei cronice, iar conținutul variază dupe casuri. In hematosalpinxul menstrual sângele va avea o consistență sirupósă și cu aspect de șocolată; acela provenit din rupere de aderențe saŭ a vaselor friabile a unui pio-salpinx, va fi mult mai turbure și amestecat cu puroi saŭ numai cu globule de acest produs. Fiind vorba de o apoplexie a trompei, în urma unei inflamații catarale acută, de un hematosalpinx varicos, sângele va fi mult mai clar și fluid. Dar cu timpul, partea serósă a sângelui resorbindu-se, întréga emoragie póte fi înlocuită prin resturi de coagulí moi, friabili saŭ cu o organizație dură.

In general tóte aceste varietăți de hematosalpinxe sunt de un volum relativ mic. Numai cele provenite dintr'o sarcină extrauterină, capătă une-ori un volum extraordinar Ast-fel Lawson Tait citéză un cas, în care tumora trecea dincolo de ombilic și conținea mai multe litruri de sânge. Este probabil însă, dupe cum crede și Pozzi, că aci va fi fost vorba de un ematocel intra-peritoneal inchistat, legat cu un hematosalpinx.

Anatomia patologică a pereților acestui fel de hematosalpinx o vom vedea la locul competent.

Pentru a termina cu afecțiunile trompei, ar trebui să descrim pe de o parte inflamațiunile de o specificitate particulară ca cea tuberculósă, sifilitică și actinomicetică, iar pe de alta tumorile neoplasice. Nu ne vom opri mult asupra lor, din causa rarității și a simptomelor negative.

Salpingită tuberculósă. Este consecința propagărei aceleași inflamațiuni specifice plecate de la uter. La rîndul sĕŭ salpingita tuberculósă infectéză organele vecine ca ovar, peritoneŭ, intestine, ganglionii mesenterici contractând cu ele aderențe solide, etc. Dînsa póte da nascere prin calea limfatică, dupe cum a arătat Fernet, chiar la exudate pleuretice. Leziunile macroscopice sunt analóge cu salpingita supurată și piosalpinx; ea póte lua o desvoltare extra-ordinară conținând până la două litruri de puroiŭ. Pereții kistului sunt fórte îngroșați, cu depozite cazóse, oferind tóte caracterele abcesului rece. Microscopul descopere folicuri tuberculoși și celule gigantice. Baccilul lui Koch adesea nu s'a găsit, afară de câte-va casuri unde cercetările lui Orthmann și Weith aŭ fost afirmative.

Salpingita sifilitică. E fórte rară și chiar pusă în dubiŭ. Se

citéză un singur caz al luĭ Bouchard, unde pe lângă o tumefacție a trompeĭ, s'ar fi găsit treĭ gome de mărimea unor alune avênd caracterele gomelor sifilitice.

Salpingita actinomicosică. Nu se cunósce de cât un cas datorit luĭ Bermann. El a găsit trompa dilatată de un lichid purulent plin cu actinomiceți. Bine înțeles acésta a fost o descoperire de autopsie. (Legueu).

Tumorile trompeĭ. Pe fața externă a acestuĭ organ putem constata în cursul uneĭ laparatomiĭ făcute pentru alte leziuni, micĭ kiștĭ seroșĭ desvoltațĭ în hydatida luĭ Morgagni saŭ chiar pe franjele pavilionuluĭ. Dar acestea n'aŭ absolut nicĭ o importanță din punctul de vedere clinic: dînșiĭ nu daŭ loc la nicĭ un fenomen apreciabil.

Tot acelaș lucru vom zice de tumorile solide benigne ca fibróme saŭ lipóme; ele iarășĭ pe lângă că se observă fórte rar, volumul lor e fórte mic și nu se descopere de cât în cursul uneĭ laparotomiĭ, oferindu-ne adevĕrate curiosităţĭ patologice.

Cât privesce tumorile maligne ca sarcom saŭ cancer, ele nicĭ o-dată nu sunt primitive ci consecutiv propagăreĭ unor asemenea neoplasme de la uter, ovar, peritoneŭ saŭ alte organe vecine.

Cap. II. Bólele ovarelor

De sigur, afecțiunile curente ale acestor organe sunt stările inflamatorii. D'asupra lor însă, se află desvoltarea de pungi kistice. Dînsele constitue partea cea mai importantă a ginecologiei; ele aŭ servit ca punct de plecare a mareĭ revoluțiunĭ sciințifice moderne; ele aŭ născut laparatomiile.

Aci ca și la trompe, dificultățile sunt marĭ în ceea-ce privesce diviziunile bólelor atât de diverse, ce ovarele ne oferă. Clasificațiunea se calkéză aprópe după aceea a trompelor. Vom avea decĭ o primă categorie de inflamațiunĭ *acute*, *cronice* și *supurative*. Caracteristica lor este că nu provócă organuluĭ o crescere de volum, capabilă a merita numele de tumoră în înțelesul propriŭ al cuvîntuluĭ.

In a doua categorie vom studia bóle representate prin obstrucțiunea foliculelor luĭ de Graaf. Dînsele umplându-se de acumulare de liquid, vor da nascere la formațiune de kiștĭ numițĭ *folicularĭ*. Dar și aceștia, ne avênd puterea a lua o desvoltare prea mare demnă de o tumoră, vor forma o varietate a parte numită *degeneresența kistică* — în casul când maĭ mulțĭ foliculĭ vor fi obstruațĭ.

In a treia categorie vom studia adevěratele tumorĭ numite *kiștiĭ propriŭ ziși aĭ ovaruluĭ*. Patogenia acestora e cu totul diferită de a celor precedenți; eĭ provin din inclusiunea în interiorul organuluĭ a tubilor numițĭ a luĭ Pflüger.

In a patra categorie vom studia un grup cu totul deosebit de tumorĭ numite *kiștiĭ dermoizĭ*.

In fine în a cincea categorie vor intra *tumorile maligne ale ovaruluĭ*.

Pentru moment ne vom ocupa de procesul inflamator și de degenerescența sclero-kistică. Simptomele și diagnosticul lor sunt în strînsă legătură cu leziunile studiate la trompe. Ele formézá marele capitol de salpingo-ovarite. Cele-l'alte tumorĭ, avênd o evoluțiune cu totul diferită de a salpingo-ovaritelor, le vom studia mult maĭ târziŭ; cu ele chiar vom termina tratatul nostru.

Pentru înțelegerea maĭ lesniciósă a celor ce vom descri, este absolut necesar a ne recapitula câte-va date anatomice. La începutul acesteĭ părțĭ, am arătat o bună parte a anatomieĭ ovaruluĭ. Ne rěmâne a ne opri asupra constituțiuneĭ sale anatomo-istologice.

Ovarul (fig. 113) e compus din două straturĭ: unul central numit stratul medular, este de un aspect roșu și o consistență spongiósă. El conține fibre musculare netede răspândite în tóte direcțiunile până la hil, precum și numeróse fășiĭ conjunctive ce urméză și înțosesc vasele micĭ saŭ de un calibru mediŭ. Un număr de vase mult maĭ voluminóse sunt reunite într'un mănun-

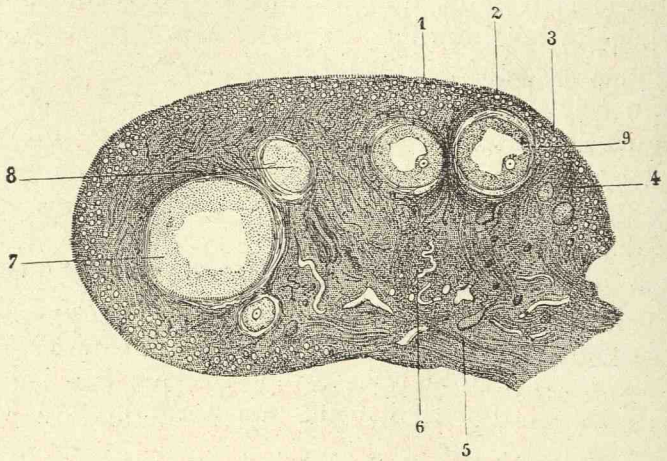


Fig. 113. Secțiunea ovaruluĭ (după Stöhr).

1. Epiteliŭ germanitiv.
2. 3. Stratul foliculilor tineri.
4. Stratul ovigen.
5. Bulbul ovaruluĭ.
6. Arteră elicină.
7. Marele folicul a luĭ de Graaf, al căruĭ ovul a fost ridicat prin secțiune.
8. Folicul a căruĭ parte superficială singură a fost coprinsă în secțiuni.
9. Foliculul luĭ de Graaf complect.

chiŭ ce plutesc într'un manșon fibro-muscular; ele formézĕ un adevĕrat aparat erectil. Acesta pórtă numele de bulbul ovaruluĭ. Prin hilul ovaruluĭ străbat numeróse arteriole; ele de la bulb se dirig către partea periferică a organuluĭ, pentru a-ĭ servi de nutrițiune. De aci apoĭ plécă vene și limfatice; ele ies tot prin hil urmând direcțiunea cunoscută. Tóte aceste vase presintă încolăcituri diverse formând tipul vaselor elicine; scopul este ca ele să se pótă lungi cu ocasiunea ascensiuneĭ ovaruluĭ în timpul graviditățeĭ.

Stratul cortical. Din centrul părțeĭ bulbare, țesutul conjunctiv merge către periferie, dirijindu-se și încrucișându-se în diferite

sensurĭ și interceptând tot atâtea spațiurĭ. El formézĕ scheletul stratuluĭ cortical al ovaruluĭ Către marginea cu totul periferică o organuluĭ, acest țesut se condenséză sub formă de fășiĭ maĭ mult saŭ maĭ puțin late și fibróse. Acest țesut resistent și lipsit de vase s'a comparat prin analogie, cu membrana albuginee a testicululuĭ.

Stratul cortical presintă tótă importanța în studiul bólelor ovaruluĭ. De aceea să vedem maĭ în detaliŭ constituțiunea sa anatomo-istologică. Dînsa ne oferă de din afară în năuntru următórele elemente: a) *epiteliul ovaric;* b) *albuginea* și *scheletul conjunctiv;* c) *ovisacurile saŭ foliculele luĭ de Graaf.*

a) Epiteliul ovaric e format dintr'un singur rînd de celule cubice, stând direct pe albuginee ce nu e invelită de peritoneŭ Aceste celule numite *epiteliul germinativ al luĭ Waldeyer*, sunt fórte vizibile la femeele tinere. Ele se continuă în dreptul hiluluĭ cu endoteliul peritoneal.

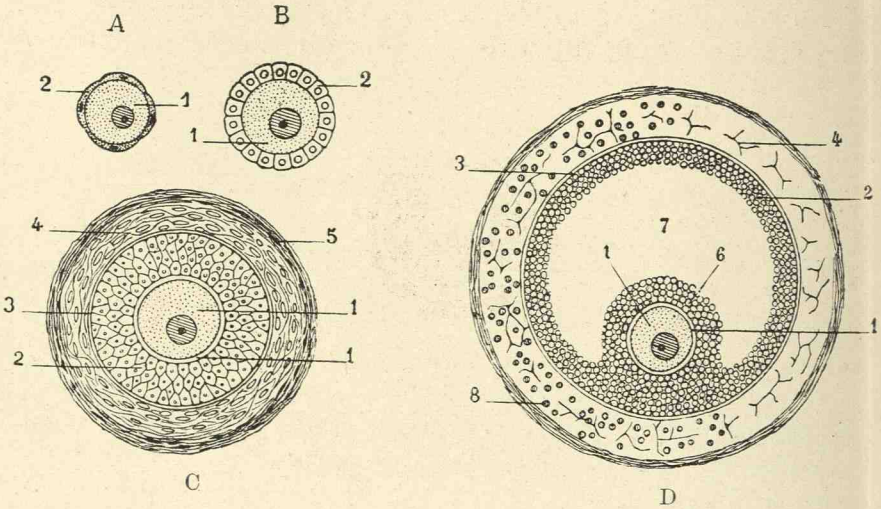
b) Albuginea și scheletul stratuluĭ cortical e format după cum am vĕzut, din resfirarea și condensarea țesutuluĭ conjunctiv plecat de la bulb. Aci găsim după Petit, de din afară înăuntru un strat fibros de grosime fórte regulată și fibre elastice circulare bine strânse: acésta pentru a da aparență uneĭ membrane, probabil în raport cu alternativele de expansiune și de retracțiune a organuluĭ. In sfârșit găsim celule fusiforme dispuse în vîrtej, carĭ pentru Rouget și His ar fi fibre netede, iar după Köllicker și Waldeyer celule conjunctive.

c) Elementul cel maĭ principal ce conține stratul cortical îl formézĕ de sigur foliculiĭ luĭ de Graaf destinați a produce oul. De aceea stratul acesta se maĭ numesce și *stratul ovigen.*

Foliculiĭ luĭ de Graaf sunt de douĕ feluri: tinerĭ și adulți. Folicul tînĕr saŭ primordial este un mic sac a căruĭ membrană e căptușită de un singur strat de celule epiteliale turtite, numite celule foliculare. Fie care folicul conține în centrul sĕŭ o celulă mare, ce represintă un ovul gol fără membrană vitelină. Acești foliculĭ fórte micĭ sunt ceĭ maĭ considerabilĭ ca numĕr; eĭ se află așezați imediat sub membrana albuginee. Foliculiĭ adulți nasc din foliculiĭ tinerĭ saŭ primordialĭ, trecând prin diferite faze. Un folicul adult definitiv al luĭ de Graaf, se compune mergând de la periferie la centru.

a) De un inveliș conjunctiv format din douĕ straturi: unul extern confundându-se cu stroma ovaruluĭ, formând téca folicululuĭ; altul intern compus din țesut reticulat plin de vase lim-

fatice și celule de forme variate. Ele constitue *membrana proprie* a foliculului. Fața internă a acesteĭ membrane e căptușită de un strat de celule poliedrice dispuse în maĭ multe straturĭ, cu nucleĭ marĭ și granulațiunĭ galbene. Dînsa formézĕ *membrana granulósă*. Intr'un punct depărtat, celulele granulóse se îngróșe și se grămădesc, formând ceea ce se numește *cumulus proliger;* în mijlocul luĭ se găsește ovulul. Intréga cavitate a folicululuĭ e



Fip. 114. Foliculiĭ luĭ de Garaf. A. Folicul primordial; B, C, D. Foliculĭ în diferite stadiurĭ a desvoltăreĭ lor (Schematic).

1. Ovul. 1^1 (fig. C) membrana vitelină a ovululuĭ. 2. Membrana granulósă a folicululuĭ. 3. Membrana proprie (bazală). 4. Tunica proprie. 4^1. (Fig. D) Țesut reticulat substituit tunicеĭ proprie. 5. Tunica fibrósă. 6. Cumulus proliger. 7. Liquor foliculi. 8. Globule albe în țesutul reticulat; aceste globule nu sunt reprezentate de cât în jumĕtatea stângă a folicululuĭ (Fig. D); în jumĕtatea dréptă eĭ aŭ fost ridicațĭ pentru a lăsa să se vadă țesutul reticulat.

plină cu un lichid galben de natură albuminósă, puțin filant; ele care ține în suspensiune celule cubice deslipite din membrana granulósă. Ovulul representat sub forma uneĭ marĭ celule posedă și el o membrană de invăliș numită *membrana vitelină* și o substanță móle viscósă numită *vitelus*. In plus are și un nucleŭ ce pórtă numele de *vesicula germinativă* saŭ *vesicula luĭ Purkinge*. (Vezĭ figura 114 din Testut).

Decĭ folicului luĭ de Graaf ajuns la maturitate e constituit de un ovul înconjurat de membrana vitelină, cumulus proliger, membrana granulósă a folicululuĭ, membrana basală saŭ proprie a folicululuĭ. (Testut) De la fața internă a folicululuĭ plécă venele și vase limfatice, afară de o mică porțiune situată la polul superior ce-ĭ lipsită de vase. Punctul acesta pórtă numele de *stoma, stigma saŭ gura folicululuĭ.* In timpul maturitățeĭ, în punctul acesta se produce ruperea folicululuĭ pe unde iese oul. Transformațiunile particulare ce suferă folicului dupĕ ieșirea ouluĭ, dă naștere unuĭ produs numit *corp galben.* Numele acesta nu provine, precum o dată s'a crezut, din trecerea prin diferite faze a unuĭ coa-

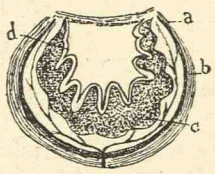


Fig. 115. Secțiune schematică a unuĭ corp galben próspăt (după Balbiani).

a. Stroma ovaruluĭ. *b.* Fóea fibrósă saŭ externă a folicululuĭ luĭ de Graaf. *c.* Fóea internă ipertrofiată și sbârcită. *d.* Resturĭ din membrana granulósă. *e.* Vasul propriŭ al folicululuĭ luĭ de Graaf.

gul sanguin ce ar rĕmâne după rupere în interiorul folicululuĭ, ci din existența în pĕretele însușĭ a unor numeróse celule voluminóse neregulate, conținând granulațiunĭ refringente. Ele decĭ sunt celule speciale, cărora Robin le-a dat numele *celule de ovariul.* Sinety le consideră ca fiind celule limfatice ale stratuluĭ reticulat al folicululuĭ, ce aŭ luat dimensiunĭ și un aspect neobicĭnuit.

Destinațiunea unuĭ folicul a luĭ de Graaf este că dînsul ajungând la maturitate, pĕreților sĕĭ se vascularizéză; organul devine maĭ voluminos, iar interiorul cavitățeĭ sale se umple de un lichid numit folicular. Sub influența uneĭ congestiunĭ a bulbuluĭ ovaruluĭ și a presiuneĭ liquiduluĭ aflat în cavitatea sa, folicului se rupe în partea cea maĭ superióră și în contact cu invelișul periferic al ovaruluĭ (stigma). Atuncĭ oul iese afară representând fenomenul menstruațiuneĭ. (Vezĭ figura 115 din Testut).

Dar nu toțĭ folicuiĭ trec prin acéstă fasă. Unĭĭ din eĭ se

atrofiază fără să se rupă și nici să dea nascere ieșireĭ ovululuĭ (atresia foliculară). Dar și într'un cas și în altul, în locul folicululuĭ rămâne un produs special numit corp galben. Iată mecanismul formațiuneĭ sale. Indată ce foliculul s'a rupt și oul împreună cu vesicula germinativă a ieșit afară, cavitatea folicululuĭ se umple de un exudat fibrinos; el servă ca un agent stimulent. Membrana de învelis intră în proliferațiune și dă nascere la muguri cărnoșĭ representați prin fășiĭ conjunctive, ce conțin în ochiurile lor marĭ celule cu forme epitelioide. Acești muguri de la un părete la altul se reunesc între dînșiĭ. La rîndul sĕŭ țesutul conjunctiv periferic proliferat, trecênd din starea embrionară în cea adultă, se retractă. El ajutat de o retracție analógă a mugurilor cărnoși, transformă întregul folicul într'o pungă sbârcită și sinuósă.

La urmă de tot, nu rĕmâne din folicul de cât un mic nucleŭ central, limitând un spațiŭ stelat și impregnat de acele celule caracteristice pline de pigment. Puțin importă, zice Petit, teoriile relative la geneza corpilor galbenĭ, făcêndu-ĭ să provie, uniĭ din membrana granulósă, alțiĭ din tunica proprie, iar alțiĭ din ambele strate de o dată. Un lucru pare a fi demonstrat, că aceĭ muguri saŭ traverse conjunctive plécă din douĕ sisteme papilare ce se imbucă împreună. Unul cu o *direcțiune centripetă*, se fusionéză cu stroma ovaruluĭ; altul cu *direcție centrifugă* naște dintr'un strat fórte subțire, care căptușește diverticulele cavitățeĭ. Pentru esplicarea formăreĭ acestor douĕ sisteme de papile, cel maĭ bun lucru este să se admită proliferarea stratuluĭ fibros al ovisaculuĭ pe de o parte, precum și al stratuluĭ sub endotelial de altă parte, iar între ambele, aceia a invălișuluĭ propriŭ al folicululuĭ.

Acesta e corpul galben, a cărui presență se manifestă la suprafața ovaruluĭ prin o mică pată cicatricială.

Am arătat că nu toțiĭ foliculiĭ se rup, precum de asemenea nici tóte ovulele carĭ ies din foliculĭ sunt fecondate. Dar orĭ cum ar fi, transformarea folicululuĭ este aceeașĭ.

Se numesc *corpĭ galbenĭ falșĭ* aceia carĭ resultă din ieșirea unuĭ oŭ ne fecondat, saŭ dintr'o atresie a folicululuĭ. Din contra, când oul a fost fecondat, regresiunea folicululuĭ pórtă numele de *corp galben adevĕrat*. Evoluțiunea corpuluĭ galben falș este de o durată relativ scurtă în raport cu a celuĭ adevĕrat. In casul întâiŭ durata nu e maĭ mare ca 3—4 lunĭ; în al doilea, dînsa se continue până la finele graviditățeĭ.

Cu aceste scurte noțiuni practice asupra ovaruluĭ, putem cu destulă înlesnire să pătrundem efectele procesuluĭ inflamator asupra acestuĭ organ. Trecem decĭ la ovarite.

Ovarite

Inflamația ovaruluĭ este acută și cronică. In imensa majoritate a casurilor, ovarita acută recunóște drept causă avorturile și starea puerperală.

Inflamațiunea are cea maĭ mare predilecție a se desvolta în stratul cortical al ovaruluĭ. Acest strat însă știm că e format din două elemente esențiale: țesut conjunctiv și stratul ovigen, care conține foliculiĭ luĭ de Graaf.

Când inflamația copleșește numaĭ țesutul conjunctiv, avem *ovarita intersticială;* când din contra foliculiĭ înșușĭ, carĭ formézĕ partea nobilă saŭ parenhimul organuluĭ, sunt atinșĭ de procesul inflamator, *ovarita se numește parenhimatósă.*

§ 1. Ovarita intersticială.

Forma cea maĭ simplă și limitată ar fi, când inflamația s'ar mărgini numaĭ la porțiunea cea maĭ periferică a organuluĭ, atingênd exclusiv stratul celular germinativ și cel mult tunica albuginee. Dînsa represintă dupe Petit *ovarita corticală.* Noĭ, pentru a evita confusiunea, propunem numele de *ovarită externă, periferica or superficială.*

Bernutz compară acéstă inflamație cu *vaginalita* testicululuĭ la bărbat.

Forma acésta, ce se atribue acțiuneĭ specifice a agentuluĭ blenoragic, determinând maĭ întâiŭ o peri-ovarită, este escesiv de rară. Dînsa după observațiunile luĭ Lawson Tait nu se mărginește numaĭ la învelișul seros al ovaruluĭ, ci trece mult maĭ departe atingând părțile profunde, așa că întréga glandă se găsește mărită de volum. Ba une orĭ, după cum a arătat Slavjansky, inflamația merge până în stratul ovigen, determinând în jurul foliculelor infiltrațiunĭ purulente și emoragiĭ.

Când inflamația a trecut de bariera albugineeĭ și s'a răspândit în întregul țesut conjunctiv al stratuluĭ cortical al ovaruluĭ, atuncĭ avem *ovarita intersticială* difusă *or propriŭ dișă.*

Aci, tot țesutul conjunctiv este iperemiat, umflat, turgescent, imbibat de serositate, infiltrat de celule embrionare difuze precum și de globule albe și chiar purulente. Adesea difusiunea și împregnarea țesutului conjunctiv e atât de mult copleșită de infiltrațiune de globule purulente, că se formézá abcese în stratul cortical al ovaruluĭ. Dar ca și în casul precedent, rar se întâmplă ca procesul morbid să se limiteze numaĭ la țesutul conjunctiv. De multe orĭ inflamația fiind fórte violentă, se întinde până la foliculĭ. In acest cas întregul ovar e fórte mult mărit de volum, îmbuibat de lichide; foliculiĭ se transformă în cavităț kistice conținând în interiorul lor lichid seros și chiar sanguinolent. Nu este rar ca puroiul să se insinueze printre spațiurile limfatice și să atace însușĭ foliculiĭ, copleșind chiar pe ceĭ maĭ voluminoș. In acest din urmă cas, am avea a face cu o varietate particulară numită *ovarită supurută acută.*

§ 2. Ovarita parenchimatósă.

Se caracterisă prin inflamația foliculilor luĭ de Graaf. Dînsa recunóște drept causă inflamațiunile infecțióse acute, saŭ diferite alte intoxicațiunĭ. In formele cele maĭ ușóre, singurĭ foliculiĭ primordialĭ, carĭ sunt așezațĭ la periferia ovaruluĭ, sunt atinșĭ umplându-se cu lichid puriform, ce ĭ pot distruge cu totul. Acésta se observă maĭ ales în inflamațiile periovarice, când agentul morbid s'a transmis de la peritoneŭ la ovar. Foliculiĭ adulțĭ resistă; eĭ nu se lasă a fi atacațĭ de cât mult maĭ târdiŭ, adică în ultimul moment. Membrana granulósă se desquaméză, îșĭ perde celulele, intră în degenerescență turbure, capătă un aspect lăptos; la urmă însuși ovulul e cu desăvârșire distrus. După Slavjansky, oul ar resista maĭ mult de cât celulele carĭ îl înconjóră.

§ 3. Ovarita cronică.

Resultă din continuarea și persistența procesuluĭ inflamator acut. Deosebirea este că aci, țesutul conjunctiv ipertrofiat și în stare de ipergenesă, trece din starea embrionară în cea adultă saŭ fibrósă. Prin urmare dînsul învestindu-se cu putere retractilă și inodulară, fășiile sale condensate și ondulate vor începe să se retracte; tóte celulele conjunctive tind să dispară iar vasele sugrumându-se, îșĭ astupă lumina și devin impermeabile.

Idealul ovariteĭ cronice ar consta după Nagel, ca sclerosa țesu-

tuluĭ conjunctiv intersticial să nu comprime și cu atât maĭ puțin să distrugă foliculiĭ luĭ de Graaf. Idealul acesta însă e departe de realitatea lucruluĭ: alterațiunea foliculilor e aprópe constantă în ovarita cronică.

După Nagel, ovarita cronică resultă dintr'o infecțiune blenoragică; dînsa propagându-se prin calea de continuațiune până la pavilionul trompeĭ, iar de aci la ovar, determină o peritonită circumscrisă, ce întreține organul într'o stare de iritațiune cronică. Acéstă inflamație plecată de la periferie, póte treptat să mérgă în adîncime și să copleșéscă părțile cele maĭ profunde ale ovaruluĭ.

Există și în ovarita cronică câte-va varietățĭ carĭ de și maĭ mult teoretice totuși merită a fi știute.

Am avea după Paul Petit și S. Bonnet *ovarita cronică corticală ca diseminată*, *ipertrofică* și *atrofică*.

a) **Ovarita cronică corticală.** Ovarul e înconjurat de falșe membrane; în mijlocul lor se găsesc câte odată focare sanguine, analóge cu acelea a pachy-meningiteĭ. Sclerosa póte copleși organul pe o întindere maĭ mare în grosimea sa; alte dățĭ dînsa se limitéză oprindu-se în mod clar și uniform la câțĭ-va milimetri de la suprafața organuluĭ. Dar țesuturile subjacente nu sunt maĭ puțin supuse la desorganisare: obstacolul ce se oferă la eșirea ouluĭ și la circulațiunea venósă a hiluluĭ, determină idropisia foliculară și rupturĭ emoragice, în jurul cărora se desvoltă focare secundare de sclerosă.

b) **Ovarita cronică diseminată.** Dînsa e caracterisată prin focare de sclerosă ce aŭ luat nascere împrejurul vaselor, a kiștilor foliculariĭ și a corpilor galbenĭ — ceea ce de alt-fel e tot una, ovisacul represintă regiunea cea maĭ vasculară a ovaruluĭ. E vorba aci de un proces fórte lent și cronic de odată. El se observă de obiceiŭ în casurĭ de fibróme uterine.

c) **Ovarita cronică ipertrofică.** Ipertrofia sclerósă a ovaruluĭ e caracterisată prin ipergenesa țesutuluĭ fibros cu distrugerea foliculelor. Cum dice fórte bine Tait, acésta nu e în definitiv de cât sclerosa ajunsă la a doua perióda, precedând pe aceea de retracțiune. Ipertrofia e totală saŭ mărginită la periferie (Dariev și Bourges). In orĭ ce cas suprafața ovaruluĭ, prin faptul accentuăreĭ sghiaburilor sale, reamintește aspectul circonvoluțiunilor cerebrale. Independent de ipertrofia sclerósă, Tait și Slavjansky admit existența uneĭ ipertrofiĭ adevĕrate, provenind din ipergeneza elementelor normale ale glandeĭ și putând mări greutatea sa, de la 60—70 grame.

d) **Ovarita cronică atrofică saŭ ciroza.** Sclerosa atrofică saŭ ciroza ovaruluĭ este probabil sfârșitul tutulor varietăților de ovarită, inclusiv ovarita supurată cu micĭ focare neevacuate. Procesul de sclerosă e împins aci la extrem. Ovisacurile și chiar kiștiĭ folicularĭ sunt fórte rarĭ saŭ absenți. Un fórte mic numĕr de vase rĕmân permeabile.

§ 4. Ovaritele kistice.

Scim că cea maĭ mare parte din stroma ovaruluĭ e ocupată de foliculiĭ luĭ de Graaf și corpiĭ galbenĭ. Prin urmare formațiunea de kiștĭ nu se póte efectua de cât pe socotéla acestor douĕ organe. De aci *kiștĭ folicularĭ* și *kiștĭ aĭ corpuluĭ galben.* Maĭ avem însă de observat, că se cere și o alterațiune prealabilă a țesutuluĭ ovaric, adică să fie copleșit de ovarită cronică, interstițială, de sclerosă totală.

Fără aceste leziunĭ, carĭ aduc o piedică în circulațiune precum și în deschiderea folicululuĭ, kiștiĭ nu se pot forma.

In urma diferitelor procese inflamatoriĭ, este posibil ca țesutul conjunctiv al stromeĭ ovaruluĭ să se infiltreze de un liquid seros în urma uneĭ jene circulatoriĭ. Acest liquid, acumulându-se în spațiurile saŭ ochiurile ce formézĕ țesutul conjunctiv, e capabil să se înconjóre de o membrană de înveliș și să dea ast-fel nascere unor adevĕrate producțiunĭ kistice. Acésta formézĕ varietatea descrisă de Petit sub numele de *ovarită idro-kistică prin idropisia stromeĭ*; *pseudo-kiștĭ seroșĭ.* Eĭ sunt datoriți vacuolisăreĭ stromeĭ ovarice prin edem. Causa ar fi o leziune pur trofică de natură varicósă a venelor. In adevĕr, Petit a descris aceste leziunĭ. Venele hiluluĭ sunt flexuóse, țesutul conjunctiv presintă o substanță intercelulară sticlósă și amorfă. Edemul se găsesce inegal repartisat, dar tot-d'a-una pronunțat în jurul vaselor. Capilarele sunt înconjurate de celule embrionare, vasele presintă o ectasie considerabilă; rar edemul pe unele puncte disociază țesutul conjunctiv și finesce prin a forma lacune maĭ mult saŭ maĭ puțin largĭ. Aceștĭ pseudo-kiștĭ sunt datoriți la o topire progresivă a țesutuluĭ celular din care se formézĕ cavitățĭ. Ele se umple puțin câte puțin de liquid. Acéstă infiltrațiune edematósă nu e specială formelor cronice de ovarită, căcĭ Pilliet le-a arătat și în inflamațiunile acute. (Legueu).

Dar kiștiĭ ceĭ maĭ importanți sunt aceia aĭ foliculilor luĭ de Graaf și aĭ corpilor galbenĭ.

§ 5. Kiști folicularĭ aĭ ovaruluĭ.

Studiați pentru prima óră de Rokitansky, dînșiĭ aŭ fost mult timp considerați ca fiind punctul de plecare al adevěraților kiști aĭ ovaruluĭ. Patogenia acestora însă, după cum vom vedea, e cu totul alta. Eĭ recunosc inclusiunea tubilor luĭ Pflüger în substanța ovaruluĭ, iar nicĭ de cum idropisia folliculară.

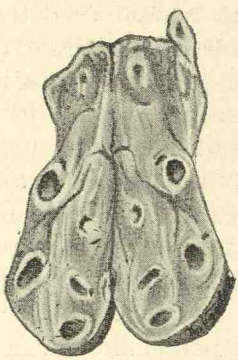


Fig. 116. Degenerescență sclero-kistică a ovaruluĭ saŭ kiști în miniatură (personală).

Kiștiĭ folicularĭ ni se presintă sub douě aspecte, după cum provin din foliculiĭ primordialĭ saŭ adulți. In casul întâiŭ fie solitarĭ saŭ în numěr maĭ mare; acești kiști tot-d'a-una de volumul celĭ maĭ mic — mergênd de la un bob de meiŭ până la un bob de linte — fac proeminență pe suprafața externă a ovaruluĭ; din causă că foliculiĭ sunt ceĭ maĭ perifericĭ. Dînșiĭ aŭ fost numiți de Cruveilhier *kiști în miniatură*, iar de Pozzi *micro-kiști*. Maĭ pórtă încă numele de *degenerescență sclero-kistică a ovaruluĭ*, din causă că tot-d'a-una există sclerosa țesutuluĭ conjunctiv. In fig. 116 avem un model de degenerescență sclero-kistică a ovaruluĭ saŭ kiști în miniatură.

Kiștiĭ ceĭ maĭ importanți sunt de sigur aceia carĭ recunosc ca origină idropisia unuĭ adevěrat folicul a luĭ de Graaf. Dînșiĭ

sunt mult mai profundi și aŭ un volum mult mai mare. Ei încep de la acela al unei cireșe, până la un pumn și chiar cap de fet. In acest caz tumora resultă din aglomerarea mai multor kiști și din reunirea lor tardivă formând unul singur.

Am zis că acești kiști provin din idropisia foliculului lui de Graaf. Nu trebue însă luat drept kist o simplă crescere de volum a acestui folicul. S'a constatat în adevĕr chiar pe noăle născute foliculi fórte mult desvoltați. Dar tocmai faptul că ei se găsesc în centrul unui ovar sănătos, nu iaŭ numele de kiști din causă că nu există și o sclerosă concomitentă a țesutului conjunctiv.

S'a susținut că foliculul lui de Graaf, pentru a deveni kistic, e necesar ca prealabil ovulul sĕŭ să fie în degenerescență. Teoria, care pune tótă energia procesului de evoluțiune în vesicula germinativă, și care consideră distrugerea peteĭ germinative și involuțiunea foliculului lui de Graaf ca punctul de plecare al orĭ căreĭ formațiuni kistice morbide, nu ne dă, dice Spencer-Wels, o esplicațiune care să se pótă aplica la tóte casurile. In adevĕr, Rokitansky și Ritchie aŭ constatat presența de ovuli în kiștii ovarului mult mai voluminoși de cât în foliculul al lui de Graaf normal adult. Acésta probéză că vesicula nu are trebuință să ajungă la un grad înaintat de maturitate, pentru a suferi degenerațiunea kistică. In plus, s'a întâlnit kiști simplii presentând caractere analóge pe ovarele noălor născute. Pe de altă parte, singură presența ovulului nu este o probă dóveditóre că foliculul nu a ajuns la un grad óre-care de maturitate. Dar adaugă Spencer-Wels, fără să respingem acéstă ipoteză, trebue să căutăm origina kiștilor ovarului în metamorfosele continue la carĭ acest organ este expus. Se póte întâmpla ca o emoragie accidentală făcându-se într'un folicul ce se apropie de maturitate, și găsindu-se prin urmare în perióda cea mai activă de putere formatrice, să creeze o tendință la ipertrofia morbidă.

Deci am putea stabili ca primă teorie a kiștilor foliculari, intervenirea unei iperemii destul de puternice, carĭ ar aduce o ipertrofie fisiologică exagerată a foliculului. In aceste condițiuni, zice Scanzzoni, nu părețiĭ foliculului se îngróșă; agentul iperemic determină formațiuni de exudate anormale în membrana limitantă a foliculului, așa în cât organul neputându-se rupe pentru a da ieșire ovulului, întregul folicul se transformă cu timpul în kist.

O altă teorie fórte ingeniósă și care se găsesce în Spencer-Wels, se datorește lui Groche. Dînsul pretinde că există în ovar

două sisteme vasculare independente unul de altul. Unul din aceste sisteme coprinde tóte vasele nutritive ale organuluĭ, iar altul nu servă absolut de cât la crescerea de volum a folicululuĭ. Dacă presupunem ruperea folicululuĭ, sistemul acesta vascular va fi distrus. Tóte vasele foliculare se vor oblitera; prin urmare el nu va maĭ putea cresce. Dînsul însă va rĕmâne sub dependința sistemuluĭ vascular nutritiv al organuluĭ. Acest sistem, aducând o ingroșare a pereților, precum și o crescere a cantității de fluid secretat în cavitate, foliculul se va transforma în kist. Fenomenul s'a adeverit de Klob. El dă următórele două casurĭ, unde există o atrofie a vaselor capilare a folicululuĭ. Intr'unul se vedea în mod clar pe fața internă fine ramificațiunĭ, representând resturĭ din vasele obliterate; în altul existaŭ plăcĭ brune de sânge descompus.

Dar orĭ cum ar fi, aceștĭ kiștĭ folicularĭ așezați în partea profundă a ovaruluĭ, aŭ un conținut une-orĭ seros, alte-orĭ mucos, gelatinos și chiar emoragic. Totul depinde după gradul iperemieĭ. Eĭ pot fi solitarĭ, multiplĭ și de volum mic atingând rar acela al unuĭ pumn. Când kiștiĭ copleșesc un numĕr considerabil de folicolĭ aĭ luĭ de Graaf, așa în cât întréga substanță a ovaruluĭ să fie ciuruită de dînșiĭ, constitue o varietate a parte numită de Pozzi *bólă kistică a ovaruluĭ*. Une-orĭ kiștiĭ crescând, se apropie între eĭ, se fusionéză. Părețiĭ ce-ĭ separă se distrug și din totul se formézĕ un singur kist. Acesta căpăta un volum fórte mare, transformând întregul ovar într'o adevĕrată carapace ce-ĭ servă de învelĭș.

§ 6. Kiștiĭ emoragicĭ.

Aceștia provin tot dintr'un folicul al luĭ de Graaf. Aci însă, liquidul în loc de a fi seros e înlocuit prin sânge. Aceștĭ kiștĭ *ematofolicularĭ* sunt micĭ; alțiĭ însă devin maĭ marĭ, mergând de la o migdală până la un pumn. Eĭ tot-d'a-una se însoțesc de o sclerosă a ovaruluĭ. Origina lor ar părea a fi o iperemie puternică și chiar emoragie în interiorul folicululuĭ, care la epoca menstruală nu se póte rupe pentru a da ieșirea ouluĭ. De aceea Boeckel îĭ numesce *kiștĭ menoragicĭ*. In fig. 117 avem un model de kist emoragic al ovaruluĭ.

In sfîrșit putem întâlni kiștĭ emoragicĭ în afară de folicul. Eĭ sunt desvoltați în țesutul conjunctiv intersticial al ovaruluĭ

și formézā o varietate a parte numită *emato-kist* prin emoragie intersticială. Dînșiĭ pot fi isolați, conglomerați, saŭ rĕspândiți în tótă substanța ovaruluĭ. In acest caz, ovarul se transformă într'un adevĕrat terciŭ emoragic.

§ 7. Kiștiĭ corpuluĭ galben.

Rokitansky a arătat că un folicul după ce s'a transformat în corp galben, póte să dea nascere la un kist. Cavitatea sa plină de liquid seros, e capabilă a lua desvoltărĭ colosale. Nagel

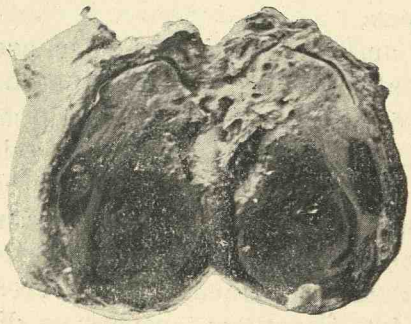


Fig. 117. Model de kist ovaric emoragic (personală).

susține că toți kiștiĭ voluminoșĭ uniloculariĭ aĭ ovaruluĭ, s'ar desvolta grație acestuĭ mecanism. Dînșiĭ nu se recunosc de cât prin examenul microscopic; el ne arată aceĭ muguri papilariĭ, despre cariĭ deja am vorbit.

Simptomele ovaro-salpingitelor.

Din descrierea făcută, am vĕzut că procesul inflamator fórte rar rĕmâne isolat la unul din organe; el are predilecțiunea să se întindă fórte repede și la cel-l'alt. De aceea descrierea fenomenelor ambelor acestor organe se contopește într'un singur capitol, sub numele de **salpingo-ovarite saŭ anexite**. Sunt însă semne proprii inflamațiuneĭ fie căruĭ organ, cariĭ ne permit a susține

salpingita saŭ ovarita în mod separat. De regulă însă ne vom găsi în faţa uneĭ combinaţiunĭ a acestor douĕ afecţiunĭ, anexite.

Dîndu-se conexiunea intimă de continuitate de ţesut ce se află între trompă şi uter, salpingita va fi cea d'întâiŭ şi în mod primitiv, care va deschide scena inflamatorie în micul basin. Ovarul este atacat în al doilea rînd şi numaĭ prin contactul direct cu trompa.

Salpingita ne oferă douĕ moduriĭ de manifestaţiune: dînsa póte să apară în mod brusc, fie în urma unuĭ coit impur, a unuĭ avort saŭ a uneĭ faceriĭ laborióse lipsită de îngrijiriĭ igienice. In casul acesta, femeea e coprinsă de durere vie, avênd rĕsunetul în micul basin, localisată într'una saŭ în ambele fose iliace în nivelul cunoscut al sediuluĭ trompeĭ. Dacă inflamaţiunea e violentă, bóla, pe lângă crescerea exagerată de intensitate, se însoţesce şi de alte dureriĭ rĕspândite într'o mare întindere a abdomenuluĭ; de vĕrsăturiĭ şi de o frecuenţă fórte mare a pulsuluĭ. Acésta deja ne arată o complicaţiune din partea peritoneuluĭ, precum o peri-salpingită şi însăşĭ pelvi-peritonită.

Când lucrul nu se însoţesce de o extensiune mare a inflamaţieĭ, tóte fenomenele alarmante încep a descresce, până când femeile se consideră vindecate; unele rĕmân cu dureriĭ, dar suportabile şi fără a ne inspira vre-o grijă.

De obiceiŭ însă, salpingita în loc să apară în mod brusc, dînsa se manifestă muĭ cu încetul, maĭ pe nesimţite, adică în mod insidios. Femeele încep a simţi din când în când câte o durere violentă dar pasageră, fie în timpul când umblă saŭ chiar stând pe scaun oriĭ în pat. După cât-va timp însă, atunciĭ când se credea maĭ liberă, de o dată e coprinsă de aceleaşĭ dureriĭ, dar acum maĭ persistente. Şi tot ast-fel lucrurile se succed; intervalul dintre o durere şi alta se micşoréză până ce femeea se convinge în adevĕr că e bolnavă. Acésta represintă desvoltarea salpingiteĭ cronice. Dar în timpul acesta, de regulă şi ovarul este prins, precum şi cele-l'alte organe din prejur: atunciĭ tabloul clasic al salpingo-ovariteĭ e deja constituit.

Vom căuta a descri fie-care simptom în parte al acesteĭ afecţiunĭ complexe, căutând a reda fie-căruĭ organ ceea-ce îĭ aparţine.

Incepem întâiŭ **cu durerea.** De şi simptomul acesta e cel maĭ constant în inflamaţiile anexelor, totuşĭ oferă cele maĭ bizare variaţiunĭ. De la cea maĭ simplă şi pasageră, dînsa póte deveni atroce, permanentă, gravativă, lancinantă, sfâşietóre. Une-oriĭ dînsa se póte calma şi chiar să dispară prin repaus; alte dăţĭ

nimic nu o îmblânzesce. Femeea căută în zadar să ocupe diferite posițiuni; nu obține însă nicĭ un folos. Aceste durerĭ în majoritatea casurilor se găsesc localisate chiar în dreptul anexeĭ bolnave. Alte dățĭ ele se iradiază în cópse, în lombe, către rect, băsică, în regiunea rinichiuluĭ și până la diafragm. Adesea observăm nevralgiĭ intercostale și chiar ale trigemenuluĭ în legătură cu inflamația anexelor, — *fenomene reflexe.* Dînsele represintă în unire cu tristețea, descurajarea, durerile de stomac, de cap, etc., în care e aruncată femeea, un total de simptome numit *sindrom utero-anexial.* Nu rare-orĭ constatăm, că durerea în loc de a fi localisată de partea anexeĭ bolnave, dînsa se manifestă în partea opusă. De obiceiŭ fenomenul se observă la stânga, de și leziunea este la drépta. Acestuĭ fapt i s'a dat numele de Legueu de **durere paradoxală.** Une-orĭ durerea se manifestă în mod intermitent îmbrăcând tóte formele colicilor. După o criză paroxistică, unde femeea e amenințată a cădea în sincopă, de o dată se simte ușurată. Dar în momentul acesta se constată o scurgere prin vagin de o cantitate maĭ mare saŭ maĭ mică de liquid seros, purulent și chiar sanguin. Acésta se observă în special în salpingitele catarale și chiar în idro-salpinxe.

Hegar și Kaltembach atribue acest fenomen uneĭ contracțiunĭ musculare a pereților salpingeĭ; grație eĭ, conținul fiind golit în afară prin ostium uterin, s'ar esplica la perfecție varietatea cunoscută de idrops tubae profluens a luĭ Froriep. Opiniunea luĭ Hegar însă nu se confirmă prin observațiunĭ; acestea aŭ arătat că în casurĭ de asemenea salpingite, fibrele musculare sunt cu totul subțiate, iar îngroșarea pereților salpingeĭ se datorește presenței uneĭ cantităților marĭ de fășiĭ conjunctive. Prin urmare ideia de contracțiune musculară e o simplă ipoteză. De aceea durerile saŭ așa numitele colicĭ salpingiene, ar proveni după uniĭ, dintr'o contracțiune spasmodică a însăși corpuluĭ uterin, al căruĭ orificiŭ intern fiind de obiceiŭ deviat saŭ astupat, sforțarea sa de a învinge acest obstacol ar fi inevitabil însoțită de durerĭ. Sawinoff atribue crizele dureróse salpingiene uneĭ compresiunĭ a firelor nervóse saŭ a uneĭ periovarite. Orĭ cum ar fi, fenomenul de golire bruscă a uneĭ tumorĭ liquide salpingiene se întâlnesce destul de des în practică; el constitue o adevĕrată *vomică salpingienă.* Routier spune că a observat un caz de piosalpinx, pe care îl golea prin uter prin simpla presiune.

II. **Menstruația.** Primul lucru este o neregularitate în apariția de menstrue. Dar aci e greŭ să putem atribui partea ce se

cuvine esclusiv salpingiteĭ saŭ ovariteĭ. Fórte adesea aceste turburărĭ menstruale recunosc drept causă inflamaţiunea endometruluĭ.

De óre-ce însă metrita este fatal însoţită de salpingită, dînsa va contribui şi maĭ mult la neregularitatea aparițiuneĭ menstruelor.

In prima linie constatăm lipsa de preciziune în aparițiunea lor: în loc ca femeia să fie menstruată la o lună, dînsa se vede însemnată la 20 ḑile, apoĭ la 18 şi chiar la 15. Scurgerea devine maĭ prelungită, alte dăţĭ maĭ abondentă, iar une-orĭ în cantitate fórte mică şi chiar de loc. De aci menoragiĭ, metroragiĭ şi chiar amenoree. Ceea ce arată existenţa uneĭ salpingite sunt durerile de carĭ se însoţesc menstruele, fie că apar la început, în cursul saŭ la sfîrşitul lor. In casurĭ de emato-salpinx putem constata un fenomen asupra căruia *Puech* a atras atenţiunea. El constă că menstruele pot fi înlocuite printr'o scurgere neîncetată de sânge în micĭ cantităţĭ dar în mod continuă. Dînsa a primit numele de *amenoree distilantă.*

In afară de aceste simptome, anexitele ne maĭ atrag atenţiunea şi prin diferite alte turburărĭ funcţionale, fie a organelor vecine saŭ depărtate. Ast-fel avem în prima linie dizuria şi iritaţiunĭ din partea rectuluĭ; ele sunt însoţite de diaree şi evacuaţiunĭ de materiĭ membranóse, albicióse, constituind ceea ce *Nonat* a numit *rectită gleróză.*

In mijlocul acestor fenomene locale şi generale unele maĭ grave de cât altele, femeea este ameninţată în însăşĭ viaţa sa conjugală: dînsa numaĭ póte suporta nicĭ un raport sexual. Decĭ căsătoria e pe punctul de a înceta. In adevĕr, o femee cu anexite şi maĭ ales când acestea sunt căḑute în fundul de sac a luĭ Douglas, se găsesce în imposibilitate de a rĕspunde cerinţelor bărbatuluĭ, din causa durerilor extraordinar de marĭ, ce'ĭ provócă cel maĭ blând coit. Fenomenul acesta a fost numit de Americanĭ, *dispareunie.*

Examenul local. Constă în explorarea cu degetul a vaginuluĭ, a rectuluĭ, precum şi în examenul combinat, adică avênd degetul în vagin şi aplicând cea-l'altă mână pe abdomen. Pentru ca acest examen să dea cele maĭ marĭ folóse, vom căuta să dăm bolnaveĭ posiţiunea recomandată de Schültze. Dînsa constă că bolnava să fie culcată pe spate; genuchiĭ flexaţĭ, iar cópsele puse în rotaţiune în afară. Muschiĭ psoaşĭ sunt ast-fel întinşĭ. Trebue să urmăm ca punct de reper, marginea internă a acestor

muschĭ până la strîmtórea superióră; să îndreptăm atuncĭ explorarea nóstră ceva maĭ înăuntru către córnele uteruluĭ. Intâlnim în acéstă regiune o mică tumoră ovoidă, normal de grosimea uneĭ migdale, pe care o simțim cu pulpa degetuluĭ saŭ o apucăm între ambele mâinĭ făcênd examenul combinat. Acésta va fi ovarul. Dînsul ceva de va fi bolnav, vom determina chiar prin cea maĭ simplă presiune, o durere exquisă; prin ea smulgem plânsete și țipete din partea bolnaveĭ făcêndu-o chiar să sară din pat.

Faptul acesta de sensibilitate exagerată a ovaruluĭ bolnav, ne este de cel maĭ mare preț maĭ ales în anexitele vechĭ. Aci totul formézĕ o tumoră inextricabilă și umple întregul basin, formând ceea ce noĭ am numit **parartimatocel**. In acest caz, unde nu maĭ e posibil recunóscerea nicĭ unuĭ organ, totușĭ vom putea descoperi ovarul; el va fi acolo, unde durerea va fi maĭ exquisă.

In casurĭ simple, când trompa și ovarul de și bolnave dar aŭ rĕmas separate, iar fundurile de sac libere, putem până la un punct ca prin examenul combinat să ne dăm sémă de starea în care se găsesce trompa. Vom aplica degetul pe partea laterală a uteruluĭ mergênd până la corn; de aci dirijindu-ne către fosa iliacă, ne va fi posibil a simți un cordon une-orĭ elastic, analog cu artera femorală, iar alte dățĭ provĕdut de micĭ nodositățĭ. Acestora, *Schauta* atribue o valóre semiologică fórte mare. Din partea lor *Duncan*, *Dóleris* și alțiĭ, susțin că trompa și ovarul bolnave și-ar mări volumul în momentul menstruelor. De obiceiŭ, constatarea unor asemenea semne aparținând trompeĭ saŭ ovarelor, fórte greŭ le putem poseda. In casul cel maĭ ușor există o peri-salpingită saŭ peri-ovarită; acestea înconjurând organele ca într'un manșon, le maschézĕ, susträgându-le de la orĭ ce explorațiunĭ. Dacă la acésta maĭ adăogăm complicațiunĭ de pelvi-peritonită, de aderența anexelor între ele, cu uterul, cu rectul, precum și cu peritoneul formênd faimosul *plastron abdominal a luĭ Chaumel*, lesne înțelegem silința zadarnică ce ne-am depune, a discifra fie care organ în parte. Și acésta cu atât maĭ mult cu cât iritațiunea peritoneală determină o contracțiune așa de puternică a păreților abdominalĭ, în cât îl transformă într'un adevĕrat zid. In asemenea casurĭ s'aŭ propus de unĭĭ cloroformisarea bolnaveĭ. Lucrul însă îl credem inutil; adesea chiar în timpul operațieĭ, când avem sub ochiĭ noștri întréga tumoră, încă nu putem a afirma cu ce anume avem afface. Cât privesce exa-

menul rectal, prin el vom căuta să ne dăm sémă de proeminența organelor și de tendința lor de a inrupe în acest loc, constatând puncte fluctuente, dure saŭ semi-solide. Vom căuta de asemenea să controlăm situațiunea anexelor în raport cu uterul, precum și deviațiunile acestuia.

Diagnosticul Salpingo-ovaritelor.

Diagnosticul anexitelor luate în bloc e tot ce póte fi maĭ ușor. Când constatăm pe o femee, avênd pe unul din fundurile de sac ale vaginuluĭ — în special lateral și posterior — o tumoră de volum mediŭ, de consistență variabilă, de formă aprópe regulată, fie cu extremitatea maĭ mare în afară, iar cea mică dirijată către partea laterală corespondentă a uteruluĭ, fie sub forma unuĭ cilindru plecat iarășĭ de la uter către fosa iliacă, saŭ în fine sub forma unĭ glob rotund lipit de uter sucit asupra luĭ însușĭ; și când prin explorațiune cu degetul găsim o împăstare și inclavare a acesteĭ mese întregĭ cu uterul; și când descoperim unele puncte escesiv de dureróse, tumora acésta în 90% este o *salpingo-ovaritĕ*, *este o anexitĕ*, este un *parartimatocel*. Bine înțeles, confirmarea diagnosticuluĭ se va baza fórte mult pe antecedentele bolnaveĭ. Dar tocmaĭ aci stă întréga chee: numaĭ prin antecedente putem deosebi anexita de diferite alte stărĭ morbide, ca resturĭ de ematocel, flegmon al ligamentelor largĭ, celulită pelviană, pelviperinitota, etc., cu carĭ s'ar putea confunda.

Este adevĕrat că tóte aceste resturĭ atât prin sediŭ cât și prin caracterele lor morfologice se apropie mult de anexite: ca și acestea, dînsele pot fi așezate în fundul de sac lateral saŭ posterior, să ofere o suprafață cu ridicăturĭ, adâncăturĭ, puncte maĭ moĭ, maĭ tarĭ, unele insensibile iar altele escesiv de dureróse. Tóte acestea sunt în conexiunĭ intime cu uterul, întocmaĭ ca și o inflamație cronică a trompelor saŭ ovarelor. Dar în tóte, pe lângă micile particularităț ce ne va oferi tumora, numaĭ antecedentele bolnaveĭ ne sunt de cel maĭ mare folos în stabilirea diagnosticuluĭ. Aparițiunea uneĭ anexite maĭ de obiceiŭ este lentă, insidiósă; chiar de s'ar fi anunțat printr'o perióda acută și bruscă, acésta însă e de scurtă durată. După un repaus de 2—3 zile totul se calméză; bolnava părăsesce patul credêndu-se sănătósă. Totușĭ dînsa va păstra în basinul sĕŭ anexele bolnave, dar dormitânde. Pe lângă acésta, bóla vine în urma unor escese, a uneĭ oboselĭ, a unuĭ dispreț al regulelor igienice, etc.

Nu este însă tot ast-fel cu resturile morbide constatate în basin, carĭ de și fiind de o altă natură, s'ar impune drept anexite. Aci fiind de exemplu vorba de un vechiŭ flegmon al ligamentelor largĭ, de o pelvi-peritonită, ematocel, etc., vom afla din antecedentele bolnaveĭ, că bóla pe lângă că a apărut brusc, n'a fost pasageră; ea a durat 2—3 sĕptĕmănĭ cu fenomene fórte alarmante, cu febră, frisóne și diferite alte episóde, carĭ nu s'aŭ putut șterge din suvenirea bolnaveĭ. Vom afla de exemplu că în urma uneĭ faceri saŭ a unuĭ avort, în urma uneĭ supresiunĭ brusce a menstruelor, în urma uneĭ explorațiunĭ a cavitățeĭ uterine făcute în rele condițiunĭ, femeea până aci sănătósă de o dată a căḑut bolnavă. Ea a fost coprinsă de durerĭ violente, vărsăturĭ, umflarea pânteceluĭ, etc. Eĭ bine, în asemenea casurĭ aflându-ne în fața unor leziunĭ în micul basin, ne va fi posibil a recunósce adevĕrata lor origină, ca fiind consecința unuĭ flegmon al ligamentelor largĭ, pelvi-peritonită, etc., iar nu o simplă salpingo-ovarită. Aparițiunea acesteia după cum am vĕḑut, nu e nicĭ atât de sgomotósă și nicĭ așa de persistentă. Dar nu putem însista maĭ mult asupra caracterelor diferențiale ce ne oferă diferițiĭ nodulĭ inflamatorĭ din micul basin, ce simțim prin fundurile de sac vaginale; particularitățile lor aparțin fibro-miómelor, retrodeviațiunilor uterine, pelvi-peritonitelor, flegmonuluĭ ligamentelor largĭ, ematoceluluĭ, etc., etc., lucrurĭ ce am arătat la capitolele respective.

Sunt însă câte-va afecțiunĭ, al căror diagnostic diferențial de o anexită, presintă o importanță specială. Ast-fel avem întâiŭ recunóscerea unuĭ hidro-salpinx. Acéstă afecțiune, când circumstanțele pentru o explorațiune bimanuală sunt favorabile, iar complicațiunĭ inflamatoriĭ saŭ de aderențe în basin lipsesc, ni se oferă ca o tumoră de formă regulată, mobilă și cu părețĭ subțirĭ. Când tumora se află așezată în fundul de sac posterior, Landau dă următorul semn patognomonic: uterul fiind împins înainte ia o posițiune anteflexată; dacă încercăm să reducem deviațiunea și să înpingem uterul înapoĭ, simțim o resistență elastică, ca și cum organul ar fi rezemat pe o pernă umplută cu aer saŭ apă. Incetând presiunea, uterul imediat îșĭ reia posițiunea primitivă — tumora retro-uterină este un idro-salpinx. Dacă din contra simțim că părețiĭ acesteĭ tumorĭ sunt maĭ grosĭ, maĭ resistenți și insoțițĭ de aderențe, probabilitatea va fi în favórea unuĭ pio-salpinx, maĭ ales dacă la acésta se maĭ adaogă și o ascensiune termică regulată. Febra însă nu e ceva constant, de

óre-ce nu numaĭ în pio-salpinx, dar în fórte multe supuraţiunĭ ale anexelor, dînsa póte lipsi cu desăvêrşire.

A doua afecţiune ce trebue separată de anexite, este graviditatea extra-uterină în primele 2—3 lunĭ. De sigur aci nu va fi vorba de ruperea pungeĭ, ce se însoţesce de aparițiunea unor fenomene dramatice şi cataclismice, ci de conservarea încă a fetuluĭ în interiorul trompeĭ, dându-ne emato-salpinxul. In casul acesta vom afla că menstruele femeeĭ aŭ fost suprimate cu o lună saŭ douĕ înainte, or n'aŭ fost representate de cât prin câte-va picăturĭ de sânge iar că în urmă a luat caracterul unor adevĕrate emoragiĭ. Pe lângă acésta, corpul uteruluĭ va fi maĭ voluminos, maĭ móle, cu orificiul extern intredeschis, buzele şi însuşĭ corpul gâtuluĭ maĭ ramolit. Prin vagin se scurg secreţiunĭ mucosanguinolente saŭ numaĭ picăturĭ de sânge — emoragie distilantă — precum şi chiar porţiunĭ pronunţate de mucósă, care nu e de cât caduca. Cu totalul acestor semne, unite şi cu alte fenomene ce se apropie de o sarcină bastardă, ca greaţă, umflarea sânuluĭ, pigmentarea mamelónelor, trebuinţă frequentă de a urina, etc., putem fi în drept, dacă nu să afirmăm, cel puţin să presupunem o graviditate ectopică.

In fine maĭ putem fi puşĭ în îndoială între o apendicită şi anexită dréptă. Mărturisesc că nicĭ o dată nu m'am găsit în faţa uneĭ asemenea eventualităţĭ. Totuşĭ trebue să fim preveniţĭ, căcĭ un diagnostic precis e de cea maĭ înaltă importanţă pentru bolnava: interveniţiunea va fi de urgenţă în prima, pe când în anexită espectaţia nu e atât de prejudiţiabilă. Nu numaĭ că apendicita la femeĭ e mult maĭ rară ca la bărbat, dar în plus, dînsa se însoţesce de desfăşurarea unor fenomene speciale, ca frison, limbă uscată, ascensiune regulată de temperatură, sensibilitate maĭ exagerată a abdomenuluĭ, agravarea progresivă şi repede a simptomelor etc.; lucrurĭ ce nu le găsim în anexite. Nu este imposibil ca să existe ambele afecţiunĭ de o dată. Este cunoscut că o bună parte din anexite recunosc ca origină infecţiunĭ intestinale. In casul acesta nu ne rĕmâne de cât a aştepta momentul favorabil pentru a interveni.

Tot ce am arătat până aci este cu privire la inflamaţiunea anexelor ajunse într'o perióda destul de înaintată. Am spus că inflamaţiunea trompeĭ şi a ovaruluĭ în prima lor perióda cataralĕ, prin urmare atuncĭ când organele sunt încă separate între ele, fenomenele prin carĭ bóla ni se anunţă rar sunt sgomotóse ci maĭ tot-d'auna insidióse. Cu tóte acestea, se întâmplă ca unele

femeĭ, de o dată să cadă bolnave, fiind brusc copleșite de nisce dureri din cele maĭ violente, aflate în regiunea anexelor. Examinând cu minuțiositate și esclusând posibilitatea orĭ căruĭ proces morbid ce am trecut în revistă până aci, ne rămâne a ne gândi la aparițiunea uneĭ afecțiunĭ bizare, lipsită de fenomene inflamatorii. Acésta este **ovarialgia** proprie femeilor isterice și fórte bine descrisă și studiată pentru prima óră de *Charcot*. In afară de lipsa unor leziunĭ palpabile în anexe, în afară de cercetarea și descoperirea diferitelor stigmate isterice, avem pe lângă aparițiunea bruscă, și următórele semne de cea maĭ mare importanță datorite luĭ Charcot. Femeea aflată într'o asemenea criză de țipete și durerĭ, constatăm o iperestesie excesivă a abdomenuluĭ. Cea maĭ superficială explorațiune exageréză starea bolnaveĭ; din contra, o apăsare profundă și directă pe ovar, face să dispară orĭ-ce fenomen alarmant ca prin farmec. Lucrurile acestea sunt cu totul inverse, dacă ar fi vorba de o adevĕrată ovaritĕ. Charcot a arătat un cas din cele maĭ frumóse de ovarie, asupra uneĭ femeĭ însărcinate. La dînsa fenomenele isterice de origină ovarică se puteaŭ urmări schimbându-și locul, pe măsură ce uterul gravid crescea de volum. In fine cele-l'alte fenomene de nevralgiĭ abdominale vor fi fórte ușor deosebite de adevĕratele anexite cu care n'aŭ nicĭ o legătură, saŭ cel mult nu sunt de cât sub dependința lor.

Mersul și prognosticul. Indată ce inflamațiunea s'a propagat în părțile profunde a organelor genitale și anume în anexe, cu fórte multă greutate se maĭ póte scóte, dacă nu chiar de loc. Adesea-orĭ femeea rĕmâne infirmă. Singura scăpare este o intervențiune operatorie gravă, ce constă în laparatomie și ridicarea anexelor. Ceea ce e maĭ desesperat este, că cu tot acest mare sacrificiŭ la care se supune și se expune bolnava, durerile une-orĭ încă nu dispar complect și în mod definitiv. Este adevĕrat că anexitele de și aŭ un mers cronic și progresiv, totușĭ une-orĭ par a se maĭ îmblânzi și a face pe bolnavă să créză că e vindecată. Dar acésta nu este de cât o iluziune, căcĭ atuncĭ când dînsa nu se gândesce, bóla revine și une-orĭ cu o impetuositate mult maĭ mare. De aceea cu drept cuvînt s'a susținut că adevĕratele anexite, maĭ ales ajunse în ultima lor periódă, n'aŭ nicĭ o tendință la vindecare spontanată. Tot ce s'a luat ca atare a fost eróre de diagnostic, fiind vorba de simple inflamațiunĭ conjunctive, cu nodulĭ edematoșĭ, ușóre adenite saŭ limfite, orĭ limfangite pelviene. Acestea singure pot fi capabile a dis-

pare prin repaus saŭ alte medicaţiunĭ apropriate despre carĭ vom vorbi.

Tratamentul. Iată una din chestiunile cele maĭ arzătóre ce şi adĭ pasionéză pe chirurgĭ. Mulţĭ sunt carĭ susţin, că prin milóce blânde ca repaus, băĭ calde de şezut, injecţiunĭ antiseptice vaginale, dar maĭ ales clisme laudanisate la temperatură de 40—45°, amestecate cu glicerină neutră, ce are proprietatea descongestionantă; aplicaţiunĭ pe pântece de visicătorĭ, tinctură de iod, alternând apoĭ cu unguente mercuriale beladonate, un regim tonic, indur, bromur şi iodol luate la interior în dose de 2, 3, 4, grame, etc.. etc., daŭ resultate destul de frumóse şi încurajătóre pentru medic şi bolnave. Dacă la acestea adăugăm în timpul verei şederea la staţiunĭ balneare cloruro-sodice, băĭ de mare, băĭ de nomol, dintre carĭ cel maĭ puternic e Lacul Sărat, de multe orĭ resultatele căpătate sunt ast-fel, în cât s'ar putea susţine obţinerea uneĭ adevĕrate vindecărĭ. S'a obiectat că totul se mărginesce în risipirea produselor pure inflamatoriĭ perianexiale saŭ a miculuĭ basin, puţin importă. Faptul concret e că bolnavele sunt mulţumite. Pe de altă parte, chiar presupuind că rĕmâne în loc ovarul saŭ trompa sclerosate, sbârcite saŭ cu inflamaţiunĭ parenchimatóse, acésta nu are absolut nicĭ o valóre practică, din momentul ce dînsele staŭ loculuĭ, fără a provoca suferinţe bolnaveĭ. In orĭ-ce caz chiar de ar rĕmâne óre-carĭ durerĭ în micul basin, este destul ca ele să fie tolerabile pentru ca femeea să fie mândră şi mulţumită că-şĭ păstréză anexele, că-şĭ păstréză sexul.

De aceia noĭ suntem perfect de acord şi nu întreprindem operaţiunĭ radicale, de cât atuncĭ când s'aŭ încercat tóte mijlócele de blândeţe, dar fără resultat; de cât atuncĭ când bolnavele exasperate de durerĭ sfăşiitóre, ele vin de ne imploră, iar nu noĭ să le rugăm a le opera. Prudent este decĭ a recomanda tot ce e posibil pentru a evita intervenţiunile. Băĭ, masaj, electroterapie, fricţiunĭ uscate, şedere la marginea măreĭ, băĭ sărate, cura de sóre, etc., etc., nimic nu va fi cruţat. Şi numaĭ când nimic n'a folosit, atuncĭ avem dreptul a interveni în mod chirurgical.

Tratamentul chirurgical coprinde el însuşĭ maĭ multe grade. *Există o mică chirurgie şi o mare chirurgie contra anexitelor.* Mica chirurgie constă în mijlóce indirecte, iar cea mare în mijlóce directe. Ca mijlóce indirecte avem intervenţiunile pe uter. Ele constaŭ în răzuirea mucóseĭ bolnave, în dilatarea extemporanee saŭ progresivă a cavităţeĭ uteruluĭ, în irigaţiunĭ largĭ antisep-

tice; cu alte cuvinte în întrebuințarea tutulor mijlócelor ce am arătat și descris la tratamentul metritelor și asupra cărora nu mai revin.

La acel capitol am arătat că Valton din Bruxel, cel d'întâiŭ în 1887, a emis ideia contra acelora carĭ prohibeaŭ raclajul în casul de existență a anexitelor; el dic, a fost primul care a susinut că prin ridicarea mucóseĭ bolnave a uteruluĭ, vasele limfatice deschidêndu-se, liquidele antiseptice se pot absorbi și să mérgă până la anexele bolnave, unde îșĭ vor arăta acțiunea lor bine-făcătóre. Resultatele practice de multe orĭ aŭ fost încurajatóre, căcĭ fie în urma răzuireĭ, a dilatațieĭ, saŭ a repausuluĭ, bolnavele de multe orĭ profită. Mecanismul e diferit și fie-care autor a emis opiniunea sa. După Valton lucrul constă în absorbțiunea antisepticelor. După alțiĭ că prin răzuire s'ar destupa orificiile uterine ale trompelor. După Le Dentu dilatarea progresivă determină o ramolire a uteruluĭ ce ar avea de efect să înceteze oclusiunea orificiuluĭ tubar. Landau susține că prin reducerea deviațiunilor uterine, orificiile tubare se pun în starea normală și-șĭ pot cu înlesnire goli conținutul. In fine după Poulet și alțiĭ, răzuirea ar servi ca o venesecție și o medicațiune revulsivă.

Dar orĭ cum ar fi, încă o-dată repetăm, tratamentul acesta trebue tot-d'a-una încercat, afară de casurĭ extraordinare, maĭ înainte de a recurge la operațiunea cea mare, la laparatomie.

Probă că noĭ suntem adepțĭ a acesteĭ metóde, este că în cele 200 de cazurĭ de răzuirĭ ale uteruluĭ ce am făcut, imensa majoritate nu privea numaĭ inflamația endometruluĭ, ci și a anexelor precum și a perimetruluĭ și parametruluĭ. Eĭ bine, mărturisim, și tabloul ce am dat este destul de eloquent că resultatele aŭ fost fórte incurajatóre, căcĭ dacă nu am obținut o vindecare definitivă a anexitelor, în cele maĭ multe casurĭ însă ameliorările aŭ fost așa de marĭ că bolnavele tóte aŭ ieșit fórte mulțumite. Fórte puține din ele aŭ revenit pentru a se supune uneĭ laparatomiĭ.

Un alt grup de operațiunĭ contra anexitelor în special kistice și maĭ ales de idro-salpinxe, constă în punctiile saŭ incisiile prin vagin. Punctia se face cu un trocar simplu saŭ aparatul luĭ Potain. După evacuare putem practica ușóre spălăturĭ antiseptice saŭ să ne mărginim la aspirațiunea simplă.

Incisia directă a pungeĭ patronată de Laroyenne are încă și astădĭ partisanĭ ca și punctia. Nu suntem cu totul contra acestor metóde, de și trebue să fim cu multă atențiune. Lucrul e posi-

bil ca o ansă intestinală să fie interpusă între tumoră și pereții vaginului și deci pericolul ar fi mare. De alt-fel regulele și modul incisiunei pungelor anexiale, sunt în tocmai ca cele ce am descris la tratamentul și flegmonul ligamentelor largi.

Atunci însă când am sleit tot arsenalul medical și de mică chirurgie, nu ne rămâne de cât a recurge la operațiunea directă și care e cea mai radicală. Dînsa e representată prin **laparatomie.**

Chirurgii, siliți să cedeze rugăciunei bolnavelor, cari numai puteau suporta o viață de martir din causa durerilor cumplite, n'au îndrăsnit a întreprinde o operațiune radicală, deși abdomenul era deschis. Aflați în fața acelor anexite unite între ele în mod solid și făcând corp intim cu uterul; găsindu-le fixate de pereții basinului prin aderenți de grosimi extra-ordinare; vĕdând că ele umple întrĕga cavitate a micului basin în tocmai ca și cum s'ar fi turnat o masă de gips; și când pe d'asupra acestei tumori, epiploonul, ansele intestinale, osul iliac și rectul lipite împreună formau ca o carapace, cele mai de multe ori chirurgii înspăimântați de asemenea leziuni, — cari cu dreptul se impuneau ca nisce produse sarcomatóse, — imediat după o fórte ușóră exploratiune, se grăbiau a închide abdomenul cât mai repede. Dar cu tótă acéstă operațiune incomplectă, nu rare-ori bolnavele căpătau folóse neașteptate.

Incurajați de asemenea resultate, s'a stabilit ca principiŭ practicarea laparatomiilor exploratrice. Chirurgii armați de mijlóce antiseptice și aseptice, deschideau pântecele. O dată în fața leziunilor se comportau după circumstanțe. Dacă obstacolele păreau prea mari, se făcea ce se putea. Din deslipirea unor aderențe, din pipăirea tumorei, din ușóre explorațiuni în diferite sensuri, a resultat, după închiderea abdomenului, ușurări destul de manifeste a durerilor. Dar lucru și mai curios era faptul, că însăși tumora se micșora de volum.

Ast-fel cu toții am urmat acéstă metódă până prin 1890.

Eŭ personal am practicat de fórte multe ori acéstă operațiune și am făcut chiar o comunicare la congresul medicilor Eforiei în 1896. Subiectul era relativ la 11 laparatomii exploratrice, cu reducerea și chiar dispariția tumorilor, pe cari le-am luat drept sarcóme. Acéstă comunicare s'a publicat în „Presa medicală" 1897. In realitate însă, multe din acele tumori nu erau de cât anexite în ultimul lor grad. O asemenea eróre era justificată; și sunt sigur că toți aceia cari au dat ca vindecate tumori sarcomatóse prin simpla laparatomie exploratrice, ele n'au fost de cât

tot anexite. Acéstă greșélă e perfect legitimată: nu e cu putință a nu lua drept sarcom o tumoră anexială, care atât prin aspectul cât și fixarea sa în basin și organele vecine, are tot dreptul a se impune și a fi numită tumoră malignă.

Dar în timpul acestor manipulațiuni, orĭ cât de ușor am procede, totuși se produc din ruperea aderențelor scurgerĭ de sânge și chiar deschiderĭ de micĭ buzunare cu conținuturĭ diferite. In asemenea cazurĭ se impunea o toaletă maĭ severă a peritoneuluĭ, representată prin spălăturĭ. Cea maĭ mare parte din chirurgĭ nu admiteaŭ lavagiul peritoneuluĭ, din causa consecințelor periculóse. Lawson Tait e cel d'întâiŭ care a îndrăsnit să facă asemenea spălăturĭ cu apă simplă sterilizată, iar Pozzi cu clorul de sodiŭ 6‰. Cât privesce cele-l'alte liquide antiseptice, ele eraŭ sistematic înlăturate chiar în dose infinit de micĭ. Soluțiunea de biiodur de mercur în proporție de $^1/_{20000}$. încercată de Delbet, a rĕmas fără imitatorĭ. In ceea ce privesce aplicarea sublimatuluĭ corosiv, abia a fost încercată în America de Wylie în 1887 în proporție de $^1/_{5000}$, dar iarăși fără nicĭ un rĕsunet practic.

In aceeași perĭódă, noĭ îndrăsneam introducerea de sublimat $^1/_{1000}$, după fie care laparatomie exploratrice și constatam, cu o surprisă plăcută, lipsa orĭ căruĭ accident. Și când ne-am convins de bine-facerile acestuĭ agent — ce făcea spaima chirurgilor numaĭ la idea de a-l vîrî în peritoneŭ — atuncĭ am început a deveni din ce în ce maĭ îndrăsneți, până ce în cele din urmă, am ajuns să vărsăm cu litrul acéstă soluțiune de sublimat în peritoneŭ. Atuncĭ am început să nu ne maĭ fie témă de presența acelor tumorĭ solid fixate în basin; atuncĭ am început a nu maĭ fi induși în eróre că ne aflăm în fața sarcómelor; atuncĭ mărturisesc că cu brutalitate și fără nicĭ o témă, decorticam tumora din tóte părțile și de tóte organele, fără nicĭ o grije de revĕrsarea liquidelor purulente prin spargerea pungelor aeestor tumorĭ.

Am dreptul a susține că am determinat o direcție nouĕ în practicarea laparatomiilor contra anexitelor complicate, grație acestor spălăturĭ largĭ peritoneale cu sublimat $^1/_{1000}$.

Afirm și observațiunile sunt de față, că din 80 și maĭ bine de laparatomiĭ făcute pentru extirparea tumorilor anexiale, n'am pierdut absolut nicĭ o bolnavă. Acésta de sigur este proba cea maĭ demonstrativă de puterea bine făcĕtóre a sublimatuluĭ în spălăturile peritoneale. Eŭ sciŭ, că puterea absorbantă a peritoneuluĭ e enormă, și prin urmare nimic maĭ logic de cât a evita punerea sa în contact cu substanțe toxice; dar considerând că

în casurĭ de asemenea anexite provĕzute cu cele maĭ solide aderenţe, peritoneul nu se maĭ află în starea sa fisiologică, am îndrăsnit a-l ataca, ca ne maĭ avênd a face cu peritoneŭ. Obicĭnuit cu asemenea spălăturĭ de sublimat, am început a vărsa acest liquid chiar şi în casurile simple, unde operaţiunea se termina fără nicĭ un incident şi unde cavitatea peritoneală era destul de curată. Chiar şi în kiştiĭ ovaricĭ, ceĭ maĭ uşor de extras, încă vĕrs în peritoneŭ cantităţĭ marĭ de sublimat. Este adevĕrat că în unele casurĭ am avut fenomene de intoxicaţie, representate prin diareĭ verzĭ colicative şi chiar stomatite; dar acestea aŭ fost trecătóre şi nicĭ o dată cu terminaţiune fatală. Un fapt curios ce am observat, este nu numaĭ că asemenea fenomene nu le-am întâlnit de cât pe unele bolnave, dar nu sciŭ cum se face, că de un an şi $^1/_2$ absolut nicĭ cea maĭ mică deranjare n'am constatat la nicĭ una din bolnavele ce am operat prin acéstă metódă. Maĭ mult am intreprins la institutul de ginecologie cîte-va operaţiunĭ pe purcele, făcêndu-le transplantarea şi transmutarea ovarelor; şi aci, peritoneul de şi era tot ce póte fi maĭ normal, am făcut însă spălăturĭ a cavităţeĭ peritoneale cu sublimat $^1/_{1000}$; şi totuşĭ animalele n'aŭ manifestat nicĭ cea maĭ mică urmă de cea maĭ uşóră intoxicaţie. S'ar putea obiecta acesteĭ metóde, distrugerea celulelor seróseĭ şi decĭ aderenţe consecutive, iar de aci durerĭ post operatorĭĭ. Asemenea complicaţiunĭ pot afirma că n'am întâlnit. Este adevĕrat că unele din bolnave, fórte puţine la numĕr, pe carĭ le-am revĕdut se plângeaŭ de óre-carĭ durerĭ; dar nu sunt obligat a le pune pe socotéla sublimatuluĭ. De alt-fel şi în urma orĭ căreĭ alte metóde, încă se observă nisce asemenea durerĭ post operatorĭĭ; ele se datoresc maĭ multor cause precum: prinderea unor fire nervóse în legăturĭ, determinare de nevrite şi chiar perinevrite accentuate, desvoltare de micĭ focare inflamatorĭĭ, şi uneorĭ chiar a uneĭ stărĭ neurastenice. La noĭ, maĭ putem incrimina şi faptul, că *nicĭ o dată şi de când sunt*, n'am lucrat cu catgut ci numaĭ cu fire de mătase. E posibil decĭ că şi acestea, pe carĭ câte o dată le pun în numĕr considerabil pe pediculul tumorilor, să pótă fi punctul de plecare al unor durerĭ. Conchid decĭ, că în ceea ce privesce vre-o acţiune vătămătóre a sublimatuluĭ corosiv în mod esclusiv, nu am nicĭ o probă demonstrativă. Nu insist asupra moduluĭ aplicăreĭ acesteĭ metóde ce ne aparţine. Dînsa se găsesce descrisă în comunicarea ce am făcut la congresul din Marsilia în 98 şi pe care am reprodus-o la începutul volumuluĭ.

Să revenim acum la practicarea laparatomieĭ contra anexitelor.

Lawson Tait este cel d'întâiŭ care prin 1877, a întreprins ablaţiunea anexelor bolnave. El este care a demonstrat cu acéstă ocasiune, că origina tutulor inflamaţiunilor miculuĭ basin, provine din anexele bolnave. El este care a arătat benignitatea acesteĭ operaţiunĭ, de óre-ce într'o serie de 474 de casurĭ, nu a avut de cât 12 decese.

De óre-ce însă prin acéstă operaţiune se ridică în mod absolut cea maĭ mică speranţă a femeeĭ de a deveni mamă, mulţĭ chirurgĭ aŭ combătut-o, recomandând o chirurgie maĭ conservatóre. S'a maĭ obiectat încă faptul că femeele ce aŭ suferit ablaţiunea anexelor, sunt coprinse de fenomene fórte alarmante, representate prin agitaţiunĭ, congestiunĭ ale feţeĭ, sudorĭ, neurastenĭĭ, maniĭ, melancoliĭ, pierderea simţuluĭ genesic şi o mulţime de alte fenomene fórte îngrijitóre.

Relativ la acéstă chestiune iarăşĭ mărturisesc, că nu sciŭ dacă 2—3 bolnave mi-aŭ oferit asemenea fenomene îngrijitóre. Din contra, şi astădĭ am în memorie plângerea unuĭ bărbat, care îmĭ imputa de ce n'am scos femeeĭ sale împreună cu anexele şi uterul, căcĭ actualmente dînsa a devenit mult maĭ exigentă pentru plăcerile venerice: înainte dînsa era maĭ calmă. E posibil decĭ, că nu anexectomia dă nascere diferitelor turburărĭ psichice bolnaveĭ, ci o stare particulară a sa, ca existenţa uneĭ anumite nevrose saŭ maĭ bine ḑis a isterieĭ. Maĭ cred iarăşĭ că în acéstă privinţă jócă mare rol şi faptul, că femeea este pusă în curent că i s'a ridicat anexele. Sciut este în adevĕr că nimic nu afectéză şi nu turbură starea sufletéscă a omuluĭ, de cât când vede că e atins în organele sale genitale. Un bărbat căruia i s'ar ridica un testicul şi cu atât maĭ mult amândouĕ, începe a simţi o indignare, o revoluţie în spiritul sĕŭ; acésta îĭ schimbă caracterul, până a-l face imposibil de a maĭ trăi cu semeniĭ sĕĭ. Iar când e vorba de amputarea penisuluĭ, atuncĭ dezastrele sunt enorme: adesea nisce asemenea indivizĭ recurg la sinucidere. Imĭ reamintesc a fi citit, în operile luĭ Vidal de Casis, un caz destul de instructiv: Este vorba de un bătrân călugăr de 80 anĭ, care suferind de un cancer al penisuluĭ i s'a făcut amputaţia. Eĭ bine, imediat după operaţie dînsul a devenit trist şi melancolic. El nu a întârḑiat după câte-va lunĭ a-şĭ curma ḑilele — spânzurându-se. Şi cu tóte acestea dînsul era perfect vindecat, fără nicĭ o urmă de recidivă.

Ce să maĭ ḑicem de o femee cochetă şi tînără, care scie că dînsa nu se maĭ află în aceleaşĭ condiţiunĭ cu semnele sale. Şi cum să nu se revolte, şi cum să maĭ îndrăsnéscă a ieşi în so-

cietate, când se teme că orĭ-ce privire dirijată asupra eĭ, orĭ-ce conversaţie secretă o privesce, şi că tótă lumea nu vorbesce de cât de operaţia la care a fost supusă şi de absenţa organelor sale genitale. Şi când cunóscem susceptibilitatea şi ambiţiunea femeiască, lesne ne putem închipui starea desperată de neurastenie, isterie şi tótă scena de revoluţiune psichică, ce o face imposibilă de a maĭ trăi în societate. De aceea cred că o asemenea operaţiune, maĭ ales în societatea înaltă, trebue făcută sub cel maĭ mare secret; trebue nu numaĭ ca persónele streine să nu afle de extirparea organelor bolnaveĭ, dar nicĭ ea însăşĭ să nu scie de acésta. Să i se afirme că nimic nu i s'a scos şi că totul s'a mărginit într'o simplă distrugere a unor leziunĭ ne însemnate, iar că organele sale genitale interne aŭ rĕmas intacte. Decĭ chirurgul, cu tot succesul sĕŭ operator, trebue să facă abnegaţiune de la o reclamă, până la un punct legitimată, de a arăta familieĭ şi cu atât maĭ puţin bolnaveĭ organele ce a extras. De ordinar este obiceiul, ca trompele, ovarele şi une-orĭ însuşĭ uterul, puse pe o tavă, să se trécă pe dinaintea tutulor persónelor streine şi chiar a bolnaveĭ, ca nisce adevĕrate trofee. Şi am probă demonstrativă în acéstă privinţă că în spital, unde interesul de reclamă nu există şi unde bolnavele aprópe nu sciŭ ce li s'a făcut şi ce li s'a ridicat, nu constatăm acele fenomene alarmante ce se atribue ridicăreĭ anexelor. Bolnavele odată ieşite din spital şi rĕspândite în clasa de jos, în masa poporuluĭ, acolo unde nu există tendinţă de cuceririĭ amoróse, ele sunt cele maĭ fericite, căcĭ aŭ scăpat de durerĭ şi pot să-şĭ câştige hrana prin munca aspră a vieţeĭ. E în adevĕr surprinzător cele ce am observat, că chiar unele din aceste cliente de spital, carĭ aŭ revenit cu ceva fenomene neurastenice, eraŭ din cele maĭ cochete în mod relativ, din cele maĭ tinere şi maĭ frumuşele. Am operat iarăşĭ în spital femeĭ de condiţiunĭ maĭ bune, între carĭ şi unele artiste.

Eĭ bine pe acestea de asemenea le-am vĕdut plângându-se de unele fenomene nervóse, afirmându-mĭ că totul resultă din lipsa de anexe. Ele însă sciaŭ că le ridicassm aceste organe.

Fără decĭ a nega influenţa vătămătóre a ridicăreĭ anexelor la femee, credem că e bine ca lucrul să fie ascuns, pentru a nu influenţa şi maĭ mult moralul sĕŭ.

Incontestabil, noĭ suntem ceĭ d'întâiŭ carĭ ne înscrim pentru operaţiunile conservatóre. Şi ca probă avem o mulţime de laparatomiĭ exploratrice ce am făcut. Trebue însă să recunóscem, că cu tótă buna-voinţă ce depunem şi dragostea ce avem de a fi

folositorĭ bolnavelor, nisce asemenea încercărĭ parcimonióse nu daŭ de cât resultate efemere. Cu tóte acestea trebue să menţionăm aceste metóde conservatóre.

Cel d'întâiŭ autor este **Hadra**, care în 1885 a susţinut, că anexele trebuesc conservate, mărginindu-ne în simpla liberare a lor, distrugênd tóte aderenţele ce ar fi contractat atât între ele cât şi cu organele vecine. Idealul acesteĭ operaţiunĭ este, când suntem convinşĭ că tótă boala se resumă în presenţa aderenţelor, iar că trompa şi ovarul ar fi sănătóse. Dar câtă dificultate întâmpinăm pentru a ne convinge de acest lucru. Noĭ într'o mulţime de casurĭ, din imposibilitatea de a scóte organele bolnave, ne am mărginit a rupe pur şi simplu aderenţele şi a lăsa în loc anexele manifest cronic inflamate. Ca resultat al disparițiuneĭ durerilor n'am avut a ne plânge; în ceea-ce privesce însă regulata funcţionare a organelor şi maĭ cu deosebire posibilitatea că femeea să fi putut deveni gravidă, n'avem probe demonstrative.

Cu tóte acestea, noĭ suntem înclinaţi a crede, că putem întreprinde nu o operaţiune tipică a'luĭ Hadra ci o alta, căreia ĭĭ dăm numele de operaţie **exibitorie**. Dînsa ar consta în acésta: să distrugem tóte aderenţele şi să liberăm în mod perfect uterul şi anexele de organele vecine precum şi între dînsele. Dacă sudură ar exista între trompă şi ovar, să le scótem afară din abdomen. E posibil ca totul să reintre în ordine, depositele inflamatoriĭ cronice putându-se resorbi. Şi credem în acest lucru, căcĭ anexele fie ele cât de profund alterate, totuşĭ funcţiunea lor fisiologică nu e complect distrusă. Femeele, de bine de rĕŭ aŭ încă menstruele; ele vin în adevĕr cu durerĭ, în mică cantitate, în mod neregulat; dar există. Decĭ suprimând aderenţele şi masând puţin anexele, e posibil şi chiar probabil, a se obţine resorbţiunea produselor inflamatoriĭ cronice. Ast-fel femeea ar putea să aibă mândria că a scăpat de bólă, conservêndu-şĭ în acelaş timp organele genitale cele maĭ esenţiale şi maĭ scumpe din câte posedă. Un singur lucru ar fi de temut, ca nouă aderenţe să se facă. Pentru acésta recomandăm ca anexele, în momentul introducereĭ în basin, să se înveléscă într'o compresă sterilisată şi fiartă în sublimat, interpunêndu-se în acelaş timp o aceiaşĭ fóie între trompă şi ovar. Acestea vor fi lăsate în loc minimum 48 ore, după care estrăgându-se, credem că se póte evita inconvenientele menţionate.

O altă operaţiune conservatorie este aceea representată prin metóda **Polk**. Acesta în 1888 a propus, că special în casul de sal-

pingite kistice, să ne mărginim pur și simplu în exprimarea tumoreĭ și golirea conținutuluĭ sĕŭ prin ostium uterin.

La rîndul sĕŭ **Munde** din New-York, recomandă cateterismul trompeĭ, cu aceeașĭ intențiune de a goli un idro saŭ pio-salpinx.

Dar aceste operațiunĭ fórte rar avem ocasiunea a le executa, din causa dificultăților saŭ imposibilității de explorațiune a trompelor. Cu tóte acestea Martin și Skutasch, aŭ deschis o trompă kistică și aŭ reușit să facă cateterismul prin orificiul uterin. Dupĕ acésta aŭ cusut mărginile incisiuneĭ, lipind prin câte-va fire de catgut mucósa trompeĭ cu serósa și aŭ creat ast-fel un orificiŭ artificial. Operațiunea pórtă numele de *salpingostomie.*

Ideea a venit autorilor, că acest orificiŭ să se aplice direct pe ovar, pentru ca să ție locul pavilionuluĭ trompeĭ. Se citézĕ un caz de fórte mare valóre, datorit luĭ *Gersuny* din Viena și reprodus în Pozzi. Este vorba de o femee, căreia chirurgul i-a ridicat anexele din stânga. La drépta ovarul era sănătos, dar exista un idrosalpinx. Gersuny face o salpingostomie și fixézĕ ovarul în dreptul nouluĭ pavilion tubar. Șeapte lunĭ dupĕ aceea, bolnava complect restabilită, a rĕmas însărcinată.

In fine dacă constatăm că trompa e sănătósă iar ovarul parțial bolnav, fiind atins numaĭ de o degenerescență sclero-kistică limitată, putem să cruțăm sacrificarea sa, distrugênd numaĭ aceĭ micĭ kiștĭ prin introducerea unuĭ ac fin de Pacquelin încălzit până la roșu; vom aplica maĭ multe asemenea puncte pe restul organuluĭ sclerosat. Acésta constitue *ingni-punctura.* Alte dăți tot ca model de operațiune conservatóre, putem recurge, dupĕ cum aŭ făcut Martin, Zweifel, Gusserow, Wiedow și Pozzi, a excisa porțiunea ce credem bolnavă din ovar, iar apoĭ a reuni buzele plăgeĭ prin câte-va puncte de sutură. Pentru a asigura și maĭ bine buna funcționare a organuluĭ, vom aplica pavilionul trompeĭ de ovar iarăși prin câte-va puncte. Acésta constitue *salpingorafia.*

Tóte aceste operațiunĭ, deși în aparență logice și putem dice umanitare, totuși din nenorocire nu avem ocasiunĭ dese a le practica. In majoritatea casurilor, leziunile inflamatoriĭ sunt așa de întinse, în cât conservarea anexelor nu e posibilă. Ne rĕmâne decĭ ca ultim refugiŭ anexectomia, iar une-orĭ și chiar însușĭ ablațiunea simultanee a uteruluĭ. Acésta formézĕ cea maĭ mare operațiune posibilă; dînsa e numită isterectomia abdominală totală. Prin abreviațiune, noĭ i-am dat numele de **ginectomie.**

Ablațiunea anexelor precum și a uteruluĭ se póte face prin douĕ metóde: prin *calea abdominală* și prin *calea vaginală.*

Metóda *sub peritoneală* ca și *cea sacrală*, nu sunt atât de răspândite contra acesteĭ afecțiunĭ. De aceea nicĭ nu ne oprim asupra lor, cu atât maĭ mult că despre dînsele am maĭ vorbit cu alte ocasiunĭ.

Să începem întâiŭ cu laparatomia clasică, și să vedem diferitele procedee ce vor trebui să urmăm. Nu există propriŭ dis o anume metódă în ablațiunea anexelor; conduita nóstră se va conforma după simplitatea saŭ complicațiunea anexitelor. Vom căuta a descri câte-va tipurĭ ce maĭ ales am întâmpinat noĭ în practica nóstră.

Noĭ stabilim anume treĭ grupe:

I. Anexite simple cu ușóre aderențe între ele, saŭ cu păretele foseĭ iliace, dar conservându-și întru cât-va situațiunea normală.

II. Anexite căḑute în cavitatea luĭ Douglas și aderente cu uterul și rectul.

III. Anexite supurate, carĭ împreună cu uterul, părțile vecine ca și cu masa intestinală formézĕ un bloc inextricabil; aci nimic nu se maĭ distinge: totul simuléză o tumoră malignă. Intregul basin este ocupat de o masă informă, cu porțiunĭ durĭ, ramolite saŭ fluctuente, transformate în lojĭ, pline cu diferite produse, unele cu serositățĭ, altele cu muco-puroiŭ cremos, sanguinolent saŭ emoragic.

Grupa întâia. In acest cas operațiunea în genere e ușóră. O dată cavitatea peritoneală deschisă, introducem degetele mâneĭ stângĭ. Dirijindu-ne către anexele corespondente, explorăm organele și conexiunile sale cu părțile vecine. Micile aderențe către extremitatea externă a anexelor se deslipesc ușor; trompa și ovarul, saŭ fie-care separat se aduc aprópe de sine în plagă. Atuncĭ în dreptul cornuluĭ uterin înfingem acul Cooper la mijlocul pedicululuĭ; punem un fir dublu, legăm și de o parte și de altă; după acésta rezecăm. Noĭ avem obiceiul să facem încă câte un nod pe fie-care față laterală a bontuluĭ cu câte un fir a fiecăreĭ legăturĭ. Dacă bontul pedicululuĭ oferă o grosime óre-care, îl reducem prin alte câte-va fire transversale saŭ antero-posterióre, căutând a obține o afrontare a suprafețelor seróse à la Lambert. Trecem după aceea la anexele din drépta; în tocmaĭ în acelașĭ mod terminăm operația ca și precedent.

Une-orĭ ablațiunea anexelor e de o simplitate așa de mare, că nicĭ nu avem trebuință a privi în abdomen. In asemenea casurĭ ne putem chiar dispensa de orĭ-ce toaletă peritoneală. Noĭ

însă ca principiŭ, tot-d'a-una vĕrsăm óre care cantitate de sublimat, pe care apoĭ o sugem cu comprese fierte uscate.

Păretele abdominal îl închidem tot-d'a-una cu fire de mătase și în douĕ etage: unul coprinde stratul musculo-peritoneal iar altul cutanat. Câte o dată punem treĭ rânduri de suturi; unul special pentru peritoneŭ.

Iarăși ca principiŭ, fie chiar și în casurile cele maĭ ușóre, facem o injecție sub cutanată cu ergotină. De alt-fel tóte aceste detaliurĭ se găsesc descrise la începutul acestuĭ tratat, în comunicarea ce am făcut la congresul din Marsilia.

Grupa a doua. Operațiunea devine acum mult maĭ dificilă. Aci fórte adesea, după deschiderea peritóneuluĭ, trebue să dăm bolnaveĭ un plan inclinat și a lărgi prin ecartóre cât se póte maĭ mult câmpul operator, spre a vedea bine cu ochiĭ. Ne vom da séma la fie-care moment unde ne găsim și cu ce anume organe avem a face. Cea d'întâiŭ preocupare trebue a fi, ca introducând mâna în basin să căutăm a degaja tumora. Noĭ începem de la fața posterióră și baza sa, iar de aci în lăturĭ și în afară până ce treptat ridicând-o de jos în sus, reușim, a o pediculisa și scóte în plagă. Une-orĭ aderențele sunt așa de intime cu fosa iliacă iar pedicului atâta de larg, în cât nu e cu putință nicĭ o mobilisare și cu atât maĭ puțin o enucleare. Atunci aplicăm o serie de puncte sub intrante; pe mĕsură ce îndoim firele, tăiem d'asupra lor cu fórfecele din țesutul sclero-plastic quasi-sarcomatos; aplicăm la necesitate repede și pense emostatice simple saŭ lungĭ, după casurĭ. Ast-fel încetul cu încetul înaintăm până ce tótă acéstă extremitate externă este rezecată. O dată anexele aduse în plagă, procedăm ca și în grupa întâia: rezecăm în dreptul cornuluĭ uterin prin aplicare de fire duble, etc. Maĭ înainte de a trece la cele-l'alte anexe, facem o spălătură cu sublimat și introducem o compresă bine fiartă tot în sublimat și stórsă: cu dînsa acoperim tótă suprafața sângerândă. Trecem în partea opusă. Manipulăm și aci în tocmaĭ ca în casul precedent, conformându-ne după circumstanțe. Nouă spălaturĭ și toaletă perfectă. Facem inspecțiunea plăgilor sângerânde rĕmase în basin; pe cât posibil căutăm a reconstitui planșeul, acoperind aceste plăgĭ cu foițele peritoneale. Inchidem abdomenul, pansament și apoĭ operația e terminată.

O altă categorie de operațiunĭ: în casurĭ complicate de buzunare purulente, carĭ în timpul extracțiuneĭ s'aŭ spart în abdomen, saŭ când prin deslipirea suprafețelor aŭ rĕmas porțiunĭ

sângerânde mari și nu s'a putut reconstitui planșeul pelvien, atunci facem drenajul peritoneal, după metóda ui Miculics. Noi nu întrebuințăm în tocmai sistemul sĕu, numit drenaj capilar. Noi după ce spălăm bine cu sublimat și facem toaleta la perfecție — ridicând toți coagulii și chiar cele mai mici bucățele de aderențe — întindem pe tótă suprafața miculuĭ basin, pe locul ocupat de tumoră, o compresă de tifon bine fiértă în sublimat $^1/_{1000}$; capătul liber îl scótem afară din abdomen în unghiul inferior al plăgeĭ. Inchidem apoi pântecele.

Acéstă compresă o ținem în loc minimum 48 ore. Alte dăți 3—4 dile; în câte-va casuri am lăsat'o în loc și opt zile, absolut fără nici un inconvenient. Ceea-ce am observat la scóterea compreselor, este că tot-d'a-una ieșia din abdomen o cantitate mai mare saŭ mai mică de un liquid roșietic, de obiceiŭ fórte limpede. In câte-va casuri am făcut examenul bacteriologic și microscopic: am găsit stafilococi în interiorul leucocitelor, însă în stare de fragmentare.

In alte circumstanțe, când după ridicarea anexelor găsim că uterul este destul de voluminos și aflat în retroflexiune pronunțată, după ce reducem deviațiunea, în loc de a-l extirpa, îl fixăm de părețele abdominal, dar printr'un simplu punct. Facem ceia ce noi numim *isteropexie simplă.* Facem acésta pe de o parte ca uterul să nu mai pótă cade înapoi și deci să nu contracte nouĭ aderențe; iar pe de alta să nu rĕmâe în basin ca o limbă de clopot atârnândă. Ideea acésta ne-a fost sugerată de o bolnavă căreia, după ce-i ridicasem ambele anexe, lăsasem uterul în voia luĭ. Eĭ bine, acéstă bolnavă nu se mai plângea absolut de nimic, de cât de o sensațiune fórte bizară, pe care spunea că o simte în pântecele sĕu, ca un ce care se mișcă și ar voi ca să iasă afară. Une-ori adăuga dînsa, mĕ și sperii când umblu: în mod instinctiv pun mâna dinainte ca cum aș voi să nu cază ceva dintre picióre; lucrul acesta mĕ jenéză, zicea dînsa. In asemenea casuri zic, facem isteropexia simplă, convinși fiind, că cu timpul uterul lipsit de anexe se atrofiază, iar în urmă isteropexia cedéză și uterul rĕmâne în posițiunea obicinuită. Dăm acesteĭ fixațiuni a uteruluĭ numele de isteropexie simplă saŭ provisorie, pentru a o deosebi de aceea ce practicăm pentru prolapsul uteruluĭ. Acésta din urmă o facem după o adevĕrată metódă a nóstră, când în adevĕr isteropexia este complectă și definitivă.

In fine ne rĕmâne **a treia grupă** de anexite. Ele sunt caracterisate nu numai prin buzunare purulente aflate în grosimea ova-

relor saŭ a trompelor orĭ în jurul lor, dar printr'o adevĕrată infiltraţiune purulentă, coprinzând tot ţesutul celular şi peritoneal al basinuluĭ. Aci ovar, trompĭ, uter, sunt aşa de intim unite şi deformate, în cât nimic nu se maĭ póte distinge între ele. Aci în adevĕr se pune chestiunea de extirparea totală a uteruluĭ şi a anexelor.

Noĭ pe cât ne-a fost şi ne este cu putinţă, am căutat din tóte puterile să cruţăm femeea de o asemenea mutilaţiune, căcĭ destul e pentru dînsa pierderea anexelor. E bine cel puţin să-ĭ rĕmâe acest singur semn al sexuluĭ. Pe de altă parte, uterul fixat la abdomen precum facem, rĕmâne un organ inofensiv; pe lângă acésta nu distrugem cu totul, saŭ cel puţin nu slăbim în mod simţitor planşeul pelvien. Acéstă operaţiune numită isterectomie abdominală totală, noĭ o numim prin abreviaţiune *ginectomie.*

Am stabilit următórea divisiune. Când extragem anexele şi uterul în întregimea lor, operaţiunea pórtă numele de **ginectomie intactă.** Când extragem întâiŭ anexele iar apoĭ uterul, operaţiunea se numesce **ginectomie totală fragmentată saŭ succesivă.** In fine când ridicăm anexele şi uterul în nivelul istmuluĭ, lăsând prin urmare gâtul în loc, numim operaţiunea **ginectomie parţială, incomplectă** saŭ **supra-vaginală.** In cele maĭ multe casurĭ practicăm ginectomia fragmentată saŭ succesivă. Noĭ întâiŭ ne adresăm direct la leziunea principală; şi numaĭ după-ce am ridicat anexele şi am extirpat tóte pungele purulente — ce aŭ format şi motivul laparatomieĭ — numaĭ atuncĭ cumpănim lucrurile: procedăm dacă credem necesar şi la extirparea uteruluĭ, fie în mod total saŭ parţial. De alt-fel e şi fórte greŭ a recurge de odată la ginectomia intactă, dându-se enormele dificultăţi şi obscursiunea câmpuluĭ operator.

Nu avem să insistăm asupra metódeĭ, dînsa a fost descrisă cu ocasiunea fibrómelor.

Un lucru trebue să menţionăm, că noĭ aprópe în tóte casurile, când am crédut necesar a recurge la drenarea cavităţeĭ peritoneale, maĭ nicĭ odată n'am făcut-o prin vagin, ci direct prin abdomen; introducem o compresă une-orĭ de lungimĭ colosale, mergênd chiar până la 70 centimetri lungime şi 45 lărgime. Prin urmare, tot-d'a-una după extirparea uteruluĭ, închidem bolta vaginală în mod cu totul complect.

Sciŭ că maĭ toţĭ chirurgiĭ profeséză drenajul vaginal. Noĭ însă din principiŭ lucrăm precum am arătat. Recunosc un singur avantaj al drenajuluĭ vaginal, anume acela de o înlesnire eficace a scurgereĭ liquidelor, ce ar fi capabile să se acumuleze după

operație. Și m'am convins de acest lucru, într'un cas care îmĭ procurase o adevĕrată spaimă. Practicasem o isterectomie abdominală totală pentru un cancer uterin. La finele operațieĭ am examinat în tóte detaliile micul basin și am făcut toaleta la perfecție. Am avut inspirația a face drenajul vaginal printr'o mare compresă fiartă în sublimat, scoțându-ĭ extremitatea liberă prin vagin. Am uitat însă ca înainte de acésta să readuc femeea din plan inclinat în cel orizontal, de cât tocmaĭ când se făcea pansamentul. Mare mi-a fost mirarea și spaima în acelașĭ timp, când ajutórele mĕ anunță că bolnava este inundată în sânge. In adevĕr când viŭ, constat o cantitate enormă de sânge roșu și coagulĭ ce ieșiaŭ din vagin. Imediat am crezut că vre-o legătură s'a slăbit, și că la sigur emoragia venea din artera utero-ovarienă saŭ uterină. Operațiunea durase fórte mult; bolnava era deja fórte anemiată de cașexia anterióră, iar acum fără puls. N'am maĭ avut curajul să deschiz din noŭ pântecele pentru a inspecta origina emoragieĭ, temându-mĕ că bolnava nu va suporta acéstă nouă intervenție. Atunci am scos tamponul din vagin, am făcut repede o spălătură și am pus ajutóre să facă o compresiune seriósă și permanentă pe aorta abdominală. Am plecat recomandând injecțiunĭ cu ser, ergotină, eter, cafeină, etc. Mare îmĭ fu surprisa când către seară, bolnava se găsea în stare bună, fără nicĭ o urmă de emoragie, de și compresiunea aorteĭ n'a durat de cât douĕ ore.

Cu siguranță aci a fost vorba nu de emoragie, ci de ieșirea prin vagin a întregeĭ cantităților de sânge ce se grămădise printre mesele intestinale, flancurĭ și diafragm, pe tot timpul operațieĭ cât bolnava păstrase planul inclinat saŭ posițiunea luĭ Trendelemburg. Nu încape nicĭ o îndoială, că dacă aci n'așĭ fi făcut drenajul vaginal, tótă acéstă cantitate de sânge și coagulĭ neavênd pe unde ieșĭ, s'ar fi acumulat în peritoneŭ, unde ar fi putut da nascere la complicațiunĭ grave și chiar mortale.

Acésta mi se pare avantajul cel maĭ serios al drenajuluĭ vaginal; dacă noĭ nu-l practicăm, este temerea ce avem de propagarea infecțiuneĭ de la exterior la interior prin tuburĭ, saŭ bandelete de tifon. Scim că o antisepsie perfectă și durabilă a vaginuluĭ e fórte greŭ de obținut. Von Eiselsberg și școla luĭ Billroth a demonstrat, prin experiențe bacteriologice, că cea maĭ rigurósă antisepsie a vaginuluĭ nu duréză maĭ mult ca douĕ ore; după acest timp găsim în abondență diferițĭ microbĭ patogenĭ și chiar specificĭ.

Maĭ rĕmâne încă o metódă pentru extirparea anexitelor su-

purate, precum și a pungelor purulente ce copleșesce micul basin. Acésta este isterectomia vaginală, căreia noĭ îĭ dăm numele de **ginectomie externă.**

Ea este *intactă* saŭ *succesivă,* după cum ablațiunea se face de o-dată ridicând uterul cu anexele saŭ numaĭ uterul iar în urmă anexele, orĭ numaĭ uterul lăsând anexele în loc.

In majoritatea casurilor se extirpéză numaĭ uterul; încă și acesta nu în mod regulat, ci prin îmbucătățire saŭ morcelare, constituind metóda luĭ Péan.

Mărturisim că noĭ nicĭ o-dată nu am practicat acéstă operație pentru supurațiunĭ pelviene.

Ni se pare fórte dificilă, nesigură și periculósă.

Când cunóscem situațiunea fixă a anexelor cu uterul; diferitele pungĭ purulente formate din țesutul conjunctiv saŭ peritoneal, representând în totul o masă informă, ca și cum s'ar fi turnat în basin o masă de gips; și când maĭ scim cum acéstă masă póte să contracte aderențe solide și intime cu ansele intestinale, rectul, osul iliac, etc., lesne înțelegem la câte dificultățĭ și pericole ne putem aștepta, căutând a extirpa printr'o cale strîmtă, profundă și fără a putea nimic vedea, o asemenea difusiune de țesut inflamator sclero-plastic, kistic, purulent, sanguin, etc., etc.

De aceea noĭ tot-d'a-una am preferat calea abdominală, fără a fi avut cuvîntul să ne plângem.

Dăm aci câte-va observațiunĭ, făcute după diferite metóde. Credem că ele vor fi citite cu mult folos ca practică și clinică.

Observaţia I.

Lina Constantinescu, 21 ani; menstruaţia la 16 ani, fără dureri, durata 5—6 ḑile, nemăritată. Primele raporturi sexuale la 17 ani, A avut un copil, după care a rĕmas cu dureri în fosa iliacă stângă. Actualmente are nisce dureri teribile ce prin nimic nu s'aŭ putut calma. Uterul puţin mobil, mărit de volum, deviat la drépta; fundul de sac stâng fórte dureros aci se simte o tumoră manifestă.

31 Martie 1897. Laparatomie. Se simte în stânga o tumoră informă aderentă cu rectul şi intestinul gros, cu care face un corp inextricabil. Se deslipesc aderenţele carĭ eraŭ aşa de solide, în cât eram pe punctul de a renunţa la operaţie. Totuşĭ prin diferite manipulărĭ se reuşesce a se deslipi tumora de uter şi organele vecine. Se apucă uterul de fund cu o pensă fixă şi se trage în plagă. In timpul manipulărilor se sparge o tumoră kistică ce aparţinea ovaruluĭ: din el iese o cantitate mare de puroiŭ. Se fac largĭ spălăturĭ cu sublimat; tumora adusă în plagă se rezecă, după aplicarea prealabilă a treĭ fire sub-intrante în dreptul cornuluĭ uterin. Trecem la anexele din drépta, unde se constată ovar kistic cu trompa flexuósă.

Aceste organe păreaŭ închise în grosimea ligamentuluĭ larg. Se rupe cu degetul acéstă fóie grósă ce le acoperea, se distrug multiplele aderenţe ce o fixaŭ în basin, se pun maĭ multe pense emostatice, se aplică un fir dublu la cornul uterin, şi se ridică tumora. Se liberézĕ uterul. La scóterea penseĭ cu dinţĭ fixată pe fundul sĕŭ, plaga sângera în mod abondent; se fac maĭ multe atingerĭ cu Pacquelinul. După toaleta şi spălăturile peritoneale se închide abdomenul prin 10 fire cu mătase—peritoneale; 7 musculare şi 8 cutanate.

26 Aprilie bolnava iese complect mulţumită.

5 Iunie este revĕḑută. Dînsa declară că acum 2 sĕptămânĭ împedecându-se a căḑut pe pântece: de atunci se plânge de dureri în basin. Constatăm o perimetrită sub acută. I se prescrie băĭ şi poţiune calmantă.

Organele extrase sunt representate în fig. 118 şi 119.

Observaţia II.

Lisabeta Cristescu, 25 ani, menstruaţia 15 ani, puţin abondente, fără dureri, durata 3 ḑile. Măritată la 20 ani. A născut un singur copil; de atunci a rĕmas bolnavă. Sufere de un an de metroragiĭ, însoţite de dureri marĭ în abdomen. Doresce să-ĭ trécă durerile marĭ din ipogastru, cópsa stângă, leucorea şi scurgerile sanguine. Constatăm în regiunea ipogastrică o tumoră de mărimea unuĭ pumn, unită cu uterul şi fórte durerósă; colul de

o duritate lemnósă, puţin lung. In fundul de sac lateral drept se găsesce o altă tumoră, mai mică ca cea stângă.

21 Aprilie 1897. Laparatomie. Linia albă presentând dificultăţi a fi descoperită, tăem în grosimea muschilor abdominali. Peritoneul deschis, dăm de uter în mărimea pumnului; în stânga se constată o altă tumoră de aceaşi mărime; imposibil însă de a fi înconjurată, fiind vîrîtă în grosimea ligamentului larg şi solid aderentă cu întréga masă intestinală. Renunţăm pentru moment la orî-ce explorăţie şi trecem la anexele din drépta. Acestea fiind sclero-kistice, dar mai uşor aderente, se aduc în plagă şi se exciséză, după aplicarea unui fir dublu la cornul uterului.

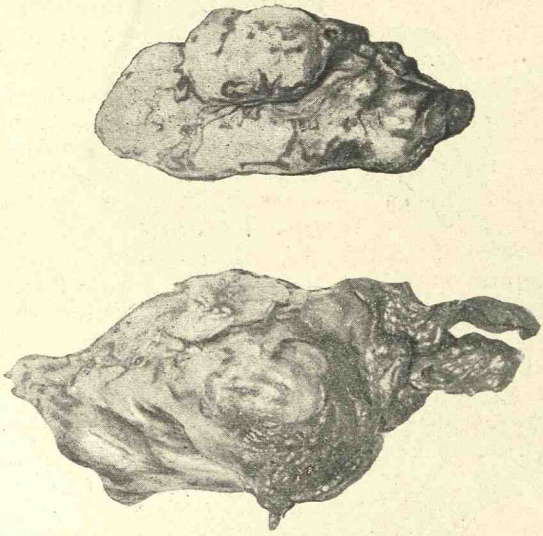


Fig. 118 şi 119. Anexite sclero-kistice supurate (personală).

Trecem din noŭ la anexele din stânga, deslipim şi degajăm cât putem. Găsim ovarul transformat într'un kist mare, iar trompa încolăcită pe dînsul. La deslipirea intestinului se produce emoragie pronunţată. Inaintăm cu dislocarea de la bază către fosa iliacă, rupem cu prudenţă tóte aderenţele, parte cu degetele, parte le tăem cu fórfecele; aplicăm pense fixe şi încetul cu încetul reuşim a aduce în plagă întréga tumoră fără a fi spartă. Atunci se rezécă în dreptul cornului uterin. Toaleta şi spălăturile peritoneale bine făcute, se închide abdomenul prin 9 puncte peritoneale şi tot atâtea musculo-aponevrotice şi cutanate.

Anexele din drépta ne presintă o stare sclero-kistică a ovarului, trompa grósă şi flexuósă, cele din stânga mult mai

voluminóse; ovarul kistic de mărimea unuĭ măr, iar trompa așa de intim încolăcită în cât e imposibil a o separa.

Greutatea tumorilor 105 gr.

29 Aprilie reunire per-primam.

13 Maiŭ bolnava iese complect mulțumită.

28 Noembrie e revĕdută; se plânge de o mâncărime generală pe tot corpul maĭ ales séra. Starea generală fórte bună, s'a îngrășat mult. Fapt important: bolnava ne spune că menstruele

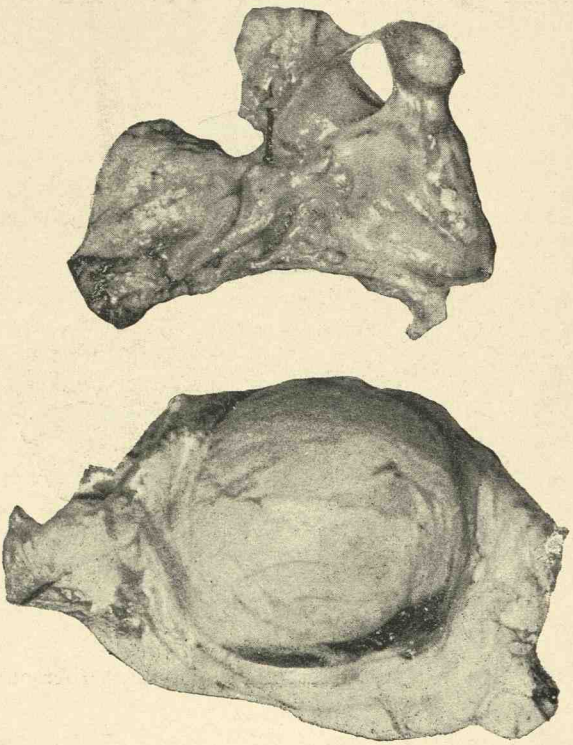


Fig. 120 și 121.

Anexite sclero-kistice și ovar kistic purulent (personală).

ĭĭ vin în fie-care lună, duréză 3 ḑile, cantitatea aceeași ca și înainte de operație, fără cea maĭ mică durere. Face serviciŭ unde e silită a urca 30 trepte. Dînsa urcă și cobóră scara de maĭ multe orĭ pe ḑi, fără să simtă cea maĭ mică supărare.

Organele extrase sunt representate în fig. 120 și 121.

Observaţia III.

Flórea Ionescu, 50 ani. Primele raporturi sexuale la 15 ani. Nulipară. Sufere de 4 luni. Se plânge de dureri în ambele membre inferióre şi o sensaţie de arsură în tot corpul. Dureri exasperante în ambele fose iliace şi d'asupra pubisului.

Doresce să-i trécă leucorea şi durerile ce nu-i dau nici un moment de repaus.

Constatăm uter mobil, ambele anexele mărite de volum şi dureróse, în stânga sensibilitatea e durerósă.

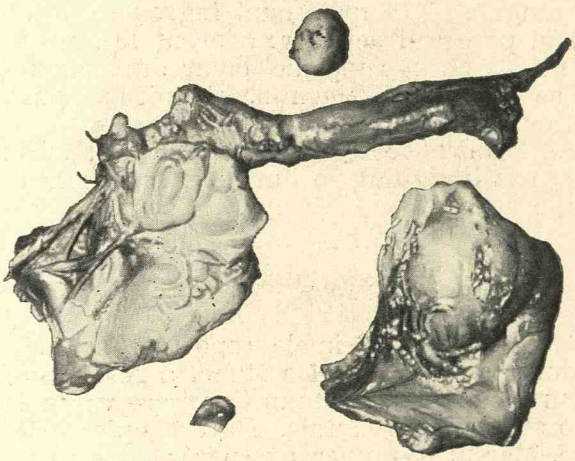


Fig. 122 şi 123. Anexite plastice şi sclero-kistice. Două mici tumori cartilaginóse ale fundului uterin (personală).

8 Iulie 1897. Laparatomie. Linia albă nu se găsesce uşor; se tae prin muschi. Ţesut sub peritoneal fórte gros. Peritoneul deschis, se introduce mâna stângă; se descopere în drépta anexele scleróse, tari, fórte aderente între ele şi cu o porţiune de intestin. Se rup aderenţele, dar anexitele oferă dificultăţi a fi scóse. Se trage uterul de fund cu o pensă fixă. Se degajiază din nou anexele din drépta şi se descopere apendicele vermicular enorm mărit de volum şi intim unit cu ovarul. Se ridică anexele puindu-se un fir dublu la cornul uterului şi altul în afară către fosa iliacă, unde se află un pedicul larg. Trecem la anexele din stânga, ele abia se simţiau fiind acoperite şi ascunse de ligamentele largi. Se spintecă cu degetul fóia posterióră a ligamentului larg. Dificultăţile însă sunt mari. Anexele nu se puteau vedea din causa

prolabăreĭ meseĭ intestinale; se ridică masa în plan înclinat: se trage uterul în plagă printr'o pensă fixă pusă pe fundul sĕŭ. Se exploréză din noŭ anexele. Se deslipesc și se rup aderențele și ajungem până în fundul basinuluĭ, unde tumora presinta un pedicul; ne putându-se deslipi se tae între 2 legăturĭ. Atunci ușor trompa și ovarul se aduc în plagă și se extirpéză, aplicându-se un fir dublu la cornul uteruluĭ. După acésta se exciséză cu fórfecele 2 micĭ tumorĭ scleróse după fundul uteruluĭ; plăgile rĕmase se închid cu câte un fir de mătase. Spălăturĭ cu sublimat și toaleta peritoneuluĭ.

Se închide abdomenul prin 8 puncte peritoneale, 6 musculo-aponevrotice și 8 cutanate. Incisia 12 c. m.

Anexele extrase representate în fig. 122 și 123 aŭ cântărit 59 gr. Ele sunt scleróse, de mărimea unor nucĭ, cele din drépta posedă kiștĭ sanguinĭ. Trompele sunt îngroșate și absolut intim unite cu ovarul pe care-l acopere; aderențele sunt așa de resistente în cât nu s'a putut rupe nicĭ chiar după operație.

14 Iulie se ridică pansamentul. Reunire obținută afară de punctul inferior care a supurat.

25 August. Bolnava iese complect mulțumită. Noĭ constatăm uter mobil, în axa basinuluĭ ne dureros; fundurile de sac libere, cel stâng puțin sensibil.

Observația IV.

Anica Petrescu, 20 anĭ. Primele raporturĭ sexuale la 15 anĭ. Menstruația durerósă. Unipară. De atuncĭ a rĕmas bolnavă. Sufere de 9 lunĭ. Durerĭ în timpul coituluĭ. Scurgere vaginală abondentă. Se plânge de slăbiciune generală. Durerĭ epigastrice, inguinale și ipogastrice. Mersul și munca exasperéză aceste durerĭ; ele o împedică de la orĭ ce serviciŭ. Constatăm durerĭ în ambele fose iliace și d'asupra pubisuluĭ, unde se simte fundul uteruluĭ. Gâtul uterin gros, orificiul deschis. In fundul de sac drept dureros, se simte o bridă cicatricială, ce se simte transversal către basin. In fundul de sac posterior se află o tumoră de mărimea uneĭ migdale, extrem de sensibilă; ea provócă durerĭ ce se iradiază către epigastru. In fundul de sac stâng se simt anexele mărite, durerése.

27 Iulie 1897. Laparatomie. In stânga găsim ovarul sclerosat, acoperit de foile ligamentuluĭ larg. Tot aci se găsesc ușóre aderențe cu intestinele care se rup. In timpul manipulăreĭ se sparge un kist din care iese un liquid quasi ascitic. Facem spălăturĭ, procedăm repede la liberarea anexelor. Prin faptul spargereĭ ovaruluĭ kistic, ele fiind micșorate de volum se aduc în plagă, se extirpéză aplicându-se un fir dublu la cornul uteruluĭ. Trecem la anexele din drépta unde constatăm o încolăcitură fórte manifestă a trompeĭ pe ovar; deslipite de aderențe, se aduc în plagă și se extirpéză ca și cele opuse.

Toaleta peritoneală bine făcută, se închide abdomenul prin 6 fire peritoneale, 8 musculo-aponevrotice și 12 cutanate. Anexele extrase sunt representate în fig. 124 și 125. Cea din drépta sclerósă, cea stângă cu ovar kistic. Idatida luĭ Morgagni iarăși kistică și de mărimea uneĭ alune.

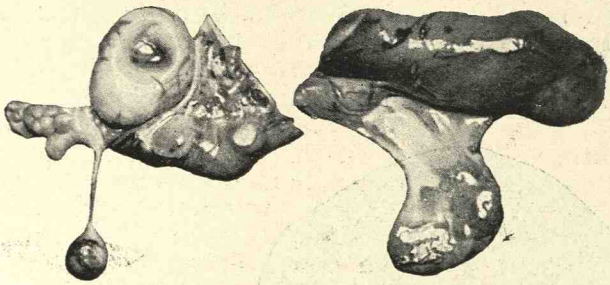


Fig. 124 și 125. Anexite plastice; ovar kistic stâng. Mic kist al idatideĭ luĭ Morgagni (personală).

1 August se ridică pansamentul. Ultimele 2 puncte inferióre nereușite.

21 August bolnava pléca vindecată de durerile ce le avea; dînsa e fórte mulțumită.

25 Noembrie bolnava e revĕdută. Dînsa declară că e fórte mulțumită: orĭ cât ar umbla nu e câtuși de puțin genată, lucru ce înainte de operație era imposibil. Starea generală fórte bună.

26 Aprilie 1898 e revĕdută din noŭ. Iată declarațiunea sa: „Inainte de operație aveam junghiurĭ, carĭ se plimbaŭ în pântece și spre mitră: ele mĕ împedicaŭ să umblu, saŭ să urc scările; astădĭ totul e despărut". Cu tóte acestea dînsa se plânge de o tuse persistantă; constatăm cracmente la vîrful plămânuluĭ stâng. Bănuim a fi tuberculósă.

Observația V.

Ana Straja, 33 anĭ. Antecedente personale scrofulóse. Menstruată la 16 anĭ la un an după căsătorie, duraŭ treĭ ĝile cu puține durerĭ lombo-abdominale. A făcut un copil acum 16 anĭ. La un an după facere bolnava spune că a suferit de vărsat. Acum 10 anĭ dînsa atribue începutul bóleĭ, în urma uneĭ răcelĭ. De șése lunĭ durerile s'aŭ agravat, devenind continue și răpindu-ĭ tótă liniștea. Cu tóte acestea menstruele nu s'aŭ suprimat; din

contra ele procurau bolnavei óre care ușurare. Constatăm abdomen escavat dar fórte sensibil, mai ales în fosele iliace. De aci durerile se iradiază în tóte direcțiile. Gâtul uterului ipertrofiat, corpul mărit de volum dureros. In fundurile de sac laterale se simte câte o tumoră, cea dréptă mult mai mare și durerósă.

31 Ianuarie 98. Laparatomie. Se descopere în drépta un idrosalpinx tip, de mărimea unui pumn; se deslipesce de câte-va aderențe lungi, ce plecau de la tumoră la uter, iar altele către mărginele laterale și fundul basinului. Tumora adusă în plagă se extirpéză, după aplicarea unui fir dublu la cornul uterului.

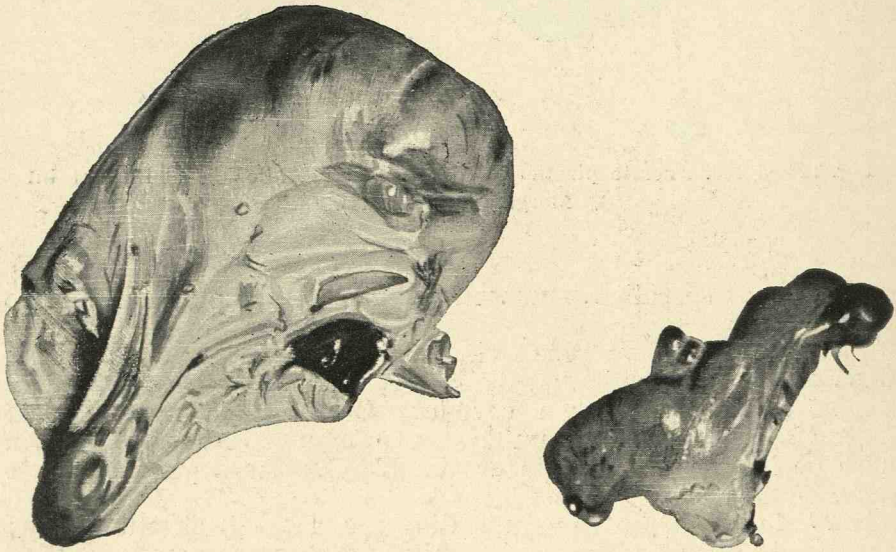


Fig. 126 și 127. Idro-salpinx drept intact. Ovarită sclerósă stângă (personală).

Trecând la anexele din stânga constatăm un idro-salpinx mult mai mic sub forma unui cârnat încolăcit. Aderențele fiind mai intime kistul s'a spart, scoțându-se ast-fel numai trompa golită cu ovarul scleros.

3 Februarie ușóră stomatită.

9 Februarie se ridică pansamentul; reunire perfectă per primam. Se scot firele.

25 Februarie. Bolnava declară că se simte fórte bine fiind perfect vindecată. Dînsa e mulțumită că grație operațiunei a scăpat de durerile insuportabile ce le simția în abdomen de 10 ani de dile. Ambele fose iliace ne dureróse prin palpație. Prin tact însă puțin sensibile. Uterul în anteversiune, mobil.

In fig. 126 și 127 avem piesele extrase.

Observaţia VI.

Ana Poenaru, 20 ani. Menstruată la 14 ani, cu mari dureri lombare şi ipogastrice; durata menstruelor 7 zile, cantitatea abondentă. Măritată la 17 ani. A avut un copil. De atunci a rămas cu dureri în ipogastru şi întréga regiune abdominală inferióră. Mai târziu a avut un avort. Durerile devenind insuportabile şi impedicându-o de a munci, intră în serviciul nostru. Dînsa insistă a fi operată numai şi numai a scăpa de durerile atroce din ipogastru şi lombe. Constatăm: pântecele puţin escavat, însă în-

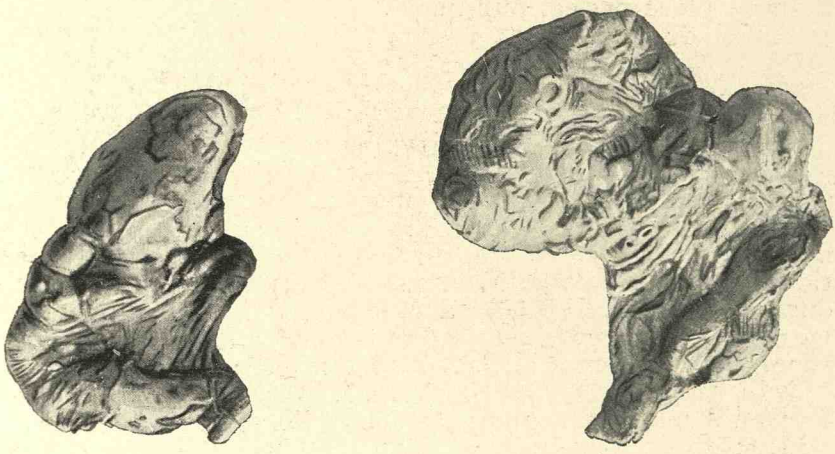


Fig. 128 şi 129. Anexite plastice. Dublă ovarită supurată (personală).

tregul abdomen fórte sensibil. Prin presiune deşteptăm dureri în ambele fose iliace, în ipogastru şi în regiunea ombiliculuï; excesul de durere e la stânga. Tenesme rectale. Uterul puţin mobil, anteflexat dar fórte dureros. Colul rupt spre stânga, granulos. In fundul de sac drept se simte o tumoră extrem de durerósă, aderentă de latura uteruluï şi mergând până în fundul de sac al luï Douglas. Acelaşi lucru dar maï întins se constată în stânga.

Operaţia *16 Februarie 98. Laparatomie.* Abdomenul deschis se atacă întâiŭ anexele din stânga vîrîte ca un cuiŭ în micul basin: sunt acoperite de grosimea ligamentuluï larg ce ascundea în mod perfect anexele. Se procede la deslipirea aderenţelor începând de la bază. Aderenţele fiind fórte gróse se rupe fără cruţare: se produce o abondentă scurgere de sânge. Se caută a nu se sparge ovarul ce forma o tumoră fluctuentă destul de mare. Se aduce

tumora în plagă trăgându-se de uter cu o pensă fixă. Se aplică un fir dublu la corn, după care tumora se rezécă. Se reduce bontul prin treĭ fire. Se procede la extirparea anexelor din drépta, carĭ sunt mult maĭ voluminóse. Prin aceeaşĭ metódă şi prudenţă se reuşesce a se aduce în plagă, după care se extirpéză iarăşĭ în dreptul cornuluĭ. Explorându-se din noŭ se constată aderenţe între faţa posterióră a uteruluĭ şi de rect; ele se rup şi se pune un fir pe o franjă epiploică. Se închide abdomenul prin 7 puncte-musculo peritoneale şi 10 cutanate. Lungimea incisieĭ 12 c. m. Greutatea pieselor extrase 85 gr.

Ambele anexe intim lipite între ele. Trompele încolăcite şi de grosimea policeluĭ. Ambele ovare kistice de mărimea unor nucĭ marĭ.

25 Februarie se desface pansamentul. Reunire per primam. Bolnava plécă perfect mulţumită.

Veḑĭ fig. 128 şi 129.

Observaţia VII.

Mariţa Popescu, 30 anĭ. Antecedente paludice. Menstruată la 15 anĭ. Măritată la 17 anĭ. Durata menstruelor 5 ḑile, cantitate abondentă, cu durerĭ lombare. Prima facere la 18 anĭ; părăsesce patul la 3 ḑile. Bóla a început acum treĭ anĭ din causa uneĭ răceli şi ridicarea uneĭ greutăţĭ în timpul menstruelor, când acestea aŭ durat o săptămână şi fórte abondente. Acum 6 lunĭ ridicând un garderob, a fost coprinsă de durerĭ marĭ şi tumefacţie abdominală. Emoragie cu coagulĭ durând o săptămână.

In timpul vereĭ răcind din noŭ, bóla i-a revenit cu caractere mult maĭ grave: durerĭ în ipogastru şi maĭ ales în fosa iliacă stângă; de aci durerile se iradiaŭ în membrul inferior corespondent precum şi în lombe. Constatăm abdomen puţin balonat, dureros d'asupra simfiseĭ, dar maĭ ales în fosa iliacă stângă. Aci se simte o tumoră de mărimea unuĭ oŭ, fórte durerósă. Aceste durerĭ se iradiază până la vîrful picioruluĭ. Uterul în anteversiune, fix, dureros la presiune.

26 Februarie 98. Laparatomie. Anexele din stânga formézĭ un bloc vîrît în grosimea ligamentuluĭ larg, fără nicĭ o pediculisare. Epiploonul aderent cu tumora, se rezécă aplicându-se un fir. Se procede la desinclavarea tumoreĭ începând de la bază şi în lăturĭ. Se rup aderenţe multe; emoragiĭ simţitóre, nu ne oprim însă până ce nu reuşim a degaja cu totul anexele. Către fosa iliacă însă ele încă rémân fixe printr'un larg pedicul; se trage uterul în plagă, se aplică o dublă legătură, una în dreptul cornuluĭ, alta către fosa iliacă, după aceea se rezécă.

Trecem în partea drépta: găsim dificultăţĭ şi maĭ marĭ. După ce degajăm pe cât posibil tumora, aplicăm 4 puncte sub intrante în grosimea ligamentuluĭ larg spre uter, apoĭ rezecăm. Inchidem abdomenul prin opt puncte musculo-peritoneale şi 9 cutanate.

Lungimea incisiei 11 centimetri. Greutatea tumorei 32 gr. Ambele piese formézã tipul anexitelor scleróse. Trompa și ovarul intim unite între ele. Ovarul din drépta sclero-kistic.

5 Martie se desface pansametul. Reunire per primam. Se scot firele.

22 Martie. Bolnava iese din spital. Dînsa declarã cã dacã umblã simte óre-care jenã în fosele iliace. Noi constatãm fundurile de sac libere și ne dureróse; cel anterior însã puțin sensibil la presiune. Veḑi fig. 130 și 131.

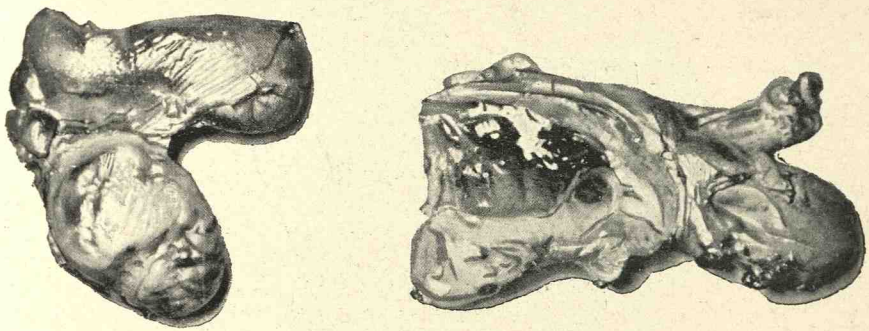


Fig. 130 și 131. Anexite plastice. Ovar sclero-kistic în drépta (personalã).

Observația VIII.

Iónа Ion. 18 anĭ. Menstruatã la 14 anĭ. Primele raporturĭ sexuale la 16 anĭ, dupã care menstruele durau 2—3 ḑile în cantitate fórte micã. La câte-va lunĭ de la acéstã epocã, bolnava observã cã menstruele aŭ întârziat 2½ lunĭ, ceeà ce a fãcut-o sã bãnuiascã a fi gravidã. Bolnava spune cã de când menstruele s'aŭ oprit, simte marĭ durerĭ sub ombilic. Raporturile sexuale extrem dureróse, aprópe imposibile. Bolnava ne maĭ putând suporta durerile atroce ce-ĭ fãcea mersul imposibil, amenințând-o sã cazã jos, intrã în spital. Constatãm: regiunea ipogastricã ca și ambele fose iliace enorm de dureróse. Uterul e relativ mobil, dureros, anteflexat. In ambele funduri de sac se simte câte-o tumorã durerósã, cu durerĭ marĭ la presiune. Ele sunt fórte fixe.

18 Martie 98. Laparatomie. Se dã de o masã enormã și informã, acoperitã de marele epiploon. Nu se póte descoperi nimic, nicĭ uter nicĭ anexe. Aspectul general se impunea drept adevãrat sarcom. Se cautã prin diferite manipulãrĭ sã reparãm aceste tumorĭ, începând d'întâiŭ în stânga. Deslipim epiploonul, iar în parte îl rupem fiind fragil și livid.

După mai multă muncă, descoperim că tumora era formată din ambele anexe enorm mărite de volum și lipite cele din drépta cu cele din stânga, formând la partea anterióră o singură tumoră, iar uterul așezat de desubtul lor. In timpul explorărilor o mică pungă de puroiŭ se sparge în drépta; se procede imediat la separarea tumoreĭ din stânga; și după ce se reușesce a se pediculisa, se scóte afară din plagă, aplicându-se pe pediculul format 5 suturĭ subintrante, după aceea se rezecă.

Trecem la anexele din drépta. Se separă de fața laterală co-

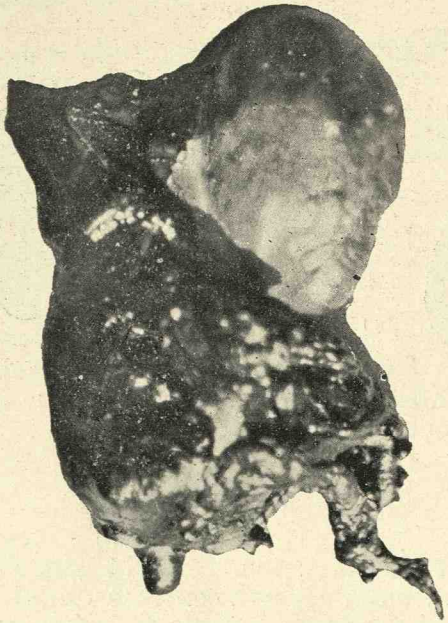


Fig. 132. Duble anexite supurate (personală).

respondentă a uteruluĭ, precum și de o ansă intestinală. Se pediculiséză și se rezecă, aplicându-se iarăși 5 puncte sub intrante. Bolnava e în plan înclinat. Se fac spălaturĭ și toaleta peritoneuluĭ. Se fixéză uterul de abdomen printr'un fir. Se închide abdomenul prin 7 fire profunde, 9 superficiale: lărgimea incisieĭ 12 c. m. Greutatea pieselor 220 gr. Ambele anexe transformate în tumorĭ marĭ, ovarele kistice supurate. Trompele dilatate, încolăcite, formând împreună cu ovarul o tumoră aprópe de mărimea unuĭ pumn; presentă pe suprafața sa mai multe puncte, mai mulțĭ kiștĭ. Extirparea acestor anexe, forméză tipul celor mai înaintate leziunĭ și fără analog din câte operațiunĭ am făcut de felul acesta.

22 Martie. Bolnava continuă a avea scaune abondente. Se prescrie decoct de Columbo cu bismuth.

26 Martie se ridică pansamentul; plaga reunită în jumătatea superióră; în cea inferióră, prin punctele de sutură iese serositate sanghinolentă și puroiŭ; se fac spălăturĭ cu sublimat și acid fenic 5%. Se scot firele; bolnava n'are durerĭ.

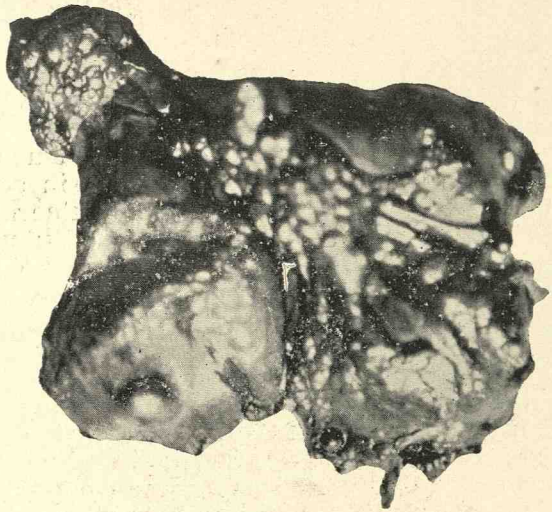


Fig. 133.

Duble anexite supurate (personală).

19 Aprilie. Bolnava iese complect vindecată. Bolnava ne declară că durerile teribile ce avea înainte de operație, din pricina cărora nu putea umbla de loc sunt suspendate cu totul. Acum n'are durerĭ de loc, umblă mult fără cea maĭ mică durere. Mănâncă bine. Intr'un cuvînt bolnava mărturisesce că e fórte mulțumită. Fig. 132 și 133.

Modele de anexite, tratate prin ginectomie abdominală totală succesivă și intactă.

Am arătat deja că în principiŭ, noĭ pe cât posibil evităm acéstă operațiune. Ridicarea întregului aparat genital intern al femeeĭ, constitue o adevĕrată mutilațiune. De aceea noĭ o evităm cu atât maĭ mult cu cât în cele maĭ multe intervențiunĭ ablațiunea simplă a anexelor a fost suficientă. Cu tóte acestea, în 10

casurĭ leziunile fiind prea înaintate și uterul aprópe profund atins, am fost nevoiți a recurge la mĕsurĭ escesive, practicând isterectomia abdominală totală, numită dupĕ noĭ *ginectomie*. Dăm aci ca modele următórele patru observațiunĭ, făcute prin acéstă metódă.

Observația IX.

Ióna Bencea, 36 anĭ, se plânge de durerĭ marĭ în abdomen ca și cum ar fi arsă cu un fier roșu ce ar trece prin pântecele sĕŭ. Acésta o împiedică de a munci, și-ĭ face viața insuportabilă. In plus durerile se iradiază în regiunea lombară și în ambele membre inferióre până la vîrful degetelor. Prin examen constatăm un uter fórte mărit de volum, gâtul uterin scleros și cu o largă ulcerațiune. Faptul acesta unit și cu o ulcerațiune într'un punct corespondent al vaginuluĭ, acolo unde gâtul uteruluĭ venea în contact, ne-a făcut să bănuim un produs neoplasic. Ambele funduri de sac, dar maĭ ales cel drept escesiv de dureróse.

9 Aprilie 1898. Laparatomia. Imediat se descopere corpul uteruluĭ fórte voluminos și brăsdat de dilatațiunĭ venóse enorme. Ambele anexe aderente, și lipite de fosele iliace. Trompa din drépta transformată în kist sanguin. Se procede la deslipirea lor, se apucă fundul uteruluĭ cu o pensă fixă și se trage în plagă. Se aplică în stânga 4 suturĭ sub-intrante pe înălțimea ligamentuluĭ larg în afară de anexe. După aceea se pune o pensă fixă lungă, răzând marginea uteruluĭ până la istm. După ce se înod firele, se tae cu fórfecele ligamentul larg între pensă și legăturĭ. După aceea se face o incisie cu bisturiul pe fața anterióră și inferióră a uteruluĭ; cu degetul se deslipesce acest lamboŭ, respingêndu-se fundul de sac vesico-uterin înainte. Un ajutor introduce în vagin o pensă lungă Terrier și face să proemine fundul anterior al vaginuluĭ. Se inciséză cu bisturiul pe vîrful penseĭ, care o-dată intrată în basin, se deschid ramurile și se lărgesce orificiul.

Se scóte pensa și se introduce degetul în locul sĕŭ. Atunci se apucă cu pense fixe părețiĭ vaginuluĭ, iar cu fórfecele curbe conduse pe deget, se procede la desinserarea coluluĭ de vagin; pe mĕsură ce înaintăm se aplică diferite pense de fixațiune pe vagin, iar altele emostatice, coprinḍêndu diferite artere și în special cea uterină. După ce ast-fel s'a desinserat vaginul de jur împrejurul gâtuluĭ uterin, se procede la legarea și secționarea ligamentuluĭ larg din drépta, mergênd de jos în sus și în afară de anexe prin aplicare de maĭ multe puncte subintrante. Se pune apoĭ o pensă lungă răzând partea laterală a uteruluĭ și se tae ligamentul larg între pensă și firele prealabil legate. Cu acésta se ridică întregul aparat genital intern, representat în figura 134.

Se face toaleta perfectă a peritoneuluĭ, se reconstitue planşeul pelvien prin lipirea firelor peritoneale şi se reduc bonturile.

După acésta se închide în mod complect bolta vaginală prin 4 puncte de suturĭ. Se aplică 11 punte peritoneale şi 9 tegumentare, şi cu acésta operaţia e terminată. Greutatea tumoreĭ 175 gr.

După operaţie se fac injecţiĭ cu eter, ergotină şi 1000 gr. serum.

17 Aprilie se schimbă pansamentul, reunire per primam, se scot firele.

7 Maiŭ. Bolnava declară că numaĭ are durerile în pântece, carĭ o împedicaŭ de a umbla şi a face cel maĭ mic serviciŭ prin casă. Iese din spital fórte mulţumită ; umblă, mănâncă bine şi spune că nu simte nimic care să o deranjeze.

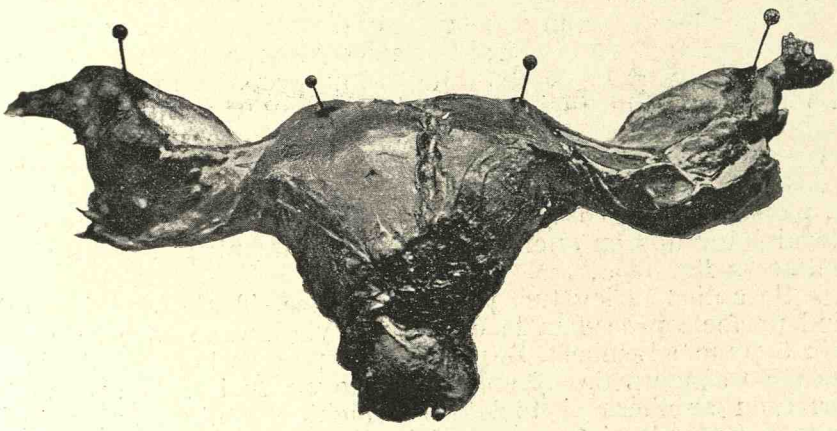


Fig. 134.

Ginectomie abdominală totală şi intactă. Anexite sclero-kistice. Kist sanguin în trompa dréptă (personală).

Observaţia X.

Elena Georgescu, 42 anĭ. Menstruată la 14 anĭ cu durată de 3—4 dile, cu puţine durerĭ şi indisposiţie. Măritată la 17 anĭ, a avut 7 copiĭ. Începutul bóleĭ duréză de mult, dînsa s'a manifestat acum 12 anĭ prin metroragie, ce maĭ târziŭ se repetă. Acésta se însoţesce de durerĭ în fosa iliacă stângă cu iradiaţiunĭ în membrul inferior până la genunchĭ, durerile sunt comparate de bolnavă cu nisce înţepăturĭ de cuţit. Dînsa intră în serviciŭ pentru a scăpa de durerile din vintra stângă. Aceste durerĭ sunt intermitente, ele se accentuiază când bolnava ridică ceva, umblă

saŭ sue scărĭ. Pentru ca durerile să înceteze, bolnava declară că trebue să stea în pat, să se strângă, să se ghemuiască, și totuși ele nu încetéză de cât cu greŭ și după ce se încălzesce. Constatăm: uter mare, simțindu-se la 3 degete d'asupra simfiseĭ. In fundul de sac stâng se simte o tumoră de mărimea unuĭ oŭ de găină, proeminentă și fórte durerósă la presiune. In fundul de sac drept se simte o altă tumoră, ceva maĭ mică, dar sclerósă și durerósă.

29 Aprilie 98. Laparatomia. Incisia 15 c. m. Se descoperă uterul voluminos, dar mobil. In stânga o tumoră liquidă, aprópe cât un pumn, vîrîtă în grosimea ligamentelor largĭ și cu o mulțime de aderențe. Se procede cu multă precauțiune la deslipirea aderențelor și se reusesc a se aduce în plagă. Trecem la anexele din drépta, unde se procede la degajarea lor. Aci însă ovarul kistic supurat se sparge, totuși se aduc și ele în plagă. Ne hotărâm la extirparea uteruluĭ. Se aplică în mod sistematic maĭ multe suturĭ sub intrante pe ligamentul larg din stânga până în dreptul istmuluĭ. Se secționéză puindu-se și o pensă fixă de siguranță. Se trece în partea opusă și se procede în același mod. După-ce respingem înainte fundul vesico-uterin, introducem în vagin o pensă lungă, care făcând să bombeze prin fundul de sac anterior, practicăm o butonieră, prin care introducem degetul. Cu fórfecele curbe desinserăm vaginul de col, aplicând treptat pense emostatice și pense de fixație pe părețiĭ vaginuluĭ. Uterul împreună cu anexele se scot cu înlesnire și sunt representate în fig. 135.

Se aplică 12 legăturĭ pe diferite vase. Toaleta peritoneuluĭ fiind perfectă procedăm la oclusiunea vaginuluĭ; care se obține prin 5 puncte Lambert. Se reconstitue planșeul coaptându-se suprafețele sângerânde și se reduc tóte bonturile. Din noŭ spălăturĭ cu sublimat și toaletă. Se închide abdomenul prin 10 puncte profunde și 14 superficiale. Se notéză că voind a reduce bontul din drépta acul Reverdin nu s'a închis, în momentul de a-l trage afară vîrful s'a rupt și a rĕmas în grosimea țesuturilor.

Descrierea pieseĭ. Uterul are înălțime de 15 c. m. lățime 13 c. m. Grosimea păreților 5 c. m. Spintecându-se se găsesce cavitatea plină de fongositățĭ.

In stânga se află o tumoră kistică purulentă cât un pumn, ea e formată de ovar. Pe dînsul se află trompa lipită, îngroșată și încolăcită, avênd și ea un mic kist pe părețele superior. In drépta ovarul scleros, supurat, trompa dilatată și îngroșată.

8 Maiŭ. Se scot firele, reunire per primam. Starea generală bună, s'a observat însă după operație o ușóră stomatită.

28 Maiŭ bolnava iese complect vindecată. Dînsa declară că e fórte mulțumită.

29 Iulie 98 bolnava e revĕdută. Dînsa exprimă aceeași stare de mulțumire.

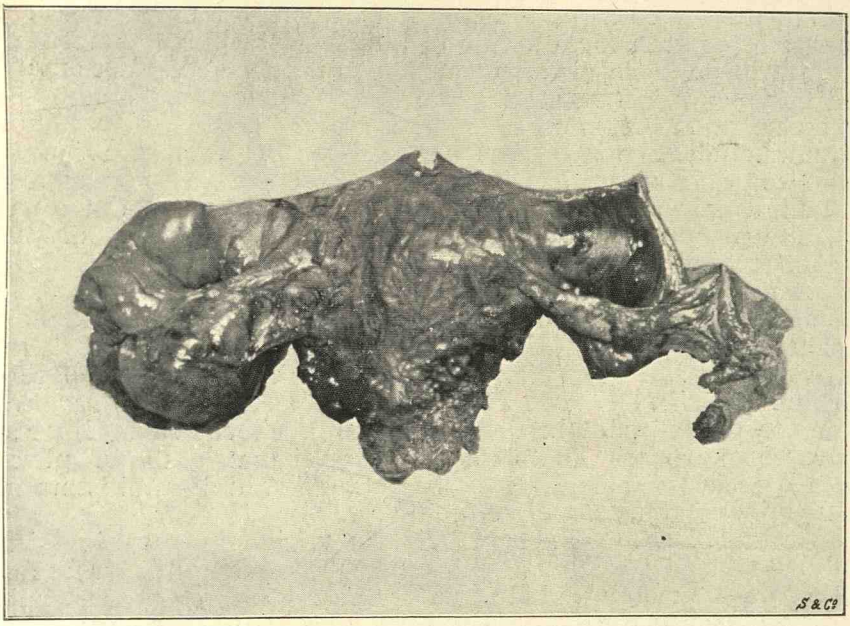


Fig. 135. Ginectomie abdominală totală. Dublă ovarită supurată (personală).

Observaţia XI.

Elisabeta Niculescu, 23 ani. Menstruată la 12 ani cu dureri de mijloc şi abdominale, fiori şi căldură. Menstruele apoi se opresc şi nu reapar de cât după 6 luni. In urmă se opresc din nou timp de 3 luni. De aci înainte viind regulat la 4 săptămâni, dar încă cu dureri de mijloc şi junghiuri. Menstruele durau trei zile şi în mare cantitate. Maritată la 17 ani a avut 3 copii şi un avort. In urma acestuia dînsa pierde mult sânge timp de 6 săptămâni, şi rămâne cu dureri în abdomen. Durerile şi junghiurile se generalisează în întregul pântece ele causează bolnavei suferinţe mari şi nu-i dă nici un moment de linişte. Pentru a scăpa de aceste dureri bolnava intră în serviciul nostru. Constatăm abdomenul dureros, mai ales de la simfisă la ombilic. Uterul mărit; fundul se simte la 3 laturi de deget d'asupra simfiseï, colul gros, de o consistenţă lemnósă. In fundul de sac drept, se simte o tumoră ovoidă mergênd până în fundul de sac a luï Douglas.

In cel stâng de şi dureros, nu ne dă însă sensaţiunea de tumoră. Durerile cele mai vii sunt în fundul de sac posterior, unde se şi simte o tumoră difusă.

19 Decembrie 1897. Laparatomie. Se face incisie de 12 centimetri. Se deschide peritoneul fără nici un incident. Se constată

o masă dură plecând de la o fosă iliacă la alta fără a se putea distinge uterul. Se atacă anexele din drépta. se distrug și se rup aderențele ce erau fórte solide și întinse. Ele lipiau tumora cu multă tărie de basin și anse intestinale ce se aflau d'asupra tumorei. Rupând decî aderențele de la superficie la profundime începe a se arăta o tumoră de mărimea unuî oŭ, așezată în fundul basinuluî. Indată ce s'a ajuns cu degetele la baza tumorei, se deslipesce de basin și căutăm a ne dirije către partea mediană, căutând a aduce tumora în plagă; nu reușim însă din causă uneî alte plăcî întinse care o ținea fixată de fosa iliacă dréptă. Se pun maî multe suturî sub intrante în acéstă regiune, după care secționându-se tumora devine liberă, se aduce în plagă, se extirpéză aplicându-se un fir dublu în dreptul cornuluî. Trecem în stânga. Acum uterul fiind distinct se aplică pe fundul sĕŭ o pensă cu dinți. In acest timp se vede puroiŭ ieșind din pereții uteruluî. Degajând tumora se aduce și dînsa în plagă, care de asemenea se extirpéză în dreptul cornuluî. Uterul rĕmas liber se hotărasce extirparea luî totală. Se trage și maî mult în plagă, facem o incisie circulară pe fața sa anterióră în dreptul istmuluî, și deslipim fundul de sac vesico-uterin.

Se introduce o sondă metalică în vagin, pe care incisând fundul de sac îl deschidem. Introducem apoî degetul, iar cu fórfecele curbe, înconjurând de jur împrejur gâtul uteruluî și aplicând diferite pense de fixație și de emostasă scótem uterul. După aceea închidem bolta vaginală prin treî puncte Lambert. Reconstituim pe cât posibil planșeul pelvien, reducem bonturile, facem toaleta și închidem abdomenul prin 9 puncte profunde și 12 superficiale.

Piesele extrase sunt representate în fig. 136 și 137.

Pe lângă alterațiunile sclero-plastice și supurate ale anexelor, de notat este că uterul avênd 9 centimetri lungime pe 8 centimetri lărgime, fiind presat, lasă să se scurgă prin orificiul tubar liquid muco-purulent.

După operație se face injecție cu ergotină, cafeină și 600 grame serum. Către séră puls frequent 120. Din noŭ serum. A doua dî bolnava avea aerul a fi bine, pulsul însă era frequent. Apar sughițurî. Pe la 10 ore diminéța tóte fenomenele se agravéză, pulsul devine imperceptibil, bolnava e coprinsă de agitațiî și sudorî recî profuse; cunoscința e pierdută, bolnava e în agonie.

Imediat se transportă pe masa de operație i se dă câte-va picăturî de cloroform și repede se deschide pântecele. Se desface plaga când iese un liquid sanghinolent; se deschide peritoneul când iese o cantitate mare de liquid sanghinolent turbure și cu un aspect murdar. Se varsă cantitățî marî de sublimat cald până ce liquidul iese curat. Se inspectéză cavitatea peritoneală și se introduc maî multe comprese fierte în sublimat, se ridică câte-va părticele de țesut rĕmas din ruperea aderențelor. Peritoneul era curat, dar pe suprafața unor anse intestinale s'a observat micî gra-

nulațiuni roșietice. Intre două anse intestinale se constată o ușóră aglutinare. Din nóu se fac spălături largi cu sublimat, iar apoi se introduce în fundul basinului o largă compresă de tifon fiartă în sublimat și care se lasă în loc. Se închide repede abdomenul, iar bolnava se transportă în patul sĕŭ ca și mórtă.

Se fac injecții cu eter și cu ser artificial 1000 grame. După o oră de la operație pulsul devine perceptibil, dar imposibil de numĕrat, totuși bolnava începe a vorbi, dându-și séma de situație. Respirația devine mai liberă, iar aripele nasului nu se mai agită. Se lasă puțin să se odihnéscă. Pe la orele 1 p. m. pulsul devine ceva mai plin și o ameliorare generală se manifestă. Pe la orele 4 p. m., are o diaree profusă, cu tenesme și fórte fetidă. Din nóu injecții cu serum. Se învelesce întregul corp cu vată, de la picióre până la gât. La orele 8 séra 140 pulsații.

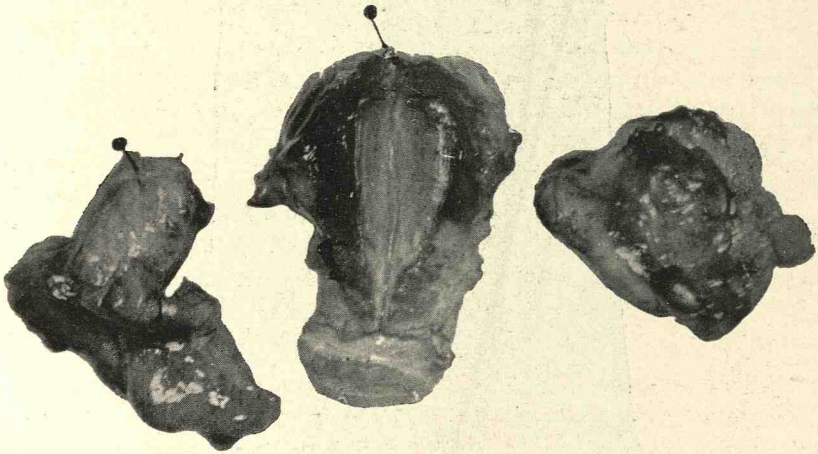


Fig. 136 și 137. Ginectomie abdominală totală succesivă. Laparatomie secundară (personală).

21 Decembrie. Bolnava a dormit bine în timpul nopței, diareea e fórte frequentă și fetidă. Pulsul destul de plin, dar frequent. Numĕră 144. Temperatura 37°. Bolnava liniștită, cere de mâncare. Se fac spălături vaginale cu sublimat. Să notăm că chiar la a doua laparatomie bolta vaginală n'a fost deschisă. Se prescrie Dower cu salicilat de bismuth.

22 Decembrie. Bolnava se găsesce în stare excelentă. Diareea nu mai e abondentă, este însă fórte fetidă și însoțită de mari tenesme, puls plin, regulat 124. Se schimbă pansamentul, compresa din abdomen curată, dar imbibată de o serositate roșietică. Nu se exală nici un miros fetid. Se constată un mic balonament circumscris către ipohondrul drept mergênd până la ombilic și d'asupra sa. Se exprimă pe plagă mai multe comprese fierte în sublimat, se încércă a se estrage compresa din abdomen. Dînsa este aderentă și provócă dureri, se lasă în loc.

24 Decembrie a 5-a di de la laparatomie secundară, se scóte compresa din abdomen cu multă precauțiune, dînsa e curată, dar ici colea pătată de o ușóră colorațiune rosă. Compresa extrasă din abdomen e representată în figura 138.



Fig. 138. Compresă intra-peritoneală în mărime de $^{70}/_{40}$ cm. extrasă după 5 dile (personală).

Se introduc 2 tuburi de drenaj în abdomen prin care se fac spălături cu sublimat; prin tuburi ies mai multe detritusuri (foloștine) de părți sfacelate, dar fără miros. Se face pansament larg antiseptic.

25 Decembrie se desface pansamentul. Se fac spălături, lichidul iese curat fără detritusuri. Diareea complect dispărută.

28 Decembrie. Se suprimă tuburile, se fac spălături cu creolină, se scot tóte firele.

15 Ianuarie. Cavitatea mult redusă.

22 Ianuarie. Plaga închisă, bolnava a prins putere, umblă fără nici o jenă. Nu mai simte nici una din durerile de care suferea mai nainte.

In Aprilie 1898 bolnava e revĕdută. Dînsa nu scie cum să ne mulțuméscă.

Cap. III. Graviditatea extra-uterină.

Dupĕ cum numele indică, se înţelege prin graviditate extra-uterină, desvoltarea ouluĭ fecondat în afară de uter, — singurul organ destinat pentru acest scop.

Dar faptul că un asemenea fenomen se póte întâlni şi într'un corn rudimentar al uteruluĭ, precum şi în porţiunea cea maĭ internă a trompeĭ aflată în corpul uterin, ne arată că expresiunea de graviditate extra-uterină nu este tocmaĭ corectă. De aceea *Barnes*, a propus numele de *graviditate ectopică;* în ea póte să intre orĭ-ce varietate posibilă, fără a prejudeca întru nimic subiectul.

Dupĕ noĭ, *prin graviditate extra-uterină saŭ ectopică, se înţelege desvoltarea ouluĭ fecondat într'un punct în afară de cavitatea uterină.*

Prin urmare or-ce graviditate, ce nu şi-ar avea sediul în porţiunea coprinsă între istm, fundul uteruluĭ şi orificiile tubare, intră în categoria graviditaţeĭ extra-uterine. Ast-fel fiind, nu numaĭ oul fecondat în ovare, trompe şi cavitatea peritoneală fac parte din graviditatea extra-uterină, dar şi însuşĭ cazul când acest oŭ s'ar desvolta în orificiul gâtuluĭ uterin, sub istm; căcĭ şi acésta, fiind în afară de cavitatea propriŭ-dişă a uteruluĭ, este tot extra-uterină.

Faptul că se găsesc ovulĭ fecondaţĭ în diferitele porţiunĭ de segmente a organelor genitale interne, ne autorisă a crede că spermatozoidul circulă în tóte aceste regiunĭ.

Chestiunea acésta e de mare importanţă. Sunt autorĭ carĭ pe rînd aŭ susţinut că fecondaţia, adică întâlnirea spermatozoiduluĭ bărbătesc cu ovulul femeesc, s'ar face numaĭ în ovar; dupĕ alţiĭ în trompe, iar dupĕ alţiĭ în uter. Cea maĭ mare tentaţiune, de care a fost influenţat şi însuşĭ Lawson Tait, — fiind în aparenţă şi cea maĭ naturală, este că acest loc de întâlnire ar fi în uter.

Coste însă împreună cu Bischoff şi alţiĭ, resping acéstă ideĕ, sub motivul că ovulul din momentul când cade în uter, nu maĭ este capabil a fi fecondat. Wydel însă, o autoritate destul de competentă, susţine că deşi fecondaţiunea este maĭ probabilă în cavitatea uterină, totuşĭ impregnaţiunea ovululuĭ se póte efectua pe tot traectul organelor genitale interne, mergênd chiar până în ovar. Şi proba ar fi existenţa graviditaţilor extra-uterine în acest organ.

Nu este fără interes a reproduce în acéstă privinţă unele experienţe şi opiniunĭ, ce găsim în tratatul de Obstetrică a d-luĭ

Dr. Bastaky: „Pentru ca să se probeze că întâlnirea și împreunarea ovululuĭ și a spermatozoiduluĭ se face maĭ adesea în afară de cavitatea uterină, *Nück* a făcut experiența următóre: Treĭ ḑile după coitul uneĭ cățele, a deschis abdomenul animaluluĭ și a pus o legătură pe trompele uterine, fórte aprópe de uter. Dupĕ maĭ multe ḑile deschiḑênd abdomenul și despicând trompele, a găsit în ele embrionĭ, carĭ eraŭ opriți în nivelul legăturеĭ.

Bischoff, *Wagner* și alțiĭ, găsiră 2—3 ḑile, dupĕ coitul uneĭ cățele, spermatozoizĭ pe suprafața ovarelor.

Ceĭ maĭ mulțĭ autorĭ însă precum și Tarnier, susțin că impregnația nu se póte face în cele douĕ treimĭ externe ale trompeĭ, de óre-ce acolo ovulul este înconjurat de atmosfera celulară numită disc proliger, precum și de o substanță albuminósă, ce nu permit spermatozoizilor să se apropie de membrana vitelină a ovululuĭ".

Noĭ nu intrăm în acéstă chestiune fisiologico-filosofică, cu atât maĭ mult că opiniunile și experiențele se contrazic.

In adevĕr, în afară de aceste probe s'aŭ maĭ făcut și altele, unde găsindu-se spermatozoiziĭ în tot traectul trompelor, ar veni în sprijinul peregrinăreĭ lor în aceste organe.

Ast-fel este următórea experiență, pe epuróice : s'a extirpat dintr'o parte ovarul, iar în partea opusă s'a legat numaĭ trompa. După copulație, sacrificându-se maĭ târziŭ animalul, s'a constatat o fecondație în ovarul conservat din partea trompeĭ legate.

Acésta ca și cele-alte probéză până la evidență că spermatozoidul intrând în uter, a trecut prin trompa nelegată; de aci eșind prin orificiul abdominal ce era liber, a peregrinat chiar prin cavitatea peritoneală, până ce a ajuns la ovarul conservat, unde a fecondat ovulul.

Plecând din acest punct, am putea admite că și în speța umană spermatozoiziĭ trec prin trompe; că o femee avênd de exemplu o anomalie a trompeĭ din stânga ce nu s'ar aplica pe ovar și ar rĕmâne ast-fel cu orificiul sĕŭ abdominal liber, spermatozoidul ar putea ieși prin acest orificiŭ și, căḑut în cavitatea peritoneală, ar merge la ovarul opus — presupuind că cel din stânga e bolnav — și l'ar feconda. Intâmplându-se însă că aci ar exista o aderență intimă între pavilionul trompeĭ cu ovarul saŭ un alt obstacol în traectul însuși al trompeĭ, ovulul ast-fel fecondat nu ar putea fi adus în cavitatea uterină. Prin urmare ar rĕmâne în ovar unde a fost fecondat, saŭ în traectul trompeĭ, și-ar forma în orĭ-ce caz o graviditate extra-uterină.

Dar tóte acestea sunt simple suposițiuni și făcute póte de noĭ printr'o analogie forțată. Realitatea însă pare a fi din partea luĭ LawsonTait. El a obiectat, cu drept cuvînt, că s'a confundat lungimea uteruluĭ bifid ce e constantă la mamiferele inferióre. Așa că în definitiv chiar și la acestea, lucrul nu e perfect demonstrat, cu trompele, că spermatozoiziĭ ar trece dincolo de frontiera uteruluĭ. In casul acesta, și presupunerea nóstră rĕmâne o simplă ipoteză ca orĭ care alta.

Pentru moment, și în interesul înlesnireĭ explicațiuneĭ subiectuluĭ ce ne preocupă, suntem de acord cu opiniunea emisă în acéstă privință de Lawson Tait. Iată ce ḑice acest autor: „Uterul singur este sediul orĭ-căreĭ concepțiunĭ normale; de îndată ce ovulul a suferit influența spermatozoiduluĭ, el contractă aderențe cu mucósa uterină. Principala funcțiune a cililor vibratilĭ aĭ trompeĭ luĭ Fallope, este de a preveni intrarea spermatozoizilor, și de a înlesni în acelașĭ timp mersul ovululuĭ către locul sĕŭ normal de incubațiune. Maĭ mult, îndoiturile mucóseĭ uterine sunt destinate să reție ovulul până va fi fecundat saŭ expulsat. Aceste ideĭ fiind admise, ḑice autorul, ne este fórte ușor să înțelegem adevĕrata etiologie a graviditățeĭ tubare. N'avem de cât să citim lucrările luĭ Arthur Gohnstone și ale luĭ Bland Sutton, pentru a ne da socotéla cum salpingita descuamativă, reușesce să transforme suprafața mucósă a trompeĭ, într'o stare absolut analógă cu aceea a suprafeței uterine. In aceste condițiunĭ, străbaterea spermatozoiduluĭ în trompă va fi posibilă; oprirea ovululuĭ în acest conduct va fi inevitabilă, iar aderența sa imediată cu părețiĭ tubarĭ, va fi tot așa de ușóră ca și de aceea a uteruluĭ. De aci urméză că graviditatea ectopică saŭ tubară va depinde de un proces saŭ accident, care transformând suprafața mucóseĭ trompeĭ luĭ Fallope, va fi transformat structura sa absolut analógă cu aceea a mucóseĭ uterine“.

Acésta este putem ḑice prima teorie, care s'a dat asupra mecanismuluĭ gravidităților extra-uterine saŭ maĭ bine ḑis tubare.

Tóte cercetările ulterióre aŭ fost făcute în scopul, de a lupta pentru distrugerea acesteĭ teoriĭ. Trebue însă să recunóscem că nu s'a reușit; așa că și astădĭ opiniunea luĭ Lawson Tait încă are curs în sciință.

Carĭ sunt obiecțiunile ce s'aŭ invocat contra luĭ Lawson Tait? In prima linie sunt faptele, că orĭ-ce obstacol în trompă fie el mecanic saŭ provocat, nu este capabil a favorisa desvoltarea uneĭ graviditățĭ extra-uterine.

In adevĕr, s'a făcut experienţe pe epuróice, cărora după câte-va ḑile de la copulaţiune li s'a aplicat o legătură pe trompe. Atuncĭ când fecondaţiunea era deja efectuată, s'a sacrificat animalul; s'a constatat presenţa ovululuĭ fecondat în trompă dar fără nicĭ o urmă de desvoltare, ci în stare de regresiune, mergênd până la dispariţiune complectă. Tot acelaşĭ resultat s'a obţinut şi în casurĭ de leziunĭ traumatice a mucóseĭ salpingeene, provocate prin răzuire directă cu lingura Volkmann saŭ cu un alt instrument apropriat. Ce resultă de aci? Că admiţând,— chiar contra tutulor experienţelor ce am arătat — că, fecondaţiunea s'ar petrece numaĭ în cavitatea uterină, după cum crede Lawson Tait, şi că numaĭ în condiţiunĭ anormale a pierdereĭ proprietăţilor fisiologice a mucóseĭ trompelor, spermatozoiziĭ ar străbate prin trompă şi ar feconda ovulul; şi că dînsul ast-fel impregnat, s'ar opri în vre unul din punctele lungimeĭ acestuĭ organ, încă nu s'ar explica fenomenul de producere al graviditățeĭ extrauterine.

Se pare în adevĕr a se fi demonstrat, că oprirea ovululuĭ fecundat în trompă, pentru producerea uneĭ graviditățĭ extrauterine, nu se mulţumesce de un simplu obstacol, precum nicĭ de leziunile mucóseĭ acestuĭ organ. Fenomenul depinde de condiţiunĭ cu totul altele şi anume: de posibilitatea mucóseĭ trompeĭ de a fi învestită de aceleaşĭ calităţĭ, ca şi aceea a uteruluĭ: de a se transforma în membrană caducă; singură ea e capabilă a oferi elementele necesariĭ unuĭ ovul fecondat, pentru a se desvolta.

Dar în ce mod mucósa trompeĭ se póte învesti de aceste calităţĭ?

Ultima teorie admisă în acéstă privinţă, este aceea susţinută de Webster, Mandel şi Smith. Eĭ admit că trompele ca şi uterul, avênd aceeaşĭ provenienţă embriologică din canalele luĭ Müller, ar fi capabile să-şĭ păstreze calităţile înăscute. Decĭ ele fiind puse în contact cu un ovul fecondat, se pot transforma într'o adevărată caducă în tocmaĭ ca şi mucósa uterină.

De aci ar resulta, că adevĕrata etiologie a gravidităților extrauterine, constă într'o predispoziţie congenitală. Este indiferent decĭ, dacă trompa ar fi provĕḑută de vre un obstacol óre-care saŭ de orĭ-ce altă alteraţiune patologică inflamatorie; dînsa de nu va fi conservat calităţile embriologice analóge cu ale mucóseĭ uterine, nu va fi în stare să procure ouluĭ fecondat, oprit în traectul sĕŭ, posibilitatea de a se desvolta.

Acésta ne și explică faptele, cum în ciuda tutulor obstacolelor și leziunilor traumatice, graviditatea extra-uterină nu s'a putut produce, de și oul constatat în traectul trompelor era manifest fecondat. Causa e că dînsul, ne avênd condițiunile necesare desvoltăreĭ sale, nu a putut progresa, ci a dispărut prin atrofie și regresiune patologică.

Ideile acestea par cu atât maĭ mult confirmate, cu cât în casurile unde s'a constatat graviditățĭ extra-uterine tubare, s'a vĕdut prin examenul microscopic, că teritoriul mucóseĭ tubare, ce permisese desvoltarea graviditățeĭ extra-uterine, presenta tóte caracterele uneĭ caduce, ca și aceea a mucóseĭ uterine. Restul dincolo și dincóce, nu oferea nimic anormal din starea fisiologică obicĭnuită a mucóseĭ uterine.

Ar rĕmânea decĭ demonstrat, că pentru producerea uneĭ graviditățĭ extra-uterine, dacă nu întréga mucósă tubară trebue a poseda aceleașĭ calităților ca ale mucóseĭ uterine, este suficient ca un teritoriŭ limitat dintr'însa, să fie învestit de o asemenea calitate congenitală, pentru a permite producerea fenomenuluĭ de graviditate extra-uterină.

In fața acestor argumentațiunĭ teoretice și sciințifice, s'a ridicat Dührssen. El obiectéză, că faptul invocat de producerea procesuluĭ într'un anume punct al mucóseĭ trompeĭ, în tocmaĭ analog cu membrana caducă ce se observă în uter, nu póte fi luat drept o predispositiune congenitală, ca provenind din persistența conservăreĭ mucóseĭ venită din canalele luĭ Müller ca și aceea a mucóseĭ uterine. Dînsul bazându-se pe observațiunile luĭ Ruge, că în casurĭ de inflamațiunĭ ușóre ale trompeĭ — neatingând adică de cât mucósa și formênd ceea ce se numesce endo-salpingită — acest proces e capabil a imprima celulelor mucóseĭ trompeĭ nisce caractere cu totul identice, cu acelea ce caracterisă celulele caduceĭ. Prin urmare nu predispositiunea congenitală a trompeĭ favoriséză desvoltarea ovululuĭ fecondat oprit în domeniul sĕŭ, ci o stare inflamatorie a acestuĭ organ; dînsa apropiind mucósa trompeĭ de aceea a uneĭ caduce, ar favorisa până la un punct órecare desvoltarea ouluĭ fecondat și ar da ast-fel nascere graviditățeĭ extra-uterine.

Dar modul acesta de a vedea, confirmă fórte mult vederile deja expuse ale luĭ Lawson Tait, care susține că inflamațiunile trompeĭ, constitue factorul principal al gravidităților extra-uterine.

Dar în afară de ideile propriĭ ale luĭ Lawson Tait, el maĭ invócă și unele cercetărĭ din partea autorilor de o competință

nediscutată. Ast-fel dînsul susține că Virchow a atras deja de mult atențiunea, că examinând casurĭ anatomice de graviditate ectopică, a găsit maĭ tot-d'a-una urme de o veche pelvi-peritonită. Ar maĭ fi încă în sprijinul acestor ideĭ și aceea, că un mare numĕr din aceste femeĭ se găsesc sterile de un fórte mult timp. In plus, ele suferind de dismenoree, ne arată că aparatul lor genital este deja bolnav de maĭ multă vreme. Ast-fel dice Lawson Tait: constatăm adesea în istoricul bolnavelor atât de frequent în afecțiunile tubare, complicațiunĭ consecutive primeĭ facerĭ. Ele constaŭ în simptome pelviene fórte manifeste, urmate apoĭ maĭ târziŭ de o lungă perióda de sterilitate și sfîrșind în cele din urmă prin a avea o graviditate ectopică, terminându-se prin ruptura pungeĭ. De alt-fel ideia acésta, Lawson Tait o sprijină și pe declarațiunea unuĭ mare autor, Parry. El insistând asupra acesteĭ particularităț dice: „Femeele devenind gravide în mod extra-uterin, ne arată înaintea acestuĭ fapt o inaptitudine cu totul particulară la concepțiune. Intervalul între căsătorie și prima impregnațiune este adesea fórte lung. Dacă femeea a avut copiĭ, o perióda lungă de sterilitate precede de obiceiŭ graviditatea extra-uterină.

Tóte aceste fapte adaugă Lawson Tait, îmĭ daŭ convingerea în ideea că gestațiunea ectopică este datorită distrugereĭ epiteliuluĭ ciliat al trompelor; dînsa ne autorisă a pleda în favórea interpretațiuneĭ nóstre.

Credem a fi insistat destul asupra acestuĭ punct de o subtilitate fórte mare, ce de alt-fel nu se găsesce descris în orĭ-ce tratat, pentru a ne permite a trece la o altă chestiune de un folos clinic și practic.

Evoluțiunea graviditățeĭ extra-uterine. Dacă admitem peregrinațiunea spermatozoizilor pe întregul traect utero-tubo ovarien, lesne înțelegem posibilitatea desvoltăreĭ uneĭ graviditățĭ extra-uterine atât în trompe cât și ovare. Pentru primul conduct, nimenea nu este contra. Toțĭ sunt în perfect acord asupra sarcinelor extra-uterine tubare. Nu este însă tot ast-fel pentru cele ovarice. Contra lor este școla Englesă, dar maĭ cu deosebire Lawson Tait. Dînsul ne admițând trecerea spermatozoizilor dincolo de cavitatea uterină, nu permite ascensiunea lor de cât în trompe; și încă numaĭ în casurĭ patologice anumite, ce am arătat.

Lawson Tait decĭ este cu desăvêrșire contra unuĭ graviditățĭ ovarice; el nu numaĭ că nu le aprobă, dar nicĭ dă vre-o încredere în orĭ-ce observațiune ce s'a dat ca atare. Ast-fel el res-

pinge orĭ-ce teorie, după care spermatozoiziĭ ar atinge ovulul în saŭ pe ovar, producând impregnaţiunea în acest loc. El respinge opiniunea şi observaţiunile luĭ Campbell; aceea a luĭ Spiegelberg, Puech, Kiwich, Walter din Dorpat, Parry, Granville, precum şi a tutulor autorilor; el contestă tóte observaţiile prin carĭ se caută să se probeze posibilitatea graviditĕţeĭ ovarice.

Iată cum termină Lawson Tait acéstă discuţiune:

„Admit posibilitatea uneĭ asemenea graviditĕţĭ, căcĭ putem fórte bine să ne închipuim un caz unde o trompă a luĭ Fallope, lipsită de epiteliul sĕŭ ciliat în urma unuĭ proces inflamator, să devie aderentă cu ovarul şi să permită ast-fel întâlnirea spermatozoizilor cu un folicul ce s'ar fi desvoltat, iar apoĭ s'ar fi rupt în locul chiar al aderenţeĭ. In modul acesta, ovulul ar putea să fie fecondat înaintea ieşireĭ sale din folicul; el ar deveni aderent cu păretele sĕŭ şi în urmă ar cresce. Dar trebue un aşa concurs de circumstanţe pentru ca asemenea cas să se pótă presenta, că ocasiunile sunt fórte slabe; posibilitatea póte fi privită tot aşa de problematică ca şi nascerea unuĭ leŭ albastru, saŭ o lebădă cu douĕ gâturĭ; ca şi o monstruositate heraldică şi o simplă curiositate patologică".

Adevĕrul este, că pentru a admite o graviditate ovarică, ar trebui, pe lângă constatarea kistuluĭ fetal şi a corpuluĭ delict în substanţa însuşĭ a ovaruluĭ, să se arate o integritate perfectă a întreguluĭ oviduct, precum şi a franjelor trompeĭ carĭ să nu aibă cea maĭ mică aderenţă între ele saŭ cu ovarul. In acest cas de sigur, orĭ-ce discuţiune nu şi-ar maĭ avea locul. Din nenorocire însă, nu există nicĭ un cas demonstrativ, afară de unul al luĭ Patenko citat în Legueu. El ar fi constatat transformaţiunea uneĭ părţĭ a ovaruluĭ într'o cavitate kistică, în care s'a găsit urma de fet şi placentă.

In tóte cele-l'alte casurĭ ce s'aŭ dat ca graviditate ovarică, acest organ nu ocupă de cât o zonă limitată din kistul fetal. Ast-fel unĭĭ ca Huncken, Zmigrotsky, aŭ invocat faptul că în punctul de inserţiune al placenteĭ se afla ţesut ovaric; alţĭĭ ca Mouratoff, că albuginea se găsia în continuitate perfectă cu părenţĭĭ kistuluĭ fetal, iar alţĭĭ în fine ca Werth că trompa corespondentă presenta o integritate perfectă.

Dar aceste observaţiunĭ nu sunt suficiente şi nicĭ nu satisfac spiritul contradictorilor. Eĭ nu vĕd în ele de cât o simplă aderenţă a ovaruluĭ cu o graviditate desvoltată în pavilionul trompeĭ; saŭ cel mult o varietate specială de graviditate tubo-ova-

rică. Pretutindenĭ însă trompa jócă rolul cel maĭ mare, prin faptul aderenţeĭ franjelor sale cu ovarul. Cât privesce acest ultim organ (ovarul) el jócă un rol cu totul secundar şi limitat la circumstanţe forţate, iar nicĭ de cum ca fiind el singur şi primitiv în causă.

Până când decĭ nu se va arăta microscopicesce, saŭ prin orĭ-ce alte mijlóce sigure dar positive, că un folicul al 'luĭ de Graaf este manifest fecondat de un spermatozoid; că s'a desvoltat apoĭ în mod esclusiv în substanţa ovaruluĭ; că în acelaşĭ timp există integritatea perfectă a mucóseĭ şi a celor-l'alte părţĭ constitutive ale trompeĭ; că e lipsă complectă de orĭ-ce aderenţe a franjelor pavilionuluĭ trompeĭ atât între dînsele precum şi cu ovarul, până atuncĭ graviditatea ovarică nu va fi definitiv stabilită.

Ast-fel pusă chestiunea, în ce mod lucrul acesta ar fi posibil? Nu maĭ în casul când, admiţând peregrinarea spermatozoizilor în tot traectul organelor genitale interne, unul din eĭ, ajuns în pavilionul trompeĭ, ar reuşi să trécă pe puntea ce există între trompă şi ovar, prin mijlocul aceleĭ franje numită fimbria ovarică, ca să mérgă la acest organ, unde întâlnind ovulul în foliculul luĭ de Graaf, să-l fecondeze.

Dar chiar admiţând acest lucru, încă trebue să admitem o leziune a ovaruluĭ, pentru a înţelege oprirea în interiorul sĕŭ a ovululuĭ fecondat; căcĭ presupunându-l sănătos, atuncĭ n'ar maĭ fi raţiunea desvoltăreĭ uneĭ graviditățĭ ovarice, ci a uneia normale. In adevĕr, ovulul fecondat avênd calea deschisă a pleca de aci, el va merge să se stabiléscă în uter, spre a-şĭ complecta desvoltarea sa ulterióră. E posibil ca un asemenea fenomen să se producă, căcĭ noĭ nu suntem încă pe deplin convinşĭ de fenomenul intim al fecondaţiuneĭ.

Cu tótă tendinţa decĭ a autorilor modernĭ, carĭ admit peregrinarea spermatozoizilor până la ovar, totuşĭ opiniunea luĭ Lawson Tait nu este încă distrusă. Maĭ mult, un autor destul de reputat, Webster în 1894 admite şi el, că tóte graviditățile ectopice sunt şi rĕmân tubare.

Nu este însă maĭ puţin adevĕrat, că astădĭ se admite posibilitatea uneĭ graviditățĭ extra-uterine ovarice. Douĕ sunt modurile sale de efectuare şi desvoltare. Să presupunem că foliculul luĭ de Graaf este rupt şi că spermatozoidul precipitându-se asupra ovululuĭ l'a fecondat. Atuncĭ din douĕ lucrurĭ una: saŭ acéstă rupere a folicululuĭ se repară, saŭ rĕmâne necicatrisată. In casul întâiŭ, oul fecondat se desvoltă în însăşĭ substanţa ovaruluĭ, în

tocmaĭ ca orĭ-ce kist obicĭnuit. Acésta ar constitui *cea maĭ clasică și tipică graviditate extra-uterină ovarică.* In casul al doilea însă, când ruperea folicululuĭ nu se cicatriséză ci rĕmâne deschisă, atuncĭ fetusul trece în cavitatea abdominală; dar placenta rĕmâne aderentă cu țesutul ovaric. Acésta formézĕ a doua varietate de graviditate extra-uterină ovarică, numită *ovaro-abdominală.*

Graviditate extra-uterină abdominală. Iată încă o chestiune tot așa de importantă și discutată ca și cea ovarică. Aci însă lucrul e și maĭ greŭ de susținut. In adevĕr, ar trebui să admitem presența ovululuĭ în peritoneŭ și sosirea spermatozoiduluĭ în acéstă cavitate pentru a'l feconda; lucrul e aprópe imposibil. Pe de altă parte, presupunînd chiar o asemenea cădere a ovululuĭ, dînsul însă imediat ar dispare, grație colosaleĭ puterĭ absorbante a peritoneuluĭ.

Cu tóte acestea, s'aŭ citat casurĭ de asemenea graviditățĭ, în carĭ spermatozoidul ar fi străbătut nu atât prin orificiul abdominal al trompeĭ, cât chiar printr'o cicatrice a uteruluĭ, resultată dintr'o operațiune cesariană. Prin acéstă cicatrice spermatozoidul eșind, a fecondat ovulul și a format ast-fel o graviditate extra-uterină abdominală primitivă.

Toțĭ autorĭĭ însă sunt de acord, că aceste graviditățĭ tot-d'auna sunt secundare. Ele provin; fie din ieșirea embrionuluĭ printr'o rupere a păreților trompeĭ, fie din expulsiunea sa prin orificiul abdominal al acestuĭ organ, fie că ovulul fecondat în ovar a căḑut în peritoneŭ, saŭ chiar prin perforațiunea foițeĭ posterióre a ligamentuluĭ larg — când graviditatea a fost primitiv extra-peritoneală. In tóte aceste casurĭ, dacă circumstanțele aŭ fost favorabile, embrionul s'a putut desvolta, grație diferitelor aderențe ce el a fost capabil a contracta, cu peritoneul, intestinele orĭ alte organe circumvecine, asigurându'șĭ ast-fel desvoltarea ulterióră.

După ce am trecut în revistă graviditățile extra-uterine ovarice și peritoneale, ne rĕmâne a ne opri asupra gravidităților ovidictuluĭ saŭ propriŭ ḑis ale trompeĭ. Acésta de sigur e cea maĭ comună și maĭ importantă.

Graviditatea extra-uterină tubară. Este unica varietate ne contestată. Maĭ comună la drépta după Martin; la stânga după Munde. Une-orĭ póte fi și bilaterală. Casurĭ escepționale de desvoltarea a doĭ feți în aceeași trompă, nu se citézĕ de cât de Stricker, Coc și câți-va alțĭ autorĭ. S'a maĭ observat iarăși ca raritate, casul unde după extirparea uneĭ graviditățĭ dintr'o trompă, s'a produs

după un timp óre-care o altă graviditate tot extra-uterină în trompa opusă.

Noĭ am întâlnit un asemenea caz fórte frumos, la o femee Matilda Vetula. Dînsa operată în 1897 pentru o graviditate extra-uterină — și ne extirpându-ĭ de cât anexele bolnave — a revenit în 1898 cu o altă graviditate în partea opusă. (Vedĭ observațiile la tratament).

Avem treĭ varietățĭ de graviditate tubară, după punctele unde se desvoltă oul fecondat.

I. Când fenomenul se produce în extremitatea internă a trompeĭ, către cornul uterin, pórtă numele de *graviditate tubo-uterină* saŭ *interstițială*, din causă că în porțiunea cea maĭ internă a acesteĭ regiunĭ a trompeĭ, se află încă țesut uterin.

II. Când graviditatea se desvoltă în porțiunea externă a trompeĭ, pórtă numele de *sarcină tubo-abdominală*.

In fine al III-lea. Când partea medie a trompeĭ este sediul acestuĭ fenomen, se numesce graviditate *tubară propriŭ dișă*. Aci avem alte douĕ sub varietățĭ, după cum desvoltarea ouluĭ fecondat se face în dreptul aceleĭ micĭ strîmtorĭ numită istm, saŭ în partea dilatată a trompeĭ numită ampulă. In casul întâiŭ sarcina se numesce *tubară propriŭ dișă istmică*, iar în casul al doilea, *tubară propriŭ dișă ampulară*. In. fig. 139 se vede aceste varietățĭ de sarcină extra-uterină.

Dar tot în acéstă clasă maĭ putem observa și o altă varietate saŭ specie cu totul diferită.

Se întâmplă că oul în desvoltarea luĭ, în loc de a căuta să facă irupțiune în cavitatea abdominală, fie rupând părețiĭ trompeĭ, saŭ ieșind prin orificiul pavilionuluĭ trompeĭ, el reusesce a deslipi cele douĕ foĭ ale ligamentuluĭ larg aflat la fața inferióră a conductuluĭ trompeĭ și numit mezo-salpinx. Atuncĭ oul vine de se așéză în partea de jos a pelvisuluĭ — la baza ligamentelor largĭ. Forma acésta pórtă numele de graviditate *intra-ligamentară*, *extra-peritoneală*, saŭ *graviditate sub peritoneală secundară*.

In fine, de și rar s'a observat însă graviditate extra-uterină chiar în casurĭ de viciurĭ de conformație ale uteruluĭ; când unul din córnele sale nereunindu-se în mod complect cu cel din partea opusă, rĕmâne maĭ atrofiat. Acésta formézĕ *graviditate extra-uterină în cornul uterin rudimentar*.

Evoluțiunea. Odată sarcina extra-uterină efectuată, evoluțiunea sa diferă după anume circumstanțe. In casurĭ de graviditate tubară — care de alt-fel e și maĭ frequentă și se ia ca tip de des-

cripțiune — treĭ lucruri se pot produce. O cantitate de sânge maĭ mult saŭ maĭ puțin abondentă se revarsă între păretele trompeĭ și membranele ouluĭ; acésta constitue un emato-salpinx obicĭnuit. Dînsul, dacă prin volumul sĕŭ nu rupe părețiĭ trompeĭ pentru a da nascere unuĭ ematocel, rĕmâne închis în conductul oviductuluĭ; cu timpul și ajutat fiind de îngrijirĭ apropriate, el se póte resorbi. Acéstă ne represintă un mod de vindecare spontanată a sarcineĭ extra-uterine.

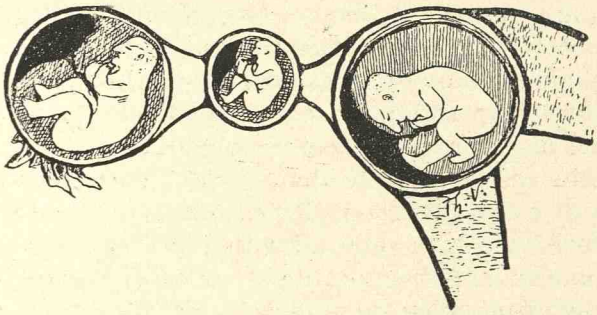


Fig. 139.

Schema representând câte treĭ varietățĭ de sarciuă extra-uterină tubară (personală).

In alte casurĭ, oul încă fórte tĭnĕr póte fi expulsat, — fie în uter saŭ cavitatea abdominală — prin orificiile corespondente, dacă bine înțeles aŭ rĕmas libere. Acésta constitue *avortul tubar*, *tubo-uterin*, saŭ *tubo-abdominal*.

Fenomenul producându-se în perióda inițială a sarcineĭ, ambele aceste avorturĭ trec nebăgate în sémă: ele nu sunt însoțite de fenomene alarmante. In adevĕr, în casurĭ de avort tubo-uterin, femeea observă o scurgere maĭ abondentă de sânge, însoțită de expulsiune de coagulĭ și fragmente de membrane formate din caducă, dar nu li se dă o importanță mare. Tot acelașĭ lucru se întâmplă și în casurĭ de avort tubo-abdominal; aci fenomenul se însoțesce cel mult de semne ușóre ale unuĭ ematocel. Dar și aci, în majoritatea casurilor acéstă expulsiune a fetuluĭ în peritoneŭ se resórbe, fără să producă nicĭ un sgomot.

Nu trebue însă să uităm, că mai cu deosebire în acéstă din urmă varietate de avort tubo-peritoneal, oul în loc de a se atrofia, el e capabil să se lipéscă fie de membrana peritoneală, de epiploon, de ansele intestinale saŭ orĭ ce alt organ din prejur. Dar prin acésta el îșĭ crează o placentă pentru a-l hrăni, și se pune decĭ în condițiuni favorabile de desvoltare. Posibil este că dînsul să mérgă înainte atingând termenul de viabilitate. Acésta forméză ceea ce se numesce *sarcină extra-uterină secundară.*

Dar nu tot-d'a-una avem a face cu nisce asemenea avorturĭ. Ele în definitiv după cum am vĕdut — în afară de sarcina secundară — sunt accidente blânde. Casurĭ mult maĭ grave însă se pot întâmpla. In adevĕr, este posibil ca oul fecondant și oprit într'unul din punctele oviductuluĭ saŭ chiar al ovaruluĭ, precum și al unuĭ corn uterin rudimentar, să nu fie expulsat în mod precoce, ci să i se permită crescerea până la un anumit termen. S'a stabilit în acéstă privință douĕ perióde: una când oul se desvoltă până la a treia lună, și alta escepțională până la a cincea lună, dar fără ca părețiĭ organuluĭ în care el e coprins să cedeze. De obiceiŭ însă trompa, fie după teoria veche — prin faptul distensiuneĭ păreților de liquidul amniotic; fie — dupĕ teoria modernă — prin faptul atrofieĭ unuĭ punct al păreților sĕĭ, determinată de infiltrare și mersul progresiv al vilosităților coriale — dînsa cedéză și prin urmare se rupe.

Dacă acéstă ruptură se face înainte de treĭ lunĭ, dînsa pórtă numele de *ruptură primitivă.* Dacă însă ruptura se efectuéză dupĕ 3 lunĭ, și a fortiori după a 5-a lună, când nu maĭ e vorba de embrion ci de un fet viabil, atuncĭ ruptura se *numesce secundară.* Dar și într'un cas și în altul consecințele sunt escesiv de grave; fenomenul se însoțesce de emoragiĭ interne considerabile. Dacă nu reușim a le trata printr'o intervențiune energică și desesperată, ele aduc instantaneŭ mórtea bolnaveĭ.

Simptomele și diagnosticul. Este fórte rar ca o sarcină extrauterină să îmbrace caracterele uneĭ sarcinĭ reale. Este adevĕrat că une-orĭ oprirea menstruelor, aparițiunea fenomenelor simpatice ca grétă, vĕrsăturĭ, turgescența mamelelor, precum și desvoltarea de gusturĭ extra-ordinare și bizare, fac să crează atât medicul cât și bolnava, că ar fi vorba de o sarcină normală. In imensa majoritate a casurilor însă lucrurile nu se petrec ast-fel. Afecțiunea se anunță prin fenomene alarmante și semne particulare cu totul streine uneĭ sarcinĭ normale.

Simptomele se apropie fórte mult și se confundă chiar cu acelea ale uneĭ pelvi-peritonite, anexită unică dublă.

Menstruele de și la începutul bóleĭ sunt oprite, în luna viitóre însă ele apar, fie într'o cantitate maĭ mică, saŭ chiar mult maĭ abondente. Fórte adesea, concomitent cu scurgerea menstruală, apar expulsiunĭ de filamente și chiar bucățĭ membranóse constituite din caducă.

Dar tot în acest timp, alte fenomene de o gravitate mult maĭ mare se observă. Ele sunt datorite rupturilor primitive, în totul analóge cu ale ematocelului moderat, saŭ a unor adevĕrate emoragiĭ interne.

Făcând examenul simplu și combinat, constatăm de obiceiŭ semnele anexitelor saŭ ematocelului. Vom găsi decĭ tumora în unul din fundurile de sac vaginale. Maĭ adesea în cel lateral stâng de cât în cavitatea luĭ Douglas. Dar orĭ-cum ar fi, ne este posibil a ne convinge că uterul e independent de acéstă tumoră, fie prin existența unuĭ șanț de separațiune când sarcina e laterală, fie prin respingerea luĭ înainte, în casul de groșeță retrouterină. Un semn, dacă nu patognomonic cel puțin de mare valóre, este crescerea de volum a uteruluĭ precum și participarea gâtuluĭ sĕŭ de a intra într'o stare de ramolițiune, întocmaĭ ca și într'o sarcină normală. Acest ultim fapt e cu totul negativ în metrite și salpingo-ovarite.

Cam acestea sunt în scurt semnele și simptomele sarcineĭ extra-uterine până la a treia lună. Dincolo de acest termen, vom constata o umflare a pântecelui, maĭ mult laterală de cât mediană. Acéstă tumefacțiune din ḑi în ḑi devine maĭ durerósă; ea se însoțesce de fenomene de compresiune din partea organelor vecine ca băşică, intestine, rect, precum și iritațiunĭ peritoneale. Prin palpitație și examenul combinat, vom descoperi părțĭ fetale. Ele cu atât vor fi maĭ manifeste, cu cât fetul se va afla în cavitatea peritoneală. In casul de a fi în canalul oviductuluĭ, percepțiunea e maĭ puțin clară. Dacă fetul e viabil, vom simți mișcările clasice precum și balotamentul. Urechea saŭ stetoscopul ne vor face să simțim suflul placentar precum și bătăile corduluĭ. Din când în când femeea — aci coprinsă de durerĭ marĭ, aci liniștită, — de o dată exprimă în mod brusc nisce contracțiunĭ caracteristice ca și cele de facere; ele însă se numesc *muncĭ falşe*. Dacă fetul se găsesce închis în trompă și se produce o ruptură secundară, fenomenele cele maĭ dramatice și cataclismice pot să apară în mod brusc. Ele pot să omóre femeea ca și un trăsnet. In casul însă

când primitiv s'a efectuat un avort primar, iar oul căzut în peritoneŭ s'a desvoltat și a produs o sarcină secundară, atunci femeea póte să pórte fetul până dincolo de 5 luni; une-orĭ merge chiar până la a 7-a și a 8-a lună. Cu atât maĭ mult însă ea rĕmâne sub iminența unuĭ desastru.

Prognosticul. Inutil a arăta gravitatea acesteĭ afecțiunĭ. Speranța într'o închistare, saŭ calcificarea fetuluĭ (litopedion) fără a avea un rĕsunet vătămător asupra organismuluĭ, este e simplă iluziune. Restul urmărilor uneĭ sarcine extra-uterine considerate ca benigne, sunt aceleaș ca și unuĭ ematocel. Decĭ ne putem aștepta la ieșirea fetuluĭ prin orĭ-ce organ posibil, ca vagin, rect, părețiĭ abdominalĭ, etc.

Dar chiar și în acest caz, prognosticul e mult maĭ defavorabil ca într'un ematocel: ieșirea fetuluĭ nu scutesce pe bolnavă de la pericolele infecțiuneĭ pungeĭ și maĭ ales a emoragiilor fulgerătóre, placenta neputându-se expulsa. Ast-fel fiind, sarcina extra-uterină trebue considerată, precum cu drept cuvînt a susținut Werth, ca o tumoră malignă.

Tratamentul. Incontestabil există un tratament medical al graviditățeĭ extra-uterine, maĭ ales în primele luni și când tóte fenomenele se concentréză în durerĭ, fără rupere saŭ emoragie.

In casul acesta, repausul absolut, antiflogisticele locale, dar maĭ ales narcoticele la interior, — în special injecțiile cu morfină — sunt de mare folos.

Imediat însă când suntem convinșĭ de existența uneĭ sarcinĭ extra-uterine, și repedele sĕŭ progres, putem fără nicĭ un inconvenient să recurgem d'a dreptul la operațiunea radicală.

In imensa majoritate a casurilor, calea abdominală adică laparatomia, trebue considerată ca metóda de elecțiune, fiind cea maĭ sigură și inofensivă.

Technica nu se deosibesce întru nimic de aceea făcută contra anexitelor. Odată decĭ peritoneul deschis, vom procede, — bine înțeles cu multă prudență — la deslipirea trompeĭ, separându-o de organele cu carĭ se află în conexiune. După acésta scoțându-o din plagă, o vom extirpa ca pe orĭ-ce anexită kistică, aplicând prealabil un fir dublu în dreptul cornuluĭ uterin. Singura grije ce vom avea, este a căuta din tóte puterile să nu spargem kistul în timpul manoperilor nóstre; acésta ar da nascere uneĭ emoragiĭ extra-ordinare și putând pune viața bolnaveĭ în pericol.

In casul când incidentul s'a produs, vom fi fórte energicĭ

și repedĭ în manipulărĭ, aplicând pense fixe lungĭ și tamponare seriósă. Pentru a fi siguri contra orĭ-căreĭ eventualităţĭ, și pentru a avea câmpul operator cât se póte de liber, bolnava de la început va fi pusă în plan inclinat — posiţiunea luĭ Trendelemburg. Prin acésta, masa intestinală nu plutește în micul basin; ea este respinsă către diafragm.

De sigur, nu e cu putinţă a descri tóte detaliile operatorii, nicĭ a prevedea tóte incidentele și complicaţiunile. Experienţa chirurgului, dexteritatea și sagacitatea spiritului sĕŭ, sunt singurii factorĭ ce pot lupta cu succes contra orĭ-căreĭ împrejurărĭ.

Noĭ, conform metódeĭ și principiuluĭ ce am arătat, am folosit mult de spălăturile peritoneuluĭ cu sublimat, precum și de tamponarea cavităţeĭ peritoneale, în casurĭ când operaţia a fost însoţită de complicaţiunĭ neprevĕdute.

Nu trebue însă stabilit în mod absolut, că orĭ-ce sarcină extra-uterină trebue tratată prin laparatomie. Indoială nu încape, că dacă sarcina se găsesce în grosimea ligamentelor largĭ — formând varietatea sub-peritoneală — și dacă tumora face o proeminenţă vădită în fundul de sac vaginal, nu este nicĭ un inconvenient a o ataca prin acéstă cale. Prin urmare vom lucra ca și cum ne-am afla în faţa unuĭ ematocel retro-uterin. Decĭ o incisiune largă a funduluĭ de sac posterior, ne va permite a da liberă ieșire liquiduluĭ și chiar fetuluĭ. In modul acesta am intervenit de treĭ orĭ cu deplin succes.

Un lucru trebue să avem bine fixat în spiritul nostru: să nu fim tentaţĭ ca după incisiune să manipulăm prea mult cu mâna în interiorul kistuluĭ; maĭ ales să ne abţinem a căuta ca prin ruperĭ și smulgerĭ să scótem părţĭ fetale saŭ placenta. Acésta este o metódă detestabilă; ea póte fi urmată de consecinţele cele maĭ funeste pentru bolnavă: putem intra în cavitatea peritoneală saŭ să provocăm emoragiĭ mortale. Să ne mulţumim decĭ într'o simplă incisiune largă și suficientă, pentru a permite libera ieșire a conţinutuluĭ kistuluĭ. Luând precauţiunĭ antisiptice riguróse și practicând o simplă tamponare a buzunaruluĭ, vom lăsa lucrurile la mersul lor natural; în majoritatea cazurilor nu vom avea nimic de regretat.

Dar dacă circumstanţele n'aŭ fost favorabile pentru ca operaţiunea să se facă prin vagin, ci am întreprins laparatomia, încă nu trebue a ne desespera, dacă vom constata că sarcina extra-uterină în loc de a fi tubară este intra-ligamentară. Și în acest cas noĭ încă putem triumfa, comportându-ne ca și cum ar fi vorba

de un kist saŭ fibrom inclus în grosimea ligamentelor largĭ. Vom practica decĭ o incisiune asupra seróseĭ, alegând porțiunea cea maĭ puțin vasculară. După acésta cu ușóre manipulărĭ, vom proceda la decorticare și extirpare.

Pentru a termina cu laparatomiile contra sarcinelor tubare, trebue a rĕspunde la o chestiune. Este bine saŭ nu a ne mărgini numaĭ în ridicarea trompeĭ bolnave, lăsând pe cea din partea opusă în loc, saŭ a le ridica pe ambele de o dată pentru a nu expune femeea la o nouă sarcină tubară? Afacerea depinde de maĭ multe circumstanțe. Nu încape îndoială; în principiŭ, noĭ trebue să avem în vedere a lupta maĭ întâiŭ contra bóleĭ pentru care am intreprins operația; cel puțin acésta este conduita nóstră. Prin urmare, dacă operațiunea a fost ușóră, fără complicațiunĭ și s'a terminat repede, putem fără nicĭ un inconvenient să trecem la anexele opuse pentru a le cerceta. Dacă prin examenul făcut constatăm că sunt sănătóse, nu este nicĭ un motiv a le ridica. S'aŭ citat casurĭ de femeĭ, carĭ lăsate cu anexele dintr'o parte, aŭ avut una saŭ maĭ multe sarcine normale. In casul când aceste anexe vor fi evident bolnave, e mult maĭ prudent a le ridica, pe de o parte că numaĭ folosesc la nimic, iar pe de alta că femeea póte fi expusă la o nouĕ sarcină extra-uterină.

Când însă operațiunea a durat mult și abia suntem mulțumiți că ne am îndeplinit misiunea ridicând partea bolnavă, socotesc cu totul de prisos a trece în partea opusă pentru a ne angaja la o nouă operațiune, al cărui sfârșit nu-l putem prevedea. Și cu atât maĭ mult ne vom abține de la acest lucru, cu cât după cum am spus, mulțĭ chirurgĭ, cu tot dinadinsul lasă anexele opuse în locul lor.

Cu tóte acestea, noĭ am avut un cas cu totul clasic asupra uneĭ femeĭ numită Matilda Vetula, a cărui observație se va vedea maĭ la vale. Acéstă femee vine în serviciul nostru în 1897 cu o sarcină extra-uterină abdominală, complicată de emoragie internă. I-am făcut laparatomia scoțându-ĭ fetul și ridicându-ĭ anexele bolnave. Anexele din partea opusă le-am lăsat în loc. Anul următor dînsa revine în serviciŭ cu o nouă sarcină extra-uterină, pentru care-ĭ fac o a douĕ laparatomie.

Vedem decĭ că nu putem avea o conduită precisă în acéstă privință, căcĭ dacă unele femeĭ pot avea o sarcină normală cu anexele opuse neridicate, altele rĕmân expuse la o nouă sarcină extra-uterină, ceea ce de sigur nu e de loc de dorit. De aceea

în mai multe casuri am extirpat nu numai ambele anexe, dar une-ori și însuși uterul, practicând isterectomia abdominală totală, numită de noi *ginectomie*.

Tratamentul chirurgical al sarcinelor tubare după 5 luni. Chestiunea cea mai principală ce s'a pus este: dacă copilul se găsesce viu și se află în a 8—9 lună, saŭ chiar în a 7 lună, trebue să intervenim imediat, făcând laparatomia precoce, pentru a scăpa și pe mamă și pe copil? Răspunsul nu se póte da în mod definitiv. Unii bazându-se că mai prețiósă este viața mameĭ de cât a copiluluĭ — care din causa relelor condițiuni în care s'a găsit, precum și a diformităților sale, nu are nici o șansă de a trăi — refusă intervențiunea primitivă, ci aștéptă mórtea copiluluĭ. Atunci emoragia placentară ne mai fiind de temut, eĭ fac laparatomia după mórtea copiluluĭ, fiind mai siguri de a scăpa cel puțin pe mamă Ba încă, acéstă intervențiune nu se face nici chiar după mórtea recentă a fetuluĭ; unii aștéptă 2—3 luni, până când obliterațiunea vaselor e mai sigură. Unii merg și mai departe și propun, că dacă nici un fenomen alarmant nu se manifestă, să lăsăm lucrurile în pace, dat fiind posibilitatea atrofieĭ, a încrustăreĭ calcare a fetuluĭ, care în acéstă stare póte indefinit să fie tolerat de organism. In casul cel mai rĕŭ, kistul fetal póte să supureze și să iasă fie prin rect, vagin, pereții abdominali saŭ alte organe, în mod spontanat și fără prejudiții pentru bolnavă.

Partisanii intervențiuneĭ primitive, susțin că trebue să venim în ajutorul copiluluĭ, dându-se mai multe casuri autentice de scăparea vieței și a mameĭ și a fetuluĭ. Teama de emoragie, ḑic dînșii, e mai puțin periculósă pentru mamă, de cât aștéptarea morțeĭ fetuluĭ și a fortiori a supurațiuneĭ kistuluĭ. Atunci fiind constrânși a interveni, vom fi siliți a lucra într'un mediŭ septic; dar cu acésta, după ce am preferat mórtea copiluluĭ n'am putut scăpa nici pe mamă. Prin urmare intervenind în mod precoce saŭ primitiv, chiar dacă am presupune că fetul nu va fi viabil, totuși rĕmâne pentru mamă mai multe șanse de scăpare, de cât în casul când ea ar fi supusă la o intervențiune secundară, adică după mórtea precoce saŭ tardivă a copiluluĭ.

După cum vedem, e fórte greŭ a ne alipi în mod absolut de o partidă saŭ alta. Inclinațiunea nóstră e mai mult pentru intervențiunea primitivă. O laparatomie bine dirijată, e posibil și chiar probabil, că dacă nu scăpăm doue ființe, cu multă siguranță însă vom salva mama.

Suntem iarăși contra espectativeĭ după mórtea copiluluĭ; și

nu găsim o justificare suficientă și nicĭ beneficiĭ reale pentru mamă, în a aștepta închistarea fetuluĭ saŭ diferitele sale transformărĭ. Dar maĭ cu deosebire suntem contra, când supurațiunea kistuluĭ este evidentă. Nu înțelegem de ce ne am teme a interveni contra unuĭ kist fetal supurat, când nisce asemenea scrupule nu ni le punem înainte, deschizând abdomenul pentru supurațiunĭ mult maĭ difuze. Nu este o practică chirurgicală modernă a sta cu mâinele încrucișate și a aștepta eliminațiunea spontanată și în fragmente a fetuluĭ, fie prin vagin, rect, băsică etc. Și de ce ar fi maĭ de preferat producerea de fistule interminabile, capabile de tóte accidentele septicemice, în locul uneĭ simple incisiunĭ de laparatomie ?

Pentru a termina cu tratamentul sarcinelor tubare, ne rĕmâne a vorbi de următórele douĕ eventualităților. O dată laparatomia făcută, ce conduită trebue să avem în fața placenteĭ, când se găsesce cu largĭ aderențe de peritoneŭ, intestine saŭ alte organe? Noĭ în tóte casurile ce am avut a trata, nu am esitat cătușĭ de puțin a deslipi în totalitatea eĭ placenta, precum și sacul kistuluĭ, scoțându-l în întregime saŭ în bucățĭ afară din abdomen. Suntem decĭ partisanĭ aĭ metódeĭ radicale instituită de Litzmann. In observațiile ce vom descri, se vor vedea aceste casurĭ carĭ tóte ne-aŭ reușit.

Atuncĭ însă când credem că aderențele kistuluĭ sunt prea întinse și solide, așa în cât trec peste puterile nóstre, se preferă ceea-ce se face pentru kiștiĭ ovaricĭ și abcesele ficatuluĭ, adică interpunem între tumoră și peritoneŭ gaz iodoformat, pe care-l lăsăm în loc 28—48 ore, în scopul de a se produce aderențe parietale. După acésta deschidem sacul, îl golim, îl antiseptisăm și lăsăm ca vindecarea să se obție prin eliminațiunea treptată a placenteĭ și retracțiunea ulterióră a saculuĭ.

Putem de asemenea, dacă circumstanțele ne permit, ca o dată peritoneul deschis, să fixăm păretele saculuĭ de abdomen printr'o colónă de suturĭ. După acésta imediat deschidem sacul, golim conținutul, scótem fetul, secționăm ombilicul între douĕ legăturĭ, și iarăși lăsăm expulsiunea spontanată și tardivă a placenteĭ. Acésta constitue marsupialisarea.

Dăm aci câte-va observațiunĭ de sarcine extra-uterine, ce am avut ocasiunea a trata în spital. Ele ne arată, pe de o parte diferitele varietățĭ cu carĭ am avut afface, iar pe de alta modul nostru de a lucra, precum și diferitele incidente ce se pot întâlni și carĭ nu sunt de un maĭ puțin interes practic.

Observaţia I

Sarcină extra-uterină abdominală.

Leanca Brica, 40 ani. Menstruată la 18 ani când s'a și măritat. Menstruĭ dureróse, abondente, durata 3 ḑile. A făcut 7 copiĭ, trăesc toţĭ. Ultima facere acum 4 ani.

Istoricul bóleĭ. In ḑiua de 16 Aprilie 97, fiind la munca câm-



Fig. 140. Sarcină extra-uterină abdominală (personală).

puluĭ, bolnava e apucată de durerĭ marĭ în regiunea lombară, epigastrică și abdomen, grétă, leșinurĭ repetate și vărsăturĭ verzuĭ. O femee din sat, în primele 2 ḑile, i-a făcut masaj pe pântece; acésta i-a agravat bóla. Apare prin vagin o scurgere sanguină.

La intrarea în spital 12 Iunie, constatăm o tumoră până la un

deget de desubtul ombiliculuĭ; ea ocupă maĭ ales partea stângă, unde umple aprópe tótă fosa iliacă; în drépta regiunea e liberă. Nu avem nicĭ o sensaţie de fluctuaţie: tumora pare împăstată, regulată, dar fórte sensibilă. Prin tact găsim colul sclerosat, mic, orificiul rupt, deviat la stânga, corpul la drépta. Intre tumoră şi uter se constată un sghiab de separaţiune. Fundul de sac vaginal stâng plin.

16 Iunie 1897. Laparatomie. Dîndu-se de tumoră, am fost un moment în esitaţiune şi confusie, apreciind grosimea părepilor, difusiunea şi aspectul sarcomatos. Se face o punctie cu siringa veterinară, se scóte numaĭ sânge arterial fără urme de coagulĭ. Avênd convingerea uneĭ graviditătĭ extra-uterine, mărim incisia în sus şi procedăm repede la deslipirea placenteĭ. In mijlocul uneĭ emoragiĭ fórte abondente şi a unor coagulĭ numeroşĭ, se introduce repede mâna în pungă, din care în momentul golireĭ se scóte cea maĭ mare parte din placentă, împreună cu fetul şi cordonul ombilical. Se tamponéză bine buzunarul pungeĭ, şi se pune maĭ multe pense emostatice în diferite puncte. Se ridică masa în plan inclinat, se protejéză bine intestinele, se inspectéză câmpul operator, şi se curăţă prin spălăturĭ largĭ cu sublimat. Resturile de placentă fiind marĭ, se hotărâse marsupialisarea; în urmă însă se procede cu multă precauţiune a se deslipi placenta de mesocolon şi cele-l'alte anse intestinale. In fundul basinuluĭ se dă de o tumoră kistică (anexe). După ce se rup tóte aderenţele, se aplică o pensă, se pune o legătură dublă la bază şi se excizéză. Din noŭ spălăturĭ cu sublimat; toaleta. Uterul puţin mărit de volum. Anexele din drépta aŭ fost lăsate în loc. Se aplică maĭ multe fire de mătase pe diferitele franje epiploice şi resturĭ de aderenţe. Se închide abdomenul în douĕ etaje, fie-care cu 12 puncte de mătase.

Examenul pieseĭ. Greutatea tumoreĭ 440 grame, afară de numeroşĭ coagulĭ ce s'aŭ scos în timpul operaţieĭ. Grosul placenteĭ format din maĭ mulţĭ cotiledonĭ, fetul de sex masculin e în conexiune cu placenta printr'un lung cordon ast-fel precum se vede în fig. 140.

La drépta există o altă porţiune din placentă amestecată cu epiploon, avênd întinderea uneĭ palme. Maĭ jos tumora kistică de mărimea unuĭ măr.

Operaţia a durat o oră. Cloroform Schering 10 grame.

17 Iunie nicĭ un fenomen îngrijitor.

24 Iunie se desface pansamentul, reunire per primam.

In acest interval de la 19 iunie, bolnava a avut o ascensiune termică de 38°, câte-va vărsăturĭ şi uşóră stomatită.

3 Iulie bolnava simţind durerĭ, se desface pansamentul, se constată un punct supurat, se deschide şi se dă peste un fir profund ce se ridică.

La 10 August se scóte un alt fir.

La 21 August bolnava iese din serviciŭ cu durerile anterióre operaţieĭ complect dispărute. In stânga se simte o induraţiune limitată, dar ne durerósă şi fără conexiune cu uterul. Fosele

(adîncăturile, scobiturile) iliace libere, uterul mobil, nedureros; fundurile de sac vaginale absolut libere și nedureróse. Fisturleta abdominală persistă, dar fără a produce nicĭ o supărare.

Observaţia II.

Dublă sarcină extra-uterină succesivă. Prima în 1897 cu varietatea tubară dréptă; secunda în 1898 varietatea abdominală.

Matilda Vetula, 30 anĭ. Menstruată la 18 anĭ, neregulat, durata 4—5 ḑile cu durerĭ, n'a avut copiĭ. Intră în serviciŭ cu metroragiĭ abondente ce duréză de 3 sĕptămânĭ. Inaintea acestora, dînsa spune că de o lună și jumĕtate n'a avut menstruŭ.

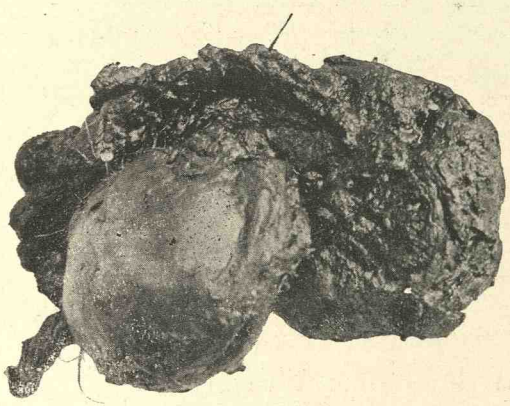


Fig. 141. Sarcină tubară; embrion kistic cu placentă (personală).

Ea e coprinsă de durerĭ extra-ordinare; acestea, împreună cu metroragia însoțită și de pierderĭ de bucăți membranóse, o decide a intra în spital. Constatăm: gâtul uteruluĭ intredeschis și ramolit în porțiunea vaginală. Corpul puțin mărit, deviat spre stânga și înainte. In drépta se simte o tumoră neregulată, ea e durerósă și se întinde înapoiul uteruluĭ; perceptibilă prin examenul simplu și combinat. Vaginul plin cu coagulĭ sanghinĭ și membrane gróse, cu aspect de caducă. Cavitatea uteruluĭ $7^1/_2$ c. m. Mamelele desvoltate, mamelonul pigmentat, tuberculele luĭ Mongomery pronunțate; prin presiune apare colostrul. Decubit sacral.

29 Iulie 1897 se face raclaj. Până la 7 August fenomenele aŭ mers crescênd; în special bolnava pierde mereŭ coagulĭ sanguinĭ. Starea de slăbiciune fiind mare, în maĭ multe rânduri s'aŭ făcut injecție cu ser, cafeină, etc.

La 7 August. Există o tumoră tare, durerósă, situată pe linia mediană până la egală distanță între pubis și ombilic. Ea e mai pronunțată în drépta, unde ocupă tótă fosa iliacă; cea stângă e liberă.

7 August. Laparatomie. Se dă peste o placă sidefie, care se impunea drept peritoneŭ; explorându-se însă, se produce emoragie și se descopere un țesut quasi sarcomatos. Crezându-ne în fața uneĭ pungĭ kistice, continuăm secțiunile cu bisturiul, dar în zadar; lucrurile devin confuse. Atunci străbatem cu degetul maĭ adânc, când imediat se scurge o cantitate enormă de sânge negru coagulat. Repede introducem mâna pentru a goli punga; de o-dată intestinele ies afară, procedăm cu repediciune la golirea chiagurilor, scoțându-se peste 600 gr. Se dă de o masă mare fongósă, având caracterele placenteĭ, al căruĭ pedicul mergea la cornul uterin drept. Tot în acest timp se scóte din fundul luĭ Douglas o tumoră perfect rotundă cât un măr; el represintă embrionul kistic, înconjurat de jur împrejur de placentă, așa precum se vede în figura 141.

Se aplică o pensă în dreptul cornuluĭ uterin, apoĭ legăturĭ și ablațiune. Explorându-se ansele intestinale se găsesce pe o întindere de 8 c. m. o altă placă aderentă, ce se deslipesce.

Largĭ spălăturĭ cu sublimat, toaletă perfectă a peritoneuluĭ, închiderea abdomenuluĭ prin 12 puncte de sutură în treĭ etaje: peritoneale, musculo-aponevrotice și cutanate.

15 August se scot firele, reunire per primam în tótă întinderea.

25 August. Uterul puțin mobil, sensibil la presiune, deviat spre stânga, fundul de sac lateral stâng liber, în cel drept se simte o córdă fibrósă în conexiune cu uterul. Bolnava iese fórte mulțumită.

La 16 Iunie 1898, bolnava revine cu o nouĕ sarcină extra-uterină. Bolnava declară că după operație a fost fórte bine până acum o lună și jumĕtate, când n'a maĭ avut menstrue; de atunci durerile aŭ devenit marĭ și insuportabile. Actualmente dînsa e în prada celor maĭ teribile suferințe; pântecele e balonat și coprins de o tumoră ce se ridică până la ombilic. Temperatura 38^8.

1 Iulie 1898. Laparatomie. Se deschide abdomenul pe vechea cicatrice, când se scurge o mare cantitate de sânge venos; se descopere placenta. Emoragia a fost extra-ordinar de mare. Imediat se introduce mâna în abdomen; se apucă placenta ce avea grosimea policeluĭ și era înserată pe fóia parietală a peritoneuluĭ. In timpul explorăreĭ se dă peste o mică tumoră de mărimea uneĭ nucĭ și care de sigur era oul; se deslipesce și se extrage.

După ce se curață bine peritoneul, se procede la extirparea anexelor și a uteruluĭ în porțiunea supra-vaginală. Se aplică de la drépta la stânga maĭ multe fire sub-intrante de mătase. Se esciséză apoĭ cu fórfecele porțiunea supra-vaginală a uteruluĭ împreună cu anexele și placenta din stânga, precum se vede în fig. 142.

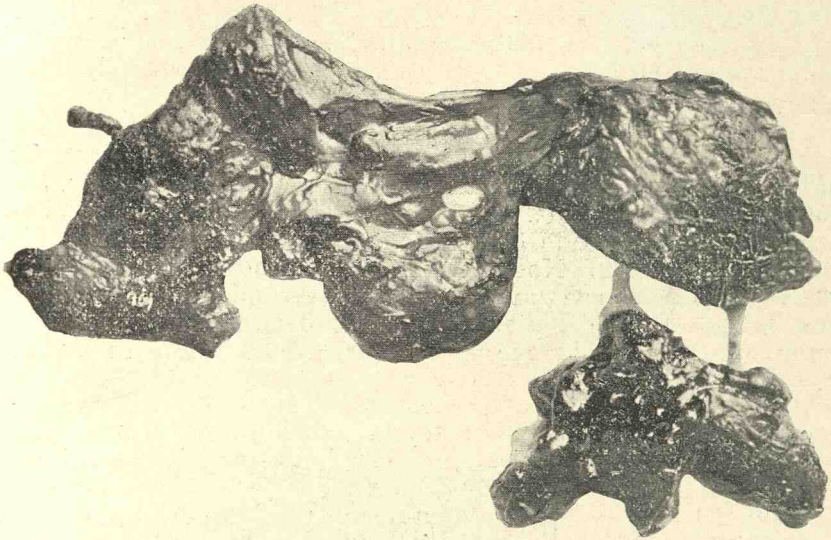


Fig. 142.

Sarcină extra-uterină abdominală. Histerectomie supra-vaginală a uterului împreună cu anexele și placenta (personală).

Se reduce bontul uteruluĭ și se acopere cu foile peritoneale prin 3 puncte Lambert. Se desfac ansele intestinale ce s'aŭ găsit lipite între ele, procedând cu multă precauțiune pentru a nu le rupte. Neputându-se însă ridica tóte plăcile și coaguliĭ aderenți de intestine, se lasă în abdomen 2 comprese fierte în sublimat, una învelind intestinele iar alta cavitatea luĭ Douglas, ast-fel precum se vede în figura 143. Compresa intestinală are $^{24}/_{8}$ c. m. iar cea din basin $^{73}/_{34}$ c. m. din care însă nu s'a introdus de cât $^{54}/_{34}$ c. m.

Lugimea incisieĭ 12 c. m. Greutatea tumoreĭ 640 gr.

Se inchide abdomenul prin 9 puncte musculo-aponevrotice și 8 cutanate. Operația a durat 1 oră și $^{1}/_{2}$. Cloroform Schering 16 gr. După pansament injecție cu ergotină și serum 650 gr.

4 Iulie se scóte prin tracțiunĭ ușóre compresa, din unghiul superior al plăgeĭ, ce învelea ansele intestinale. Se extrage apoĭ compresa cea mare, când iese o cantitate colosală de liquid sanguinolent fórte clar. Se fac spălaturĭ în abdomen cu sublimat până ce liquidul iese curat. Se introduce un mic tub de drenaj.

7 Iulie se desface pansamentul. Nu maĭ iese nimic; se scóte tubul. Pansamentul simplu. La 17 Iulie bolnava are ascensiune termică. Se constată puroiŭ ce iese prin plagă. Se fac spălaturĭ, se introduce din noŭ un tub de drenaj, prin care se trece un curent de creolină și acid fenic.

1 August bolnava iese complect vindecată din spital.

Observaţia III.

Sarcină extra-uterină tubară.

Mariţa Ionescu, 25 anĭ. Menstruată la 15 anĭ, regulată. La 16 anĭ se mărită. Imediat suferă de neregularităţĭ menstruale, facere prematură în a 8-a lună. Rĕmâne cu durerĭ. Părăsesce patul după a treia ḑi. Imediat cade bolnavă timp de 6 sĕptămânĭ.

Istoricul bóleĭ. 27 Noembrie 1897; emoragiĭ dureróse. La intrarea în spital constatăm abdomenul sensibil maĭ ales în fosa iliacă stângă. Col mic, uterul puţin mobil; în stânga se simte o tumoră pronunţată, durerósă, încolăcită înapoiul şi în jurul ute-

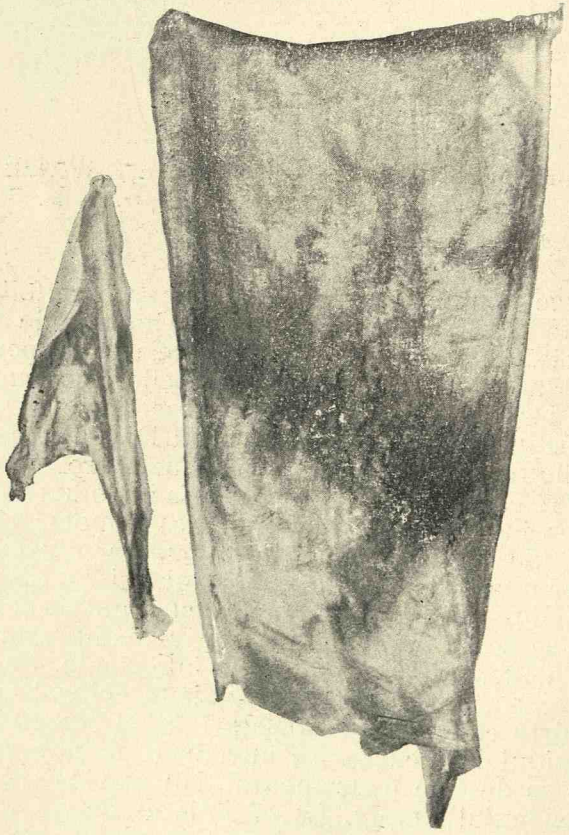


Fig. 143. Comprese introduse şi lăsate în cavitatea peritoneală timp de 4 ḑile. Cea din stânga, învălind o porţiune din intestine, a fost de $^{24}/_{8}$ cm. Cea din drépta introdusă în escavaţiunea basinuluĭ mĕsóră $^{73}/_{34}$ cm.

ruluĭ; are o consistență móle, puțin fluctuentă. In drépta se simte o altă tumoră împăstată și durerósă.

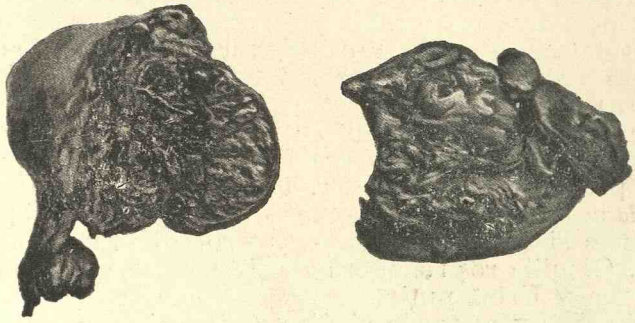


Fig. 144. Dublă anexectomie pentru sarcină extra-uterină (personală).

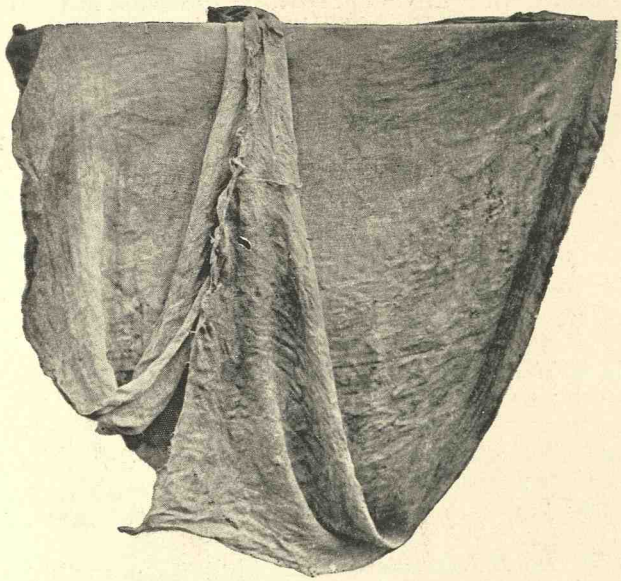


Fig. 145. Compresă intra-peritoneală avênd un colț ridicat în sus. Lungimea 65 cm. Lățime 36 cm. Extrasă după 8 ḑile (personală).

19 Ianuarie 1898. Laparatomie. Mare cantitate de sânge în peritoneŭ; aderențe întinse între intestinul gros și tumora anexială

din stânga. Se desfac aderențele, se găsesce în fundul de sac al basinului numerosĭ coagulĭ și emoragie arterio-venósă. Se golesce repede și se face toaleta. Se apucă fundul uteruluĭ cu o pensă cu dinți și se trage în plagă. Se secționéză tumora din stânga dupĕ aplicarea prealabilă de legăturĭ în dreptul cornuluĭ uterin.

Se ridică apoĭ maĭ multe plăcĭ placentare, rĕmâind în loc largĭ porțiunĭ aderente de rect. Se extirpéză și anexele din drépta, precum se vede în fig. 144. Fundul uteruluĭ se fixéză de abdomen cu un fir de mătase.

După toaleta peritoneuluĭ se introduce o largă compresă în basin ce se lasă în loc; ea are lungime de 65 c. m. și lărgime 36 c. m. precum se vede în fig. 145.

20 Ianuarie bolnava are scaune fórte violente, liquide și verzuĭ; tenesme și colicĭ abondente. Enteroragie. Limba tumefiată și durerósă. Gingiile roșiĭ sângerânde și deslipite, glandele sub maxilare tumefiate. Urină puțină.

22 Ianuarie vărsăturile și diareea încetéză.

23 Ianuarie stomatita persistă.

26 Ianuarie opt ḑile de la operație se desface pansamentul; se scóte compresa ce e uscată; reunirea obținută, afară de 2 puncte situate pe pubis. La scóterea compreseĭ iese din abdomen o cantitate enormă de serositate cu destritusurĭ ca răzuitura de lemn, dar fără puroiŭ. Se introduce 2 tuburĭ de drenaj. Spălăturĭ cu acid boric și creolină 5%. Nu se scot firele de sutură.

29 Ianuarie se scot firele și tuburile; totul e bine.

5 Martie 1898 bolnava părăsesce spitalul perfect mulțumită. Prin nicĭ o explorațiune nu determinăm durerĭ.

Observația IV.

Sarcină extra-uterină pavilionară.

Maria Cristescu, 25 anĭ. Menstruele la 14 anĭ, regulate. Măritată la 18 anĭ; a avut un copil, facere ușóră. Sunt 3 lunĭd e când nu maĭ are menstrue; are însă gréță și vărsăturĭ. Din causa durerilor marĭ ce o slăbise, intră în serviciŭ. Abdomen balonat, stare generală próstă; se face injecție cu 1000 grame serum. Tóte fundurile de sac vaginale proeminente, dureróse, maĭ ales cel posterior.

16 Iulie 1898. Laparatomia. Incisiunea se prelungesce în jos de simfisă. Apar 4 artere deschise; se penséză. Dificultate a intra în cavitatea peritoneală. Intr'un punct se face o înțepătură cu bisturiul prin care iese o enormă cantitate de sânge negru; se lărgesce incisiunea, când o nouĕ cantitate de emoragie apare. Momentul era suprem: nu se vedea nimic. Repede se introduce mâna în peritoneŭ, se constată în stânga o tumoră cât un pumn, se deslipesce repede; dînsa se rupe dar se aduce în

plagă. Se aplică diferite pense; largĭ spălăturĭ cu sublimat și tamponare. Se pune bolnava în plan inclinat; din noŭ spălăturĭ și aplicare de comprese. Se procede imediat la isterectomie supra-vaginală. Se apucă fundul uteruluĭ cu o pensă; se aplică 4 fire subintrante în dreptul istmuluĭ. Firele o dată strânse, se asigură emostasa din partea anexelor și a ligamentelor largĭ. Se ridică apoĭ uterul împreună cu anexele, precum se vede în fig. 146.

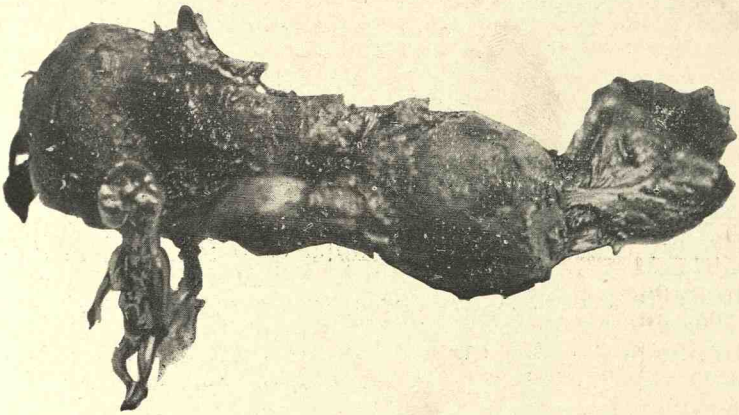


Fig. 146. Histerectomia abdominală totală supra-vaginală, pentru o sarcină extra-uterină în pavilionul trompeĭ, împreună cu fetul (personală).

Uterul era părețiĭ îngroșațĭ. Anexele din drépta sclerosate. Ovarul din stânga mărit de volum, iar trompa de mărimea unuĭ pumn, presintă o largă escavațiune pe unde a ieșit fetul.

Luând în considerație complicațiunile operatoriĭ, s'a lăsat în peritoneŭ o compresă fiartă în sublimat, acoperind întréga suprafață sângerândă. Prealabil însă s'a redus bontul uterin, acoperindu-se cu foile peritoneale, reconstituindu-se în acelașĭ timp și planșeul pelvien.

Se închide abdomenul prin 7 puncte peritoneale, 9 musculo-aponevrotice și 12 cutanate; tóte cu fire de mătase.

Imediat după operație s'a făcut injecție cu ergotină și 1000 grame ser artificial.

18 Iulie se dă purgativ salin și un gram de chinină.

20 Iulie se ridică pansamentul ce se găsesce uscat. Scoțându-se însă compresa abdominală, iese o cantitate considerabilă de un liquid sero-sanguinolent, însă de cea maĭ pură claritate. La urmă însă apare un liquid maĭ tulbure și floconos. Acest liquid examinat de d-l Rubin ne a respuns următórele: „Secreție purulentă din pansamentul peritoneal al bolnaveĭ No. 183 (Maria Cristescu) a cincea ḑi după operație din serviciul D-luĭ Dr. Kiriac.

Resultatul cercetărilor în preparate directe se vĕd mese considerabile de bacilĭ şi cocĭ în grupe, de cele maĭ multe orĭ intra celulare; însămânţările aŭ dat stafilocolul auriŭ, stafilocolul alb şi un bacil pseudo-difteric.“

Se face pansament simplu.

Se scot firele. Compresa extrasă din abdomen e representată în fig. 147.

23 Iulie. Se desface pansamentul, plaga perfect reunită.

1 August bolnava iese din spital cu totul mulţumită şi fără a se plânge absolul de nimic.

Observaţia V.

Sarcină extra-uterină tubară ampulară.

Maria Enescu, 36 anĭ. Menstruată la 16 anĭ fără durerĭ, cantitate mică, măritată la 18 anĭ, după care menstruele devin dureróse. Dupĕ 8 anĭ de la căsătorie rĕmâne însărcinată. Facere prematură în 7 lunĭ. A avut apoĭ treĭ avorturĭ. Sunt 2 anĭ de când bolnava sufere de durerĭ vagĭ în abdomen. Acum 6 sĕptămânĭ dînsa declară, că fiind îmbrăcată uşor pe un timp friguros, s'a simţit maĭ rĕŭ. Menstruele se opresc şése sĕptămânĭ. Bolnava se caută prin móşe şi diferite alte mijlóce ca să-ĭ revie periodul. Dînsa reuşesce şi vede ieşind din vagin sânge cu chiaguri. O móşă ĭĭ spune că a avortat. De atunci bóla se agravéză. La intrarea în spital constatăm pântecele dureros la presiune pe linia mediană şi fosele iliace. Gâtul uteruluĭ deschis lăsa liberă intrarea pulpeĭ degetuluĭ mic. Corpul uteruluĭ mărit de volum şi dureros. Ambele anexe mărite de volum şi fórte dureróse.

29 Martie 1899. Laparatomie. La deschiderea peritoneuluĭ se vede marĭ cantităţĭ de chiaguri şi sânge. Repede se introduce mâna; se descopere o tumoră în fosa iliacă dréptă acoperită însă de epiploon. Se deslipesce epiploonul şi o ansă intestinală. Se introduce mâna în fundul basinuluĭ, de unde se scot o mulţime de coagulĭ. Confusiunea devine mare; cu tóte acestea se reuşesce a se aduce în plagă o tumoră cât un oŭ mare; era trompa umflată şi în conexiune cu ovarul prin maĭ multe bârne filamentóse. Se aduce tumora în plagă precum şi fundul uteruluĭ prins cu o pensă fixă. După acésta se aplică un fir dublu în dreptul cornuluĭ şi tumora este extirpată. Se trece după aceea la anexele din drépta, după ce prealabil se fac maĭ multe spălaturĭ peritoneale cu sublimat şi se introduce comprese fierte în fundul basinuluĭ. Aci aderenţele fiind prea intime, s'a extras maĭ mult în bucăţĭ spărgându-se maĭ mulţĭ kistĭ liquidĭ, uniĭ sanguinolenţĭ iar alţiĭ chiar purulenţĭ. După ce se extirpéză aceste anexe iarăşĭ în nivelul cornuluĭ uterin, se reduc bonturile şi dintr'o parte şi din alta prin 2 fire de mătase transversale. Se face

din nou toaleta și se ridică diferite plăci de aderențe dupe intestine și se rezecă o parte din epiploon. Câmpul operator bine luminat, se constată o largă aderență între păretele posterior și rect; cu precauțiune și multă dificultate se deslipesce. Se fixéză uterul de abdomen cu un fir de mătase.

Se închide abdomenul prin 7 fire profunde și 10 superficiale. Lungimea incisiei 12 c. m.

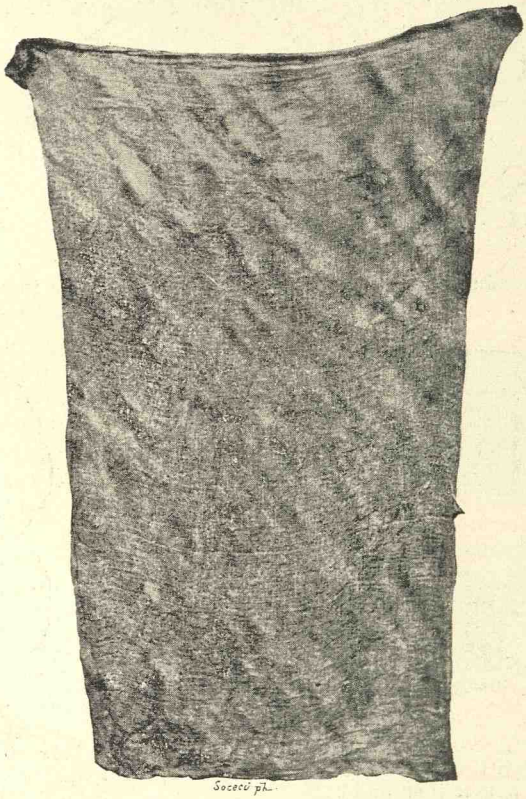


Fig. 147. Compresă abdominală pentru drenagiul peritoneului extrasă după cinci ḍile (personală).

Tumora extrasă e representată în fig. 148, 149 și 150.

Pavilionul trompei lățit pe tumoră; ambele orificii astupate. Secționându-se tumora pe linia mediană se găsesce plină de sânge coagulat, intim lipit de pareții trompei. Ovarul scleros.

30 Martie bolnava în stare perfectă. Pulsul însă numĕră 120, dar e plin și regulat. S'a făcut injecție cu ser 500 gr.

31 Martie. Afară de puțină grĕță, bolnava este așa de bine că are aerul ca și cum n'ar fi operată. Pulsul 100. Temperatura 37°.

6 Aprilie. Se ridică pansamentul, se scot firele; reunire per primam.

16 Aprilie. Bolnava iese din spital fórte mulțumită. Nu maĭ are absolut nicĭ o durere. Se simte fórte ușóră și veselă.

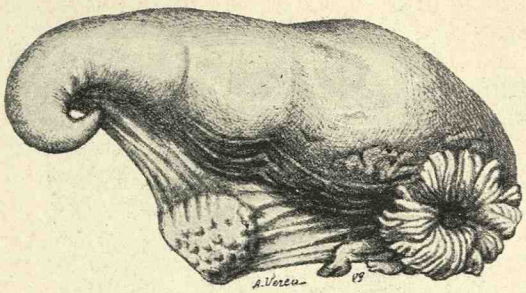


Fig. 148. Sarcină extra-uterină tubară. Embrion kistic (personală).

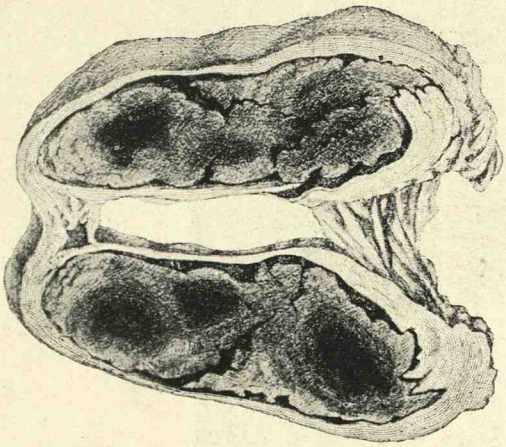


Fig. 149. Secțiunea tumoreĭ cu conținut sanguin coagulat (personală).

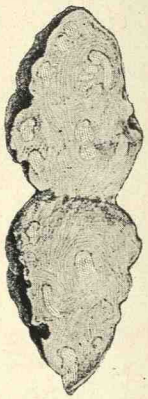


Fig. 150. Secțiunea ovaruluĭ aparținênd tumoreĭ. Sclerósă (personală).

Observația VI.

Sarcină ectopică intra-ligamentară concomitentă cu altă sarcină normală.

Stefania Mihailescu, 30 anĭ, nulipară. Cu o lună înainte de a intra în spital, am fost chemat de bărbatul acesteĭ femeĭ pentru a o vedea. Am găsit-o plângându-se de durerĭ abdominale. Din examenul ce am făcut, mi-a lăsat, impresiunea că suferă de endo-perimetro-salpingită.

După ce i-am prescris o poțiune calmantă, am plecat. Când a intrat în spital la 1 Martie 1898, dînsa declară că la câte-va ḑile după ce am vĕḑut-o, a avut un avort de sex femenin. După 10 ḑile de la acésta, dînsa e coprinsă de durerĭ fórte violente în pântece. Examinând-o, găsesc în fundul de sac posterior al vaginuluĭ o tumoră proeminentă și destul de voluminósă. După caracterele ce am constatat, am conchis la existența unuĭ ematocel saŭ maĭ probabil a unuĭ flegmon al ligamentelor largĭ, dându-se ascensiunea termică a bolnaveĭ. Dînsa fiind fórte slăbită, am procedat imediat la operație. Acésta a constat pur și simplu în deschiderea funduluĭ de sac vaginal cu termocauterul Pacquelin. Prin orificiŭ n'a ieșit de loc puroiŭ, ci numaĭ o cantitate mică de sânge. Introducând degetul pentru a explora, daŭ peste o masă cărnósă și fongósă. De și bolnava ne declară că avusese un avort, totușĭ am conchis că ne aflăm în fața uneĭ sarcinĭ ectopice la baza ligamentelor largĭ. In adevĕr, procedând la o explorațiune maĭ amănunțită și lărgind orificiul, extrag pentru surprisa nóstră și a asistenților, un fet de sex masculin representat în fig. 151.

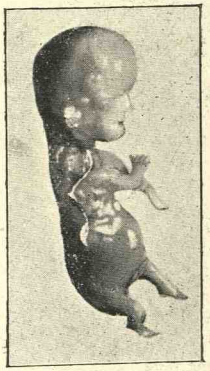


Fig. 151. Fetus de gen masculin extras pe calea vaginală din grosimea ligamentelor largĭ (personală).

După ce facem maĭ multe spălăturĭ antiseptice, introducem bandelete iodoformate în pungă și operația e terminată.

Treptat însă bolnava ne oferă ascensiunĭ termice, ce nu cedéză nicĭ uneĭ medicațiunĭ precum nicĭ spălăturilor antiseptice. Starea generală agravându-se, ne grăbim a-ĭ face laparatomia, la care și procedăm în ḑiua de 28 Martie.

La deschiderea abdómenuluĭ, constatăm aderențe întinse și solide a întreguluĭ mareluĭ epiploon, în basin și fosele iliace. Dupĕ deslipirea aderențelor, se rezécă epiploonul pe o întindere

de $^{39}/_{17}$ c. m. Se dă apoĭ de o pungă plină cu sânge închegat și intim aderentă cu rectul. Se deslipesce; totuși se lasă pe rect plăcĭ destul de întinse și gróse de 1—2 c.m. Se maĭ găsesc încă aderențe cu tumora a intestinuluĭ subțire din drépta; se rezecă și se pun maĭ multe suturĭ emostatice. Introducênd din noŭ mâna în pungă, se scot o mulțime de coagulĭ și o tumoră cât un mĕr — era placenta. — Constatându-se leziunĭ fórte întinse în ambele anexe precum și o stare de ramolire a uteruluĭ, hotărâm ablațiunea lor. Decĭ facem isterectomia abdominală totală, ast-fel precum se vede în fig. 152, unde pe lângă uter și anexe se află de-

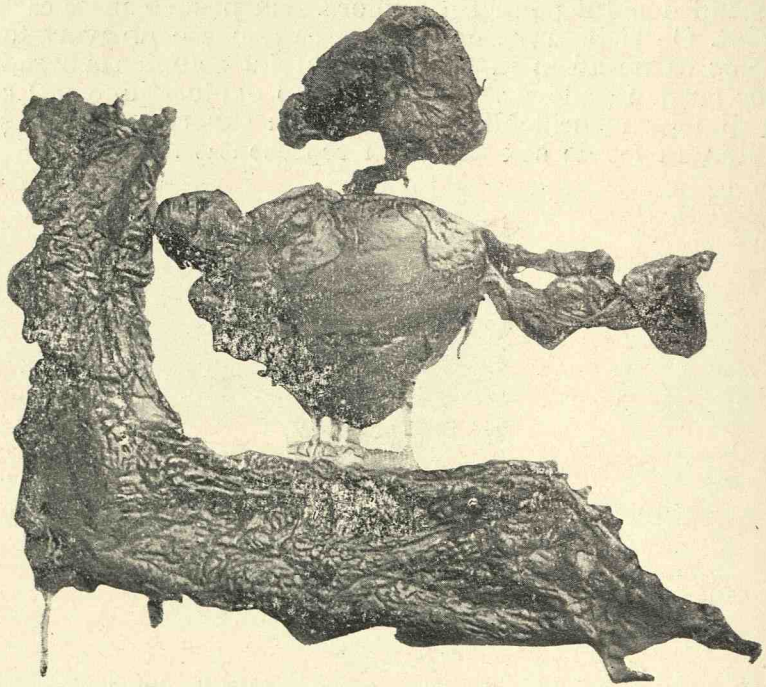


Fig. 152.

Ginectomie totală abdominală, cu uter, anexe, placentă și o parte din marele epiploon, pentru o sarcină extra-uterină (personală).

semnată și o porțiune din placentă precum și partea rezecată din marele epiploon. Se spală bine peritoneul, se face toaleta, se reduc bonturile și se reconstitue pe cât posibil planșeul pelvien. Dupĕ acésta se închide în mod complect bolta vaginală prin maĭ multe suturĭ Lambert. Se închide de asemenea și plaga din fundul de sac al vaginuluĭ, făcută cu ocasia primeĭ operațiunĭ. Prin

urmare n'am practicat drenarea vaginală, dar am introdus, după metóda nóstră în peritoneŭ, o largă şi lungă compresă fiartă în sublimat, întinḑênd'o pe tótă suprafaţa sângerândă. Am închis abdomenul prin două rînduri de suturi, afară de extremitatea inferióră pe unde ieşia vîrful compreseĭ.

Operaţia fiind lungă, iar bolnava mult slăbită, rĕmăsese ca extenuată, cu pulsul dispărut. Se fac injecţii cu ergotină, eter, ser, etc. Se învelesce complect în vată şi se pune în pat.

A doua ḑi de la operaţie bolnava creḑêndu-se ca pierdută familia doresce a o lua acasă.

La *30 Martie*, soţul bolnaveĭ ne rógă a merge să o vedem. Găsim bolnava în stare destul de bună, de şi locuinţa eĭ era maĭ mult un bordeiŭ de cât casă.

La *2 Aprilie* se readuce la spital, când se desface pansamentul. Se scóte compresa din abdomen avênd o lungime de 56 c.m. şi lăţime de 41 c.m. Se scurge prin orificiŭ un liquid turbure cu răzuiturĭ.

Până la *22 Maiŭ* s'a continuat regulat cu pansamentele; la acéstă dată bolnava nemaĭ voind a sta în spital iese fără a maĭ fi fost revĕḑută.

CHESTIONAR

Bólele anexelor.

Cap. I. Consideraţiunĭ generale asupra trompeĭ şi ovarelor. Trompa luĭ Fallope. Rolul fisiologic. Lungime. Divisiune. Porţiunea internă, ostium uterinum, porţiunea medie şi porţiunea externă, ostium abdominale, morsus diaboli, ostium peritoneale. Consideraţiunĭ anatomice ale acestor porţiunĭ. Sistemul arterial, venos şi limfatic al trompeĭ. *Ovarele.* Rolul fisiologic. Testes muliebris. Consideraţiunĭ anatomice. Ligamentele ovaruluĭ. Ovarul posedă o membrană serósă? Cercetările lui Walde er şi Sappey în acéstă privinţă. Epiteliŭ germinativ. Porţiunea glandulară saŭ ovigenă. Porţiunea bulbósă. Arterele ovaruluĭ. Venele şi limfaticele . . . . . pag. 629—635

Inflamaţia anexelor. Discuţiunĭ. Cause. Blenoragia, microbiĭ supuraţieĭ şi starea puerperală. Divisiunea şi clasificaţiunea. Propunerea autoruluĭ de *anexite plastice* şi *anexite tumorĭ, de anexite dureróse şi nedureróse.* Clasificaţiunea luĭ Pozzi în tumorĭ *nekistice* şi *kistice.* Mecanismul propagăreĭ inflamaţieĭ prin calea de continuitate şi limfatică. Discuţiunĭ şi obiecţiunĭ ale autoruluĭ . . . . . „ 635—640

Salpingite. I. Salpingita catarală saŭ endo-salpingita. Sediul lesiuneĭ. Alteraţiunile celulelor, consecinţe, obstrucţiunea orificiuluĭ intern şi extern. Consecinţe. Salpingită profluentă. Salpingită purulentă acută, vegetantă saŭ proliferantă. II. Salpingita parenchimatósă saŭ intersticială. Lesiunile macroscopice şĭ microscopice. Caractere. Salpingită nodulară. Extensiunea procesuluĭ inflamator. Observaţiunea autoruluĭ. Salpingitele kistice. Consideraţiunĭ generale. Mecanismul obstrucţiuneĭ orificiuluĭ tubar şi uterin. Diferite tipurĭ. Idro-salpinx. Istoric. Ruysch, Astruc, Froriep, Freund. Caractere clinice şi forme anatomo-patologice. Mecanism. Causele obliteraţiuneĭ trompeĭ. Piosalpinx. Caractere, conţinut emato-salpinx. Consideraţiunĭ ale autoruluĭ. Diviziunĭ în autoctone şi eteroctone ; în provisoriŭ şi permanente ; staţionar şi progresiv. Salpingită tuberculósă, sifilitică, actinomicosică pag. 640—664

Cap. II. **Bólele ovarelor.** Consideraţiunĭ. Compositiunea ovaruluĭ, foliculul luĭ de Graaf, corpul galben. Ovarite. Diviziune. Ovarită interstitială, parenchimatósă, cronică, caractere, sub-varietăţĭ, ovarite kistice. Diviziune. Kiştĭ folicularĭ, emoragicĭ a corpuluĭ galben. Caractere. Simptomele ovaro-salpingitelor. Durerea, caractere, durere, paradoxală, menstruaţia, amenoree distilantă. Examenul local. Caractere. Parartimatocel (autorul). Diagnosticul diferenţial cu tóte celelalte procese inflamatorii, ovarialgie, caractere. Tratamentul medical şi chirurgical. Istoricul laparatomiilor. Consideraţiunile autoruluĭ; operaţiunĭ conservatóre, Hadra, metóda exibitorie propusă de autor. Polk, Munde. Salpingostomie, salpingorafie. Divisiunea anexitelor ca tratament în 3 grupe propus de autor. Ginectomie intactă, succesivă şi parţială . . . . . „ 664—721

Cap. III. **Graviditate extra-uterină.** Definiţiune. Propunerea luĭ Lawson Tait. Teoria actuală. Evoluţiunea graviditătĕĭ extra-uterină. Graviditate abdominală, tubară, istmică, ampulară, intersticială, evoluţiune, consecinţe. Ruptură primitivă şi secundară. Simptomele şi diagnosticul. Starea uteruluĭ şi a gâtuluĭ, muncĭ falşe, tratamentul, diferite metóde şi discuţiunĭ. Observaţiĭ şi consideraţiunĭ ale autoruluĭ „ 721—752

Cap. IV. Kiștii Ovaruluĭ.

Noĭ am studiat, la diferitele leziunĭ ale ovaruluĭ, tóte felurile de kiștĭ, ce se pot întâlni în acest organ.

Am vĕdut că fie-care din părțile constitutive ale ovaruluĭ póte, în urma diferitelor procese, să dea nascere la formațiunĭ de cavitățĭ închise, pline cu liquid, de aspect și forme deosebite, formând tot atâția kiștĭ. Ast-fel aŭ fost kiștiĭ resultațĭ din idropisia folicululuĭ luĭ de Graaf, aceia din corpiĭ galbenĭ, din areolele țesutuluĭ conjunctiv ce formézĕ stroma ovaruluĭ, precum și aceia proveniți dintr'o dilatațiune exagerată a elementuluĭ vascular, capilar și limfatic.

Acești kiștĭ însă, — de și une-orĭ pot căpăta un volum destul de considerabil — nicĭ unul însă nu s'a vĕzut a fi capabil să ia o desvoltare atât de extraordinară, ca să umple întréga cavitate abdominală și să dea pânteceluĭ acel aspect de un adevĕrat butoiŭ, precum lucrul ni-l oferă adevĕrațiĭ kiștĭ propriŭ ḑișĭ aĭ ovaruluĭ.

Negându-se pe rând posibilitatea tutulor elementelor, ce constitue substanța proprie a ovaruluĭ, de a putea da nascere unor asemenea kiștĭ, patogenia acestora a rĕmas mult timp obscură. Lumea se mărginea a admite, când teoria emisă de Meckel în 1807, — după care kiștiĭ ovaricĭ aveaŭ ca origină idropisia foliculilor luĭ de Graaf; când aceea a luĭ Cruveilhier, Lebert, Rokitansky, Virchow, Scanzzoni și alțiĭ. Aceștia admitiaŭ ipotesa uneĭ neoformațiunĭ, uneĭ degenerescențe areolare saŭ coloidă a ovaruluĭ saŭ a trameĭ celulóse a acestuĭ organ, ca fiind capabile a produce kiștiĭ ovaruluĭ.

Tocmaĭ în 1872, **Waldeyer** este cel d'întâiŭ, care a dat o teorie asupra geneseĭ kiștilor ovaricĭ, care și aḑĭ are curs în sciință. Dînsul pentru prima óră a arătat în modul cel maĭ sciințific posibil, modul formăreĭ foliculilor luĭ de Graaf.

Pe suprafața externă a ovaruluĭ se află un înveliș epitelial, format dintr'unul saŭ maĭ multe straturĭ de celule cubice; printre ele se constată icĭ colea câte o celulă maĭ mare; dînsa represintă *viitorul ovul*. Intregul acest strat pórtă numele, dat de Waldeyer, de *epiteliŭ germinativ*. Din distanță în distanță, un șir din aceste celule împreună cu celula mare ce represintă ovulul, se înfundă, și străbate până la óre-care adâncime în țesutul con-

junctiv al ovaruluĭ. Aceștĭ tubĭ constitue faimoșiĭ tubĭ numiți aĭ luĭ Pflüger. Vedĭ fig. 153 din Gilis.

După cum vedem, tubiĭ luĭ Pflüger la început sunt formați exclusiv dintr'o simplă celulă mare; dînsa e înconjurată de alte celule cubice provenite din stratul germinativ și formézĕ în jurul sĕŭ o técă, saŭ un tub. Producțiunea acestor tubĭ aĭ luĭ Pflüger, se efectuézĕ maximum până în timpul nascereĭ copiluluĭ; în acest moment eĭ încetézĕ și pierd în același timp orĭ-ce conexiune cu suprafața externă a ovaruluĭ. Acesta de aci încolo, rĕmâne acoperit de un singur strat de celule cilindrice, care ține loc de înveliș peritoneal.

Destinațiunea acestor tubĭ a luĭ Pflüger — carĭ sunt fórte numeroșĭ și separațĭ uniĭ de alțiĭ prin fășiĭ subțirĭ de țesut conjunctiv — este că trecênd prin diferite metamorfose, daŭ nascere adevĕraților folicuĭ a luĭ de Graaf.

Dar fenomenul acesta deja l'am arătat la începutul părțeĭ V-a și decĭ numaĭ revenim.

Ce se întâmplă însă?

Une-orĭ formațiunĭ de aceștĭ tubĭ aĭ luĭ Pflüger se produc și după nascere; după 2, 3, 4 anĭ, saŭ chiar și în stare adultă, decĭ când epoca evoluțiuneĭ normale s'a închis. Alte dățĭ — și acésta formézĕ punctul cel maĭ esențial — aceștĭ tubĭ a luĭ Pflüger, de și născuțĭ în epoca normală, totușĭ eĭ nu îndeplinesc rolul fisiologic ce le este destinat de natură ci rĕmân sterilĭ; eĭ nu daŭ nascere unuĭ folicul a luĭ de Graaf. Dar de și aceștĭ tubĭ rĕmân ca nisce simple cavitățĭ, epiteliul lor nu-și pierde însă activitatea. El va continua să secrete, va umple cavitatea, va întinde perețiĭ, așa că cu timpul totul se póte transforma într'un kist, une-orĭ de mărime extra-ordinară.

Iată origina kistuluĭ ovaric.

Dar lucrul nu se mărginesce aci. Stratul epitelial ce căptușesce acéstă cavitate, proliferézĕ în mod continuă. Atuncĭ nouă formațiunĭ secundare apar pe pĕretele tumoreĭ; de aci producțiunĭ de nouĭ cavitățĭ kistice, de kiștĭ multi-locularĭ. Prin anticipație trebue să spunem, că origina tutulor kiștilor ovaricĭ este de a fi multi-locularĭ, și că tocmaĭ maĭ târdiŭ, când toțĭ acești micĭ kiștĭ lipițĭ între dînșiĭ iar membrana de separațiune distinsă, numaĭ atuncĭ eĭ se reunesc într'unul singur și produc o singură masă enormă, formată dintr'o singură cavitate. Vom reveni.

Pentru moment conchidem deja două lucrurĭ: Intâiŭ că kiștiĭ ovaricĭ sunt de natură congenitală: evident este că dacă inclu-

siunĭ de tubĭ aĭ luĭ Pflüger nu se efectuéză după nascere, kiștiĭ ovaricĭ nu pot exista. Al doilea că, dacă un tub a luĭ Pflüger póte *ad libitum* să dea nascere unuĭ folicul a luĭ de Graaf și unuĭ kist al ovaruluĭ, urméză de la sine că ambele aceste douĕ produse aŭ o aceeașĭ origină comună. Și dacă lucrul stă ast-fel, în mod natural s'a născut întrebarea, pentru-ce se refuză folicululuĭ luĭ de Graaf posibilitatea de a da nascere unuĭ kist ovaric, pe care îl produce părintele sĕŭ, tubul luĭ Pflüger? Intrebarea pusă este fórte justă și esplicațiunea nu s'a dat. De aceea Sinety invócă ún alt mecanism. El constă esclusiv în inclusiunea celulelor din stratul epitelial germinativ, iar nu propriŭ dis a tubilor

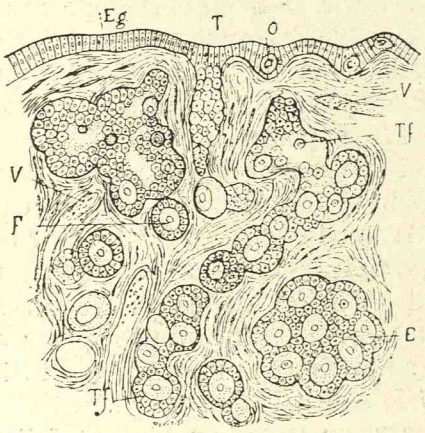


Fig. 153. Secțiunea ovaruluĭ unuĭ noŭ născut (după Waldeyer).
Eg, epiteliŭ germinativ. O, ovul primitiv în epiteliŭ. T, tub ovaric la început, Tf, Tf, tubĭ ovaricĭ coprinḑând foliculĭ pe cale de formațiune. E, grupă de ovule în momentul separațiuneĭ în foliculĭ. F, folicul isolat. V, V, vasele sanghine în mijlocul stromeĭ conjunctive.

luĭ Pflüger. Iată cum se exprimă acest autor: Dacă mariĭ kiștĭ aĭ ovaruluĭ nu resultă din ipertrofia foliculilor luĭ de Graaf, aceste douĕ producțiunĭ anatomice însă ni se pare că aŭ o origină comună, adică epiteliul germinativ al suprafeței ovaruluĭ. Numaĭ în casurile de kiștĭ, neoformațiunea epitelială în loc să constitue tubiĭ luĭ Pflüger, apoĭ foliculiĭ primordialĭ și în fine foliculiĭ luĭ de Graaf, acéstă formațiune, ḑicem, s'ar fi angajat într'o direcțiune maĭ puțin specială și maĭ puțin înaltă ca destinațiune; dînsa nu

va fi reușit de cât a atinge tipul vulgar al unuĭ epiteliŭ de înveliș; ea va da nascere la tubĭ și la cavităț maĭ mult saŭ maĭ puțin sferice, ne avênd de cât o fórte slabă asemănare cu tubiĭ luĭ Pflüger saŭ foliculiĭ luĭ de Graaf. Vedem în următórea fig. 154 dice autorul, cum se produce maĭ întâiŭ invaginațiunĭ epiteliale comparabile cu glandele în tubĭ.

Natura acestuĭ epiteliŭ variază și trece de la celulele caliciforme la celulele cilindrice simple saŭ cu cilĭ vibratilĭ. Străbătând maĭ adânc în stroma ovarică, aceste neoplasiĭ se dilată în unele puncte *d*). Secțiunea epitelială întinḑînd din ce în ce maĭ mult spațiurile dilatate, daŭ loc la cavităț kistice; acestea continuând să crésc, daŭ nascere la acele enorme tumorĭ ce cunóscem sub numele de kiștĭ aĭ ovaruluĭ.

Formațiunea acestor kiști sémănă fórte mult cu ceea ce cunóscem relativ la desvoltarea ovaruluĭ normal, făcută pe socotéla invaginațiuneĭ epiteliuluĭ de la suprafață. Am putea încă să ne întrebăm dacă străbaterea acestuĭ epiteliŭ de la stroma ovarică, este în adevĕr de la început până la sfîrșit un fenomen recent, saŭ dacă nu e resultatul vre unuĭ viciŭ de conformație latent, ale căruĭ consecințe funeste însă nu se arată de cât maĭ târḑiŭ. Orĭ cum ar fi, relativ la origina primară a kiștilor ovaricĭ, trebue să recunóscem în desvoltarea lor douĕ stadiurĭ: primul constă în formațiune glandulară, iar al doilea în degenerescență kistică."

Acésta este tot ce se scie asupra kiștilor ovaricĭ. Cu tóte acestea sunt încă autorĭ, carĭ susțin patogenia lor, ca resultând din idropisia unuĭ folicul a luĭ de Graaf.

Un singur lucru am putea susține, că foliculiĭ luĭ de Graaf fiind situațĭ în părțĭ mult maĭ profunde în substanța ovaruluĭ, eĭ nu pot lua o desvoltare atât de mare ca idropisia unuĭ tub al luĭ Pflüger saŭ a simplelor invaginațiunĭ a celulelor germinative. Aceștia fiind situațĭ maĭ aprópe de superficie, nu aŭ să lupte contra unuĭ înveliș prea mare de țesut conjunctiv, ca ceĭ d'întâiŭ.

Pentru noĭ un lucru rĕmâne stabilit, că celulele epiteliale ce căptușesc aceste cavităț, aŭ fórte multă asemănare cu epiteliul ce învelesc mucósele normale. Pentru acest cuvênt Malassez, impresionat de acéstă asemănare, a propus a se da numele acestor produse de *epitelioma mucoid*. Termenul însă putând da nascere la óre-carĭ confusiunĭ — apropiindu-le de neoplasme, Pozzi propune numele de *kist proliger*. El se bazéză pe proprietatea ce aŭ aceste celule de a da nascere la muguri cărnoși, capabilĭ a produce nouĭ kiștĭ glandularĭ.

De alt-fel deja Waldeyer stabilise două mari varietăți de kiști, sub numele de *Kystoma proliferum glandulare* și *kystoma proliferum papilare*, după cum poliferațiunea celulelor epiteliale predomină, saŭ din contra fășiile conjunctive iaŭ preponderența și fac irupțiune în interiorul kistuluĭ sub formă de papile.

O dată ce am făcut cunoștință pe cât ne-a fost posibil cu patogenia kiștilor ovarică, să vedem acum modul lor de evoluțiune.

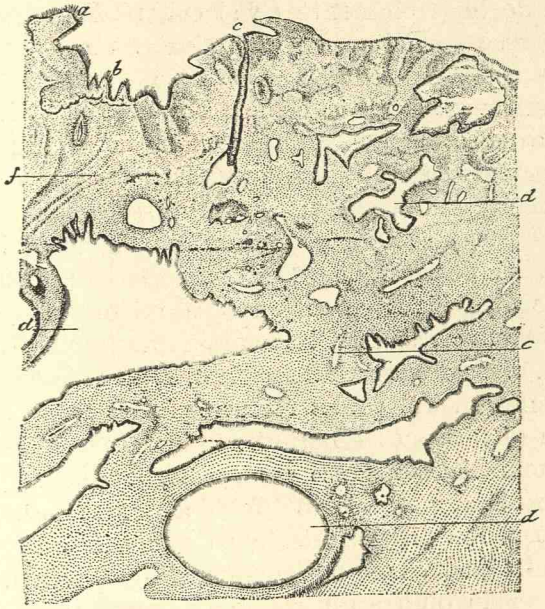


Fig. 154. Secțiunea unuĭ ovar kistic prin neoformațiune epitelială.

a. Epiteliul suprafeței ovaruluĭ. *b*. Depresiuni epiteliale. *c*. Tub epitelial deschiḑându-se la suprafața ovaruluĭ. *d*. Cavități kistice de forme și dimensiuni variabile. *e*. Vase. *f*. Stroma ovarică.

De îndată ce micul kist s'a format, dînsul crescând din ce în ce, respinge tóte cele-l'alte elemente din jurul sĕŭ. Și precum de obiceiŭ dînsul — fie că provine din tubiĭ luĭ Pflüger, saŭ într'o simplă invaginațiune a celulelor germinative — se găsesce maĭ mult către periferia ovaruluĭ, el va tinde în mod natural să ia o desvoltare maĭ mult în acéstă direcțiune. Ast-fel treptat kistul

va tinde să devie proeminent în cavitatea abdominală. Aci ne avênd să lupte aprópe contra nicĭ unuĭ obstacol, el se va desvolta în tótă libertatea, păstrând maĭ mult saŭ maĭ puțin o formă regulată, ovoidă și chiar cu totul sferică. Volumul kistuluĭ merge une-orĭ până a căpăta dimensiunĭ extra-ordinare; el póte umple întréga cavitate abdominală, întinzându-se până în flancurĭ și sub diafragm. Acéstă desvoltare exagerată este câte o dată așa de mult întinsă, că femeea se transformă într'un adevĕrat balon.

Dar orĭ cât de mare ar fi volumul, kistul ovaric rĕmâne compus din aceleași elemente ca și ovarul. In adevĕr există în constituțiunea sa treĭ elemente principale. Un strat extern format din celule cubice analóge cu cele germinative: un strat intern a căruĭ suprafață e căptușită de celule epiteliale turtite, analóge cu a tubilor luĭ Pflüger, și un strat mediŭ format esclusiv din țesut conjunctiv, împărțit el însuși în două ca și acela al ovaruluĭ însuși. In adevĕr stratul extern, e format din țesut conjunctiv adult sub formă de fășiĭ fibróse; el represintă în tocmaĭ albuginea ovaruluĭ. Stratul conjunctiv intern e format din fășiĭ conjunctive maĭ laxe, cu celule tinere și brăzdat de numeróse vase arteriale și venóse, cu aceeași dispositiune încolăcită ca și ale ovaruluĭ. Aci Malassez și Sinety aŭ descoperit, prin injecțiunĭ, vase limfatice. Tot dînșiĭ aŭ arătat existența de fibre elastice precum și presența de fibre musculare netede.

Acésta este de obiceiŭ desvoltarea și constituțiunea kistuluĭ ovaric. El tot-d'auna este provĕdut de un pedicul, ce se găsesce la extremitatea opusă kistuluĭ. Acest pedicul e format de ligamentul utero-ovarien. Une-orĭ pediculul este scurt, gros, lat și posedând vase de un volum extra-ordinar, atingând chiar acela al policeluĭ. Alte dățĭ din contra e fórte lung, subțire și amenințând să se rupă chiar în mod spontanat.

Mult maĭ rar se întâmplă ca kistul ovaric în loc să se desvolte în cavitatea peritoneală, să intre în grosimea ligamentuluĭ larg. Casul nu e posibil, de cât dacă kistul ia nascere în vecinătatea hiluluĭ ovaric și când cele două foĭ, ce formézĕ în acéstă regiune mezo-ovarul, sunt destul de lungĭ și permit desdoirea lor.

Mecanismnl intim al acesteĭ varietățĭ de kist ovaric intraligamentar nu este încă definitiv stabilit. Freund în urma cercetărilor sale, atribue lucrul la un viciŭ de conformație congenitală, în care ovarul de la început s'ar afla între cele două foĭ ale ligamentuluĭ larg. Orĭ cum ar fi, un asemenea kist inclavat

nu póte să ia o desvoltare prea mare; el va determina decĭ deviațiunea din partea uteruluĭ și compresiunĭ destul de puternice asupra celor-l'alte organe ale basinuluĭ și în special a vaselor și trunchiurilor nervóse. De aci edem, durerĭ, și cele-l'alte fenomene consecutive. In plus, în acéstă varietate se constată o vascularisațiune escepțională, arătată de Terrillon. Ea constă într'o des-

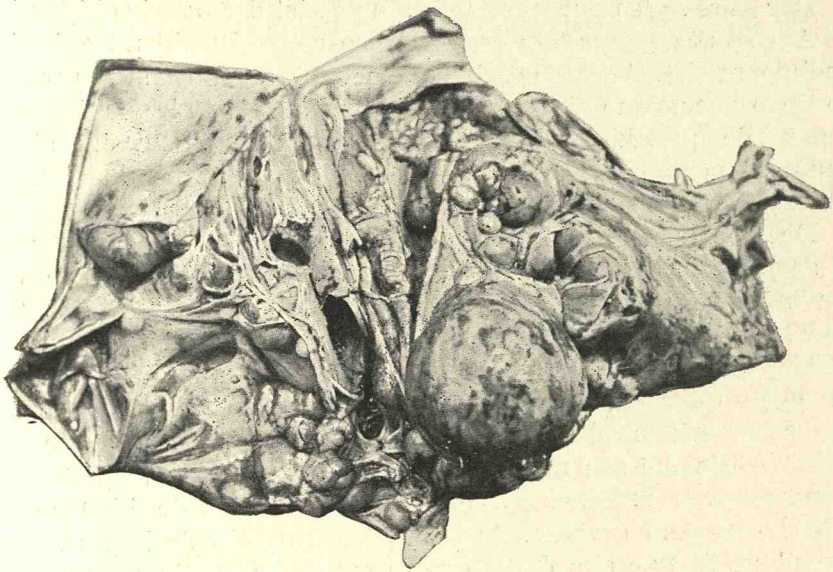


Fig. 155. Model de kist multilocular al ovaruluĭ; fața internă (personală).

voltare fórte mare de artere și într'o lărgire de vene. Trebue în fine să maĭ scim, că kistele ovarice intra-ligamentare sunt provĕdute de douĕ pedicule. Unul extern format din ligamentul tubo-ovaric împreună cu vasele utero-ovarice, iar altul intern representat prin ligamentul utero-ovarien și cornul uterin.

Se întâmplă că un asemenea kist intra-ligamentar, căutând a-și mări volumul, după ce întinde până la maximum fața posterióră a ligamentuluĭ larg, el póte să deslipéscă baza acestuĭ ligament și să se însinue pe de desubtul fóeĭ peritoneale

ce formézá spaţiul recto-uterin, saŭ cavitatea luĭ Douglas. Cu modul acesta kistul intra-ligamentar şi cu totul sub peritoneal, desvoltându-se şi înaintând în cavitatea abdominală, să găsesce acoperit de ambele foĭ peritoneale: anterióră şi posterióră. Deci în momentul operaţieĭ trebue să tăem de douĕ orĭ peritoneul pentru a descoperi tumora (operaţie trans-peritoneală). S'ar putea intâmpla încă, ca tumora să se insinueze sub fóia anterióră a peritoneuluĭ, adică între păretele abdominal şi băşica uduluĭ. Dar lucrul este escesiv de rar.

Dar să revenim asupra constituţiuneĭ kistuluĭ ovaric obicĭnuit.

Am spus că suprafaţa sa internă e căptuşită de un epiteliŭ cu celule turtite. Am arătat deja că celulele acestea sunt provĕdute de o secreţiune şi vegetaţiune continuă. Cu alte cuvinte că din păretele unuĭ kist primitiv, nasce prin burgeonare un altul secundar; pe păretele acestuia de al doilea va nasce un al treilea şi aşa maĭ departe până la un numĕr infinit.

Deci pe măsură ce kistul ovaric cresce, pe aceeaşĭ măsură alţiĭ se produc. Când întregul kist e format dintr'o infinitate de asemenea kişti maĭ micĭ, el pórtă numele de *kist multilocular*. Se întâmplă că în timpul desvoltăreĭ kiştilor secundarĭ, secreţiunea liquidă predomină; atuncĭ toţĭ kiştiĭ ceĭ micĭ — printr'un mecanism puţin cunoscut — cu cât se formézá cu atât păreţiĭ ce le servă ca membrană de separaţiune se resorb, se distrug. De aci resultă că din doĭ saŭ maĭ mulţĭ kişti, se face unul; treptat apoĭ întréga masă se resórbe, aşa că dintr'o infinitate de kişti micĭ, remâne o singură cavitate. Aceştia pórtă numele de kişti ovaricĭ uniloculariĭ. In fine alte dăţi numaĭ unul saŭ doĭ din aceştĭ kişti iaŭ o desvoltare maĭ mare în detrimentul celor-l'alţĭ, aşa în cât avem în faţă un mare kist, un altul maĭ mic, iar în jurul şi în interiorul lor alţiĭ de dimensiunĭ şi forme fórte variate. Acésta formézá kiştiĭ *pauciloculariĭ*.

Diviziunea acésta stabilită de Cruveilhier, este destul de practică din punctul de vedere clinic. Ca mecanism însă şi anatomie patologică, dînsa după cum vedem nu are importanţă, căcĭ origina tutulor acestor kişti este una şi aceeaşĭ: toţĭ la început sunt multiloculariĭ. Formarea varietăţilor resultă pur şi simplu din resorbţiunea păreţilor numeroşilor şi micilor kişti. Şi ca probă este că chiar în kiştiĭ uniloculariĭ ceĭ maĭ simpliĭ posibil, încă se observă pe păreţiĭ lor internĭ nisce micĭ cavităţĭ secundare, saŭ cel puţin nisce despărţitorĭ, carĭ nu sunt de cât resturĭ atrofiate a lojilor multiple ce aŭ existat o dată. Sinety spune că

examinând mai mult ca 60 casuri de kiști uniloculari din cei mai tipici, n'a găsit absolut nici unul, anatomicesce vorbind, care să fi fost format dintr'o singură cavitate.

Dăm aci figurile 155, 156 și 157 ce represintă aceste trei varietăți de kiști.

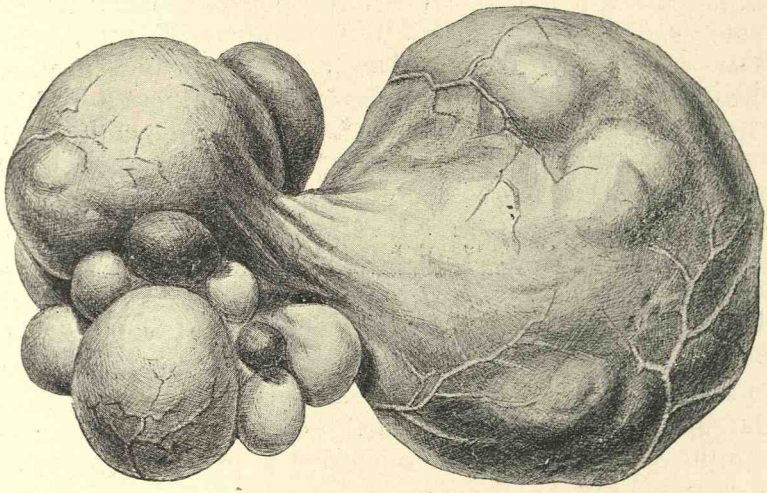


Fig. 156. Model de kist paucilocular al ovarului, după natură (personală).

Am dis că elementele principali ce formézá kistul ovarului, sunt pe de o parte stratul de celule epiteliale ce căptușesce suprafața sa internă, iar pe de alta țesutul conjunctiv ce înconjóră acest părete. După cum dar unul din aceste elemente va lua preponderență în desvoltare, vom avea alte două varietăți mult mai importante și de un prognostic cu totul diferit de cei arătați până acum.

Am vědut deja, că celulele epiteliale se bucură de proprietatea de a burgeona și a da nascere la nisce formațiuni, ce se apropie fórte mult de tubii glandulari. Dacă în timpul unei asemenea ipergeneze secrețiunea de liquid e fórte mică saŭ chiar lipsesce, atunci întréga cavitate a kistului se umple esclusiv numai de aceste producțiuni quasi glandulare; ele transformă tot kistul într'o tumoră semiliquidă saŭ chiar solidă. Forma acésta,

ce se observă mai ales în casul de inclusiune în grosimea ligamentului larg, pórtă numele de kist proliger glandular.

Când din contra elementul conjunctiv intră în profilerațiune, atunci dînsul înaintéză sub formă de muguri către cavitatea kistică; aci face ridicături, respinge epiteliul și se dirige în rămurele mici, subțiri, dendritice, papiliforme. Aceste producțiuni cu timpul reușesc să umple întréga cavitate a kistului; une-ori grație mersului lor progresiv, pot să róză pareții și să apară la suprafața externă a kistului printr'o simplă scrijilătură, saŭ chiar printr'o adevĕrată deschidere largă. In casul acesta procesul morbid înaintând, constatăm o adevĕrată răsfrângere a kistului în tocmai ca un deget de mănușă. Tóte aceste produse iritând peritoneul, produc ascită; în casul cel mai grav, interpunându-se printre ansele intestinale saŭ pe alte organe, ele pot să se grefeze și să se transforme în adevĕrate tumori maligne. Forma acéstă pórtă numele de *kist proliger papilar*. Dînsa ca și cea precedentă se observă de obiceiŭ, când kistul se află vîrît în grosimea ligamentului larg. E fórte rar ca asemenea vegetațiuni papilare să se desvolte primitiv pe suprafața externă a kistului; chiar când lucrul se constată, — precum sunt casurile lui Gusserov, Coblentz și alții, — se consideră a fi de natură secundară; ei ar proveni din deschiderea altor mici kiști papilari, așezați în porțiunea cea mai periferică a ovarului.

Acestea sunt chestiunile cele mai importante asupra evoluțiuneĭ kiștilor ovarici.

Ne rĕmâne a ne opri puțin asupra conținutului kiștilor ovarici. Am arătat că în starea normală, părețele kistului este căptușit de un strat de celule epiteliale turtite. Cu tóte acestea une-ori predomină celule cilindrice, alte dăți caliciforme, iar câte o dată se găsesc celule de forme cu totul neregulate: polimorfe, cu strangulațiuni, cu un nucleŭ care se divide, etc.; totul ne arată o proliferațiune incomplectă și fără nici o normă. Ele constitue celulele metatipice. Numele se datorește lui Malassez și indică o abnormitate de la tipul normal. *Drysdale* din Philadelphia, a descris în kiștii ovarici o celulă specială rotundă, mare, subțire și transparentă, cunoscută în patologie sub numele de *celula lui Drysdale*, pe care dînsul o dă ca patognomonică kiștilor ovarici.

Nu scim dacă acéstă celulă nu ar representa acea celulă mare, ce am vĕdut'o interpusă între celulele stratului germinativ al ovarului, representând ovulul primordial. Lucrul e posibil,

dacă admitem geneza kiștilor ovarică din inclusiunea tubilor lui Pflüger; dînșiĭ scim că conțin o asemenea celulă.

In afară de acestea, mai putem găsi celule granulo grăsóse, leucocite, ematiĭ, cristale de colesterină, granulațiuni refringente și chiar pigment brun. In fine Landouzy și Galippe aŭ găsit microbĭ, micrococĭ și bacteriĭ, cărora le atribue o influență patogenă. Presența lor însă se consideră mai mult ca resultatul uneĭ infecțiuni secundare. Méhu și Olshaussen aŭ găsit substanțe pro-

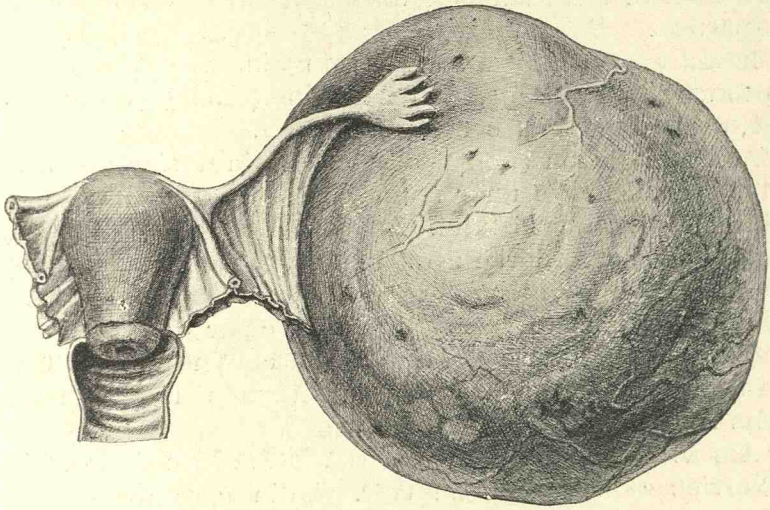


Fig. 157. Model de kist unilocular al ovaruluĭ (personală).

teice, ca săruri, grăsime și une-orĭ uree și zahăr. In fine Waldeyer a descoperit paralbumina, asupra căreia atrage tótă atențiunea, dându'o ca un semn patognomonic al kiștilor ovarică.

Dară elementul cel mai principal al conținutuluĭ kiștilor ovarică îl formézá partea liquidă. Din acest punct de vedere am putea împărți **kiști ovarică** *în seroși, gelatinoși și ematică.*

Kiștiĭ seroșĭ sunt caracterisați prin presența unuĭ liquid cu totul clar și transparent, comparat cu apa de stâncă. Eĭ sunt carĭ produc une-orĭ cantitățile cele mai extra-ordinare. Ast-fel Quènu, într'o monografie reproduce epitaful ce a fost pus odinióră pe mormântul uneĭ bolnave a luĭ Mead. In 67 de lunĭ dînsa

a fost punctionată de 66 orĭ, cu care ocasiune s'a scos 240 galóne de apă, ceea ce represintă peste 1000 de chilograme liquid, fără ca bolnava să fi protestat vre-o dată contra sórteĭ sale și nicĭ să fi avut fricĭ de operație.

Din partea nóstră am avut un cas tot atât de extra-ordinar în care o femee bulgară Țoncu din Rusciuc fiind punctionată de 20 orĭ, la fie care dată i s'a extras 40 chilograme de liquid, ceeace represintă 800 kilo, care împreună cu liquidul extras în timpul operațieĭ represintă 840 kilo.

Kiștiĭ gelatinoșĭ deși aŭ o colorațiune albă, totușĭ liquidul e maĭ consistent, maĭ filant, iar une-orĭ transformat într'o adevĕrată gelatină.

Kistul ematic e fórte rar pur sanguin. El este amestecat cu o parte serósă, căreia însă îĭ dă o colorațiune maĭ închisă, mŭ brună, asemănând'o cu o colóre șocolatie.

Aspectul și consistența acestuĭ conținut s'ar datori, după Sinety, predominenței unor anume celule în maĭ mare cantitate în părețele intern al kistuluĭ. Ast-fel când aceste celule în majoritatea lor și a fortiori în totalitate vor fi cilindrice, liquidul va fi cu desĕvîrșire seros și limpede. Celulele fiind caliciforme, conținutul va fi filant, viscos și une-orĭ chiar ca o piftie.

Tot în acéstă varietate, câte o-dată conținutul este transformat în nisce filamente lungĭ și unite, asemĕnându-se în totul cu fideaua saŭ macaróne.

Am avut un caz tipic de acéstă formă la o femee Mărdica Iordanovicĭ, ce am operat în 1889, și din care am scos o cantitate extra-ordinar de mare de asemenea filamente de lungimĭ colosale, fără ca kistul să fi presentat nicĭ 200 gr. liquid.

Tumora fiind cu totul aderentă, n'am putut-o extirpa. M'am mărginit decĭ după evacuațiune, a răzui cu lingura părețiĭ internĭ, și a trata ulterior tumora prin drenaj și tamponadă, după o marsupializare prealabilă, până la definitiva vindecare. Vedĭ fig. 158.

In ceea-ce privesce conținutul ematic, acesta nu are celule speciale, ci provine maĭ mult dintr'o apoplexie vasculară, causată de sigur de o torsiune a pedicululuĭ. Vom reveni.

Pentru a termina, vom menționa că une-orĭ în loc de gelatină saŭ producțiunĭ cu aspect de macaróne, întâlnim, după Pozzi, producțiunĭ în totul analóge cu grăunțele riziforme. Acésta ne-ar face să bănuim, posibilitatea intervențiuneĭ unuĭ proces tuberculos în kiștiĭ ovaruluĭ.



Fig. 158.

Kist coloid al ovaruluĭ.

Mărdica Iordanovicĭ de 30 anĭ. Oper. 1. Septembrie 1889. Eşită 12 Octombrie. (personală).

Acestea sunt în câte-va cuvinte descrierea anatomo-patologică a kiștilor ovarici. Am arătat deja că în casurile tipice, forma celulelor epiteliale ce constitue acești kiști asemănêndu-se întru cât-va cu celulele epiteliale ce căptușesc mucósele, Malassez le-a dat numele de epiteliom mucoid. Cuvîntul însă putând da nascere la o confusiune cu tumora malignă, s'a preferat denumirea *de kist mucoid.*

Dar tot în ovar se maĭ desvoltă o altă varietate de kist. După unii dînsa ar oferi aceiași origină anume: că celula epitelială în loc de a avea caracterul mucoid, ar îmbrăca pe acela de dermoid; de aci un grup a parte cunoscut sub numele de *kist dermoid al ovarului.*

Să ne oprim puțin și asupra acesteĭ varietățĭ.

Cap. V. Kiștiĭ dermoizi.

Numițĭ încă *tumorĭ eterotopice*, sunt fórte importanți, nu numaĭ cu privire la ovar, dar și prin aparițiunea lor în alte organe, cu totul diferite ca sediŭ și structură.

Studiul lor începe cu Meckel în 1815. Acești kiști își aŭ sediul de predilecțiune în ovar, sprâncene și testicul. S'a observat însă și în gambă, epiploon, sternum, pielea capuluĭ, meninge, etc. Numele de kiștĭ dermoizĭ le-a fost dat, din causa asemănăreĭ de structură ce păretele lor are cu pielea, însă cu o dispositiune inversă. In adevĕr, fața lor internă e în totul analógă cu lamele epidermice cornate; ele staŭ pe un derm identic cu al tegumentuluĭ extern; aŭ decĭ vase, foliculĭ piloșĭ, glande sebacee, sudoripare, etc. Volumul acestor kiștĭ e variabil; pot însă atinge acela al unuĭ cap de adult saŭ și maĭ mare. Péan a extirpat un kist dermoid ce cântărea 5.500 gr. și conținea 20 litrurĭ de lichid.

La secțiune acești kiștĭ sunt unicĭ saŭ multi-locularĭ; fața internă sémănă cu o piele macerată. Conținutul este complex. Se caracterisă însă prin presența uneĭ materiĭ albă vâscósă ca seul; aci se găsesc împleticite fire și chiar șuvițe întregĭ de păr de diferite culorĭ și lungimĭ, putând merge până la un metru. In fig. 159 și 160 avemn două modele. Alte dățĭ nu găsim nimic din tóte acestea; conținutul e cu totul liquid și oleios. In casurĭ maĭ complicate constatăm lucrurĭ extra-ordinare. Ast-fel s'aŭ găsit dințĭ implantațĭ în părete și al căror numĕr une-orĭ este considerabil. *Autenrieth* a numĕrat până la 300 de dințĭ liberĭ. De

obiceiŭ dinții aceștia sunt informĭ, nu aŭ rădăcinĭ și nicĭ se pot cunósce la ce anume grupă ține.

Cu tóte acestea noĭ am găsit într'un caz, dinți adânc implantați, și cu rădăcinele manifeste; forma lor fórte distinctă arată

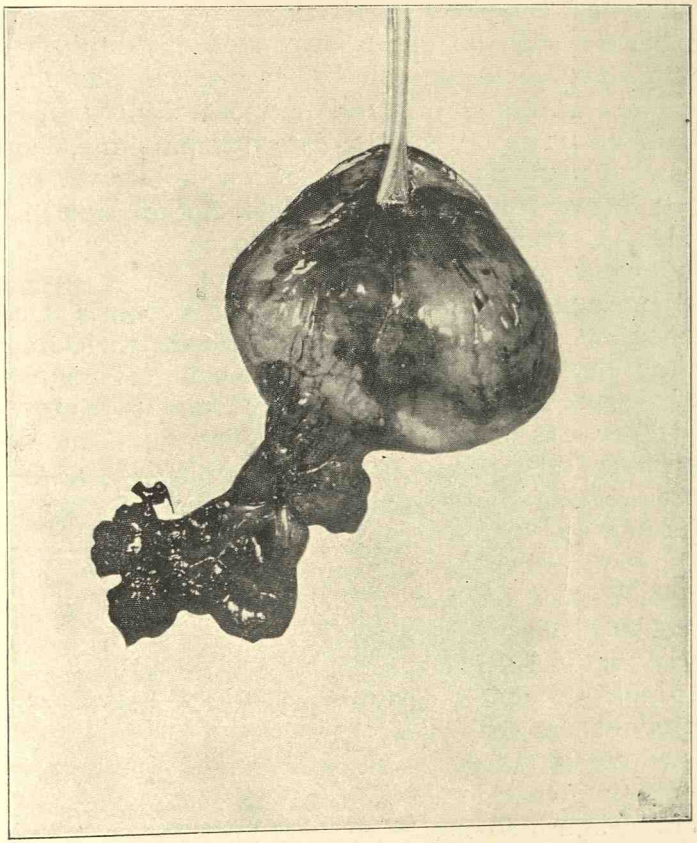


Fig. 159. Kist dermoid intact al ovaruluĭ stâng.
Ralița Stănescu, 20 anĭ. Operată la 28 Noembrie, eșită la 21 Decembrie 1897.

că avem a face cu *un dinte incisiv, un canin și un molar cariat.* Vedĭ fig. 161.

Unii autorĭ, ca Legros și Salter, aŭ descris fire nervóse în pulpa dinților. De și acești dinți ar părea aruncați și implantați fără nicĭ o regulă, totuși după dînșiĭ ar fi tot-d'a-una orien-

taţi şi puţin înclinaţi către axa mediană a corpuluĭ, aşa că privind interiorul unuĭ kist, am putea să determinăm ovarul la care aparţine.

In afară de pĕr şi dinţi — carĭ sunt organele cele maĭ comune ce se întâlnesc — se maĭ constată în interiorul kistuluĭ óse, cartilage, fibre musculare netede, ţesut nervos şi diferite alte organe mult maĭ complexe.

Koeberle a găsit un organ semănênd în totul cu o limbă rudimentară, provĕdută de mucósă şi glande. Baumgarten un fragment de ochĭ. Ruge o glandă acinósă. Sinety şi Sutton o mamelă cât un pumn de copil şi care prin presiune, dedea ieşire prin mamelon unuĭ liquid ce semăna cu colostrum. In fine s'a găsit părţĭ întregĭ fetale şi maĭ distincte. Ast-fel sunt nisce piese ale luĭ Key, Cruveilhier şi Répin, unde se vedea clar un embrion rudimentar cu cele 4 membre.

Noĭ am avut un caz, unde fórte clar aveam a face cu un craniŭ complect, şi unde se distingeaŭ ósele parietale şi occipitalul, împreună cu nisce dungĭ ce ocupaŭ linia suturilor. Pe vertex şi occipital se vĕd implantaţĭ un numĕr destul de mare de fire de pĕr, dar rarĭ, ca la ómeniĭ pleşuvĭ. Ceea ce însă e maĭ important, este *existenţa manifestă a conductuluĭ auditiv extern, provĕdut de pavilionul urechĕĭ*, însă deformat turtit şi aplicat pe păretele cranien fără însă a fi lipit de el. Veţĭ fig. 162.

Patogenia kiştilor dermoizĭ a dat loc la diferite teoriĭ.

Maĭ întâiŭ este un lucru constant şi în afară de orĭ-ce îndoială: aceştĭ kiştĭ sunt congenitalĭ.

In timpurĭ maĭ depărtate, origina acestor kiştĭ era considerată ca o pedépsă divină, ca un capriciŭ al natureĭ, fiind vorba de concepţiunĭ fără coabitare.

Teoria acésta numită *partenogenesă*, se datoresce luĭ Meckel. Dînsa mult timp considerată ca fantastică, aţĭ după cum vom vedea, este singura admisă şi cea maĭ modernă.

Să vedem însă cele-l'alte teoriĭ.

I. S'a emis că kistul dermoid nu este de cât un **kist fetal**, adică o graviditate extra-uterină. Dar lucrul nu se póte susţine, căcĭ orĭ care ar fi modificaţiunile ce ar suferi fetul, nu se póte compara cu materia informă şi bizară ce se găsesce în aceştĭ kiştĭ. In adevĕr fetul se póte închista, se póte macera, dar fără să se fragmenteze în nisce părţĭ atât de neasemănate cu organisaţiunea sa.

II. **Teoria diplogeneseĭ saŭ a inclusiuneĭ fetale.** Acésta presupune,

că în momentul concepțiuneĭ s'aŭ fecondat de o dată douĭ ovulĭ. Unul însă este împedicat în desvoltarea sa. El este înghițit ca să

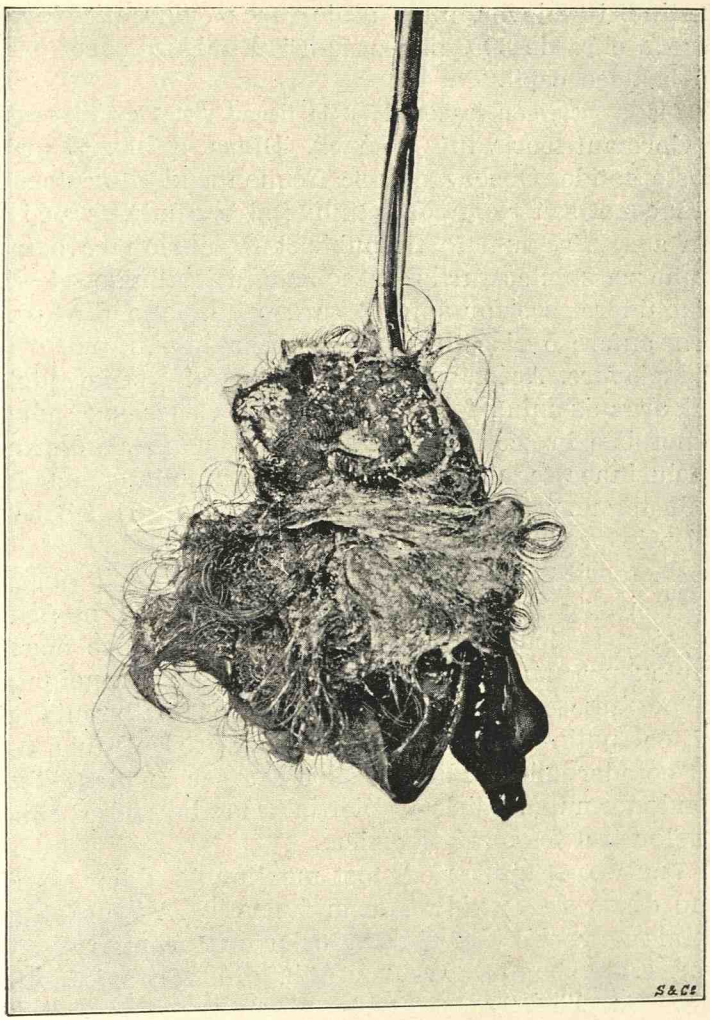


Fig. 160. Kistul dermoid precedent secționat; el conține o mulțime și lungĭ șuvițe de pĕr (personală).

zicem așa de cel-lalt frate, care singur continuă a cresce. Dînsul însă ieșind în lume, pórtă pe cel-lalt gemen. Dar și acesta la

rîndul sĕŭ, după un timp óre-care şi în urma unor circumstanţe necunoscute, începe să dea semne de viaţă: rezultatul este producerea unuĭ kist dermoid. Dar dacă n'ar fi de cât faptul că în aceştĭ kiştĭ s'aŭ găsit până la 300 dinţĭ, încă acéstă teorie nu s'ar putea susţine. In adevĕr, nu o diplo-genesă, dar nicĭ o octogenesă n'ar da cifra de 300 dinţĭ; numĭrul acesta cere cel puţin dinţiĭ de la ḑece copiĭ.

III. **Teoria înclavăreĭ tegumentuluĭ în timpul vieţeĭ embrionare.** E numită de Germanĭ teoria luĭ Remack. Dînsa e bazată pe argumente fórte solide. Observându-se frequenţa kiştilor dermoizĭ la códa sprânceneĭ saŭ regiunea gâtuluĭ; şi basându-se pe faptul că tocmaĭ în aceste regiunĭ în timpul vieţeĭ embrionare există ceea ce se numesce spintecăturile branchiale, se admise că în momentul închidereĭ acestor spintecăturĭ, o porţiune din tegumentul extern sufere o pişcătură, o introducere în năuntru, o inclusiune saŭ inclavare. Acéstă porţiune remânând ast-fel închisă în interiorul organismuluĭ, formézĕ un fel de sac; ea póte mult timp să persiste în acéstă stare. Maĭ târziŭ însă, în urma uneĭ cause, inclusiunea tegumentară intrând în funcţiune, produce tot ceea ce dă tegumentul extern: secreţiunĭ de glande sebacee, perĭ, unghiĭ şi tóte produsele cornate.

Acéstă teorie ne explică în mod perfect, kiştiĭ dermoizĭ aĭ sprânceneĭ şi aĭ gâtuluĭ. Rĕmâne însă insuficientă pentru kiştiĭ ovaruluĭ şi aĭ testiculelor. Aci în adevĕr, se găsesc corpĭ mult maĭ complexĭ precum: óse, cartilagiŭ, nervĭ, etc. Lannelongue, basându-se pe fapte embriologice, conchide că patogenia kiştilor dermoizĭ, cel puţin în aceste casurĭ, se datoresce nu numaĭ inclusiuneĭ ectodermuluĭ, adică a fóieĭ externe a blastodermuluĭ, ci şi a endodermuluĭ, adică a fóieĭ interne; ba póte chiar şi a tutulor celor treĭ foĭ blastodermice.

IV. **Teoria partenogeneseĭ.** A fost menţionată deja de Meckel. Mult timp dînsa s'a considerat cam fantastică. Astăḑĭ însă, graţie unor opiniunĭ venite din partea celor maĭ reputaţĭ autorĭ ca Waldeyer, Lannelongue, Duval şi alţiĭ, dînsa represintă ultima şi cea maĭ sciinţifică teorie.

Partenogenesa însemnézĕ posibilitatea ouluĭ de a se desvolta şi a se segmenta în afară de orĭ-ce fecondaţiune, decĭ fără intervenirea spermatozoiduluĭ. Prin urmare e vorba de o concepţiune fără contact cu bărbatul.

Cuvîntul partenogenesă, cred că provine din Partenon — un templu dedicat Minerveĭ. Acéstă zeiţă a înţelepciuneĭ se scie

că nu s'a născut ca orĭ-ce altă fiinţă; dînsa a ieşit d'a dreptul înarmată din capul tatăluĭ sĕŭ Jupiter, în urma uneĭ spintecăturĭ a craniuluĭ, determinată de Zeul Vulcan printr'o lovitură de topor. Decĭ partenogenesă ar însemna o nascere tot atât de miraculósă şi misteriósă ca şi a Minerveĭ (?)



Fig. 161.

Kist dermoid al ovaruluĭ stâng provĕḑut cu dinţĭ incisivĭ şi molarĭ. (personală).

Dar să vedem carĭ sunt bazele acesteĭ teoriĭ. Fenomenul acesta s'a observat maĭ întâiŭ pe animalele inferióre din scara zoologică; lucrul a fost intrevĕḑut maĭ întâiŭ de J. Geoffroy St. Hillaire. Dar cel d'întâiŭ a fost Oellacher, care în 1872, a vĕḑut în oul de pasĕre, că segmentaţiunea se produce fără fecondaţiune.

S'a observat iarăşĭ că la micĭ insecte numite puriceĭ (pucerons), ce trăesce pe vegetale verḑĭ, reproducerea maĭ multor generaţiunĭ de indivizĭ, se face iarăşĭ fără nicĭ o fecondaţie.

S'a constatat însă, că acéstă partenogenesă are óre-carĭ li-

mite. In adevĕr, dacă prima generaţiune iese normală, apoĭ a doua şi a fortiori cele-l'alte, nasc degenerate: ele se termină în monştriĭ. Aşa de exemplu: la gândaciĭ de mătase, după a doua generaţiune, omizile carĭ ies din oŭ sunt maĭ costelive, maĭ monstruóse şi mor fórte repede.

Cunoscinţa acestor fenomene zoologice, a fost punctul de plecare a unor nouĕ cercetărĭ. Dînsele aplicate la om, a dat naşcere teorieĭ partenogenesice, pentru explicarea kiştilor dermoizĭ aĭ ovaruluĭ.

Am ḑis că Waldeyer este cel d'întâiŭ care a atras atenţiunea. După dînsul, formaţiunea kiştilor dermoizĭ aĭ ovaruluĭ, depinde pur şi simplu de proprietăţile speciale a celulelor stratuluĭ germinativ al acestuĭ organ. In adevĕr, acest epiteliŭ, în starea normală, dă nascere unuĭ folicul a luĭ de Graaf cu ovulul sĕŭ, iar în urma fecondaţiuneĭ produce un embrion. Dar tot acest epiteliŭ, în virtutea aceloraşĭ proprietăţĭ, póte să producă nisce ţesuturĭ cu totul apropriate de cele normale şi în afară de actul fecondaţiuneĭ. Dacă se întâmplă ca acéstă desvoltare să nu fie întru nimic turburată în evoluţiunea sa, embrionul póte să mérgă până la sfîrşit. In aceste condiţiunĭ femeea póte să nască un copil pe calea partenogenesică, fără sămînţă bărbătéscă (?!) Fenomenul într'adevĕr ar deveni extra-ordinar şi ne-ar conduce la consideraţiunĭ de o înaltă importanţă fisiologică şi metafisică.

Noĭ ne permitem a invoca un alt mecanism cu desăvêrşire direct, iar nu o simplă supoziţiune de o anume proprietate a epiteliuluĭ ovaric.

Scim în adevĕr din embriologie, că glanda genitală aşezată la faţa internă a corpuluĭ luĭ Wolff, este acoperită de acest epiteliŭ germinativ. In acéstă perióda însă nu se póte sci şi cu atât maĭ puţin deosebi, dacă acéstă glandă va aparţine unuĭ bărbat saŭ uneĭ femeĭ. Lucrul positiv însă este, că de aci va ieşi saŭ un testicul saŭ un ovar. Dar şi într'un caz şi în altul, începutul fenomenuluĭ este identic. Elementele stratuluĭ germinativ se vîră în adâncimea glandeĭ, formând tuburile luĭ Pflüger. Dacă glanda are să devie ovar, am vĕḑut că aceştĭ tubĭ îşĭ pierd orĭ ce conexiune cu suprafaţa epiteliuluĭ germinativ; dînşiĭ trecând prin diferite fase ce deja am arătat, se transformă într'un folicul a luĭ de Graaf, cu ovul saŭ, cu cumulus proliger, etc.[1]) Dacă din contra organul are să devie un testicul, atunci tubiĭ luĭ Pflüger nu se

1) Vezĭ pag. 243.

maĭ stranguléză; celulele rĕmân aplicate pe păretele tubuluĭ, iar ovuliĭ se atrofiază și dispar. Dintre celulele rĕmase, unele iaŭ o crescere și o proliferațiune maĭ mare, provĕḑându-se de un nucleŭ. Aceste elemente constitue ovulul mascul; el se va transforma în spermatoblast. De aci vor ieși spermatozoiziĭ, iar tuburile luĭ Pflüger devin canaliculele seminifere.

Acésta este în câte-va cuvinte genesa embriologică a orga-

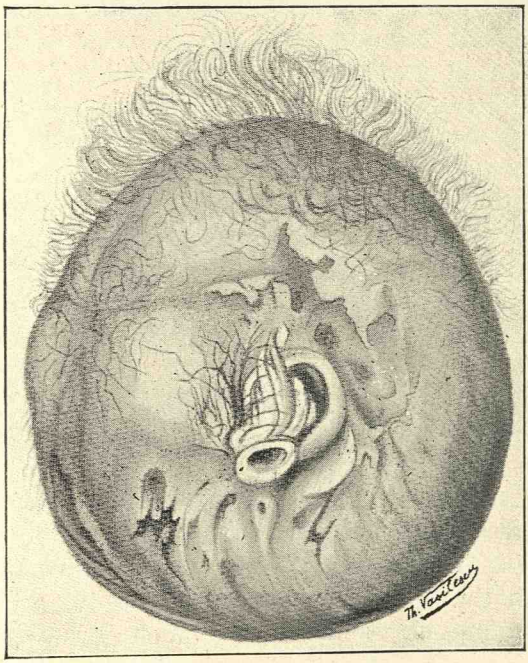


Fig. 162. Kist dermoid în formă de craniŭ, cu conduct auditiv extern și pavilionul urecheĭ. (personală).

nelor mascule și femele. După cum vedem, origina lor e comună și intim legată. Diferențiarea sexuluĭ depinde de fórte puțin lucru.

Nu am putea decĭ presupune că printr'o modificațiune misteriósă, într'un tub a luĭ Pflüger să fi rĕmas din întâmplare și vre-un ovul mascul? Lucrul nu este imposibil. In orĭ ce cas credem, că admițând posibilitatea acestuĭ straniŭ fenomen, ne esplicăm maĭ ușor partenogenesa, prin acțiunea directă a elementuluĭ mascul rĕmas din timpul vieţeĭ embrionare în acelașĭ compartiment

cu un ovul femenin. Dar prin acésta am avea o adevĕrată fecondaţiune în tótă puterea cuvîntuluĭ.

Trecând peste acéstă suposiţiune care ne este proprie, să vedem cum se esplică diferitele formaţiunĭ ce constatăm în kiștiĭ dermoizĭ.

Ele depind după cum una saŭ cele treĭ foĭ blastodermice se unesc unele cu altele, saŭ fie-care separat îșĭ păstréză individualitatea sa. Ast-fel, dacă fóia externă ia o desvoltare maĭ mare, atuncĭ vom găsi produse și organe provenite dintr'însa precum: pĕr, unghiĭ, glande tegumentare, sistem nervos și părţile esenţiale ale simţurilor. Când fóia internă persistă, atuncĭ vom avea glande, epiteliŭ, intestine și organe genitale, etc. Iar dacă celel'alte foĭ se atrofiază, rĕmâind numaĭ cea medie — destinată la formarea ţesutuluĭ conjunctiv — atuncĭ vom găsi în kistul dermoid: óse, cartilage, muschĭ și vase.

In fine dacă câte treile foĭ resistă, putem constata părţĭ complecte, representându-ne un adevĕrat embrion, bine înţeles incomplect și diform.

V. **Teoria celuleĭ nodale saŭ a luĭ Bard din Lyon.** Acest autor sus-iţine, că tóte cele treĭ foĭ blastodermice, care-șĭ aŭ celulele lor specifice, provin la origina lor din celula ovulară, numită de dînsul celulă nodală. Fie care celulă nodală produce decĭ ţesuturĭ anumite și cu proprietăţĭ diferite. Ele după ce aŭ dat nascere la asemenea celule maĭ înaintate în serie, dispar. Dacă însă presupunem că una din aceste celule s'a oprit în evoluţiunea sa, și a rĕmas închisă în mijlocul elementelor de constituţiunĭ diferite, dînsa după un timp óre-care reluându-șĭ activitatea, va putea da nascere la produse, ce vor aparţine diferitelor foĭ blastodermice, către care are maĭ multă tendinţă să evolueze. Dar acéstă teorie se apropie fórte mult de aceea a luĭ Cohnheim, pe care am arătat'o în Vol. II la Cap. tumorĭ [1]).

Cohnheim admite, că într'o perióda a vieţeĭ embionare, se produc maĭ multe celule de cât e trebuinţă pentru desvoltarea totală a diferitelor părţĭ ale corpuluĭ. Escesul acesta rĕmâind inclus tîn mijlocul ţesuturilor și representând diferite foĭ blastodermice, pot mult timp să rĕmâe în stare latentă: la un moment dat însă ele începând a se desvolta și produc în mod fatal miniaturĭ de organe, aparţinând uneĭ anumite foĭ.

Acestea sunt în câte-va cuvinte teoriile ce s'aŭ emis asupra

[1]) Veḑĭ vol. II, pag. 56—82.

kiștilor dermoizĭ. După cum vedem, tóte îșĭ aŭ aplicațiunea și importanța lor. Cea maĭ seducătóre însă și maĭ sciințifică, este de sigur teoria partenogenesică.

Maĭ există încă o varietate de tumorĭ kistice ale ovaruluĭ, în care găsim combinațiunĭ și dintr'una și din alta. In adevĕr, aci putem întâlni tumorĭ cu elemente epiteliale ce le apropie de kiștĭ mucoizĭ și tumorĭ cu caracter dermic, ce le apropie de cele dermoide. Aceștĭ kiștĭ formațĭ din ambele elemente sus descrise forméză un grup a parte numit *tumorĭ mixte ale ovaruluĭ.*

Cap. VI. Kiștiĭ para-ovaricĭ.

Aceștĭ kiștĭ se numesc ast-fel, din causă că dînșiĭ se desvoltă în regiunea ce înconjóră exterior ovarul, fără decĭ să aibă absolut nicĭ o conexiune cu acest organ.

Numele acesta însă a dat nascere la confusiune: s'a crédut că eĭ tot-d'a-una provin dintr'o idropisie a unuĭ rest embrionar numit paraovarium, ce se găsesce în grosimea ligamentuluĭ larg, între trompă și ovar. Nu dóră că acest organ nu e capabil de o idropisie pentru a da nascere unuĭ adevĕrat kist; dar mulțĭ din aceștĭ kiștĭ se desvoltă tot în grosimea ligamentuluĭ larg, dar fără să aibă ca origină para-ovarium. Ast-fel Doran a arătat kiștĭ uniloculare fórte marĭ, desvoltațĭ pe socotéla unor ochiurĭ de țesut conjunctiv, saŭ a unor igrome sub-seróse, pentru care-ĭ și numesce *kiștĭ lacunoșĭ.* Mengen crede de asemenea, că uniĭ kiștĭ se pot desvolta d'a dreptul în țesutul conjunctiv, independent de para-ovarium. La rîndul sĕŭ Lawson Tait dice: Sigur este că putem întâlni în ligamentul larg kiștĭ, ce nu se desvoltă pe socotéla resturilor embrionare; dar nu sciŭ încă care póte să fie origina lor. Există între altele o varietate nu tocmaĭ rară, în care pereții kistuluĭ conțin o așa mare grosime de fibre musculare netede, că póte aprópe să semene cu un uter gravid fórte mult întins. Tumora cea maĭ voluminósă ce am ridicat, dice autorul, am evaluat-o la 110 livre. Dînsa era un kist al ligamentuluĭ larg; pereții sĕĭ aveaŭ o grosime maĭ mare ca un police, când buzunarul se retractase după operație. Aceștĭ pereți eraŭ formațĭ ca și uterul gravid, esclusiv din fibre musculare netede. In fine Sinety crede, că uniĭ din aceștĭ kiștĭ provin din ovare supra-numerare.

După cum vedem, kiștiĭ ligamentuluĭ larg, de și numeroșĭ, pot însă să aibă diferite originĭ și adesea fără nicĭ o conexiune cu organul numit para-ovarium. De aceea Pozzi cu drept cuvînt ḑice, că putem numi aceste tumorĭ kiștĭ aĭ regiuneĭ ovaruluĭ; eĭ pot fi tangenți cu ovarul, fără ca acesta să fie întru nimic atins. Dar acésta nu însemnéză că nu există și kiștĭ propriŭ ḑișĭ aĭ para-ovaruluĭ.

In grosimea ligamentuluĭ larg, între trompă și ovar, există un óre-care numĕr de organe rudimentare de natură embrionară. Cel maĭ principal este fără îndoială organul luĭ Rosenmüller, cunoscut încă sub numele de para-ovarium. Părțile principale din carĭ se compune, este maĭ întâiŭ un canal principal cu traect orizontal, numit canal colector saŭ a luĭ *Gärtner*. Acest canal se termină în afară printr'o dilatațiune ampulară, care după Lawson Tait ar constitui organul luĭ Rosenmüller și care e capabil a da nascere la kiștĭ fórte voluminoșĭ.

O mulțime de alte canale accesoriĭ și verticale — luând nascere din vecinătatea hiluluĭ ovaruluĭ — pléc̆ă de jos în sus, și dirijindu-se către trompă, daŭ în canalul principal. Unele din ele presintă neregularități, constituite din maĭ multe umflăturĭ și strangulațiunĭ. In fig. 163 din Greig Smith arată para-ovaium.

Obliterațiunea acestor canale, póte fi punctul de plecare al unor kiștĭ patologicĭ. Fără îndoială, ḑice Lawson Tait, o mare parte din tumorĭ pe carĭ le numim kiștĭ para-ovaricĭ saŭ kiștiĭ ligamentuluĭ larg, se formézā în acest mod prin obliterațiunea acestor canale.

Dar acéstă interpretațiune nu póte de sigur să se aplice la tóte tumorile.

Tot ast-fel este și cu privire la canalele luĭ Gärtner; ele pot să persiste și să se continue prin țesuturile uterine și vaginale, pentru a veni să se deschiză în vecinătatea meatuluĭ urinar. In regulă generală, ele ar trebui să se oblitereze ca și conductele verticale.

Se întâmplă însă că acéstă obliterațiune să se facă numaĭ la extremități, saŭ în porțiunĭ separate, lăsând unele spațiurĭ libere. In acest caz este posibil că ele pot să dea loc la formațiunĭ kistice importante ca și tubiĭ verticalĭ.

Caracteristica kiștilor ligamentuluĭ larg saŭ para-ovaricĭ, este de a fi provĕḑuțĭ cu un părete fórte subțire, de a fi capabilĭ să capete un volum extra-ordinar de mare, și a avea un conținut liquid, apos și fórte clar.

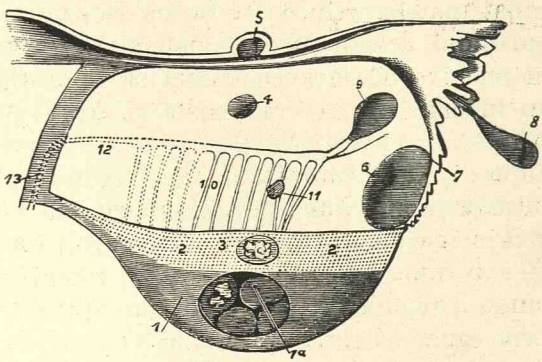


Fig. 163.

Schema organelor conținute în și contigue cu ligamentele largĭ (Doran).

1. Parenchimul ovaruluĭ, sediul unuĭ kist simplu saŭ glandular multilocular în *1 a*.

2. Țesutul hiluluĭ cu

3. Kist papilar.

4. Kistul ligamentuluĭ larg independent de par-ovarium și de trompa luĭ Fallope.

5. Kist asemenea desvoltat în interiorul ligamentuluĭ larg d'asupra trompeĭ, dar independent de ea.

6. Kist identic desvoltat fórte aprópe.

7. Ligament tubo-ovarien.

8. Idatida luĭ Morgagni.

9. Kist desvoltat pe socotéla conductuluĭ orizontal al par-ovaruluĭ. Kiștiĭ 4, 5, 6, 8 și 9 sunt căptușiți înăuntru de un sigur strat de endoteliŭ.

10. Par-ovarium; liniile punctate represintă partea internă tot-d'a-una maĭ mult saŭ maĭ puțin atrofiată la adult.

11. Mic kist desvoltat pe socotéla unuĭ conduct vertical; aceștĭ kiștĭ carĭ aŭ origina lor saŭ nasc pe socotéla uneĭ părți atrofiate, posedă un înveliș de epiteliŭ cubic saŭ ciliat și aŭ o tendință să formeze kiștiĭ papilarĭ, ca kiștĭ așeḍați în 2, țesutul hiluluĭ.

12. Canalul luĭ Gärtner, adesea obliterat la adult.

13. Traectul acestuĭ canal în pereții uterinĭ; părțile neobliterate dupĕ Coblentz sunt origina kiștilor papilarĭ în conexiune cu uterul.

Mai tot-d'a-una dînșii sunt uniloculari. Cu tóte acestea Lawson Tait a extirpat unul, compus din 6 saci lipiți. Spencer-Wells a extirpat un kist bilocular. Dar și aci, ca și în kiștii ovarici, tumora cea mai simplă în aparență, încă posedă pe păretele sĕŭ intern un numĕr mai mare saŭ mai mic de alți kiști secundari. Partea principală este că acești kiști fie sesili saŭ pediculați, ovarul e tot-d'a-una separat de dînsul; de alt-fel și trompa nu are nici o conexiune de cât cel mult dacă e lipită de el.

Transparența și subțiimea pereților acestei tumori i-a cauzat numele, dat de Pozzi, *de kist para-ovarien hialin*. După acest autor ar exista și o altă categorie de kiști para-ovarieni, numiți *papilari*. Ei sunt caracterisați printr'un conținut viscos și presența pe pereții lor interni a unor producțiuni vegetante papilare. De obiceiŭ forma acésta este malignă, ca și aceea a kiștilor mucoizi ai ovaruluĭ, cărora le împrumută tóte caracterele.

Simptomele. Atâta timp cât kistul ovaric nu este însoțit de nici o complicațiune inflamatorie a organuluĭ din care a luat nascere, și atâta timp cât dînsul nu e provĕdut de un volum suficient pentru a-i distruge echilibrul, făcându-l să-și părăséscă posițiunea normală, el nu dă absolut și nici nu are rațiunea de a da cel mai mic semn de existența sa. De îndată însă ce kistul ovaric a devenit destul de voluminos, el natural are tendința să cază în părțile cele mai declive ale basinuluĭ. In imensa majoritate a cazurilor el se așéză în fundul de sac a luĭ Douglas, înapoiul uteruluĭ. Este escepțional de rar ca kistul să ocupe fundul de sac vesico-uterin; acésta s'ar întâmpla numai în cazul când am presupune o retro-deviațiune veche a uteruluĭ, care să fi umplut și să fi șters cavitatea luĭ Douglas.

In regulă generală deci, kistul ovaric atingênd volumul cel puțin al unuĭ mĕr saŭ oŭ, el se așéză în escavațiunea pelviană, înapoiul uteruluĭ, în tocmai ca și într'o graviditate. Aci dînsul póte să stea une-orĭ ascuns, fără să dea cel mai mic semn de existența sa. Cel mult, medicul examinând din întâmplare femeea pentru vre-un incident saŭ indisposițiе fără însemnătate, el póte pentru surprinderea sa și a bolnaveĭ, să descopere acéstă tumoră. Dar de mai multe orĭ bolnavele fiind fórte liniștite și credêndu-se perfect sănătóse, nu se plâng absolut de nimic. Ele constată — unele plăcere, altele cu ciudă — că pântecele începe a li se mări. Acésta este luată drept graviditate saŭ îngrășare; de aceea ḑicem că la unele le causéză bucurie, iar la alte supărare; lucrul depinde după dorințele și aspirațiunile bolnaveĭ.

Dar acésta se întâmplă când deja kistul mărindu-se de volum şi-a făcut aparițiunea în cavitatea abdominală.

Resultă de aci, că putem stabili două perióde de simptome în kistul ovaric; ele sunt în legătură cu anume două fase a desvoltăreĭ sale. Avem deci *o perióđă pelvicnă şi una abdominală*. Acéstă diviziune a fost deja observată şi stabilită de Gallard.

Simptomele kistuluĭ ovaric în perióda pelvienă. Am arătat deja, că în general aceste simptome sunt negative, când kistul nu este însoțit de nicĭ o complicație. Cel mult, dacă uterul este împins înainte în mod suficient, pentru a determina o compresiune pe corpul saŭ gâtul băşiceĭ, atuncĭ femeea se póte plânge de órecarĭ fenomene vesicale, representate prin micțiuni frequente, disurie, etc. Acestea însă de obiceiŭ se pun pe socotéla uneĭ răcelĭ, indisposițiunĭ saŭ diferite accidente. Când însă kistul este inclavat saŭ vîrît în grosimea ligamentuluĭ larg, atuncĭ fenomenele încetéză de a fi insidióse: kistul îşĭ manifestă presența prin órecarĭ dureri şi o jenă destul de pronunțată, atât din partea băşiceĭ cât şi a rectuluĭ.

In orĭ-ce caz, fiind chemați a practica examenul în acéstă perióđă, vom căuta să ne dăm séma de posibilitatea incluziuneĭ kistuluĭ în ligamentul larg, saŭ de independența sa în cavitatea luĭ Douglas. In casul întâiŭ, vom simți într'unul din fundurile de sac o tumoră proeminentă, cu suprafața netedă, de o consistență fermă, dar fără bătăĭ arteriale. Acéstă tumoră va împinge în partea opusă uterul, pe care-l vom găsi deviat. Vom căuta să descoperim cu orĭ-ce preț un șanț de separațiune între tumoră şi uter; prin el se arată independența acestor două organe între dînsele saŭ cel mult o contiguitate; nicĭ de cum însă o continuitate intimă ca în casul când ar fi vorba de un fibrom uterin inclav t alînigamentul larg. Trebue să fim preveniți, că acești kiștĭ inclavați în ligamentul larg, aparțin varietățeĭ proligere, fie glandulară saŭ papilară. In acest caz, tumora fórte de timpuriŭ va ocupa ambele aripĭ ale ligamentuluĭ larg; ea se va întinde de la un fund de sac lateral al vaginuluĭ până la cel-l'alt. In casul când kistul va aparține varietățeĭ papilare, atuncĭ nu e rar a simți chiar pe suprafața exterióră a kistuluĭ nisce uşóre ridicăturĭ, propriĭ vegetațiunilor ce deja cunóştem. Natura acesteĭ varietățĭ de kist o vom bănui şi chiar o vom afirma, când pe lângă tumoră vom constata şi un liquid în cavitatea peritoneală, fie el în cantitate orĭ cât de mică. In adevĕr, caracteristica kiștilor papilarĭ incluşĭ saŭ liberĭ în cavitatea abdominală, maĭ tot-d'a-una se însoțesce de ascită.

Să presupunem acum că tumora e liberă în basin. Atunci prin examenul vaginal, putem să ne dăm fórte bine séma de situaţiunea sa precum şi de independenţa ei cu uterul. De obiceiŭ în fundul de sac a luĭ Douglas saŭ şi în cele laterale, simţim o tumoră netedă, dar mult maĭ fluctuentă ca cea precedentă şi cu păreţi maĭ subţiriĭ; uterul în mod clar este separat de tumoră printr'un sghiab larg şi respins fie înainte saŭ în una din lăturĭ. In timpul acestor explorăţiunĭ, vom căuta să descoperim dacă nu cum-va tumora e pediculată şi ce anume formă şi dimensiunĭ ar avea. Trebue însă să scim, că în acéstă perióadă, cu fórte multă greutate putem întâlni pediculul, căcĭ este rudimentar. El începe a se desvolta maĭ bine, cu ocasiunea ascensiuneĭ tumoreĭ în cavitatea abdominală.

In rezumat, după cum fórte bine zicea Gallard, atâta cât kiştiĭ rĕmân aşezaţi în cavitatea miculuĭ basin, nimic nu permite chiar a bănui presenţa lor; nu-ĭ descoperim de cât prin întâmplare şi anume dacă suntem chemaţi a practica explorăţiunea cavităţeĭ pelviene, pentru a găsi causa unor indispositiunĭ, precum ar fi compresiunĭ ale băşiceĭ, intestinelor, etc. Numaĭ în casul când kistul este intra-ligamentar, atunci se póte însoţi de fenomene de compresiunĭ nervóse, vasculare orĭ a organelor vecine.

Maĭ trebue să fim preveniţi, că nu orĭ-ce tumoră de volum mic şi aflată în fundul de sac a luĭ Douglas orĭ în cele laterale, va fi neapărat un kist ovaric. Este posibil să ne găsim în faţa unor tumorĭ cu totul de altă natură, precum ar fi un idro-salpinx, pio-salpinx, emato-salpinx, saŭ chiar şi cu kiştĭ aĭ ovaruluĭ, dar de originĭ cu totul altele. Ast-fel este acea afecţiune destul de comună numită degenerescenţa sclero-kistică; o idropisie a folicululuĭ luĭ de Graaf saŭ şi însăşĭ kiştĭ areolarĭ aĭ ţesutuluĭ conjunctiv. Este destul enumĕrarea acestor lucrurĭ, pentru a fi dispensaţĭ să ne maĭ oprim asupra lor; caracterele distinctive ale fie căreia ne sunt deja cunoscute din studiile anterióre. Un singur lucru vom avea în vedere: un kist pur ovaric are o formă mult maĭ globulósă, mult maĭ regulată de cât orĭ care alta din tumorile ce arătarăm. Maĭ mult, kistul ovaric pelvien, rar va fi provĕdut de un pedicul bine format. Tumorile de volum mic din cavitatea pelviană cu un pedicul manifest, făcându-le a fi fórte mobile, aparţin de obiceiŭ tumorilor kistice ale trompeĭ saŭ a ovarelor, iar nu unuĭ kist ovaric propriŭ dis. Este evident însă, că une-orĭ chestiunea devine fórte subtilă şi delicată, aşa că stabilirea unuĭ diagnostic diferenţial e de o dificultate extremă.

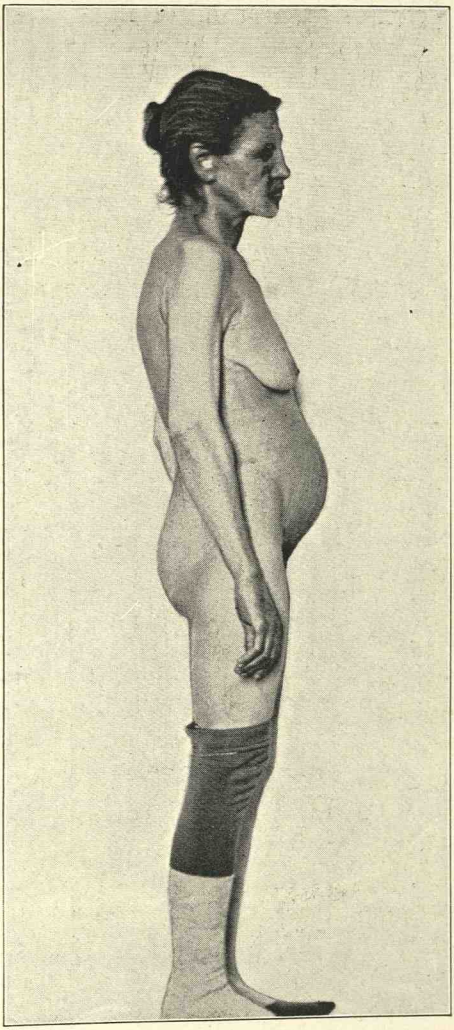


Fig. 164.

Forma pântecelui în kistul ovaric sub ombilical, impunêndu-se drept sarcină.

Simptomele kistuluĭ ovaric cu evoluţiune abdominală. Imediat ce kistul a ajuns prin volumul sĕŭ să trécă de simfisa pubiénă şi să devie manifest la exterior, atunci el ne oferă anume caractere propriĭ, ce vom descoperi printr'un examen minuţios.

Am putea stabili douĕ tipurĭ de forme ale pânteceluĭ determinate de kistul ovaric. Tipul întâiŭ sub ombilical, cuprinde kiştĭ ovaricĭ, carĭ prin aspectul lor se apropie fórte mult şi chiar se confundă cu un uter gravid. In tipul al doilea numit supra ombilical, forma pânteceluĭ precum şi timpul ce a trecut de la apariţiunea tumoreĭ până să ajungă în regiunea menţionată, o depărtéză în mod absolut de ideea uneĭ graviditĕţĭ.

Kiştiĭ ovaricĭ din timpul întâiŭ. Aci tóte nuanţele ce ia kistul ovaric în desvoltarea sa de la simfisă până la ombilic, aŭ une-orĭ o formă aşa de regulată, în cât prima impresiune este că femeea ar fi însărcinată într'o perióda maĭ mult saŭ maĭ puţin înaintată. Figurile 165 şi 166 luate din colecţiunea nóstră, ne arată douĕ modele, unde în adevĕr regularitatea şi simetria kistuluĭ ni se impun drept uter gravid.

Dar nu acuma insistăm asupra caracterelor distinctive. De o cam dată vom căuta prin palpaţie, percusie, examen combinat etc., să descoperim tote caracterele tumoreĭ.

Kistul ovaric clasic, unilocular, cu conţinut seros, va fi o tumoră rotundă, cu părecĭ fórte regulaţĭ şi mat în mod absolut: în lăturĭ şi în sus tumora e înconjurată de o zonă sonoră. Practicând o lovitură cu degetul în formă de bobârnac pe un părete, vom simţi transmiţându-se pe mâna opusă — aplicată cu faţa palmară pe cel-l'alt părete al tumoreĭ, — sensaţiunea unuĭ val de liquid; acesta va fi semnul cel maĭ patognomonic.

In casurĭ de a constata prin pipăire pe suprafaţa tumoreĭ diferite neregularităţĭ, iar prin palpaţie porţiunĭ unele maĭ fluctuente, altele semi-solide iar altele cu totul consistente, avem dreptul a afirma existenţa unuĭ kist proliger glandular saŭ papilar.

Când sensaţiunea aceea de val o vom percepe nu de la un părete la altul, ci pe teritoriĭ diferite, vom conchide la un kist paucilocular saŭ multilocular.

In fine e posibil, ca aplicând mâna pe tumoră şi exercitând óre-care presiune, să percepem o sensaţiune particulară de un fel de pârâitură, analógă cu aceea ce ne-o dă când am fărăma în mână un bulgăre de zăpadă. Fenomenul constă cu multă probabilitate, după cum a arătat Olshaussen, în transportul materieĭ coloide de la un punct la altul, saŭ de la o lojă la alta, de carĭ

e provĕḍut kistul. S'a maĭ atribuit acest lucru și la frecarea pă-reteluĭ kistic de peritoneŭ, când suprafețele tumoreĭ și-aŭ pierdut

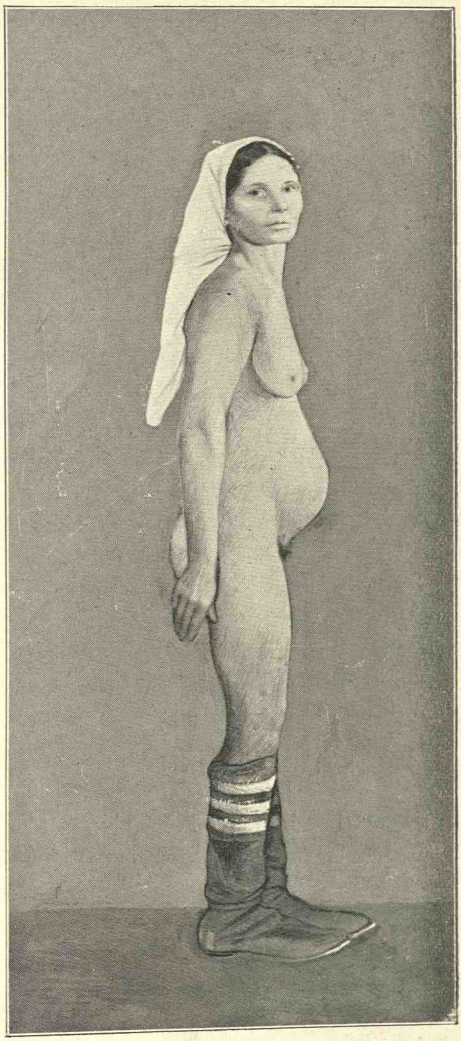


Fig. 165. Kist ovaric sub ombilical simulând un uter gravid (personală).

luciul prin descuamarea stratuluĭ de celule epiteliale. In cazul acesta însă, acéstă frecare numită parșeminată, e mult maĭ superficială și maĭ fină de cât cea coloidă, care e maĭ profundă și cu plesnituri maĭ gróse.

Când tumora se află just pe linia mediană și când pe lângă

caracterele arătate, constatăm prin examenul vaginal o independență absolută între dînsa și uter ce va fi împins înainte saŭ în lăturĭ, acestea formézĕ semnele fundamentale ale unuĭ kist ovaric, fie dînsul unilocular, paucilocular, multilocular, proliger, glandular saŭ papilar, după constatarea caracterelor cunoscute. Tot cu acéstă ocasiune ne vom da bine séma de gradul mobilităței, precum și de existența unuĭ pedicul ; acésta pentru a putea afirma că kistul ovaric e mobil saŭ fix. Dacă însă tumora în loc de a fi mediană și mult proeminentă în abdomen, o vom constata ca avînd o posițiune maĭ mult transversă, ocupând ipogastrul; și când pe lângă acésta, prin palpație și examenul combinat găsim o consistență mult maĭ fermă, iar fundurile de sac laterale ale vaginuluĭ pline, uterul fix saŭ respins într'o parte, atuncĭ cu multă siguranță kistul va fi intra-ligamentar și proliger. Iată ce putem spune și ce putem face în casurĭ de kiștĭ ovaricĭ de forme diferite, dar de volum relativ mic.

In perióda acésta, de multe orĭ femeele nu se plâng absolut de nimic și nicĭ chiar nu se gândesc a se arăta mediculuĭ; ele se adreséză maĭ voios uneĭ móșe, căcĭ ele se cred însărcinate, maĭ ales dacă menstruele aŭ încetat să apară, saŭ vin în cantităței fórte micĭ. Numaĭ când femeea observă o regularitate prea mare în menstruele sale, când nu vede nicĭ un fenomen caracteristic graviditățeĭ precum: crescerea mamelelor, schimbarea funcțiunilor tubuluĭ digestiv de a deveni capriție, însoțindu-se de vărsăturĭ, ignituri, etc., atuncĭ numaĭ femeea e coprinsă de óre-care grijă, și numaĭ atuncĭ se adreséză mediculuĭ. Și încă multe din bolnave nu recurg aci, de cât după ce în zadar aŭ așteptat cele 9 lunĭ; când în adevĕr s'a convins că nu sunt însărcinate.

Când însă tumora ia o desvoltare maĭ mare, formând tipul supra-ombilical, atuncĭ caracterele de carĭ am vorbit devin mult maĭ evidente, iar forma pântecelui cu totul particulară; în plus vom întâlni și altele, asupra cărora trebue să insistăm. In fig. 166 avem un asemenea model.

In kiștiĭ ovaricĭ simplĭ, de multe orĭ femeele suportă tumora destul de bine cu tot volumul sĕŭ cel mare — afară bine înțeles de óre-care greutate și unele fenomene de tracțiune.

Dacă tumora nu a părăsit cu totul escavațiunea pelviană, dînsa póte determina fenomene de compresiune asupra vaselor și nervii regiuneĭ. Acestea se manifestă prin edem al membrelor inferióre maĭ mult saŭ maĭ puțin pronunțat, putând merge până la o adevĕrată flegmație alba dolens. Tot din causa jeneĭ în cir-

culaţiunea venósă, nu rar observăm aparițiune de emoroide, varice ale cópselor şi gambelor, precum şi o desvoltare destul de manifestă a venelor păreților abdominalĭ. Acéstă dilatație e maĭ pro-



Fig. 166. Kist ovaric sub ombilical împunêndu-se drept sarcină (personală).

nunțată către flancurĭ şi în regiunea sub ombilicală; dînsa se deosibește ast-fel de dilatațiunile analóge resultate dintr'o jenă

în circulațiunea ficatuluĭ: ele vor ocupa regiunea supra-ombilicală. Tot grație volumuluĭ tumoreĭ apar fenomene vesicale și rectale, representate prin micțiunĭ frequente, polachiurie, oligurie și chiar anurie; tóte sunt datorite faptuluĭ turtireĭ complecte a globuluĭ vesical.

Este adevĕrat că excreținnea urineĭ în mică cantitate, se maĭ póte datori și uneĭ alterațiunĭ directe a filtruluĭ renal, al rinichiuluĭ; dar în acest caz vom constata presența de albumină, ceea ce agravéză prognosticul. Dacă tumora este la maximul sĕŭ de desvoltare, ajungând până la diafragm și respingând falșele cóste în afară, stomacul va suferi în funcțiunea sa fisiologică prin faptul turtireĭ și deplasăreĭ sale. De aci ignituri, vărsăturĭ, dispepsie, etc. La rîndul sĕŭ diafragmul împedicat în jocul luĭ normal, funcțiunile plămânilor vor suferi și ele; de aci dispnee și chiar acumulațiunĭ de serositate în cavitățile pleurale.

Din cauza jeneĭ pe de o parte, iar pe de alta a mărimeĭ câmpuluĭ circulator, va resulta stase sanguine; contra lor cordul va trebui să lupte cu putere. Hoffmeier și apoĭ Sébileau, aŭ insistat asupra diferitelor alterațiunĭ ale corduluĭ stâng, caracterisate prin sgomot de suflu, aritmie și asistolie, provocate de marea jenă în circulațiunea generală. De obiceiŭ aceste leziunĭ ca și epanșamentele pleurale dispar după operație, afară numaĭ dacă cordul drept n'a fost și el atins.

Dar fenomenul cel maĭ îngrijitor al kiștilor ovaricĭ este apăsarea tumoreĭ asupra rectuluĭ. Bolnavele maĭ tot-d'a-una sunt coprinse de o constipație opiniatră; ele nu ies afară de cât după 8—10 dile. Câte o dată compresiunea este așa de mare, în cât lumina intestinuluĭ este cu totul ștersă. Din causa acesteĭ jene în circulațiunea materiilor fecale, se produce încetul cu încetul o intoxicațiune numită de Barnes, *copremie*. Dînsa are ca efect o colorațiune terósă, pămêntósă a tegumentelor, însoțită și de o colóre sub icterică a mucóselor și tegumentuluĭ extern.

In urma acestor turburărĭ complexe din partea tubuluĭ digestiv, a aparatuluĭ cardio-vascular, a compresiunilor dureróse exercitate asupra trunchilor nervoșĭ din micul basin, ca obturator, nervul crural, sciatic etc., tumora oferă o próstă perspectivă bolnaveĭ. Dînsa vede totul; atuncĭ descurajată, slăbită și emaciată, ea este coprinsă de o tristeță, ce de obiceiŭ se zugrăvesce pe figura sa. Fenomenul acesta a impresionat fórte mult pe Gallard și Spencer-Wells. Eĭ aŭ căutat să formeze un tip special al figureĭ bolnavelor coprinse de kist ovaric, dându ĭ numele de **facies ovaric.**

Lucrul constă în aceea, că figura femeeĭ ia un aspect particular: el e representat printr'o frunte sbârcită, ochĭ escavațĭ, pleópele

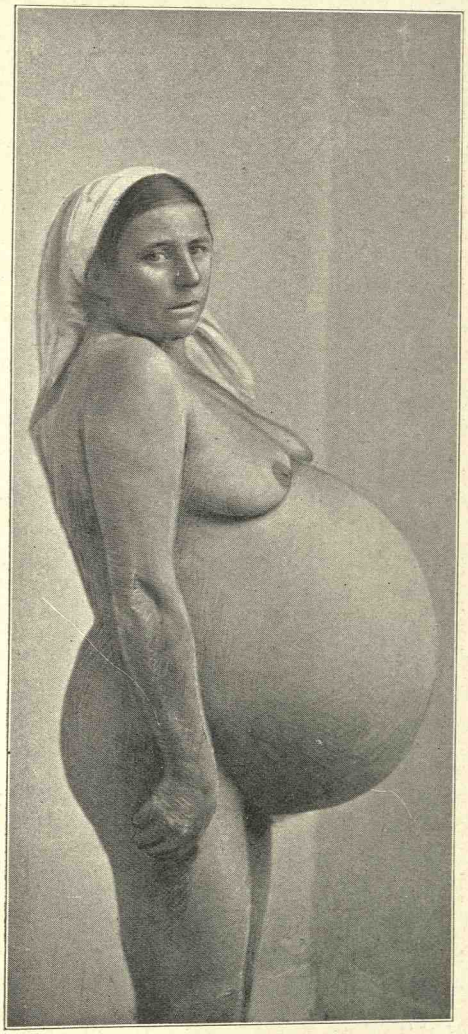


Fig. 167. Forma pântecelui în kistul ovaric supra ombilical (personală).

albăstriĭ, pometele maĭ pronunțate, obrajiĭ slăbițĭ, nasul subțiat și lungit, nările dilatate și fuliginóse, buzele subțirĭ, gura largă, bărbia întórsă.

Acésta însă este masca mai mult a descurajăreĭ și a tristeței, de cât a uneĭ adevĕrate suferințe. In adevĕr, nu rare orĭ putem întâlni femeĭ purtătóre de tumorĭ destul de voluminóse, dar indolente; și cu tóte acestea figura lor e caracteristică aceluĭ facies ovaric ce am descris.

Am spus că kistul ovaric simplu nu e dureros, dacă nu exercită a nume compresiunĭ pe trunchiurile nervóse și nu se complică de fenomene inflamatorii peritoneale ce produc aderențe. Despre acestea vom vorbi mai târziŭ.

Există însă o durere cu totul independentă de intervențiunea orĭ căruĭ factor strein. Bolnava la un moment dat se vede coprinsă de vărsăturĭ, igniturĭ și durerĭ fórte violente, rĕspândite în întregul abdomen. Ele prin frequența și micșorimea pulsuluĭ, precum și a sudorilor recĭ ce apar pe frunte, extremități și chiar întregul corp, simuléză fórte mult o adevĕrată peritonită, provocată fie de o torsiune bruscă a pedicululuĭ orĭ a însăși spargereĭ kistice. Cu tóte acestea nu e nimic dintr'o peritonită; și ca probă avem că întregul tabloŭ format din simptomele cele mai îngrijitóre, dispar fórte repede și în totalitatea sa; el nu lasă absolut nicĭ o urmă; femeea de o dată se simte fórte ușurată ca și când ar fi în starea normală. Aparițiunea și disparițiunea bruscă a acestor fenomene, pórtă numele de *peritonism.*

Mers, durată și complicațiunĭ. O dată kistul ovaric format, mersul sĕŭ în general e lent și cronic. Rarĭ sunt casurile când tumora căpătă un volum prea mare și brusc, în urma uneĭ distensiunĭ exagerate. De obiceiŭ crescerea merge treptat, fără nicĭ o tendință de remisiune și cu atât maĭ puțin de vindecare spontanată. Se citézĕ însă casurĭ cu desăvêrșire escepționale: tumora intim unită cu trompa, e capabilă să provóce cu timpul perforarea pereteluĭ de separațiune. Atunci tot conținutul sĕŭ se póte scurge afară prin vagin, trecênd prin trompă în uter. Acésta ar forma o varietate o parte, de kiștĭ tubo-ovaricĭ, de kiștĭ profluenți. Dînsa de și cea maĭ favorabilă, este însă din nenorocire cea maĭ rară.

S'a observat însă rupere spontanată a kistuluĭ, fie prin uzura lentă a pereților sĕĭ, fie în urma unuĭ traumatism, a uneĭ căderĭ, o explorațiune chirurgicală bruscă și chiar a unuĭ strănut al bolnaveĭ. Acésta se întâmplă când pereții kistuluĭ sunt escesiv de subțirĭ. Dacă liquidul vĕrsat în cavitatea peritoneală e clar, subțire și puțin abondent, el se póte perfect resorbi și ast-fel să se obție o vindecare spontanată. Când însă kistul e coloid și provĕdut de acea proliferațiune glandulară saŭ papilară, atunci

accidentul devine fórte serios; une-orĭ e chiar mortal, prin provocarea uneĭ peritonite supra-acute. In casul cel maĭ uşor, liquidul nu se resórbe de cât în parte; cu timpul însă, acele vegetaţiunĭ, rĕspândite în peritoneŭ şi în mesele intestinale, se pot grefa şi să dea nascere unor metastase cu consecinţe tardive fatale. Alte dăţĭ cantitatea de liquid fiind prea mare, nu se resórbe de cât numaĭ o porţiune din el; restul se închistézĕ şi dă nascere la alte nouĭ pungĭ kistice. Dacă conţinutul a fost sanguin, precum de obiceiŭ se observă când ruperea a fost precedată de trosiunea pedicululuĭ, atuncĭ închistarea acestuĭ liquid produce un adevĕrat ematocel pelvien; faptul a fost arătat de Boeckel.

S'a observat şi alte deschiderĭ ale kistuluĭ în diferite organe splachnice, însă mult maĭ rar. Ast-fel se citézĕ casurĭ de evacuarea conţinuluĭ în stomac, în micul intestin, — după observaţiunea luĭ Portal. Fenomenul se anunţă fie prin vărsăturĭ enorm abondente, saŭ prin diaree profusă: imediat urmézĕ descreşterea saŭ chiar disparĭţiunea tumoreĭ. Alte dăţĭ deschiderea s'a efectuat prin băşică, prin fundurile de sac vaginale, dar maĭ des prin rect. De obiceiŭ nisce asemenea perforaţiunĭ nu sunt favorabile; orificiul de comunicare persistând, punga kistuluĭ se póte infecta, prin introducere de materiĭ alimentare saŭ fecalĭ; atuncĭ se determină supuraţiunĭ şi septicemiĭ, ce pot compromite viaţa bolnavelor. Deschiderea cea maĭ favorabilă ar fi, când dînsa s'ar efectua la exterior printr'un orificiŭ saŭ scrijilitură a părepilor abdominalĭ.

Dar tóte aceste eventualităţĭ, represintă maĭ mult nisce curiosităţĭ patologice; ele în general sunt maĭ mult vătămătóre de cât folositóre bolnaveĭ.

Norma kistuluĭ ovaric este de a cresce lent şi progresiv. Dînsul lăsat la mersul sĕŭ natural, determină cu timpul o slăbire şi consumţiune a bolnaveĭ şi finişte prin a-ĭ ridica viaţa, dupe o luptă maĭ mult saŭ maĭ puţin îndelungată. Dar acésta stă în raport cu natura kistuluĭ şi puterea de resistenţă a bolnaveĭ. Sunt kiştĭ carĭ omóră în câte-va lunĭ; alţiĭ din contra sunt toleraţĭ anĭ întregĭ.

Găsim în Pozzi că *Franck*, vorbesce de o femee care purta un kist de la etatea de 13 anĭ; bolnava fiind în etate de 88 anĭ, a purtat prin urmare kistul timp de 75 anĭ.

De asemenea Olshausseu spune, că a vĕdut la o femee de 48 anĭ un kist, pe care-l purta de 19 anĭ.

S'a observat că nisce asemenea fenomene extra-ordinare, le

oferă mai cu deosebire kiștii uniloculari para-ovarici. Din contra, kiști glandulari proligeri și papilari aŭ un mers mult mai repede; ei compromit viață în câte-va luni: maximum până la 1½ an.

In practica nóstră am avut și noi ocasiunea să observăm două casuri de o asemenea durată îndelungată a kistului ovaric;

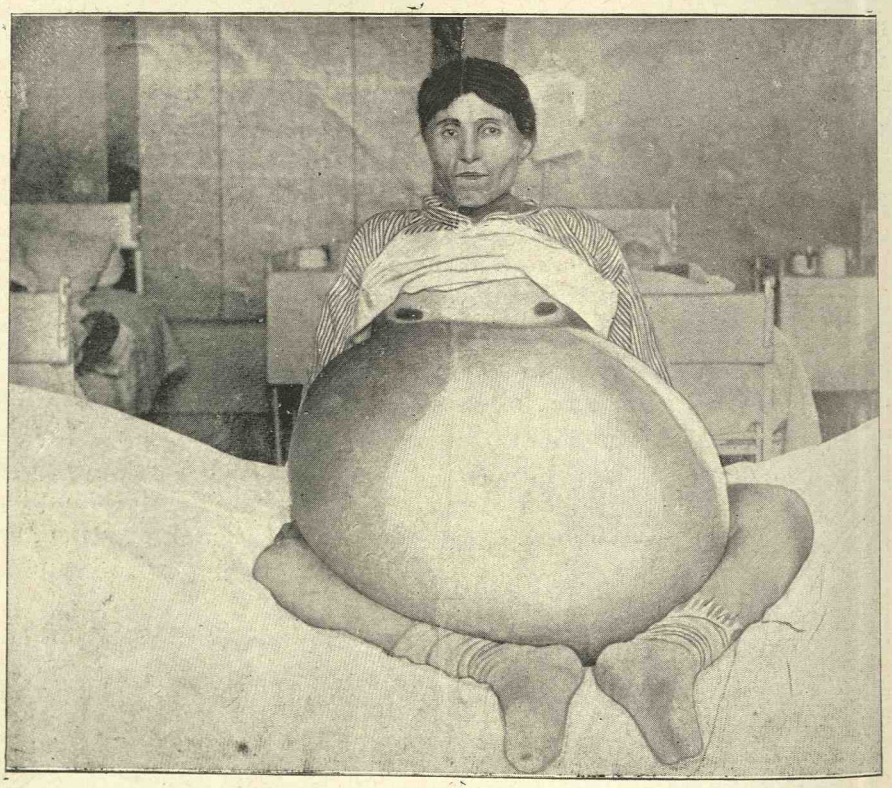


Fig. 168. Model de kist ovaric unilocular cu desvoltare enormă a pântecelui. Durată kistului este de 18 ani; circomferența 2 m. 10 c. m. conținutul 110 litruri lichid (personală).

în amêndouă a fost vorba în adevĕr, de kiștĭ uniloculari ceĭ mai tipicĭ posibil. Unul din aceste casuri este relativ la pacienta Tudora Cosâmbescu, în etate de 47 anĭ. Dînsa ne declară că începutul tumoreĭ, — care mult timp a fost luată drept sarcină atât de dînsa cât și de medicĭ — datează de acum 18 anĭ; decĭ îl pórtă de de la etatea de 29 anĭ.

Un alt cas este relativ la femeea Stoianca Țoncu din Rusciuc, în etate de 68 ani; dînsa ne declară că kistul a apărut acum 20 ani. Prin urmare, îl pórtă de la etatea de 48 ani. Iată în scurt observațiile

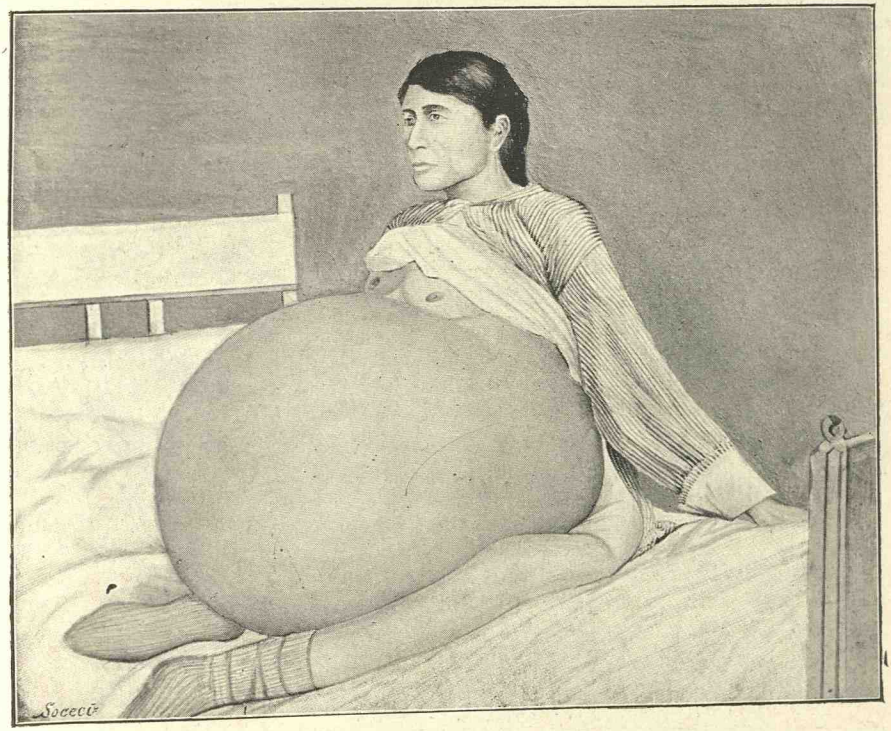


Fig. 169. Kistul din fig. 168 vĕḑut de profil (personală).

Observația I.

Tudora Cosâmbescu, 47 ani. Are o soră care sufere de gușă. A născut un singur copil ce e în vârstă de 25 ani. Bóla actuală a început acum 18 ani, printr'o mică tumoră ce a fost luată drept sarcină. Acéstă tumoră a crescut gradat de jos în sus fără a cauza bolnaveĭ de cât o jenă ușóră. Menstruele le-a avut regulat și nu s'aŭ întrerupt nicĭ o dată.

Acum 8 anĭ, un medic i-a propus operaţia; dînsa însă a refuzat de óre-ce nu suferea maĭ de loc, deşi tumora era destul de voluminósă.

Actualmente, kistul luând acéstă desvoltare extra-ordinară ce se vede în fig. 168 şi impedicând-o a maĭ umbla, bolnava intră în serviciul nostru la 27 Noembrie 1896. N'a fost nicĭ o dată punctionată.

Cu tótă diformitatea ce ne oferia bolnava, ea nu se plînge de nicĭ o turburare în funcţiunile organice: n'are dispnee, nu póte însă dormi liniştită, din causă că nu se póte întórce, ci trebue să păstreze o posiţie fixă. Cordul puţin ipertrofiat, dar fără leziunĭ valvulare. Puţin edem al membrelor inferióre. La baza pulmonilor se constată uşóre raluri de congestie.

Starea locală. Circomferenţa abdomenuluĭ în partea cea maĭ proeminentă este *de 2 metri şi 10 c. m.* iar lungimea de *1 m. şi 20 c. m.* fără a se putea atinge simfisa pubienă. Pe suprafaţa abdomenuluĭ se véd un numĕr considerabil de vene; unele sunt de grosimea degetuluĭ mic şi aşezate în nisce şanţurĭ fórte sensibile la palpaţie, ca şi cum ar fi săpate în ţesutul celular sub-cutanat. Ombilicul face un relief puţin pronunţat; rĕmâne însă în acelaşĭ nivel cu pielea. Matitate absolută pe tótă suprafaţa; edem în ţesutul celular al segmentuluĭ inferior al tumoreĭ. Nu constatăm nicăerĭ existenţa vre unuĭ corp solid. Prin percuţie, palpaţie şi cele-l'alte explorăţiunĭ, tumora ne oferă tipul unuĭ kist unilocular. Bolnava de şi fórte slabă şi emaciată, totuşĭ cântăresce 170 kilograme.

Examenul organelor genitale nu s'a putut face.

La 28 Noembrie se face o punctiune scoţêndu-se *40 litrurĭ* de liquid limpede, sero-albuminos.

La 29 Noembrie orificiul de şi astupat cu colodium, nu s'a închis, aşa că liquidul a continuat să curgă.

La 30 Noembrie se ridică tamponul şi se lasă să se scurgă liquidul în libertate, evaluat la *10 litrurĭ.*

Laparatomia. Vĕdêndu-se că prin orificiul paracenteseĭ se scurgea în mod continuă liquid, aşa că nu numaĭ străbătuse saltelele, dar produsese şi o infecţie, din causă că bolnava nu putea să se îngrijéscă, fiind în imposibilitate a face cea maĭ mică mişcare; pe de altă parte, un edem sub-cutanat întinzându-se din ce în ce maĭ mult şi avênd tendinţa la inflamaţie, se hotărăşte operaţia de urgenţă, fixându-se ora 2 p. m., 30 Noembrie.

Transportul bolnaveĭ s'a făcut cu multă greutate. Ea e pusă într'un cearceaf şi ridicată de 5 ómenĭ.

Aşezată pe masa de operaţie, bolnava are sincopă. Tumora trecea de mărginile meseĭ şi presenta nisce ondulaţiunĭ ca şi un val de apă pus în mişcare.

Se ridică tumora în sus de maĭ multe ajutóre, dar fără a se putea atinge pubisul. Trag o lungă incisie aproximativ pe linia mediană sub ombilic; se tae o grosime enormă de ţesut conjunctiv edemaţiat şi plin cu liquid. Emoragia era fórte simţitóre

din causa deschidereĭ venelor fórte voluminóse ce formaŭ adevĕrate sinusurĭ.

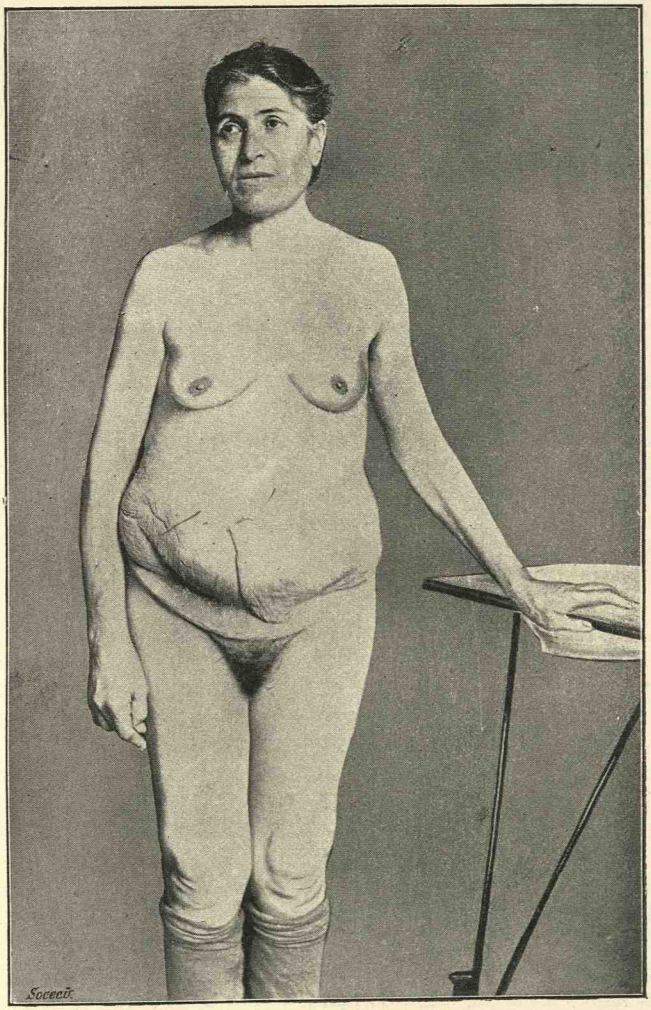


Fig. 170. Aceeaşĭ din fig. 169 la eşirea din spital (personală).

Se aplică pense multe; se descopere aponevrosa, se deschide repede şi uşor peritoneul fiind fórte subţire.

Imediaŭ iese o cantitate colosală de *16 litrurĭ* de liquid ascitic. Măresc incisia; introduc mâna în abdomen şi apuc păretele

kistului, care nu se póte scóte afară. Kistul era unilocular, cu pereții fórte îngroșați, aderenți de epiploon și intestinul gros.

Se punctionéză și se scóte *24 litruri de liquid.* Se aplică mai multe pense Richelot pe pedicul. Vasele anexelor aveau grosimea unui deget; secțiunea lor ne arată o îngroșare enorm de mare a pereților. impunându-se drept intestin. Pentru siguranță, s'au aplicat mai multe puncte de sutură sub-intrante, după care se tae pedicului. Se exploréză din nou cavitatea, care era plină cu liquid și a cărui evacuare nu se mai sfârșia; s'a scos circa 10 kilo.

In escavațiunea pelviană constatăm uterul cât un pumn de mare și cu mai multe ridicături cartilaginóse pe dînsul. Operația fiind fórte laborióză și bolnava în pericol, nu s'a mai făcut alte explorațiuni.

Legăm pedicului cu 8 puncte sub-intracte la distanță de 3 c. m. S'a aplicat alte trei legături pe un pedicul din epiploon și alte legături simple pe mai multe alte fășii resultate din ruperea aderențelor.

Procedăm la facerea toaletei peritoneului. Privind în pântece ni se oferă ceva înspăimântător: lucrul avea asemănare cu o vastă scorbură, capabilă a da ospitalitate unui copil de vre-o 8 ani.

Peritoneul parietal era fórte îngroșat, cu suprafața netedă lucitóre, afară de câte-va locuri cu pete albe lăptóse de mărimea unei piese de 2 lei.

Se spală repede cavitatea peritoneală cu sublimat, introducându-se o mulțime de șervețele, spre a scóte ultimul rest de liquid și de sublimat din cavitate.

Se închide abdomenul prin 14 puncte peritoneale și tot atâtea musculo-aponevrotice.

S'a aplicat apoi pielea rămasă pe abdomen, care se transformase într'o adevărată grópă.

S'a pansat întrebuințându-se o cantitate enormă de vată. Operația a durat 1½ oră.

Imediat bolnava se cianozează și este coprinsă de un frig mare.

Kistul golit de liquid, cântăresce *2 kilograme;* are pereții escesiv de groși: fața sa internă sémănă cu intestinul. Pe suprafața externă se observă vase enorm de voluminóse cu nisce îndoituri ce sémănă cu adevărate cordóne gróse cât un police.

1 Decembrie. Bolnava e relativ bine. A băut ½ litru de șampanie. Pulsul 112, fórte plin și regulat. Limba are puțină tendință la uscăciune; în séra diței de operație a avut o vărsătură.

2 Decembrie. Bolnava se simte bine. Pulsul plin, a dormit bine. Temperatura séra 38°.

3 Decembrie. Temp. D=37°8, séra 37°8. Bolnava fórte liniștită; pulsul plin, a dormit bine.

4, 5, 6 Decembrie. Pacienta se simte fórte bine, e mulțumită, are poftă de mâncare; simte o ușóră mișcare febrilă ce nu trece nici o-dată de 38°.

7 Decembrie. Se ridică pansamentul. Reunirea per primam, nicĭ o picătură de puroiŭ. O ușóră iritație împrejurul punctelor de sutură.

8 Decembrie. Bolnava e bine. Temperatura fiind 38°, se administréză un purgativ și antiseptice intestinale, după care temperatura scade la 37°.

10 Decembrie. Se desface pansamentul. Plaga a supurat puțin; printre fire iese o cantitate destul de mare de puroiŭ bine legat. Se panséză cu creolină.

11, 12, 13, 14 Decembrie. Bolnava continuă a avea temperatura séra, variind între 38—39°. Se panséză regulat, Plaga continuă a supura.

15 Decembrie. Se exciséză cu fórfecele punctele de sutură. Nu se găsesce supurație în profundime. Plaga frumósă. Ast-fel se dovedesce că cauza febreĭ nu e supurația. Bolnava suferind de constipație din causa paresieĭ intestinelor carĭ aŭ stat în liquidul ascitic, i se administréză purgative și antiseptice, după care temperatura scade. Apoĭ bolnava are poftă de mâncare și dórme bine.

16 Ianuare. Părăsesce serviciul vindecată. Nu se găsesce nimic particular, de cât o relexare a pereților abdominalĭ. Plaga vindecată, Pacienta umblă cu óre-care dificultate din causa slăbiciuneĭ generale. E pe deplin mulțumită. Veḑĭ fig. 170.

Observația II.

Maria Țoncu, 68 anĭ din Rusciuc. Nimic de remarcat în antecedentele ereditare. Menstruată la 14 anĭ cu durată de 6 ḑile, fără durerĭ, în mică cantitate. Se mărită la 17 anĭ. A făcut 9 copiĭ. *Sunt 20 anĭ* de când sufere de bóla actuală, care a apărut 4 anĭ după facerea celuĭ din urmă copil. Pacienta atribue începutul pe socotéla uneĭ băĭ recĭ; ea declară că imediat a avut vre-o două ḑile durerĭ marĭ în fosa iliacă stângă.

După cât-va timp observă că pântecele încetul cu încetul începe să se umfle, începând din partea stângă. După 6 anĭ vine în Bucurescĭ, unde i s'a scos o mare cantitate de liquid. Pacienta ne spune că menstruația venea regulat fără nicĭ o turburare. După 4 anĭ i se face a doua paracenteză. In total a suferit 20 paracenteze. Ultima acum doĭ anĭ scoțêndu-se la fie-cere circa 40 kilo.

Starea presentă. Bolnava emaciată, nu póte sta de cât în de cubit lateral drept. Venele abdominale mult desvoltate; vergeturĭ în părțile declive și pe cópse. Baza toraceluĭ întinsă, cóstele împinse în afară, iar apendicele xifoid respins în sus.

Circomferința abdomenuluĭ în punctul maĭ ridicat este *de 1 m. 38 c. m.* De la baza toraceluĭ la *pubis 60 c. m.* Tumora în totalitatea eĭ mată și cu caractere de kist unilocular. Veḑĭ fig. 171.

Nu constatăm nicĭ un edem al membrelor inferióre. Urina fără albumină. Din partea organelor splachnice nimic important.

Luparatomie. 20 Maiŭ 1897. Ajungând la kist se punctionéză; se scóte un liquid ca ciocolata în cantitate de 40 kilograme; rămâne totuși kistul pe jumětate plin.

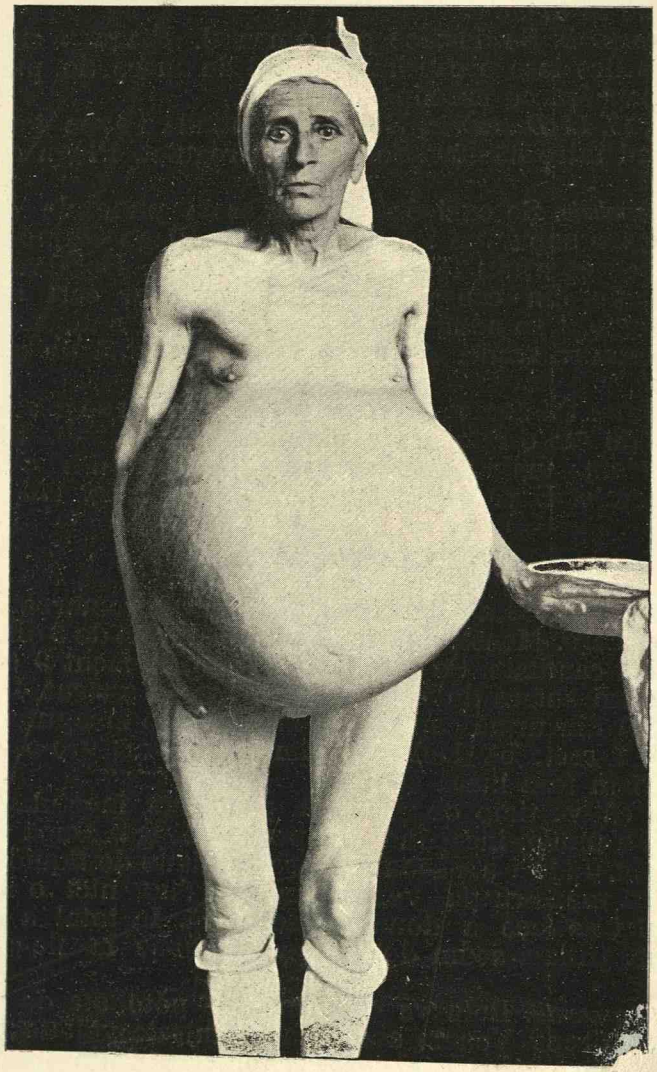


Fig. 171. Kist ovaric unilocular datând de 20 anĭ. S'a scos în din[illegible] mai mult ca 800 kilo lichid. (personală).

Se exploréză cavitatea și se găsesce kistul cu des[illegible]ire lipit de peritoneul parietal dar prin aderențe laxe, subțiri. Se

deslipesc. Din causa sângerăreĭ se procede repede la extragerea kistuluĭ; după ce se maĭ golesce odată, se scóte afară din plagă; se constată că aparţine ovaruluĭ stâng. Are un pedicul de gro-

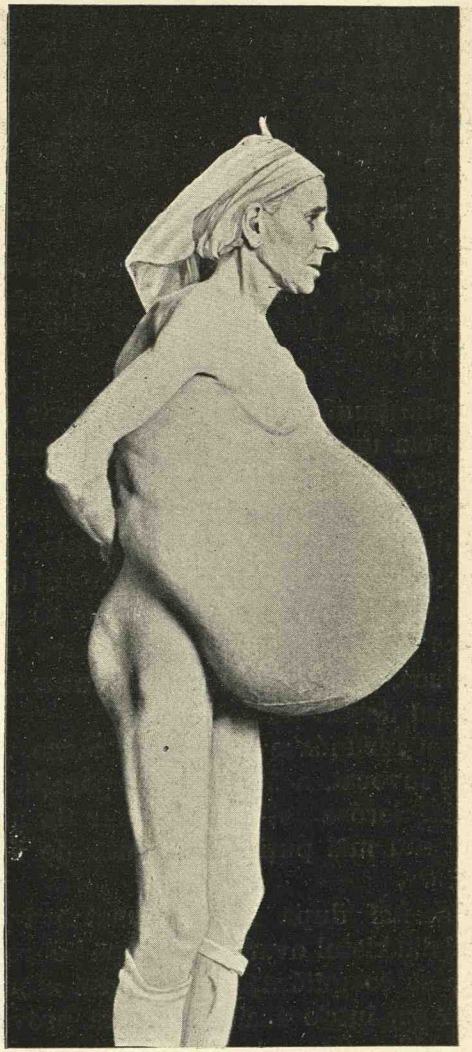


Fig. 172. Kistul ovaric din fig. 171 vĕḑut de profil (personală).

simea unuĭ police. Aplic o pensă, se tae pediculul; se pun repede maĭ multe suturĭ subintrante în numĕr de opt. Se aplică apoĭ maĭ

multe fire pe diferite rupturĭ de aderenţe ce sângeraŭ. Escavaţiunea ce a rezultat după scóterea tumoreĭ era colosală şi înspăimântătóre. Se vedeaŭ absolut tóte organele splachnice.

In timpul acesta bolnava are o sincopă. Se grăbesce închiderea abdomenuluĭ. Făcându-se toaleta peritoneuluĭ, se aplică 14 puncte de suturĭ peritoneale şi tot atâtea cutanate. Muschiĭ eraŭ cu desăvêrşire atrofiaţĭ. Punga kistuluĭ fără liquid cântărea 540 grame. In total s'a scos peste 60 litrurĭ de liquid. După operaţie se umple întregul acest gol abdominal prin maĭ multe pachete de vată; se face un bandaj puţin compresiv, pentru a preveni emoragia interióră, saŭ maĭ bine dis şocul. Se face apoĭ o injecţie cu ergotină.

27 Maiŭ se ridică pansamentul, se scot firele, reunirea per primam.

11 Iunie bolnava iese complect vindecată, avênd însă părețiĭ abdominalĭ fórte sbârciţĭ şi o largă escavaţiune. Cicatriţa este strânsă între sbârciturile pieleĭ, dar fără cel maĭ mic orificiŭ fistulos. Vedĭ fig. 171.

* *
*

Printre complicaţiunile în afară de ruperile kistuluĭ de carĭ am vorbit, maĭ avem unele cărora le dăm numele de extrinsecĭ. Cele maĭ importante sunt:

I. **Ascita.** De multe orĭ când practicăm ovariotomia, dăm peste o mică cantitate de liquid conţinută în cavitatea peritoneală, dar care a scăpat cercetărilor nóstre, ne fiind destul de manifestă. Alte dăţĭ însă, ascita este destul de abondentă ca să ne atragă atenţiunea, iar une-orĭ într'o cantitate aşa de mare în cât kistul ne fiind prea voluminos, póte să fie cu totul mascat şi să dea nascere uneĭ confusiunĭ destul de serióse.

Origina asciteĭ recunósce maĭ multe cause. Mecanismul cel maĭ simplu ce s'a invocat, a fost frecarea păreților kistuluĭ de suprafaţa peritoneală. Serósa ast-fel iritată, ar da nascere uneĭ secreţiunĭ maĭ mult saŭ maĭ puţin abondentă de liquid, traducându-se prin ascită.

Caracterele asciteĭ după Mehu, constaŭ într'un liquid citrin fluid. Lichidul din kistul ovaric însă după Schroeder, nu conţine fibrină şi decĭ nu se coaguléză; conţine însă albumină cu caractere particulare. Apoĭ într'o ascită ordinară provenită din cirosă, proporţiunea materiilor fixe e mult maĭ mică ca în cea ovarică: aci avem 60—70 grame pe litru; dincolo numaĭ 25 grame.

In special Koeberlé s'a ocupat mult de acéstă chestiune în 1875. El a căutat să stabiléscă, prin simplul examen al liquiduluĭ, diagnosticul diferenţial între kiştiĭ ovaricĭ aĭ ligamentuluĭ larg şi aĭ trompeĭ luĭ Fallope. Ast-fel liquidul din kiştiĭ ovaricĭ conţine

albumină; aŭ însă o proporţie mult maĭ mare de o altă substanţă numită paralbumină. Acésta e caracterisată prin aceea că odată,

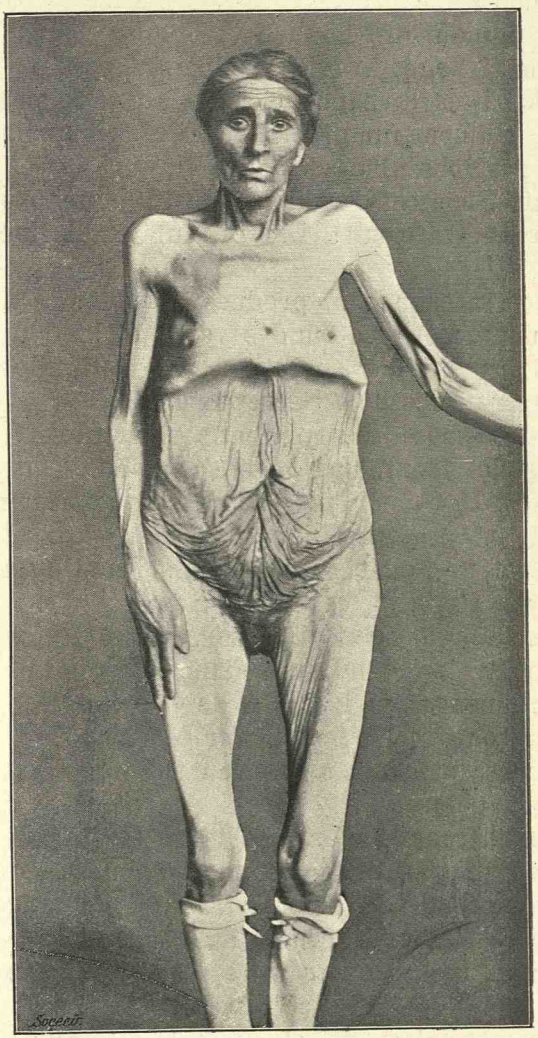


Fig. 173. Aceeaşĭ din fig. 171 la eşirea din spital (personală).

precipitată prin acidul azotic, dînsa se disolvă din noŭ, dacă adăogăm puţin acid acetic.

Liquidul provenind din kiștiĭ trompeĭ luĭ Fallope, conțin numaĭ albumină, fără paralbumină. Decĭ odată lichidul precipitat prin acidul azotic, el nu se maĭ redisolvă prin adăogare de acid acetic; din contra se precipită și maĭ mult.

In fine liquidul din kiștiĭ ligamentuluĭ larg, pe lângă că e fórte limpede și bogat în sărurĭ minerale, conține însă fórte puțină albumină. Decĭ turnând acid azotic într'o epruvetă plină cu acest liquid, obținem un precipitat. Dacă adăogăm un esces de acid azotic, precipitatul devine solubil.

Deși mulțĭ contestă valórea acestuĭ semn, totușĭ noĭ l'am găsit just în câte-va cazurĭ. Dar orĭ cum ar fi, lucrul e bine de știut.

Al doilea mecanism al producereĭ asciteĭ ar fi următorul, invocat de Quénu, maĭ ales când e vorba de kiștĭ proligerĭ. Ascita dice autorul, provine din secreținea vegetațiunilor glandulare ce există la suprafața kiștilor. Secreținea acestor glande unită cu fenomenele de osmosă din partea peritoneuluĭ, formézĕ ascita. Ast-fel se esplică identitatea adesea constatată între ascită și conținutul kiștilor. Dar chiar și în kiștĭ uniloculariĭ neproligerĭ, încă ascita s'ar datori presenței unor micĭ kiștĭ superficialĭ. Eĭ deschidêndu-se în peritoneŭ și vĕrsându-și conținutul aci, daŭ cu timpul nascere aceluiași fenomen — ascită.

II. **Aderențe.** Este sciut și demonstrat că tot pericolul și nenorocirea bolnavelor, când sunt supuse la operație de laparatomie, sunt produse esclusiv numaĭ de aderențe. Dacă lucrul acesta n'ar exista, absolut nicĭ o femee n'ar trebui să móră: laparatomia este operația cea maĭ inocentă — făcută bine înțeles în condițiunile sciințifice.

Nu tóte aderențele oferă același grad de pericol; și tocmaĭ în vederea acésta s'aŭ divizat aderențele în *laxe*, *lungĭ* și *subțirĭ*. Acestea aprópe n'aŭ nicĭ o importanță și nicĭ că opun vre-o pedică în ridicarea tumoreĭ. Ele se deslipesc și se rup fórte ușor: fiind maĭ gróse, le secționăm între douĕ legăturĭ și totul e terminat.

Nu este însă tot ast-fel cu aderențele în *plăcĭ*. Ele pot ocupa porțiunĭ fórte întinse; ele sunt carĭ pun în contact intim suprafața kistuluĭ cu aceea a peritoneuluĭ, uneorĭ fără a maĭ lăsa nicĭ un spațiŭ liber între ele.

Dar și dintre aceste aderențe în plăcĭ, unele încă sunt destul de complesante, pentru a ceda la încercărĭ ușóre de distrugere. Mie mi-a rĕmas și adĭ ca cea maĭ plăcută suvenire și nu

voiŭ uita nicĭ odată sensaţiunea agreabilă ce am simţit la practicarea deslipireĭ unor largĭ aderenţe, a primeĭ laparatomiĭ ce am făcut în 6 Septembrie în 1887. Observaţia se găsesce descrisă în „Buletinul Societăţeĭ de medicină“ din care extragem:

„In adevĕr, aplicând marginea cubitală a mâneĭ între kist şi peritoneŭ, prin blânde şi uşóre manipulaţiunĭ, tóte aderenţele cele maĭ întinse se deslipeaŭ, producând un sgomot perceput şi chiar de asistenţĭ“. Este evident că aci aveam a face cu simple depósite de limfă plastică, representând începutul adevĕratelor aderenţe. Dar când provin din organisarea şi retracţia ţesutuluĭ conjunctiv embrionar, încetéză de a maĭ fi complesente: uneorĭ chiar întrebuinţând sforţurĭ, ele ne desfid, ne împedică a extirpa tumora, saŭ cel mult nu ne permit de cât a o marsupializa.

Aderenţele ce am descris şi carĭ aŭ de scop punerea în contact a kistuluĭ cu peritoneul, pórtă numele de *aderenţe parietale*. Acelea însă carĭ pun în raport kistul cu diferitele organe aflate în abdomen, precum epiploon, intestine, rect, splină, ficat, etc., se numesc *aderenţe splahnice*. Ele oferă aceleaşĭ varietăţĭ, de a fi filamentóse, în bride, orĭ în plăcĭ.

Ultimele varietăţĭ sunt cele maĭ periculóse; în deslipirea lor trebue să avem multă precauţiune, spre a nu determina perforare de organe, saŭ emoragiĭ fulgerătóre, dacă aderenţele se află între kist şi vase marĭ. De aceea maĭ toţĭ autoriĭ sunt de acord — că e maĭ bine să lăsăm plăcĭ întinse de aderenţe pe organele splahnice saŭ vase importante, de cât a căuta să le distrugem. Alt-fel e posibil a complica în mod desastros operaţiunea, prin ruperea diferitelor organe în acelaşĭ timp cu aderenţele.

Mecanismul formăreĭ acestor aderenţe resultă pur şi simplu, după cum a arătat Waldeyer, din distrugerea stratuluĭ epitelial ce acopere suprafaţa peritoneuluĭ ca şi aceea a kistuluĭ, fie în urma deselor frecăturĭ, a inflamaţiuneĭ, saŭ a grefăreĭ produselor proligere kistice.

Chestiunea aderenţelor a preocupat fórte mult pe medicĭ. Principiul era stabilit: să se renunţe la operaţie, imediat ce se căpăta convingere de existenţa aderenţelor. Până maĭ anĭĭ trecuţĭ aŭ existat chirurgĭ bine reputaţĭ, carĭ aveaŭ drept conduită, ca deschiderea abdomenuluĭ să nu se facă maĭ mare de cât permitea introducerea unuĭ deget. Pe dată ce prin explorаţiune se găsea aderenţe între kist şi peritoneŭ, la moment abdomenul se închidea. De aci a şi resultat practicarea unuĭ numĕr considerabil de laparatomiĭ exploratrice.

Aŭ existat chirurgĭ carĭ, maĭ nainte de a recurge la o laparatomie exploratrice, căutaŭ maĭ întâiŭ să se convingă de existența aderențelor. Unĭĭ mergeaŭ a înfige ace în pântecele bolnaveĭ. Eĭ conchideaŭ la presența saŭ absența aderențelor, după cum acul se mișca saŭ rĕmânea imobil. Alțiĭ făceaŭ prealabil o punctiune cu trocarul; din observarea acelorașĭ mișcărĭ ale instrumentuluĭ, se deducea mobilitatea saŭ aderența kistuluĭ.

Adĭ nu se maĭ ține multă socotélă de aceste aderențe; practica a arătat că le putem distruge fără nicĭ o menajare, și totușĭ succesul operațiuneĭ să fie asigurat.

Cu tóte acestea, nu e rĕŭ a cunósce semnele ce permit a diagnostica, într'un mod aprópe absolut, starea mobilitățeĭ kistuluĭ. Iată câte-va precepte, unele date de Spencer-Wells. Punem bolnava în dreptul uneĭ luminĭ pline, o culcăm pe spate, umerĭĭ și genunchiĭ puținĭ ridicați, abdomenul întreg descoperit. Examinând mișcările abdominale în timpul uneĭ inspirațiunĭ profunde și a uneĭ largĭ expirațiunĭ,— dacă părețiĭ abdominalĭ nu sunt prea groșĭ,— se va vedea kistul ovaric ridicându-se și coborându-se în mod sincronic cu mișcările respiratóre. Ridicăturile și depresiunile ce se găsesce la suprafața kistuluĭ, permit a ne da bine séma de mobilitatea sa; dar când suprafața kistuluĭ e netedă, nu putem deosebi de cât schimbările de posițiune a margineĭ sale superióre. Spre a evita o eróre posibilă, vom determina prin percusiune nivelul kistuluĭ d'asupra ombiliculuĭ; acésta, spre a nu lua drept kist mobil colonul transvers, care urmézĕ mișcările respiratoriĭ. Când părețiĭ abdominalĭ sunt groșĭ, e greŭ să deosebim mișcările kistuluĭ în timpul expirațiuneĭ și inspirațiuneĭ. Dar e fórte ușor să-l urmărim în diferitele sale posițiunĭ, prin variațiunile matității ce face contrast cu sonoritatea colonuluĭ.

La partea superióră a kistuluĭ, matitatea scade adesea de 2—5 c. m. în timpul inspirațiuneĭ, dacă kistul e mobil. Din contra, dacă există aderențe, kistul se mișcă împreună cu părețiĭ abdominalĭ și nu de sus în jos ci înainte și înapoĭ.

Maĭ există încă un mijloc a recunósce aderențele. El e datorit acțiuneĭ mușchilor drepțĭ aĭ abdomenuluĭ. Bolnava fiind culcată pe spate, îĭ spunem să se ridice pentru a sta pe ședut, dar fără să se sprijine pe mâinĭ saŭ cóte. Acéstă sforțare are ca efect a contracta mușchiĭ drepțĭ. Dacă avem un kist ovaric întins și mobil, el va fi respins înapoĭ saŭ într'o parte, iar mușchiĭ vor forma două fășiĭ proeminente în centrul abdomenuluĭ; în caz de aderențe intime, nu constatăm acest lucru.

Un alt semn: ombilicul rămâne independent de mișcările unuĭ kist ovaric mobil; fie în timpul respirațiuneĭ, fie dacă kistul e respins într'o direcțiune óre-care, situația ombiliculuĭ rămâne aceeașĭ. Dar dacă kistul este aderent cu păretele abdominal anterior, ombilicul participă cu schimbările de posițiune ale kistuluĭ.

Totușĭ e posibil a fi profund înșelațĭ, cu tóte semnele ce ne-ar permite să afirmăm o mobilitate a kistuluĭ ovaric. In adevĕr putem avea aderențe fórte întinse; ele însă fiind laxe saŭ sub formă de fășiĭ lungĭ, sunt capabile a permite kistuluĭ mișcărĭ destul de întinse. De aceea în timpul operațieĭ descoperim aderențe multiple și abondente, fără ca înainte să fi fost recunoscute. Dar varietatea acésta de aderențe, după cum am arătat, nu are importanță; în general ele nu aduc nicĭ un prejudiciŭ bolnaveĭ.

Cele maĭ importante și periculóse sunt aderențele viscerale; dar tocmaĭ pe ele nu le putem descoperi. Există însă un mijloc a ne asigura, cel puțin de conexiunile kistuluĭ cu cavitatea luĭ Douglas și implicit cu rectul, uterul și cele-l'alte organe vecine.

Facem examenul profund al vaginuluĭ și al rectuluĭ, dându-ne séma de conexiunea uteruluĭ și maĭ ales dacă prin diferite mișcărĭ putem saŭ nu să mișcăm tumora. Se întâmplă însă că tumora de și nu e aderentă, totușĭ nu 'ĭ putem imprima nicĭ o mișcare. Acest fapt de ireductibilitate, provine din causa uneĭ umpleriĭ complecte a cavitățeĭ luĭ Douglas: pereților kistuluĭ fiind intim aplicați pe pereții basinuluĭ, nu se pot mișca; și cu tóte acestea tumora e liberă de orĭ-ce aderențe. Pentru a ne convinge de acest lucru, s'a recomandat a se face golirea kistuluĭ printr'o puncție exploratrice. După acésta punênd femeea în posițiunea genu-pectorală, și avênd mâna aplicată în vagin saŭ rect, imprimăm câte-va mișcărĭ de propulsiune. Tumora se va disloca, dacă e mobilă; în plus se va produce și un sgomot particular, produs de străbaterea aeruluĭ în locul tumoreĭ. In cas de aderențe, cu tótă golirea kistuluĭ, tumora nu va suferi nicĭ o dislocare.

Conclusiunea este că, cunóscerea prealabilă a aderențelor kistuluĭ ovaric, este de mare importanță în chirurgie. Orĭ cât de optimiștĭ am fi, totușĭ prognosticul operator se găsesce în strânsă legătură cu presența saŭ absența aderențelor.

III. **Inflamația și supurația kistuluĭ ovaric.** Acésta este de sigur o complicație fórte seriósă; de obiceiŭ însă e rară. In starea nor-

mală, conținutul unuĭ kist ovaric este aseptic; transformarea sa în puroiŭ, nu se face de cât în urma unor circumstanțe cu totul speciale. In prima linie avem punctiunile exploratrice; ele ne fiind garantate de cele maĭ severe precauțiunĭ antiseptice, liquidul kistic se infectéză, se turbură și se transformă în puroiŭ. Acésta ar fi o cale directă de infecțiune.

Maĭ există însă și o altă cale indirectă saŭ transparietală. Dînsa se obține, grație aderențelor kistuluĭ ce îl pune în contact cu diferite organe splahnice, precum: intestin, trompe, uter, etc., etc. Este probabil că în asemenea casurĭ, microbiĭ ce există în aceste organe, pot străbate prin mijlocul aderențelor; eĭ ajungênd în kist, produc supurațiunea. Ast-fel se esplică prezența de streptococĭ, stafilococĭ, colibacilĭ isolațĭ saŭ asociațĭ, în kiștiĭ ovaricĭ supurațĭ.

Se maĭ admite și o altă infecțiune iarășĭ sanguină, numită ematogenă. Dînsa se observă în stările puerperale și în cursul diferitelor febre eruptive. Werth, Sudeck și Fasching aŭ vĕdut kiștĭ ovaricĭ supurațĭ după 3 și 4 lunĭ, în urma uneĭ febre tifoide; eĭ aŭ găsit în puroiŭ bacilul luĭ Ebert în culturĭ pure.

IV. **Torsiunea și ruperea pedicululuĭ.** Complicațiunea acésta se observă maĭ rar; ea ar fi specială maĭ cu sémă kiștilor dermoizĭ. Cel d'întâiŭ este Rokitanscky care în 1860, a atras atențiunea asupra acestuĭ lucru. S'a invocat maĭ multe cause pentru producerea fenomenuluĭ. Prima și cea maĭ principală constă în existența unuĭ pedicul larg și subțire. In asemenea condițiunĭ tumora deplasându-se ușor, este destul o explorațiune intempestivă, o schimbare bruscă a posițiuneĭ bolnaveĭ și chiar nisce inspirațiunĭ profunde și contracțiunĭ a mușchilor abdominalĭ, carĭ să provóce o sucire a tumoreĭ împrejurul pedicululuĭ sĕŭ.

S'a maĭ observat încă torsiunea și în momentul când tumora părăsesce cavitatea pelviană. Atențiunea asupra acestuĭ lucru a fost atrasă de Freund.

O causă iarășĭ suficientă pentru producerea torsiuneĭ, este și evacuarea kistuluĭ prin punctie exploratrice: tumora golindu-se, o parte dintr'însa se turtesce și póte maĭ ușor să se sucéscă asupra pedicululuĭ.

Există maĭ multe varietățĭ de torsiunĭ: *brusce*, *lente*, *complecte* și *incomplecte*. Dacă torsiunea este bruscă și complectă, urméză de la sine, că circulațiunea fiind de o-dată întreruptă, kistul póte suferi în mod grav în nutriținea sa; el póte chiar să se sfaceleze și să determine o peritonită supra-acută. Tot în acésta

circumstanță sucirea pedicululuĭ fiind dusă la extrem, kistul se póte rupe cu desăvêrșire; liquidul rĕmâne liber în cavitatea abdominală iar kistul cade în sfacel, dacă nu reușesce a contracta aderențe cu diferite organe, care să-l hrănéscă. In casul când torsiunea este lentă și incomplectă, adică că pediculul se sucesce pe o jumĕtate saŭ treĭ sferturĭ din diametrul sĕŭ, sistemul venos este cel d'întâiŭ carĭ va fi atins; venele se vor mări fórte mult de volum în urma jeneĭ circulatoriĭ, unele din vase devin varicóse, se vor trombosa și chiar se vor putea rupe; de aci producere de apoplexiĭ, emoragiĭ în părețiĭ și în însăși interiorul kistuluĭ.

Dupĕ cum vedem, consecințele torsiuneĭ pedicululuĭ sunt maĭ mult defavorabile dacă nu chiar periculóse.

Pericolul devine și maĭ mare, când împreună cu sucirea tumoreĭ, s'a învârtit asupra eĭ însăși și vre-o ansă intestinală, prealabil aderentă cu kistul. In casul acesta se produce o strangulațiune acută, care cere o intervențiune repede. Cu tóte acestea s'a susținut, că torsiunile pedicululuĭ, maĭ cu sémă cele lente, pot determina o regresiune în evoluțiunea kistuluĭ; ea determină degenerescența granulo-grăsósă, iar consecutiv atrofia și dispariținea sa. Acésta ar constitui un mod de vindecare spontanată al kiștilor ovaricĭ.

Plecat de la acéstă idee, Freund cel d'întâiŭ a inventat legăturile atrofiante. Ele constaŭ, ca în casurĭ de kiștĭ ovaricĭ inoperabilĭ, să se aplice unul saŭ maĭ multe fire la baza pedicululuĭ, cu scopul de a întrerupe circulațiunea și a obține o vindecare pe cale indirectă.

In fine ca ultimă complicațiune și care e cea maĭ gravă, avem posibilitatea transformăreĭ kiștilor ovaricĭ în tumorĭ maligne, în special cancer. Fenomenul nu trebue să ne surprindă, când scim că origina unuĭ kist ovaric este un strat de celule epiteliale. Când kistul ia forma ce am studiat de proliger, fie glandular saŭ papilar, acésta nu represintă de cât un drum către adevĕratul epiteliom. De alt-fel, varietatea acésta e deja considerată, ca aparținând maĭ mult formeĭ maligne de cât celeĭ benigne. Este decĭ destul ca aceste producțiunĭ glandulare saŭ papilare să facă invasiune în cavitatea peritoneală, fie printr'o simplă crescere exagerată saŭ prin ruperea păreților kistuluĭ, pentru ca dînsele să se grefeze, să se inoculeze în diferite alte puncte, precum și printre mesele intestinale. Acéstă degenerescență se observă maĭ rar în kiștiĭ dermoizĭ. Cu tóte acestea Poupinel și alțiĭ ca Berard, aŭ

arătat casurĭ neîndoióse de nodulĭ dermoizĭ. Aceștia — formațĭ unĭi din maĭ multe țesuturĭ ca și însăși kistul, iar alțiĭ numaĭ dintr'un simplu țesut epitelial cu caractere clasice canceróse — s'aŭ găsit așezațĭ pe suprafața tumoreĭ saŭ în cavitatea peritoneală.

Dintre tóte tumorile însă, kistul ovaric unilocular se crede a fi scutit de o asemenea degenerescență malignă. Cu tóte acestea, noĭ am observat un caz din cele maĭ mișcătóre și care ne-a lăsat o vie impresiune. In 1892, am operat o femee de 28 anĭ, robustă și bine făcută. Dînsa era afectată de un kist ovaric ce nu trecea d'asupra ombiliculuĭ și care clinicesce presenta tóte caracterele de a fi unilocular. Făcând însă laparatomia, deși am dat peste kistul cel maĭ simplu posibil, avênd un conținut cu totul clar și subțire, totuși din causa unor aderențe parietale cam întinse, am crezut că e maĭ prudent a nu-l extirpa. De aceea după ce l'am golit, am fixat marginele kistuluĭ la părețiĭ abdominalĭ, făcând apoĭ în mod regulat spălaturĭ antiseptice. Punga însă nu s'a retractat. După o lună de ḑile explorând cavitatea, am găsit nisce producțiunĭ quasi fongóse în cantitate destul de abondentă, ceea ce în timpul operațieĭ nu era vorbă nicĭ măcar de urma lor. Am răzuit cu lingura aceste producțiunĭ. Efectul însă n'a fost satisfăcător. Din contra, producțiunile acelea aŭ crescut și maĭ mult, așa în cât copleșise o mare parte din tumoră. Bolnava începe să slăbéscă, iar acele vegetațiunĭ merg așa de repede, în cât fac irupțiune prin orificiŭ și ies la exterior. După treĭ lunĭ de la operație, bolnava móre în cea maĭ teribilă cașexie cancerósă, cu cea maĭ clasică culóre galbenă de fóie mórtă a întreguluĭ tegument și în cea maĭ profundă emaciațiune.

Diagnosticul. Chestiunea diagnosticuluĭ kiștilor ovaricĭ a preocupat atât de mult pe autorĭ, în cât s'a scris asupra acestuĭ subiect volume întregĭ. De sigur noĭ nu ne vom încerca a ne opri asupra tutulor detaliilor: acésta ne ar depărta cu desăvêrșire de scopul propus.

Două sunt periódele de stabilirea diagnosticuluĭ diferențial al kiștilor ovaricĭ și anume: perióda *când tumora se afla încă în micul basin, și perióda când tumora e abdominală.*

Pentru a evita posibilitatea unor erorĭ grosiere, este absolut necesar ca maĭ nainte de a procede la orĭ ce examen al bolnaveĭ, să ne asigurăm că băsica, intestinele și rectul sunt cu desăvêrșire góle. In adevĕr, e posibil ca băsica uduluĭ, în urma uneĭ retențiunĭ, să ia o desvoltare escesivă de volum, așa în cât să atingă ombilicul și să ajungă chiar până la diafragm. In ase-

menea condițiuni ne fiind preveniți, erori aŭ putut fi comise de autorități și mari chirurgi. Ei aŭ făcut puncții și chiar laparatomii, crezênd că aŭ a face cu nisce kiști ovarici; în realitate însă nu era vorba de cât de retențiuni de urină. Tot ast-fel s'a întâmplat și cu tumorile stercorale, mai ales ale intestinului gros; ele s'aŭ putut lua chiar de Scanzzoni și Boinet drept kiști ovarici.

In perióda pelviană a kistului ovaric, se obicĭnuesce a se face diagnosticul diferențial între tóte tumorile uterului, anexelor, ligamentului larg, țesutului celular al basinului, etc. Dar a reveni asupra fibrómelor, retro-deviațiunilor uterine, a ematocelului, flegmonului ligamentelor largi, salpingitelor kistice, etc, etc., ar fi să recapitulăm întréga ginecologie; acésta nu vom face. In adevĕr, kistul ovaric — bólă ce se nasce și se desvoltă în mod lent — nu aduce nicĭ o turburare în organismul femeeĭ. Adesea și însăși menstruele își păstréză mersul lor regulat. Cu aceste caractere ni se pare, că kistul ovaric nu póte să aibă absolut nicĭ o asemănare cu afecțiunile mai sus indicate, de cât póte cel mult prin aceea că oferă și ele o tumoră ca și dînsul.

Dar ce are a face lucrul acesta în raport cu aparițiunea sgomotósă și une-orĭ cataclismică a uneĭ tumorĭ inflamatorie față cu un kist ovaric? cu el care stă ascuns în organism, fără a da prin nimic de scire bolnaveĭ și nicĭ să se însoțéscă de vre-o durere cât de mică pentru a atrage atențiunea. Apoĭ tumora ovarică, prin regularitatea formeĭ sale, subțiimea păreților, conținutul liquid și acea sensațiune de fluctuație uniformă, constitue caractere propriĭ ce nu oferă nicĭ o altă tumoră de specie diferită. Dacă adăogăm examenul vaginal, vom constata, în casurile tipice, o independență absolută a uteruluĭ și a anexelor de acéstă tumoră, saŭ cel puțin un sghiab de separațiune destul de evident între dînsele.

Lucrurile acestea deja le cunóscem din anatomia patologică. Din cele ce am studiat până aci, nouĕ nu ne este permis a nu recunósce caracterele retro-deviațiunilor uterine, a uneĭ tumorĭ resultate dintr'un ematocel saŭ flegmon retro-uterin, orĭ a salpingitelor și ovaritelor kistice; ele tot-d'auna vor fi însoțite de durerĭ clasice și cu antecedente bine determinate.

Ast-fel fiind, dificultățile le credem mult mai micĭ de cât se pretinde. Ceea ce va trebui să stabilim, va fi dacă — eliminând posibilitatea tutulor celor-l'alte tumorĭ, — lucrul ce ne rĕmâne, este un kist ovaric *simplu*, *proliger* saŭ *al ligamentelor largi*. Credem că

am insistat destul la anatomia patologică pentru a ne opri mai mult.

II. **Kist ovaric abdominal**. Aci iarăși, pentru înlesnirea studiului și scurtarea expunerelor, vom căuta în prima linie să examinăm pareții abdominali, dacă sunt cu totul liberi de ori-ce tumoră.

D-rul Inotescu a făcut o teză, asupra diagnosticului clinic al tumorilor ovarului, din cele mai complecte și mai bine studiate. Noi am consultat'o cu mult folos și o recomandăm cu multă căldură.

In prima linie deci, ne vom da séma de starea adipósă a pareților abdominali. Desvoltarea de grăsime în acéstă regiune, simuléză une-ori într'atâta tumorile ovarului, în cât Lizars spune că o dată a fost înșelat.

Eŭ am și adi în memorie un caz fórte instructiv. In 1889 mi se trimite în serviciŭ,pe timpul vacanțelor o fată tînără, cu diagnosticul deja pus de un profesor fórte erudit și cu o practică întinsă, ca fiind vorba de un kist ovaric.

Adevĕrul este că forma abdomenului era așa de regulată și atât de perfect rotundă, în cât influențat și eŭ, am conchis la un kist ovaric. Cu tóte acestea rĕmăsesem fórte surprins de o particularitate cu care nu eram obicinuit anume: că tumora oferea o sonoritate exagerată în tótă întinderea ei. Totuși am rĕmas convins și am primit diagnosticul ca bun.

Dupĕ câte-va zile proced la operație. Surprisa și umilința mi a fost mare, când tăind strat cu strat nu se tăia de cât grăsime; iar când am deschis peritoneul, am găsit absolut nimic. Din fericire totul s'a petrecut fără nici o consecință: abdomenul o dată închis, bolnava s'a vindecat repede de operație, rĕmâind însă cu pseudo kistul adipos.

Adevĕrul este că, în special la femeile tinere, grăsimea sub ombilicală luând caracterele unui lipom difuz, póte simula la perfecție un kist ovaric. Nelaton a arătat că în asemenea casuri, practicând palpația și exercitând óre-care presiune, tótă grăsimea se reazămă pe planul musculo-aponevrotic și ne dă sensațiunea ca și cum ne-am afla în fața pĕreteluĭ kistului.

In casul când tumora nu e voluminósă, putem — după cum recomandă Tillaux — ca apucând masa gresósă între marginele cubitale ale ambelor mâini, să o ridicăm în sus și să o mobilisăm, făcĕnd-o să alunece înaintea aponevroseĭ mareluĭ oblic. Atunci însă când dînsa se apropie de volumul unui kist ovaric, artificiul acesta nu mai e posibil.

Ne rĕmâne însă acest fapt: să ne ferim când constatăm o

sonoritate asupra uneĭ tumorĭ. Sub nicĭ un cuvênt un kist ovaric nu trebue să ofere cea maĭ mică urmă de sonoritate; afară nu maĭ de un caz cu desăvêrșire escepțional, când în interiorul kistuluĭ s'ar fi desvoltat gaze. Dar acéstă desvoltare de gaze provine în urma puncțiunilor anterióre, când precauțiunile antiseptice ne fiind riguróse, s'ar fi determinat o descompunere a conținutuluĭ kistuluĭ. Cu tóte acestea, noĭ într'un caz făcênd o puncțiune exploratrice a unuĭ kist ovaric, ce până aci nu fusese atins, am rĕmas surprinșĭ că în aparatul Potain s'a determinat maĭ întâiŭ o șuerătură fórte pronunțată de gaze, după care a urmat ieșire de liquid. Acésta ar proba că formațiunea de gaze în interiorul kistuluĭ, se póte produce și în mod spontanat. Mecanismul nu'l cunóscem; e posibil după noĭ, ca gazele intestinale — în casurĭ de aderențe a acestor organe cu kistul — să străbată părețiĭ și să se difuseze în interiorul tumoreĭ. Și adevĕrul este că în casul de care vorbim, am constatat în timpul operațieĭ aderențe destul de întinse ale tumoreĭ cu intestinele.

Fenomenul acesta se găsesce descris în «Buletinul Societățeĭ de medicină» din 1888, unde am presentat bolnava după operație și unde la pag 30 este notat: «La 1 Septembrie Dl D-r. Kiriac face o puncție la partea cea maĭ culminantă a tumoreĭ spre stânga, și cu aparatul Potain extrage 200 gr. liquid de o culóre brună, fórte consistent, viscos, semănând în tocmaĭ cu un cleiŭ topit. Este de notat că curgerea liquiduluĭ în aparat, a fost precedată de o șuerătură de gaze fórte sgomotósă».

O altă eventualitate ce face ca un kist ovaric să fie sonor, este dacă între părețiĭ tumoreĭ și aĭ abdomenuluĭ se interpune una saŭ maĭ multe anse intestinale. Mijlocul de a înlătura erórea și care constitue semnul luĭ Lawson Tait, se găsesce descris în Vol. III [1])

Decĭ conchidem, că o tumoră sonoră — afară de posibilitatea uneĭ descompositiunĭ gazóse a conținutuluĭ, — sub nicĭ un cuvênt nu póte fi un kist ovaric, ci un kist adipos, o tumoră intestinală saŭ a mesenteruluĭ.

II. Dar în afară de acéstă adipositate, sunt și alte tumorĭ desvoltate în grosimea păreților abdominalĭ, carĭ cu atât maĭ mult se impun a fi kiștĭ ovaricĭ, cu cât volumul lor e destul de mare și sunt provĕdute și de o matitate absolută. In acest tip intră fibrómele și uniĭ kiștĭ desvoltațĭ intre fascia transversală. Rokitansky și Olshausen aŭ extirpat un fibrom al părețeluĭ abdominal,

[1]) Vedĭ vol. III, pag. 28.

pe care l'aŭ luat drept kist ovaric. Boinet și Ferrand aŭ fost înșelați de nisce abcese inchistate ale păreților abdominalĭ; de eróre s'aŭ convins prin puncțiunĭ exploratrice.

Un semn caracteristic al acestor tumorĭ este că, pe lângă posibilitatea de a le coprinde în mâinĭ, maĭ avem faptul că în timpul inspirațiuneĭ, ele proeminează înainte; kistul ovaric — în afară de aderențe parietale întinse — se pogóră în jos.

III. La femeile carĭ aŭ făcut mulțĭ copiĭ, părețiĭ lor abdominalĭ pot, în urma atrofieĭ fibrelor musculare, să-și piardă tótă tonicitatea. In casul acesta, presiunea intra-abdominală împinge intestinele înnainte; acestea proeminând, daŭ nascere uneĭ tumorĭ ce ar simula forma unuĭ kist ovaric. Nu se cere însă de cât puțină atențiune și constatarea uneĭ sonorităț exagerate, pentru a evita confusiunea.

Noĭ dăm în fig. 173 un model de relaxare a păreților abdominalĭ, cu simulare de kist ovaric.

IV. Incă o afecțiune fórte rară, dar cu desăvêrșire bizară și care a indus în eróre, ceĭ maĭ experimentați chirurgĭ, sunt tumorile imaginare saŭ kiștiĭ fantomĭ.

S'a emis o mulțime de ipoteze asupra acestuĭ fenomen. Autoriĭ însă s'aŭ oprit la o stare isterică și cu totul particulară a unor femeĭ. Unele din acestea — dice Lawson Tait — în general urâte și fără educațiune, dar perfide și în dorința de a fi saŭ a simula că sunt gravide, se exercită a inghiți aer în tocmaĭ ca ventrilociĭ. In urma acestuĭ lucru, ele îșĭ pot inmagasina o cantitate considerabilă de aer fie în stomac saŭ intestine. Aerul dilatându-se — și fiind insoțit și de o contracțiune a păreților abdominalĭ precum și a mușchilor s pateluĭ, ce produce un fel de lordoză — pântecele femeeĭ ia în adevĕr în totul forma și aspectul unuĭ kist ovaric.

Lizars din Edimburg, în primul caz cu care era să inaugureze ovariotomia în Englitera, a deschis abdomenul uneĭ femeĭ atinsă de o tumoră nervósă.

Insușĭ Spencer-Wells a fost înșelat într'un asemenea caz. El avênd totul preparat pentru ovariotomie, a rĕmas profund suprins, când bolnava o dată adormită, tumora a dispărut. De fapt, acesta și este singurul mijloc pentru a scăpa de dificultățile și une-orĭ chiar de imposibilitatea stabilireĭ unuĭ diagnostic diferențial. Sunt în adevĕr greutățĭ peste carĭ nu putem trece: atât de mult aceste tumorĭ fantome se asémănă cu un kist ovaric saŭ graviditate. Un singur artificiŭ ne rĕmâne: că în casurĭ suspecte — și în special când vom constata la femee stigmatele

isterice și mai ales o loquacitate mare, precum și percepțiunea de kiorăituri intestinale ce se pot auḍi la distanță — să împiedicăm cât se póte mai mult pe femee de a vorbi. Este posibil

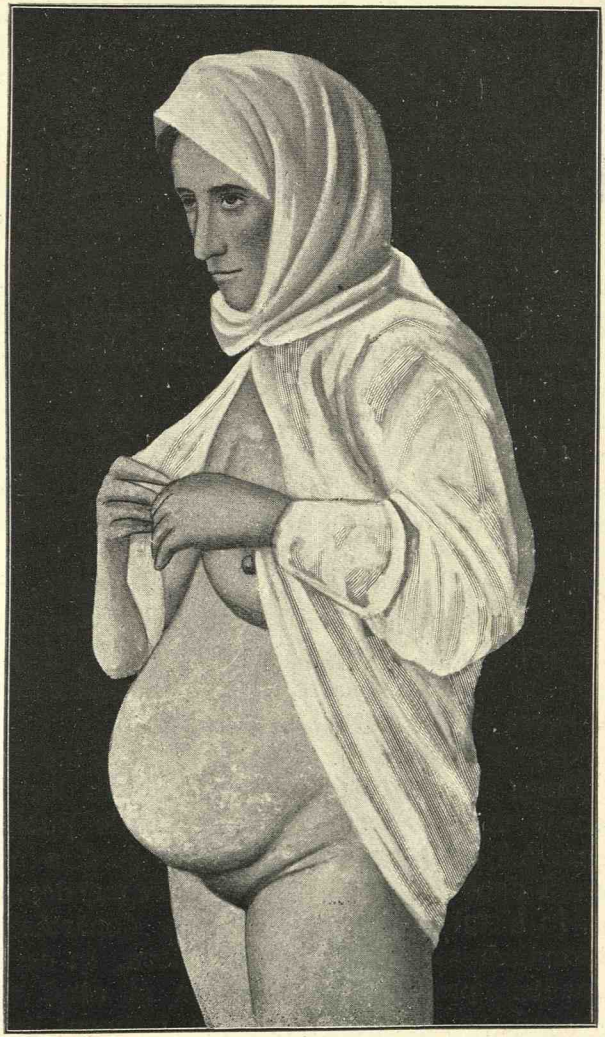


Fig. 174. Relaxarea pereților abdominali simulând un kist ovaric (personală).

prin acest mijloc să provocăm, pentru surprisa bolnaveĭ, a familieĭ și a nóstră, o micșorare a tumoreĭ.

După ce dar am eliminat presența tutulor tumorilor pereților abdominalĭ inclusiv și a celor nervóse; și când am stabilit că ceea-ce avem în fața nóstră este în adevĕr o tumoră în cavitatea peritoneală, ne rĕmâne a pune diagnosticul diferențial între un kist ovaric și tóte cele-l'alte tumorĭ desvoltate în acéstă cavitate și capabile a se confunda cu dînsul, grație diferitelor caractere ce le dau o asemănare mai mult saŭ mai puțin mare. Dintre acestea, cele mai principale sunt: *ascita, graviditatea, peritonita închistată, kiștiĭ idatici ai ficatuluĭ și idronefroza.*

I. **Ascita.** Dă nascere la confusiunĭ, mai cu deosebire cu un kist ovaric unilocular. El e singurul capabil să umple întregul abdomen și să împrumute unele caractere propriĭ asciteĭ.

Orĭ-cât de mare ar fi însă asemănarea, totuși simplul aspect al pântecelui, adesea e suficient a evita confusiunea. Fig. 175, 176, 177 și 178 ne represintă un model tip de ascită și kist ovaric. Caracteristica stă în douĕ puncte principale: femeea privită de față și de profil, pântecele sĕŭ va forma o tumoră proeminentă în jos dar fórte mult în lăturĭ; dînsa nu are câtuși de puțin o formă regulat sferică ca acea a unuĭ kist ovaric. Dacă acum culcăm bolnava pe spate, tumora devine mult mai proeminentă în lăturĭ: înainte abdomenul tinde către o depresiune, formând ceea-ce se numesce pântece de bróscă. Dacă acum culcăm bolnava alternativ pe partea dréptă și cea stângă, tumora schimbă și ea posițiunea. Intr'un kist ovaric, pe lângă forma mult mai regulată a pântecelui, tumora are un sediŭ constant: maximul sĕŭ de desvoltare e pe linia mediană saŭ într'unul din flancurĭ. dar fără să varieze cu posițiunea bolnaveĭ. Pe lângă acésta mai avem și alte caractere precum:

I. Intr'o ascită orĭ cât de mare ar fi dînsa, ombilicul îșĭ păstréză situațiunea sa normală, când bolnava e în decubitul dorsal. El se găsesce la 2—3 c.m. mai apropiat de pubis de cât de stern, iar une-orĭ mult mai jos, și se află just la mijlocul uneĭ liniĭ ce ar uni douĕ puncte a părților celor mai depărtate a crestelor iliace. In kistul ovaric, ombilicul se depărtéză de simfisa pubienă apropiindu-se mai mult către stern. In casul când kistul este median, precum de asemenea și când tumora e laterală, ombilicul nu se mai găsesce la mijlocul linieĭ bi-iliace, ci mai apropiat de partea opusă. Afară de acésta, într'o ascită abondentă, ombilicul devine proeminent, luând caracterele uneĭ erniĭ; într'un kist ovaric, acéstă ernie nicĭ o dată nu se constată; din contra ombilicul se găsesce mai mult șters. In fine într'o ascită voluminósă, femeea fiind pusă în picióre, ombilicul deja

erniat, va avea tendința a se apropia și mai mult de simfisa pubiană ast-fel precum se vede în fig. 174. In kistul ovaric, situațiunea ombiliculuĭ rĕmâne constantă și tot-d'a-una mai sus de linia normală, orĭ-care ar fi posițiunea dată bolnaveĭ. ca în fig. 175.

II. Prin percuție, bolnava fiind în decubitul dorsal, matitatea din ascită ocupă ipogastrul și flancurile, zona de matitate formézĕ o linie curbă cu concavitatea în sus de unde începe sonoritatea intestinală. In kistul ovaric matitatea mediană este absolută și oferă o curbă cu convexitatea în sus. In flancurĭ, de jur împrejurul tumoreĭ, constatăm o sonoritate numită de Lawson Tait, *coróna timpanică*.

Când kistul este lateral, tumora păstrézĕ aceleași caractere; abdomenul însă oferă o crescere de volum numaĭ în acea parte iar nu rĕspândită în tóte punctele abdomenuluĭ ca într'o ascită.

III. Puind bolnava pe o lature, partea opusă ce precedent era mată, acuma devine sonoră și vice-versa. Același lucru constatăm, când schimbarea de posițiune a bolnaveĭ se face în mod lent: percutând un punct cu totul mat, simțim că el începe a deveni sonor, pe mĕsură ce bolnava ia o posițiune inversă. In kistul ovaric nu există nicĭ o variabilitate în constatarea matităței saŭ sonorităței.

Relativ la percuțiune, se maĭ dă și următorul semn diferențial. Intr'o ascită, ambele părți laterale a regiuneĭ lombare sunt mate, maĭ ales dacă femeea este examinată în picióre. In kistul ovaric median, ele rĕmân sonore, saŭ cel mult numaĭ una din ele e mată; dînsa corespunde cu presența tumoreĭ în acea parte, în caz de desvoltare laterală a kistuluĭ. Regiunea opusă lombară rĕmâne sonoră.

IV. Sensațiunea de undă saŭ val de apă, de și maĭ ușor perceptibilă într'o ascită, este însă maĭ difuză; în orĭ-ce caz tot-d'a-una ea este variabilă în raport cu cea dintr'un kist ovaric. Aci, de și fenomenul e maĭ limitat și une-orĭ chiar greŭ de găsit, rĕmâne însă constant odată descoperit.

V. Prin palpație constatăm — în caz de ascită — că liquidul nu este conținut, ca într'un kist ovaric, unde avem sensațiunea unor părețĭ de tumoră; aci liquidul determinând o tensiune fórte apreciabilă, el nu se póte deplasa cu aceeași ușurință ca într'o ascită. In casul când kistul ovaric este multilocular, atuncĭ presența de diferite alte părți de o consistență maĭ mare — quasi solidă — în interiorul tumoreĭ, constitue un semn patognomonic.

Acestea sunt în general semnele mai principalĭ ce ne servă a deosebi o ascită de un kist ovaric.

De sigur sunt casurĭ unde deosebirea devine fórte dificilă

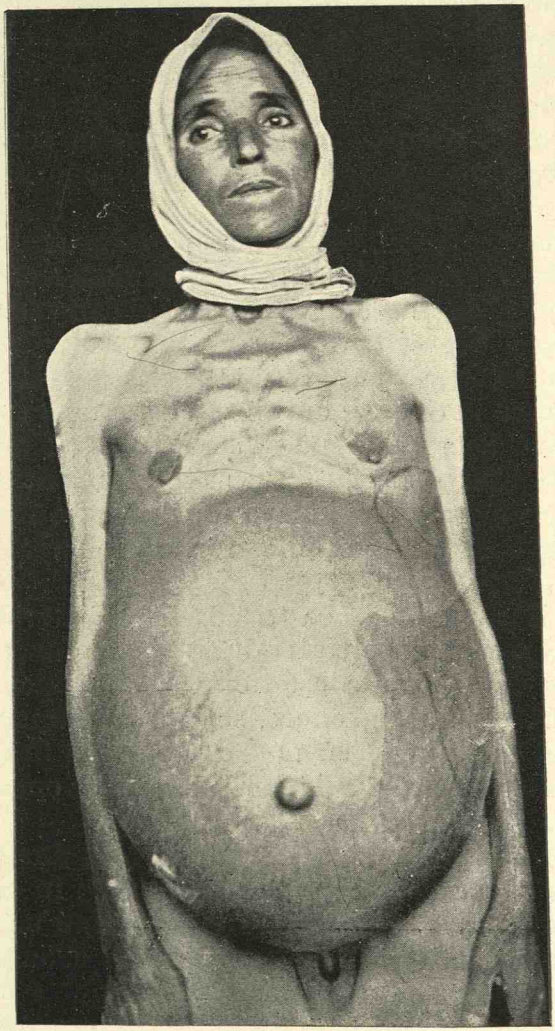


Fig. 175. Forma pânteceluĭ în ascită vĕḍută din faţă precum şi situaţia ombiliculuĭ către pubis (personală).

iar une-orĭ imposibilă. Ca exemplu avem: daca kistul se rupe, liquidul rĕspândindu-se în abdomen, îmbracă tóte caracterele asciteĭ; şi iarăşĭ, o ascită desvoltându-se cu o mare rapiditate, iar

părețiĭ abdominalĭ fiind subțirĭ și resistenți, acumulațiunea de liquid ne-ar da sensațiunea ca cum dînsul ar fi conținut într'o cavitate închisă și limitată, impunându-se drept kist ovaric. Ante-

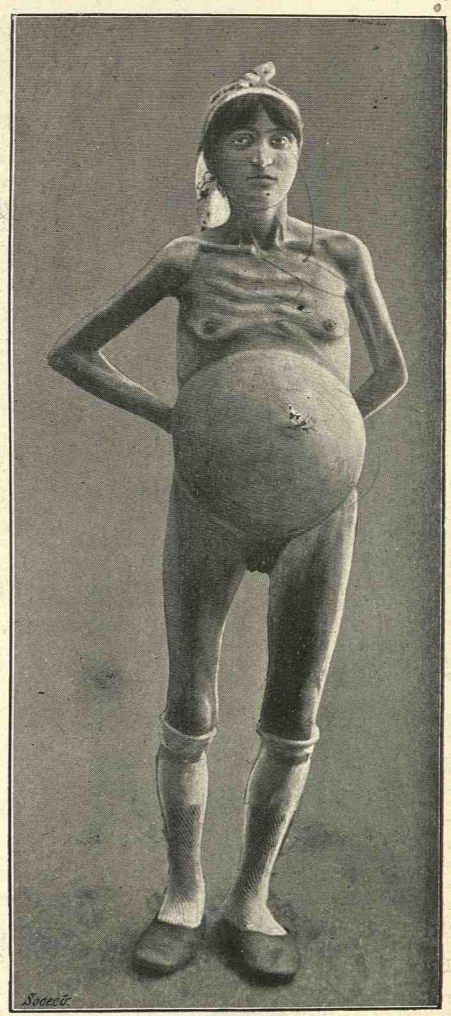


Fig. 176. Forma pântecelui într'un kist ovaric vĕdut de față și situația ombilicului către sternum (personală).

cedentele însă ne vor fi de mare folos: ruperea kistuluĭ se însoțesce de fenomene extra-ordinar acute: ele nu aŭ întru nimic a face cu desvoltarea asciteĭ. Pe de altă parte, dacă am admite o ascită

acută simulând un kist, este escepțional de rar ca acesta să aibă un mers atât de repede.

Mai există încă o altă posibilitate de confusiune. Acésta ar fi când într'o ascită, intestinele — în urma unor aderențe saŭ a scurtăreĭ mesenteruluĭ — nu maĭ vin să plutéscă d'asupra lichiduluĭ și să ne dea sonoritatea clasică a asciteĭ. In acest cas, dînsa oferind matitate la partea anterióră, se póte lua drept kist ovaric. Invers, dacă presupunem interpunerea intestinelor între părețiĭ abdominalĭ și tumora ovarică — fie în urma uneĭ lungimĭ deměsurate a mesenteruluĭ saŭ a unor aderențe — noĭ constatând prin percusiune sonoritate la partea anterióră a abdomenuluĭ, putem crede într'o ascită, pe când în realitate e un kist ovaric.

Am arătat deja artificiul de a percuta, pentru a descoperi adevĕrul. El constitue semnul luĭ Lawson Tait, ce am descris în Vol. III la metóda de a examina bolnavul.

Dar tocmaĭ în scopul acesta se recomandă, ca percusiunea kiștilor ovariceĭ să nu se facă cu plesimetrul; dînsul exagerând sonoritatea din prejur, ne-ar putea induce în eróre.

Pentru a termina cu acéstă chestiune, vom maĭ lua în considerație antecedentele ca și starea presentă a bolnaveĭ. Intr'o ascită sănătatea e mult maĭ sdruncinată ca într'un kist ovaric; în plus examenul ficatuluĭ și al splineĭ, ne va arăta o cirosă atrofică, ce nu vom găsi într'un kist.

Atunci însă când kistul se complică de ascită dificultățile cresc; dînsele aŭ fost chiar imposibile celor maĭ reputați chirurgĭ, pentru a evita erórea. Ast-fel s'a întâmplat luĭ Lawson Tait, Boinet, Atlee și mulțĭ alțiĭ, carĭ pe rând aŭ deschis abdomenul, credênd că aŭ a face cu un kist ovaric, pe când în realitate aŭ constatat o simplă ascită.

Dacă liquidul ascitic ce însoțesce kistul ovaric nu e prea mare, diagnosticul nu e dificil: noĭ putem simți prin stratul de liquid părețiĭ tumoreĭ, neteđĭ saŭ cu diferite ridicăturĭ. In casul contrariŭ, nu ne rĕmâne de cât șansa de a avea a face cu un kist ovaric pediculat și mobil; dînsul prin diferite manipulărĭ putênd fi mișcat și deplasat, ne va da ocaziunea a căpăta sensațiunea unuĭ corp plutitor în liquidul ascitic. Acésta va constitui semnul patognomonic.

Ca ultimă resursă putem recurge la punctiunea exploratrice. Aci, compositiunea chimică și examenul microscopic ne vor arăta dacă liquidul extras — de o potrivă limpede și seros

într'o ascită ca și într'un kist paraovaric — aparține uneia saŭ alteia din aceste afecțiunĭ.

Ne aducem aminte de origina kiștilor ovaricĭ. Putem decĭ întâlni în liquidul lor presența de celule granulóse, granulațiunĭ, precum și epiteliŭ cilindric; ele formézā celulele speciale ale luĭ Driesdal, Tornton, Waldeyer, Spiegelberg și alțiĭ. Ne aducem iarășĭ aminte de presența fibrineĭ în liquidul ascitic și a paralbumineĭ în kiștiĭ ovaricĭ. Și relativ la acest ultim punct, avem încă un mijloc de a stabili repede diagnosticul diferențial printr'un semn, datorit luĭ *Foulis din Edimburg*, care e fórte simplu. El constă în a pune câte-va fire de bumbac într'o sticluță, ce ar conține liquidul extras. Dacă cel maĭ târdiŭ după 24 ore se obține un deposit de fibrină, e vorba de ascită; în casul când am avea a face cu un kist ovaric, depositul lipsesce de óre-ce dînsul nu conține fibrină. Pe lângă acésta maĭ avem și faptul că, fiind vorba de ascită, liquidul dupe extragere se va reproduce mult maĭ repede ca într'un kist ovaric.

In casul însă când kistul este multilocular, asemănarea între liquid nu-șĭ maĭ are rațiunea. In adevĕr, acela al kistuluĭ proliger va fi mult maĭ consistent, gleros, de o colóre brună, șocolatie și fără analog cu cel ascitic.

In fine s'a maĭ recurs, ca ultim mijloc de diferențiare între acesta și kistul ovaric, la examenul organelor genitale precum și la ascultațiunea tumoreĭ. In ascită uterul e fórte mobil, iar fundurile de sac vaginale convexe; în kistul ovaric de obiceiŭ uterul e ridicat în sus, așa în cât gâtul sĕŭ une-orĭ îl găsim sub simfisă iar alte dățĭ aprópe șters. Cât privesce fundurile de sac vaginale, ele în loc de a fi bombate și a proemina în vagin, făcând acest organ mult maĭ scurt, din contra sunt concave, așa în cât lungimea vaginuluĭ se măresce. Ascultând tumora în mod direct cu urechea saŭ indirect cu stetoscopul putem percepe transmisiunea bătăilor și pulsațiunilor aorteĭ în kistul ovaric; lucrul acesta nu există în ascită.

Fenomenul acesta constitue *semnul luĭ Nelaton*. Dînsul susținea, că orĭ de câte orĭ constatăm sgomote de frecare saŭ de suflu într'o tumoră presupusă ovarică, trebue să escludem ideea de ascită.

II. **Sarcina**. Nu încape îndoială, că simpla idee de a întreprinde o operație asupra uneĭ femeĭ credênd că are un kist ovaric, pe când în realitate ea ar fi însărcinată, formézā punctul cel maĭ înspăimântător pentru chirurg: ideea de a comite acésta

eróre e teribilă. Și cu tóte acestea casurile aŭ fost destul de numeróse, unde autorĭ reputațĭ aŭ practicat punctiunĭ exploratrice și chiar laparatomiĭ, atuncĭ când nu era vorba de cât de o ade-

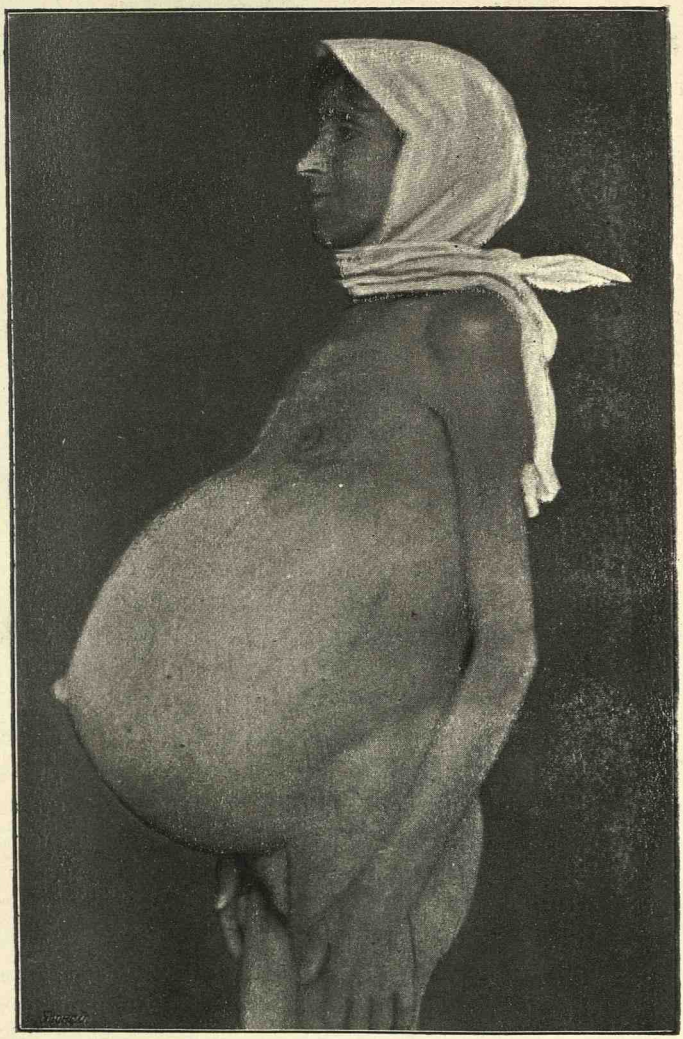


Fig. 177. Forma pântecelui în ascttă vĕḍută de profil (personală).

vĕrată sarcină. Trebue însă să recunóscem, că aceste erorĭ saŭ comis la începutul ereĭ de inflorire a chirurgieĭ, atuncĭ când pe

de o parte însuși kiștii ovarici erau la începutul studiului lor, iar pe de alta că laparatomiile se făceau în general de chirurgi, cari nu numai că nu aveau o experiență consumată în afecțiu-



Fig. 178. Forma pânteceluĭ într'un kist ovaric vĕdut de profil (personală).

nile ovaruluĭ, dar nicĭ nu erau obicĭnuiți și póte chiar nu cunosceau de loc obstetrica precum nicĭ chiar ginecologia. In acéstă

periódă de încercare, erorile aŭ putut fi comise. Ele se explică prin aceea că chirurgiĭ înfluențațĭ și doritorĭ a face laparatomiĭ, vedeaŭ voioșĭ în orĭ-ce tumoră abdominală un kist ovaric. Pe altă parte obstetricianiĭ, cu tótă experiența lor consumată, influențațĭ și eĭ de curentul ginecologic, aŭ putut da înapoĭ saŭ cel puțin a nu fi decisivĭ în afirmațiunea lor între o graviditate și kist ovaric.

Astădĭ însă când ginecologia e de sine stătătóre, și când chirurgiĭ s'aŭ specialisat numaĭ în acéstă ramură, nisce asemenea erorĭ nu se maĭ observă. Și de sigur nicĭ o dată nu s'ar maĭ observa, dacă obligator ar fi, ca un obstetrician să fie și ginecolog precum și vice-versa.

Ar fi fórte greŭ să dăm tóte semnele gravidităţeĭ. Acésta ar provoca o crescere demĕsurată a lucrăreĭ nóstre.

In casurĭ îndoióse trebue să fim conduși de principiul deja stabilit că: e mult maĭ folosi or pentru prestigiul nostru și pentru viața bolnaveĭ de a lua un kist ovaric drept sarcină, de cât contrariul. Acésta însemnéză, că nimenĭ nu pierde nimic a aștepta termenul normal al evoluțiuneĭ uneĭ gravidităţĭ. Nenorocirea ar fi când am comite o precipitare: dînsa póte să aibă urmările cele maĭ desastróse.

Maĭ întâiŭ de tóte, este excepțional de rar să recurgem la ovariotomie, atuncĭ când kistul ovaric se află în cavitatea pelvienă și când prin urmare el ar fi susceptibil a se confunda cu o graviditate în 3—4 lunĭ. De obiceiŭ laparatomiile pentru asemenea afecțiunĭ se fac când kistul devine abdominal, când atinge ombilicul și prin urmare când ar intra în joc chestiunea uneĭ gravidităţĭ între a 6—8 lună.

Dar în acest caz avem semne destul de suficiente, pentru a evita o eróre condamnabilă. In prima linie, în imensa majoritate a casurilor într'o sarcină menstruele sunt suprimate, pe când într'un kist ovaric ele îșĭ continuă mersul regulat. Este adevĕrat că se citéză casurĭ unde femeĭ în tot timpul sarcineĭ aŭ avut menstruațiunea regulată ca de obiceiŭ, precum și vice-versa că kiștĭ aĭ ovaruluĭ desvoltațĭ repede, aŭ determinat oprirea menstruelor. Ast-fel sunt observațiunĭ date de Lawson Tait, Gallard și Aran. Acesta din urmă afirmă, că o femee a făcut 9 copiĭ, dar care nicĭ o dată n'a avut menstruația de cât în timpul sarcineĭ. Acestea și alte multe casurĭ ar proba, că suprimarea saŭ continuarea menstruelor, nu constitue un semn absolut sigur că femeea este însărcinată, saŭ posedă un kist ovaric.

Cu tóte acestea, nu e mai puțin adevĕrat, că escepțiunile nu fac regulă. Norma lucruluĭ este, că o femee mărităta care până la o anume epocă a avut menstruele regulate, iar că în urmă dînsele s'aŭ oprit — fără a fi fost precedate saŭ însoțite de vre-o afecțiune constatată a organelor sale genitale interne — acésta va fi o mare presumțiune, că dînsa este însărcinată. Și cu atât mai mult vom afirma lucrul, cu cât fenomenul se va însoți de o crescere gradată a pântecelui, de aparițiunea diferitelor semne concomitente simptomatice: ca grétă, vărsăturĭ, turgescența mamelelor, pigmentarea mamelónelor, schimbarea și chiar perversiunea gustuluĭ constând în poftirĭ exagerate și paradoxe : ca dorind a mânca trufandale ce nu se găsesc, saŭ alimente și bĕuturĭ neobicĭnuite etc. In fine faptul că femeea ca și întréga familie sunt coprinse de o bucurie și speranță iar nu de grijă și desnădăjduire — în afară bine înțeles de casurĭ anormale ca isterie și dorința cu orĭ ce preț de a avea copiĭ, constituind tumorile fantome saŭ sarcina imaginară, — represintă pentru noĭ, împreună cu totalul celor-l'alte simptome, semnul sigur al uneĭ graviditățĭ.

Dar nu e numaĭ atât. In acéstă perióda apar semne de o siguranță și mai mare: ast-fel sunt mișcările fetuluĭ, constatarea prin palpație a părților fetale, percepțiunea prin ascultare a sufluluĭ placentar și bătăilor cordoluĭ fetusuluĭ. Dar mai ales starea de ramolire a gâtuluĭ uterin, a secrețiunilor vaginale, a balotamentuluĭ, a constatăreĭ angăjăreĭ capuluĭ fetal precum și a atâtor alte semne, tóte ne autorizâ a numaĭ avea absolut nicĭ o îndoială.

Este adevĕrat că și un kist ovaric se póte însoți de multe din aceste semne: ele merg chiar până la turgescența mamelelor și a secrețiuneĭ de colostrum. In orĭ-cecaz însă, lucrurile luate în total și examinate cu atențiune, ne vor păzi de la orĭ-ce confusiune.

Există însă o circumstanță defavorabilă și anume: dacă graviditatea e complicată de o acumulațiune enormă de liquid, constituind *hidramniosul*. Aci ca și într'un kist ovaric semnele sunt analóge: tumoră voluminósă, mediană, netedă, regulată, fluctuentă și mată. Dar și în acest caz, în afară că un idroamnios este însoțit de semnele graviditățeĭ, mai avem că abdomenul, după observațiunile luĭ Lawson Tait, se mărește fórte repede. El póte lua o crescere enormă chiar în 15 zile; lucrul este fórte rar într'un kist al ovaruluĭ. De aci durerĭ viĭ, turburărĭ psichice și une-orĭ chiar eclampsie. In afară de acésta, putem constata prin palpație mișcărĭ active saŭ pasive ale fetuluĭ. In casul cel mai

rĕŭ, vom da peste părțĭ durĭ și moĭ: ele constitue după Tillaux semnele propriĭ ale uteruluĭ gravid.

In fine în afară de graviditate, se maĭ discută și chestiunea diagnosticuluĭ diferențial al kiștilor ovaricĭ cu intervențiunea diferitelor tumorĭ liquide, solide saŭ gazóse ale uteruluĭ. Este posibil ca o idrometrie, ematometrie saŭ fisometrie, precum și fibróme ale uteruluĭ, dar maĭ ales kisto-fibrómele, să se impună în anume circumstanțe drept kiștĭ ovaricĭ. Noĭ însă nu insistăm asupra lor: cel puțin pentru primele, carĭ de alt-fel sunt fórte rarĭ, n'avem de cât a cerceta și a constata diferitele viciurĭ de conformație — constând în oclusiunea vaginuluĭ, imperforarea menuluĭ, saŭ a gâtuluĭ uterin — pentru a atribui tumora kistică la adevĕrata sa causă. In ceea ce privesce fibrómele și kisto-fibrómele am insistat destul la Cap. respectiv.

Dar chestiunea cea maĭ delicată relativ la sarcinĭ și kist ovaric, este când ambele aceste afecțiunĭ există simultaneŭ.

Incontestabil casul acesta e fórte dificil. El e maĭ ales delicat pentru chirurg, dându-se că kistul ovaric póte aduce complicațiunĭ în evoluțiunea sarcineĭ și maĭ ales că în momentul expulsiuneĭ fetuluĭ, hotărârea uneĭ intervențiunĭ se impune. Vom căuta prin tóte mijlócele să descoperin existența o douĕ tumorĭ: una aparținând uteruluĭ gravid, iar alta kistuluĭ. Ne vom convinge de acésta prin determinarea unuĭ șanț de separațiune, ce e posibil a constata între dînsele. Este fórte greŭ și póte chiar imposibil a da tóte semnele distinctive: totul depinde de experiența, sagacitatea și une-orĭ de o simplă inspirațiune a chirurguluĭ. Examene multiple și des repetate, sunt maĭ folositóre ca orĭ-ce sforțare de descriere în acéstă privință.

III. **Peritonita inkistată.** Acéstă afecțiune nu numaĭ că este rară, dar chiar când se constată, dînsa nu are multă analogie cu un kist ovaric. In orĭ-ce caz nu se apropie de acesta de cât când ar fi vorba de un kist de volum relativ mic. O peritonită înkistată orĭ cât de mare ar fi, desvoltarea sa nu póte atinge pe aceea a uneĭ idropisiĭ ovarice. Dar în afară de acésta, peritonita înkistată póte fi efectul uneĭ tuberculose intestinale și peritoneale, saŭ consecința uneĭ tumorĭ neoplasice, ca de exemplu un sarcom saŭ cancer. Prin urmare în asemenea casurĭ, atât antecedentele cât și starea presentă a bolnaveĭ vor fi cu desăvêrșire deosebite de acelea a unuĭ kist ovaric: nu vom găsi nicĭ durerile, nicĭ fenomenele disenterice, precum nicĭ cașexia cancerósă saŭ tuberculósă însoțită de deposite neoplasice în cele-l'alte organe ca plă-

mân, intestine, etc. Apoĭ acumulaţiunea de liquid în cavitatea peritoneală nu va forma o tumoră cu păreţi aşa de bine limitaţi ca într'un kist ovaric. O peritonită înkistată îşĭ are păreţii formaţi fie din aglutinarea meseĭ intestinale, a epiploonuluĭ saŭ a diferitelor aderenţe. De aci va resulta o formă maĭ puţin regulată ca într'un kist unilocular. Apoĭ sediul acesteĭ tumorĭ nu este atât pe linia mediană cât maĭ ales într'unul din flancurĭ. De obiceiŭ kistul ovaric se însoţesce, dacă nu de un edem al membrelor inferióre cel puţin de un edem limitat la glesnele picióreloř: într'o peritonită lucrul acesta este escepţional de rar.

Percuţiunea póte să ne dea o matitate în nivelul tumoreĭ; nu vom constata însă acea zonă timpanică, ce înconjóră de jur împrejur kistul ovaric. In peritonita înkistată avem într'o parte matitate, iar în cea-l'altă sonoritate. Dar procedând cu atenţiune, putem constata că matitatea peritoniteĭ înkistate nu este aşa de manifestă şi absolută ca într'un kist ovaric; dînsa e maĭ mult sonoră.

Palpaţia în peritonita tuberculósă ne va oferi porţiunĭ dure, adesea cartilaginóse — în cas de cancer — saŭ uşóre neregularităţĭ ca în tuberculosă. Dar orĭ cum ar fi, fluctuaţiunea se va găsi mult maĭ limitată şi nu aşa clară dându-ne sensaţiunea de val saŭ undă ca aceea a kistuluĭ ovaric. Pe lângă acésta, palpaţiunea va determina, într'o peritonită tuberculósă, o sensibilitate şi garguiment, formând ceea-ce se numesce ţipătul saŭ strigătul intestinal; el e datorit iritaţiuneĭ tuberculelor asupra intestinuluĭ, saŭ presenţeĭ aderenţelor.

Dacă însă ne-am afla în faţa unuĭ kist ovaric papilar de un volum maĭ mic, multilocular şi intra-ligamentar, asemănarea va fi maĭ mare cu o peritonită înkistată; aci ca şi acolo vom avea presenţa de părţĭ semisolide saŭ dure, suprafaţa tumoreĭ neregulată, o cantitate de liquid maĭ mică şi o fluctuaţiune confusă, lipsită de acel val saŭ undă caracteristică. Aci iarăşĭ, antecedentele şi starea presentă a bolnaveĭ, ne va fi de mare folos Dar şi examenul organelor genitale nu trebue uitat: într'o peritonită înkistată, sfera genitală internă de obiceiŭ nu e atinsă; într'un kist ovaric fie el chiar simplu şi unilocular, conexiunea tumoreĭ cu ovarul şi însuşĭ uterul, e destul de manifestă.

Nu maĭ vorbim de kiştiĭ proligerĭ maĭ ales ceĭ intraligamentarĭ; aci participarea tutulor organelor genitale cu tumora nu maĭ lasă nicĭ o îndoială.

In casurĭ extrem dificile, ne rĕmâne ca ultimă resursă punc-

țiunea exploratrice. După scóterea uneĭ cantităț convenabile de liquid, ne putem și maĭ bine da séma de caracterele și sediul tumoreĭ.

IV. **Bólele ficatuluĭ și ale splineĭ.** Este rar cu splina saŭ ficatul

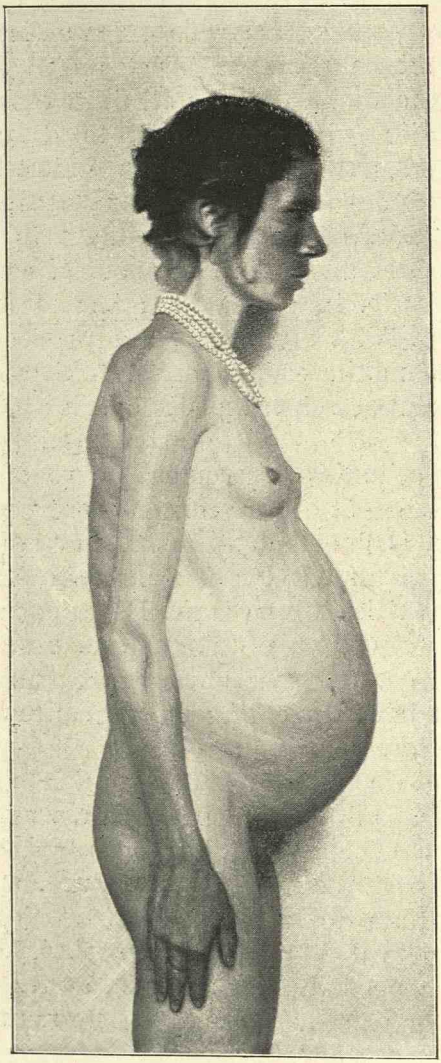


Fig. 179. Formă neregulată a pântecelui într'un kist al ovaruluĭ proliger (personală).

să se însoțéscă de ipertrofiĭ saŭ tumorĭ kistice în așa grad, în cât să ajungă a fi luate drept kiștĭ ovaricĭ. Cu tóte acestea, ipertrofia splineĭ a putut une-orĭ să se pogóre până în basin, unde

contractând aderențe să simuleze o tumoră ovarică. Alte dăți greșéla e și mai ispititóre: când splina ipertrofiată pe lângă că e provĕdută de un pedicul lung și subțire, se găsesce însoțită



Fig. 180. Forma pântecelui într'un kist idatic al ficatului copleșind întregul abdomen (personală).

și de ascită. In casul acesta e posibil — dacă mai ales nu dăm multă atenție și nu suntem preveniți — să se crédă în existența

unuĭ kist ovaric, maĭ cu deosebire când și însăși splina e atinsă de degenerescență kistică. In asemenea condițiuni avem aprópe tóte elementele cerute pentru ca tumora să fie luată drept kist papilar al ovaruluĭ. Și cea maĭ bună probă este că însuși Péan în 1882, a făcut prima splenectomie, grație tocmaĭ uneĭ asemenea erorĭ de diagnostic. Dînsul crezêndu-se în fața unuĭ kist ovaric și o-dată abdomenul deschis, constată cu surprindere că e vorba de splină kistică; atunci silit de împrejurărĭ extirpéză acest organ. Resultatul a fost, că greșéla s'a transformat în bun renume.

Dintre tumorile ficatuluĭ, numaĭ kiștiĭ idaticĭ aŭ putut fi confundați cu aceia aĭ ovaruluĭ. Dar și acésta destul de rar. In adevĕr, cu greŭ un kist idatic al ficatuluĭ póte lua o desvoltare atâta de mare, în cât să se pogóre până în basin. Din contra, mult maĭ des se vĕd kiștĭ aĭ ovaruluĭ mergênd până la ficat și diafragm, saŭ splină, de cât tumorile acestora până la ovar. Cu tóte acestea Nelaton, White, Bryant și Lawson Tait, citéză casurĭ unde kiștiĭ idaticĭ aĭ ficatuluĭ aŭ fost luați drept kiștĭ ovaricĭ.

Există douĕ lucrurĭ pentru diferenciare: primul antecedentele. Prin ele ni se arată că tumora s'a desvoltat de sus în jos. Al doilea, că nu există nicĭ o linie de demarcație între tumoră și marginea inferióră a ficatuluĭ; totul este în perfectă continuațiune, iar matitatea de aceeași intensitate și întindere e pe întréga suprafață. Intr'un kist ovaric, orĭ cât de desvoltat ar fi, totuși se va distinge o zonă sonoră situată între ficat și tumoră. Este escepțional ca kistul ovaric să fie complect aderent cu ficatul, așa în cât matitatea să fie absolută și în continuație cu aceea a ficatuluĭ.

Maĭ avem încă și semnul patognomonic al kiștilor idaticĭ El constă în fremismentul clasic, datorit frecăreĭ și contactuluĭ idatidelor între ele.

Cu tóte acestea, am avut un caz unde acest fremisment era atâta de manifest și clar, în cât dându-se și aspectul și forma abdomenuluĭ — ce nu era tocmaĭ din cele regulat sferice ale kistuluĭ ovaric — am conchis la un kist idatic al ficatuluĭ. Vezĭ fig. 179. Și acésta cu atât maĭ mult, că bolnava fiind virgină nu i-am examinat organele genitale Pe de altă parte, dînsa avênd inteligența cam obtusă, rĕspundea afirmativ la orĭ-ce întrebare. Totul a contribuit să ne facă a crede că în adevĕr tumora începuse a crește de sus în jos. Eĭ bine, făcênd laparatomia, am scos un kist ovaric multilocular din cele maĭ frumóse și maĭ clasice, precum se vede în fig. 181.

Invers, am avut un kist idatic al ficatuluĭ care de sigur,

dacă diagnosticul n'ar fi fost deja sciut în urma punctiilor anterióre, s'ar fi putut lua drept kist ovaric. Desvoltarea enormă a abdomenuluĭ, tumora pogorâtă și umplând întréga cavitate pelviană, dedea pântecelui o formă fórte apropiată de kist.

Probă avem urmatórea figură 180. Laparatomia făcută la 18

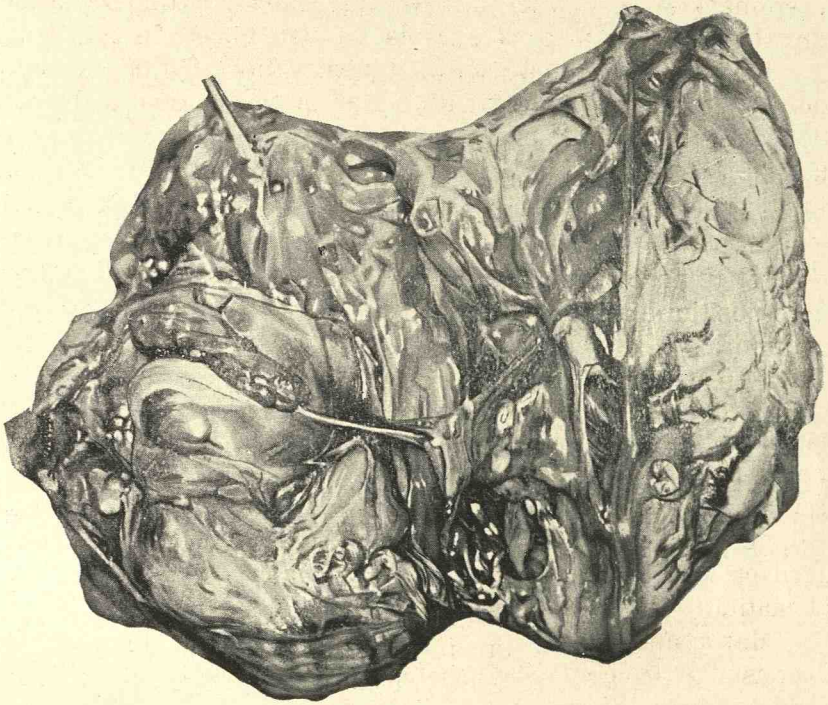


Fig. 181. Fața internă a kistuluĭ proliger extras de la 179.
Dumitra Ioniță de 19 anĭ, operată la 18 Iulie 1898, eșită vindecată la 20 August.

Sept. 1889, am extras 1500 de kiștĭ idaticĭ. Idatidele nu numaĭ că umpluse întréga cavitate peritoneală și eraŭ conținute într'o pungă cu părețĭ fórte subțirĭ, dar se infiltrase în însușĭ grosimea păreților abdominalĭ; de acĭ am scos un număr considerabil de idatide printr'o adevărată sculptare. Bolnava a doua di a sucombat; la autopsie am găsit idatide nu numaĭ în tótă substanța ficatuluĭ care era cu totul ciuruit, dar și în plămânĭ precum și în ambiĭ rinichĭ.

V. **Tumorile rinichilor.** Idronefrosa și rinichiul mobil cu pedicul lung, aŭ provocat erorĭ de diagnostic luându-se drept kiștĭ ovaricĭ. Dar maĭ cu deosebire idronefrosa a fost capabilă să inducă în eróre pe Boeckel, Spencer-Wells, Lawson Tait, Olshausen și alțiĭ. Dînșiĭ n'aŭ recunoscut calitatea tumoreĭ de cât în timpul operațieĭ.

Aci ca și la ficat ne vom conduce de modul cum a evoluat tumora. Nu vom pierde din vedere examenul minuțios și repetat al urineĭ. De și atențiunea bolnavuluĭ nu e atrasă asupra acestuĭ lucru, prin faptul că cel-l'alt rinichĭ remânênd sănătos, secreținea fisiologică a urineĭ se face în mod normal, totuși bacteriologia și microscopul arătêndu-ne presența de puroiŭ, celule epiteliale și tubĭ hialinĭ renalĭ, atențiunea nóstră va fi atrasă asupra idronefrozeĭ. Apoĭ examenul îl vom complecta prin luarea minuțiósă a antecedentelor. Maĭ avem un semn: constatarea sonorităței tumoreĭ. Acésta e determinată prin ante-posițiunea saŭ latero-posițiunea intestinelor subțirĭ saŭ a colonuluĭ, în raport cu tumora.

Vom fi terminat cu tumorile abdomenuluĭ capabile a se impune drept kist ovaric, când vom sci că maĭ este posibil a întâlni: anse intestinale aglutinate între ele, lipóme, kiștiĭ epiploonuluĭ ca și aĭ mesenteruluĭ. Fie care pe rând, dând o formă bombată abdomenuluĭ, s'ar apropia de aceea a kiștilor ovaricĭ. Se citézĕ că *Smith* și *Max Dowel* aŭ găsit în loc de kist ovaric ansele intestinale, reunite într'o singură masă prin aderențe.

Noĭ am avut a face cu un asemenea caz, pe care l'am luat drept kist ovaric de volum mediŭ; operațiunea însă ne-a arătat o tumoră formată esclusiv dintr'o masă intestinală, unde aprópe tóte ansele eraŭ lipite între dînsele. Iată în câte-va cuvinte observația.

Maria Potuscki, 29 anĭ, menstruată la 14 anĭ, fără durerĭ. Menstruele însă eraŭ în mică cantitate, apăreaŭ la 3 sĕptămânĭ și duraŭ 3—4 dile. La 19 anĭ capătă o febră tifoidă. A născuf 4 copiĭ; anul trecut a avut un avort. După treĭ lunĭ simte durerĭ în fosele iliace și în regiunea renală; de atuncĭ abdomenul începe a se umfla.

La 27 Aprilie 1897 intră în serviciul nostru. Pacienta spune că a slăbit fórte mult de când e bolnavă; abdomenul e distins și mĕsóră în dreptul ombiliculuĭ 72 c. m. De la ombilic la spina iliacă stângă găsim 14 c. m; iar la cea dréptă la 16 c. m. D'asupra simfiseĭ se observă un pachet de vene dilatate varicóse. Forma abdomenuluĭ grobulósă, pareților în stare de tensiune, așa că prin palpație nu putem explora bine conținutul cavităței ab-

dominale. Palpația e durerósă în ipogastru și fosele iliace, unde în drépta găsim sonoritate, iar în stânga și ipogastru până aprópe de ombilic sub-matitate. Tumora ne dă sensațiunea de falsă fluctuație. Prin tușeŭ găsim uterul în ușóră anteversiune, mobil, ne dureros, gâtul gros, orificiul intredeschis, transvers. Fundul de sac posterior dureros. De aci și mai ales de sub corpul uteruluĭ, plécă o tumoră ca un cordon gros, ce se duce către fundul de sac lateral stâng și care e dureros la presiune.

6 Maiŭ 1897. Laparatomia. Se aplică pense multe pe venele enorm varicóse. Dificultăți extreme în deschiderea peritoneuluĭ. Confusiunea e mare, așa în cât se deschide o ansă intestinală, dar care se cóse prin mai multe puncte Lambert. După mai multe încercărĭ se dă de un spațiŭ quasi-kistic ; se introduc degetele în acest buzunar și se constată o îngroșare enormă a peritoneuluĭ, iar înăuntru tótă masa intestinală aderentă, nu numaĭ de suprafața peritoneală dar și între dînsele. Tóte intestinele erau așa de lipite în cât totul representa o încolăcitură confusă. Văḑêndu-se acésta, procedăm la deslipirea anselor intestinale și treptat scótem tótă masa de intestine afară din abdomen, menținându le învelite în comprese calde și fierte în sublimat. Facem apoĭ spălăturĭ peritoneale după metóda nóstră; introducem intestinele și închidem abdomenul prin 11 puncte de sutură. In timp de 24 de ore bolnava a avut fórte multe scaune diareice și chiar muco-sanguinolente.

La 14 Maiŭ se desface pansmentul; reunirea per-primam.

La 12 Iunie bolnava iese complect vindecată.

La 2 Maiŭ 1898 bolnava a venit pentru a o revedea. Dînsa declară că e fórte mulțumită, mănâncă bine și nu are absolut nicĭ o durere. Dînsa s'a îngrășat fórte mult. Examinată nu găsim nimic important, afară de un început de eventrație.

Kiștiĭ epiploonuluĭ fie simplĭi saŭ idaticĭ, aŭ putut înșela pe Nelaton, Lawson Tait ca și pe alțiĭ, luându-ĭ drept kiștĭ ovaricĭ. Tot acelașĭ lucru s'a întâmplat cu lipómele și kiștiĭ mesenteruluĭ. Eĭ aŭ indus în eróre pe S. Wells, Péan și Olshausen, carĭ n'aŭ recunoscut existența lor, de cât în timpul operațieĭ întreprinsă pentru kiștĭ ovaricĭ. Exemplele acestea ne arată dificultățile și câte o dată imposibilitatea de a evita confusiunea.

Singurul semn caracteristic ar fi, că aceste tumorĭ, pe lângă raritatea lor, îșĭ aŭ maximul de desvoltare în dreptul ombiliculuĭ și sunt provĕḑute tot-d'a-una de o sonoritate exagerată, coprinḑând totalitatea tumoreĭ. In plus, nu vom pierde din vedere examinarea organelor genitale: în kiștiĭ ovaricĭ ele nu sunt atât de libere și independente ca în cele-l'alte tumorĭ.

In fine ca curiosități vom menționa că însășĭ ipertrofia și ramolirea ganglionilor mesentericĭ, precum și abcesele foseĭ iliace, maĭ ales acelea prin congestie, s'aŭ bucurat de privilegiul de a fi

fost luate drept kiști ovarici supurați. Antecedentele și examenul minuțios al bolnaveĭ vor fi riguros făcute, pentru a evita erórea.

Ne maĭ rĕmâne pentru a complecta diagnosticul, să trecem în revistă bólele uteruluĭ.

Lăsăm la o parte tumorile liquide și gazóse ca ematometria și fisiometria. Acestea în afară de raritatea lor, se însoțesc de anume viciurĭ de conformație, asupra cărora am însistat. In plus se observă pe fete cu totul tinere, unde kiștiĭ ovarici propriŭ ḑișĭ, afară de ceĭ dermoizĭ, nu sunt așa de comunĭ.

Dintre tumorile solide ale uteruluĭ, fibrómele sunt carĭ aŭ dat nascere la confusiunĭ. Bine înțeles atuncĭ când ele vor fi căpătat un volum destul de considerabil propriŭ kiștilor ovarici. Punctele capitale și patognomonice ale fibromuluĭ staŭ că tumora e just pe linia mediană și simetrică. Noĭ încercând a introduce marginea cubitală a mâneĭ între simfisă și tumoră nu ne este posibil; suntem opriți de un larg pedicul, representat prin corpul uteruluĭ saŭ porțiunea supra-vaginală a gâtuluĭ. De asemenea introducând degetul în vagin și aplicându'l pe orificiul gâtuluĭ, iar cea-l'altă mână puind'o pe abdomen, constatăm o legătură strânsă în tóte mișcările ce vom imprima gâtuluĭ uterin, transmițându-se reciproc de la un organ la altul. Ast-fel apăsând pe corpul tumoreĭ, simțim cum gâtul uterin se lasă în jos, căutând a împinge pulpa degetuluĭ. Din contra, ridicând tumora abdominală în sus, simțim cum gâtul urmézĕ acéstă ascensiune și caută a fugi și a părăsi degetul nostru. Intr'un kist ovaric nimic din tóte acestea; cel mult uterul va fi deviat, dar relațiunile sale cu kistul sunt fórte streine.

Pe lângă acésta, forma abdomenuluĭ într'un miom uterin nu este atât de regulată și sferică ca aceea a unuĭ kist. In fibro-miom partea culminantă a tumoreĭ tinde a proemina înainte și în jos. Fiind obicĭnuiți, de multe orĭ prin simpla privire a pântecelui putem afirma existența saŭ absența kistuluĭ ovaric. Dar asupra acesteĭ chestiunĭ am însistat prea mult în Vol. III la capitolul diagnostic, pentru a maĭ reveni. Ne mărginim a reproduce fig. 182 pentru a ne face idee de forma ce ia pântecele într'un fibro-miom.

Constatarea tutulor acestor semne ar fi demonstrative, dacă tot-d'a-una am avea a face cu casurĭ tipice și clasice. Este destul a ne reaminti posibilitatea pediculisăreĭ fibrómelor în dreptul porțiuneĭ supra-vaginale, precum și aderențele ce se pot stabili între un kist ovaric și uter, pentru a prevedea rĕsturnarea totală și absolută a semnelor distinctive a acestor douĕ tumorĭ între

ele, pentru a vedea cum semnele uneia se pot atribui celeĭ-l'alte, pentru a înțelege cum confusiunea póte să fie complectă, cum în fine un fibro-miom se póte lua drept kist ovaric și vice-versa. Când am tratat chestiunea fibrómelor, am insistat în destul pentru a nu maĭ avea trebuință a reveni. Am avea ca criteriŭ persistența metroragiilor în fibróme: sciut este că un kist ovaric nu aduce nicĭ o perturburare în mersul menstruațiilor; din contra dînsele în loc de abondente, vin în cantitate maĭ mică iar une-orĭ chiar de loc. Cu tóte acestea în anume condițiunĭ, și în special la femeele bătrâne, kistul ovaric póte da nascere uneĭ congestiunĭ uterine ca și a întregulŭĭ aparat vascular al basinuluĭ, așa în cât cantitatea de sânge provocată, ar putea să simuleze și să se ia chiar drept metroragiĭ de fibróme.

Singurul semn maĭ de valóre rĕmâne mĕsurarea cavitățeĭ uterine: dînsa în mod constant se găsesce mărită într'un fibrom și nemodificată într'un kist. Dar și aci, deviațiunile produse în canalul cervico-uterin, precum și presența în chiar interiorul cavitățeĭ de tumorĭ fibróse, fac imposibilă introducerea unuĭ isterometru, saŭ cel mult nu ne permite de cât o explorațiune insuficientă. Decĭ luându-ne după adâncimea de 5—6—7 centimetri la care am fi putut introduce isterometrul, am conchide în favórea unuĭ kist, pe când în realitate este un fibrom.

Trebue însă să recunóscem că fibrómele pure se confundă maĭ cu greŭ cu un kist ovaric, pe de o parte din causa formeĭ dure și boselate ce imprimă tumoreĭ, iar pe de alta din causa fenomenelor de compresiune ce nu se găsesc într'un kist, saŭ cel mult într'un grad incomparabil maĭ ușor. Fibrómele carĭ se apropie maĭ mult de un kist ovaric, sunt cele moĭ, formate maĭ mult din ipertrofia elementuluĭ muscular, precum și acelea carĭ aŭ facultatea să permită în substanța lor desvoltare de cavităț maré. Acestea umplându-se cu liquid, formézĕ un grup bine definit studiat de Germanĭ sub numele de kisto-fibrome. Aci în adevĕr confusiunea e mare: Diagnosticul diferențial devine imposibil, dacă un asemenea kisto-fibrome provĕdut și de un pedicul lung și subțire când asemĕnarea cu kistul devine aprópe complectă.

După ce ast-fel am terminat întregul nostru studiŭ asupra tutulor tumorilor abdominale, și presupuind că prin exclusiune am reușit să rĕmânem cu convingerea că ceea ce avem în fața nóstră este în adevĕr un kist al ovaruluĭ, ne rĕmâne încă a rĕspunde la o ultimă întrebare, cu ce anume fel de kist avem a face? Cu alte cuvinte să stabilim diagnosticul varietățeĭ de kist ovaric.

Dar a reîncepe a descri tóte caracterele și modul evoluțiuneĭ kiștilor uniloculariĭ, pauciloculariĭ, multiloculariĭ, dermoiziĭ și a acelor paraovariciĭ, etc., ar fi să repetăm, tot ceea-ce am arătat la anatomia patologică și simptomatologie.

De aceea ne dispensăm de la o asemenea sarcină, ca fiind inutilă.

Vom reaminti numaĭ că, kiștiĭ dermoiziĭ aĭ ovaruluĭ formézĕ apanajul femeilor tinere: eĭ se observă în deosebĭ pe fete de 17, 18, 20 anĭ. Se dă iarăși ca semn caracteristic al acestor tumoriĭ, de a se însoți une-orĭ de dureriĭ și o desvoltare repede a volumuluĭ lor.

Când vom constata că kistul ovaric este de un volum enorm, cu pareții subțiriĭ și fără a fi însoțit de mese de consistențe diferite: când unda saŭ valul de apă se va percepe cu fórte multă ușurință în tóte direcțiunile și în totalitatea tumoreĭ, vom conchide că kistul e unilocular și în special paraovaric: aceștia maĭ cu deosebire se învestesc de aceste caractere.

Când în urma acelorașĭ explorațiunĭ și celor arătate la simptomatologie, vom descoperi semne negative saŭ contrariĭ acestora, putem fi autorisațĭ a conchide în favórea unuĭ kist proliger, pauci saŭ multilocular.

Am maĭ avea la dispositie încă un mijloc: acela al punctiilor exploratrice. In acéstă privință s'aŭ făcut discuțiunĭ fórte mariĭ, uniĭ fiindu-le cu desăvîrșire vrășmașĭ, uniĭ indiferențĭ iar alțiĭ favorabilĭ.

Stilling consideră punctiunea exploratrice ca o crimă, Duplay susține că a ne abține de la acest mijloc de investigațiune, este o eróre gravă. Este incontestabil că punctiile exploratrice aŭ fost urmate de consecințe serióse; ele aŭ determinat imflamațiunea, supurația kistuluĭ și chiar fenomene peritoneale, maĭ ales în cazul când scoțînd instrumentul, conținutul kistuluĭ s'a vĕrsat în peritoneŭ.

Dar contra acestor inconveniente putem lupta: vom procede cu menajare și prudență; maĭ ales ne vom înconjura de cele maĭ riguróse precauțiunĭ antiseptice.

Punctul însă cel maĭ defavorabil ce s'a invocat contra punctiilor, a fost acela arătat de Kiwisch și anume, că ele sunt causa producereĭ de aderențe, grație iritațiuneĭ ce se determină în locul și în momentul trecereĭ instrumentuluĭ prin peritoneŭ. In acest loc o imflamațiune adesivă se nasce; în urma eĭ fața externă a kistuluĭ se unesce cu peritoneul parietal; de aci ade-

rențe Inceputul însă o dată făcut, aceste aderențe se pot întinde mai departe. Resultatul va fi, condițiuni defavorabile în momentul operațiuneĭ.

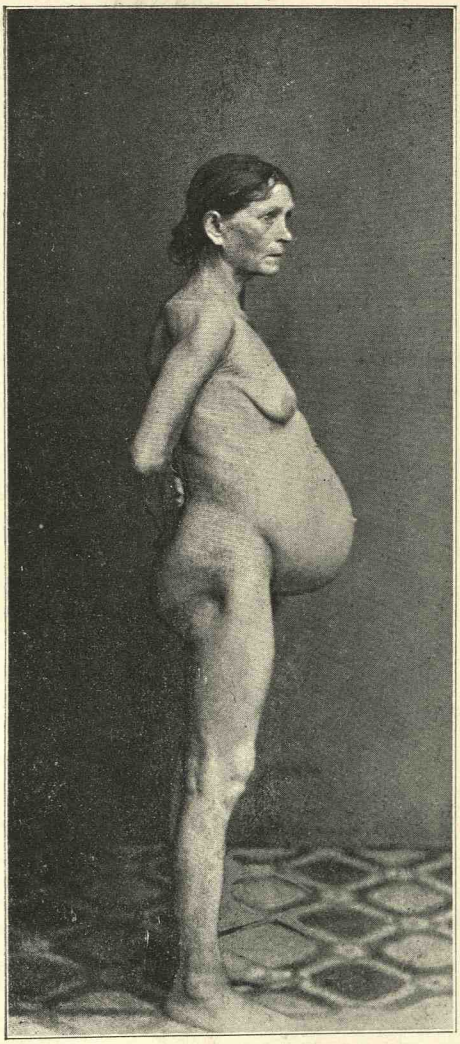


Fig. 182. Forma pânteceluĭ în fibromul uterin (personală).

Dar și în acéstă privință conduita nu este absolut fixată Proba cea maĭ evidentă o avem în cel maĭ mare ginecolog al

secoluluĭ, în S. Wells. El tocmaĭ susține că distensiunea exagerată a kistuluĭ ovaric, puind părețiĭ în contact maĭ intim cu peritoneul, favorizéză producerea aderențelor. In asemenea casurĭ decĭ, el nu este contra; ba chiar recomandă evacuarea uneĭ órecare cantităţĭ de liquid. In urma acesteea tumora micșorându-se, kistul se depărtéză de suprafața peritoneală. Decĭ ne maĭ fiind nicĭ un contact direct, și orĭ-ce causă de iritațiune fiind înlăturată, aderențele aŭ o maĭ puțină ocasiune favorabilă ca să se producă.

Prin urmare, după S. Wells, una saŭ maĭ multe punctiuniĭ anterióre, nu agravéză mortalitatea consecutivă ovariotomieĭ, precum nicĭ nu măresc dificultățile operațiuneĭ. Influența punctiilor este neglijabilă în patogenia aderențelor perikistice.

Astă-dĭ, dacă nu în folosul asigurăreĭ unuĭ diagnostic diferențial, totuși putem practica punctiile exploratrice, de n'ar fi de cât scopul de a ușura pe bolnave și a le înlătura multe fenomene de compresiune saŭ turburărĭ respiratorii, ca dispnee, etc.

Tratamentul. A ne încerca să căutăm origina ovariotomieĭ — care într'un timp a pasionat mult pe autorĭ dar care adĭ nu represintă de cât un simplu interes istoric — ar fi să ne pierdem în conjecturĭ, aprópe lipsite de interes practic. Vom spune numaĭ că în mod sigur, primul care a făcut ovariotomia *în 1809 este Mac-Dowel*, elevul luĭ John Bill; iar al doilea este *Nathan Smith*. In 1871 W. Atlee din America făcuse deja 246 de operațiĭ. In Franța, pentru prima óră ovariotomia s'a făcut în 1844 de Woyerskovsky, iar apoĭ *în 1862 de Nelaton*.

In 1864 Koeberlé și Péan contribue fórte mult la vulgarisarea acesteĭ operațiunĭ.

Nu avem trebuință să descriem modul cum trebue făcută o ovariotomie. Principiile sunt propriĭ orĭ-căreĭ laparatomiĭ.

Bazele sale se pot rezuma în următórele: Pe cât e posibil incisiunea abdomenuluĭ să nu fie prea mare, ci făcută just pe linia albă, pentru a intra în intersticiul mușchilor drepțĭ aĭ abdomenuluĭ.

Trebue însă recunoscut, că une-orĭ spațiul acesta nu e totd'a-una ușor de găsit. Dar lucrul nu trebue să ne intimideze: la rigóre, pentru a nu pierde timpul, putem incisa chiar și în grosimea mușchilor pentru a intra în peritoneŭ. Singurul inconvenient este că vom secționa vase maĭ multe și vom fi siliți a pune pense în consecință.

Drept probă de inocuitatea acesteĭ căĭ este că, Storer din

Boston, un chirurg fórte reputat, cu tot dinadinsul nicĭ nu-şĭ dă ostenélă să intre în peritoneŭ prin intersticiul muşchilor drepţĭ aĭ abdomenuluĭ, ci tot-d'a-una dreptul prin grosimea acestor muşchĭ. Cât privesce lungimea incisiuneĭ, de şi S. Wells nu atribue acestuĭ lucru nicĭ o importanţă în prognosticul operator, totuşĭ e bine a nu recurge la incisiunĭ prea marĭ, de cât în casurĭ de absolută necesitate. Este prudent a începe incisiunea pe o întindere de 7, 8, 10 c. m., rĕmâind ca după circumstanţe să o prelungim.

Odată peritoneul deschis, dacă vedem că tumora nu póte fi estrasă prin plaga ce am format, este bine ca puind comprese între tumoră şi peritoneŭ, să golim kistul prin trocarul luĭ Spencer-Wells. După aceea cu ajutorul clampelor luĭ Nelaton, aplicate pe orificiul punctieĭ, să încercăm prin tracţiunĭ moderate a trage kistul afară. In casul când simţim resistenţă şi bănuim presenţa de aderenţe, vom introduce mâna în cavitatea peritoneală, pentru a ne asigura de întinderea şi gradul în carĭ se găsesc. Să avem ca principiŭ: că pe cât posibil să lucrăm cu mâna şi cu ochiĭ, aşa în cât să vedem ce desfacem şi ce rupem. De aceea în casurĭ dificile nu vom esita a mări incisiunea. Acésta se face de obiceiŭ cu ajutorul fórfecelor: introducem prealabil mâna stângă între tumoră şi părepĭĭ abdomenuluĭ; instrumentul sprijinit pe degetele nóstre, efectuăm secţiunea. Dînsa trebue prelungită dincolo de ombilic şi să înconjóre acest organ la stânga iar nu la drépta, spre a evita vena ombilicală.

Când ast-fel plaga va fi convenabil lărgită, noĭ putem pe de o parte să atacăm aderenţele: pe cele slabe le deslipim, iar pe cele maĭ gróse le secţionăm între douĕ legăturĭ.

După ce ast-fel am liberat tumora din tóte părţile şi am scos-o afară din abdomen, nu avem de cât să aplicăm la bază o pensă lungă fixă. D'asupra eĭ incisând, scótem tumora; în urmă aplicăm legăturĭ pe pedicul sub pense. Câte o-dată numaĭ recurgem la pensă: un ajutor ţine tumora în sus, iar noĭ puind legăturile suficiente pe pedicul, secţionăm d'asupra lor şi scótem tumora. Totul depinde după circumstanţe şi după lărgimea şi grosimea pedicululuĭ.

Nu există nicĭ o operaţie maĭ frumósă, maĭ simplă şi maĭ măgulitóre pentru chirurg, de cât ovariotomia, când se presintă în condiţiunĭ favorabile. Un kist ovaric unilocular, chiar de volum mare, dar mobil, fără aderenţe şi cu un pedicul lung şi subţire, este o jucărie iar nu operaţiune. Când însă acelaşĭ kist

e multilocular, aderent, cu un larg pedicul saŭ vîrît în ligamentele largĭ; și când pe lângă acésta maĭ intervin și alte incidente și complicațiunĭ operatorii, atunci ovariotomia devine o operațiune extrem de dificilă și plină de cele maĭ marĭ pericole.

In casurile acestea, este bine să ne dăm séma în tótă conșciința, de posibilitatea de a fi saŭ a nu fi în stare a ridica tumora.

Nimic nu este maĭ penibil și maĭ grav dice Lawson Tait, de cât a încerca extirparea uneĭ tumorĭ fără a putea termina operațiunea. Adesea încurcându-ne într'o asemenea întreprindere, suntem siliți a recurge la scóterea intestinelor din abdomen pentru a lumina câmpul operator; adesea suntem siliți a încerca ruperea aderențelor solide, oprindu-ne însă repede în fața imposibilității; adesea suntem siliți a recurge, în casurĭ extrem dificile, la sfatul luĭ Péan și Emmet, de a tăia numaĭ o parte corespondentă din părețele kistuluĭ și a lăsa cea-l'altă parte aderentă cu organul subjacent, pentru a evita rănirea și ruperea luĭ. Adesea ne putând opri emoragiile, vom fi siliți în lipsă de legăturĭ să aplicăm pense, une-orĭ aruncate la întâmplare și să e lăsăm în loc, precum recomandă Péan; adesea cu tóte silințele nu putem extrage de cât o parte din tumoră restul fiind inaccesibil și inexpugnabil; adesea în fine operațiunea durând mult, cloroformisatorul ne anunță o stare asfixică și deperditorie a bolnaveĭ. Atunci, încurcați într'o afacere detestabilă, nu scim ce să facem maĭ întâiŭ: a îngriji de bolnavă saŭ a închide abdomenul. Dar de multe orĭ și acésta ni se refuză; noĭ nu putem introduce intestinele umflate și transformate în adevĕrate balóne.

Să căutăm decĭ a evita întreprinderĭ imposibile, pentru a nu ne găsi în fața unor situațiunĭ, fórte bine caracterisată de francesĭ sub numele de *laparatomie aux aboies.*

In ceea ce privesce îngrijirile consecutive după operație, ele sunt propriĭ orĭ-căreĭ laparatomiĭ și nu se dobândesc de cât prin practică.

De alt-fel cititorul va căpăta multe cunoscințe citind diferitele observațiunĭ, carĭ tocmaĭ în acest scop aŭ fost puse și descrise în acest volum.

Ar fi maĭ trebuit iarăși să arătăm conduita nóstră în privința pedicululuĭ tumoreĭ. Dar diferitele metóde de tratament intra și extra peritoneale, le-am descris deja cu ocasiunea fibromiómelor, precum și în laparatomiele făcute contra anexitelor și decĭ, credem inutil a maĭ insista.

Mai există o metódă de tratament a kiștilor ovarici; acésta dînsa constă ca extirparea să se facă pe calea vaginală. Dînsa formézá ceea ce se numesce ovariotomia vaginală.

Ocasiunile pentru acéstă operație sunt fórte rari. Se cere în adevĕr nisce condițiuni cu totul speciale, precum ar fi presența unui kist de volum mic și cu totul pediculat.

Dar chiar și în asemenea circumstanțe încă e de preferat laparatomia, căci dacă dînsa dă resultate bune în casuri de tumori voluminóse și chiar complicate, a fortiori resultatele vor fi și mai sigure, fiind vorba a ridica o tumoră mică, mobilă și pediculată. Este deci cu totul inutil a recurge la ovariotomia vaginală. Noi nu găsim nici un folos practic a lucra într'un canal strîmt și fără a vedea în câmpul operator. Pe lângă acésta, ocasiunea de a infecta peritoneul este mult mai ușóră prin vagin de cât direct pe calea abdominală.

Incă o chestiune rĕmâne de atins, cu privire la existența simultanată a unui kist și graviditate.

In fața unei asemenea eventualități nu se póte stabili nici o regulă fixă; totul depinde de modul cum se presintă afacerea. S'au vĕdut casuri când un kist ovaric mic, situat în basin, nu numai că n'a fost o piedică pentru desvoltarea uterului gravid, dar și însăși facerea s'a efectuat în mod normal. Dacă suntem chemați chiar în momentul când femeea se află în muncí și constatăm o piedică din partea kistului, putem încerca a-l reduce împingându-l în sus de basin; saŭ dacă circumstanțele sunt favorabile, să procedăm la evacuarea kistului, printr'o punctie făcută în fundul de sac posterior al vaginului. Unii recomandă chiar incisiunea largă a kistului prin acéstă cale. In casul când graviditatea coincide cu un kist ovaric de volum mare, suntem de opiniunea majorității autorilor, a face laparatomia pentru ridicarea tumorei. Metóda acésta e de preferat punctiilor, și este incomparabilă cu espectația saŭ provocarea de avort, orí facere prematură. Dar încă odată, resolvarea chestiunei depinde de o mulțime de factori ce nu se pot prevedea. De alt-fel coincidența graviditățeĭ cu o tumoră intra-abdominală, a fost deja tratată la Cap. fibrómelor.

Tratamentul kiștilor ovarici intra-ligamentari. Am arătat la anatomia patologică diferitele varietăți de kisti ai ligamentului larg. Ei ne oferă trei varietăți clinice: unii de și putând căpăta un volum extra-ordinar, totuși reușind a-și forma un pedicul convenabil, pot fi extirpați cu cea mai mare înlesnire prin lapara-

tomie. Aceștia sunt kiștii hialini paraovarici cari sunt și ceĭ maĭ benigni. Alțiĭ însă nu numaĭ că rĕmân definitiv închiși în grosimea ligamentuluĭ larg, dar contractézĕ aderențe cu organele vecine și cu peritoneul parietal, în cât nu e cu putință nicĭ a se disloca și cu atât maĭ puțin a se extirpa. Aceștia sunt kiștiĭ proligerĭ, cari umplând întregul basin represintă caracterele cele maĭ clasice ale uneĭ tumorĭ maligne.

Intre aceste douĕ varietățĭ există o a treia. Dînsa este caracterisată prin aceea că tumora conservându-și caracterele kistuluĭ hialin, rĕmâne închisă în grosimea ligamentuluĭ larg, pe care îl întinde până la limitele posibile. Dar totuși el rĕmâne benign, fiind lipsit de acele producțiunĭ proligere. Cel mult dînsul prin fața sa externă, póte contracta aderențe cu peritoneul pelvien. Dar și acestea nu sunt așa de întinse și solide, în cât să nu ne permită o deslipire complectă.

Contra acestor kiștĭ putem întreprinde următórele treĭ procedee:

1. Pe partea cea maĭ culminantă a tumoreĭ și în punctul cel maĭ puțin vascular, facem o incisiune a fóieĭ peritoneale a ligamentuluĭ larg. Atuncĭ cu degetul căutăm a deslipi kistul, în cas de a avea un volum maĭ mare îl vom puncționa, iar după golire vom procede înainte cu deslipirea, până ce vom reuși a'l enuclea.

2. Dacă estirparea e dificilă, noĭ în câte-va casurĭ am incisat kistul. După golire am făcut largĭ spălaturĭ a cavitățeĭ kistuluĭ cu sublimat. Am resecat porțiunĭ întinse și de o parte și de alta, iar după aceea am rĕsfrânt buzele rĕmase înăuntru aplicând pe d'asupra maĭ multe puncte de sutură, puind în contact cele douĕ suprafețe seróse. La rigóre putem după evacuarea și închiderea pungeĭ, să stabilim un drenaj al cavitățeĭ kistuluĭ fie abdominal saŭ prin fundul de sac posterior al vaginuluĭ.

3. Dacă circumstanțele sunt favorabile, putem recurge la extirparea kistuluĭ împreună cu ligamentul larg.

Noĭ într'un cas, avênd a face cu un kist intra-ligamentar și neputêndu-l ridica după deschidere, am extirpat nu numaĭ ligamentele largĭ, dar și anexele împreună cu uterul în nivelul istmuluĭ. Am făcut cu alte cuvinte isterectomia abdominală totală supra-vaginală, împreună cu ligamentele largĭ, ast-fel precum se vede în fig. 183.

* *
*

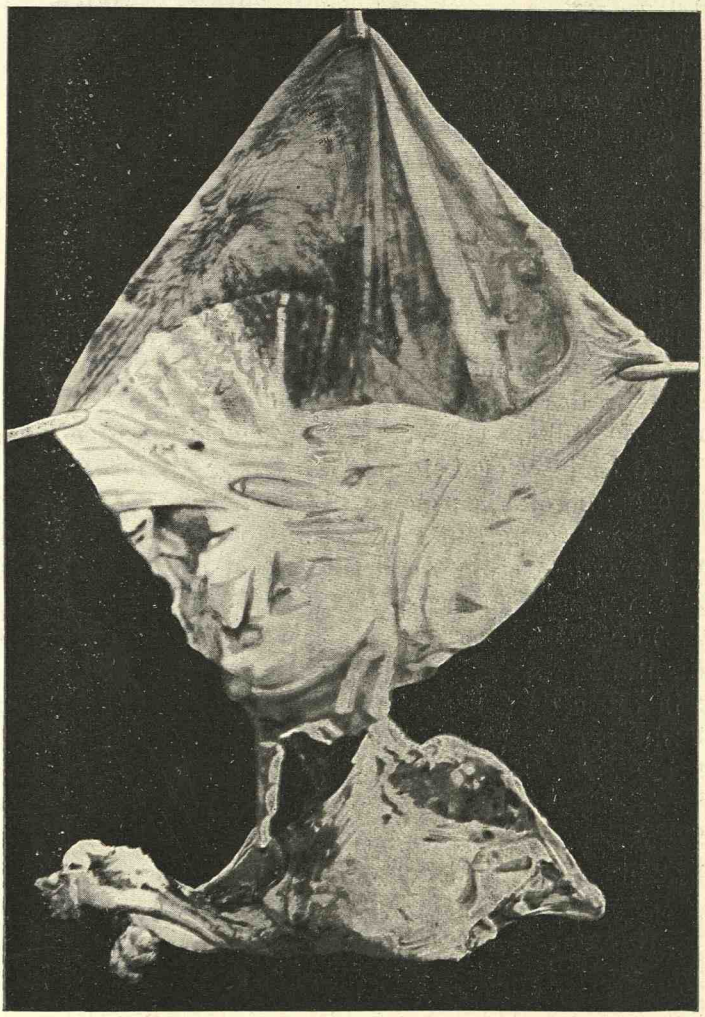


Fig. 183.

Kist intra-ligamentar. Extirpare împreună cu uterul și anexele.

Roza Schultze 57 ani. Laparatomie 20 Octombrie 1897, vindecată 13 Noembrie.

(personală)

Nu ne oprim asupra celor-l'alte tumorĭ solide ale ovaruluĭ, representate prin fibróme, sarcóme și cancere, In constituțiunea ovaruluĭ am arătat că există o cantitate fórte mare de țesut conjunctiv: el póte fi capabil să dea nascere — prin desvoltarea sa escesivă și diferite modificațiunĭ— la tumorĭ benigne ca fibróme; saŭ maligne, ca sarcóme, etc.

In ceea ce privesce cancerul ovaruluĭ, chestiunea e maĭ dificilă. Posisil este ca asemenea tumorĭ maligne să se desvolte în acest organ; separațiunea însă, a transformăreĭ unuĭ kist proliger în epiteliom, de un cancer independent de acest lucru, e fórte delicată.

Unĭĭ autorĭ între carĭ Eckardt, aŭ arătat o origină specială a cancerului ovaric, ca provenind din alterațiunea celulelor epiteliale ce căptușesc interiorul vaselor limfatice și capilare. Pentru acésta i-a dat și numele de *endoteliom*.

Din punctul de vedere clinic, tumorile solide ale ovaruluĭ se însoțesc în interiorul lor de presența unor cavități kistice destul de considerabile: acésta a și motivat numele de kisto-fibrom, kisto-sarcom, saŭ kisto-endoteliom.

In afară de fibróme carĭ în general nu iaŭ un volum mare, cele-l'alte varietățĭ îșĭ arată malignitatea prin determinarea uneĭ acumulărĭ de liquid în cavitatea peritoneală, adică a uneĭ ascite.

Simptomele acestor tumorĭ sunt propriĭ tumorilor anexiale. Ele se însoțesc de anume semne, după cum vor fi pediculate, cu o formă regulată, cu ridicăturĭ pronunțate și de consistențe diferite.

Diagnosticul se stabilesce prin exclusiune; maĭ adesea însă cu probabilităților.

Tratamentul radical constă în laparatomie și extirparea tumoreĭ.

CHESTIONAR

Kiştiĭ ovaruluĭ.

Considerațiunĭ generale. Istoric. Meckel, Cruveilhier, Lebert, Rokitansky, Virchow, Scanzzoni. Teoria luĭ Waldeyer. Teoria luĭ Sinety. Anatomia patologică. Kiștĭ multiloculariĭ, pauci și uniloculariĭ. Mecanismul formăreĭ kiștilor proligeriĭ și proliferiĭ. Producțiunea kiștilor seroșĭ, gelatinoșĭ și ematicĭ. Tumorĭ ovarice mixte . . . . . pag. 753–768

Kiștĭ dermoiḑi. Istoric. Caractere. Conținutul. Observațiunile autoruluĭ. Teoriĭ :
I. Teoria kistuluĭ fetal. II. Teoric diplogeneseĭ, III. Teoria înclavăreĭ, IV. Teoria partenogeneseĭ. Discuțiunĭ și probe. Opinia autoruluĭ. Teoria celuleĭ nodare saŭ a luĭ Bardt. . . . . „ 768—777

Kiștĭ para-ovaricĭ. Considerațiunĭ generale. Existența și formarea resturilor embrionare. Caractere. Discuțiunĭ și diviziunea. . . . „ 777—780

Simptomele kiștilor ovaricĭ. Considerațiunĭ generale. Diviziunea clinică a simptomelor când kistul ovaric e în perióda pelviană saŭ abdominală. Semnele propriĭ și caracterele patognomonice ale fie-căruia.
Valórea evoluțiuneĭ clinice proprie kistuluĭ ovaric și a diferitelor procese inflamatoriĭ, acute, cronice și neoplasice. . . . . „ 780—790

Mers, durată și complicațiunĭ. Evoluțiunea kiștilor ovaricĭ după forma și varietatea anatomică. Observațiunile autoruluĭ. Diferitele căĭ de deschidere ale kistuluĭ ovaric în anume organe. Mecanismul vindecăreĭ spontanate. Ruperile kistuluĭ. „ 790—800

Complicațiunile în kiștiĭ ovaricĭ. Ascita. Mecanismul producereĭ sale. Caracterul liquiduluĭ extras. Observațiunile luĭ Mehu și Köberle. Mecanismul invocat de Quènu.

Aderențe. Considerațiunĭ generale. Caractere. Aderențe parietale și splahnice. Rolul aderențelor în ovariotomie. Semnele de a recunósce aderențele. Diferite precepte date de Spencer-Wells : positiunea

bolnavei, mişcările tumorei, rolul muschilor drepţi ai abdomenului. Diviziunea aderenţelor în filamentóse, scurte saŭ în plăcĭ. Cause de erorĭ.

Inflamaţia şi supuraţia kistuluĭ evaric. Diferite mecanisme. .

Torsiunea şi ruperea pedicululuĭ. Istoric. Causele torsiuneĭ. Torsiunĭ brusce, lente, complecte şi incomplecte. Consecinţe. Aplicaţiunĭ practice. Metóda luĭ Freund.

Transformarea kiştilor în tumorĭ maligne. Consideraţiunĭ generale. Observaţiunile autoruluĭ . . . . . „ 800—808

Diagnosticul kiştilor ovaricĭ. Consideraţiunĭ generale. Diagnosticul kiştilor în perióda pelvienă şi abdominală. Afecţiunile de diferenţiat în prima perióda. Semne patognomonice.

Caracterele kistuluĭ ovaric abdominal. Diagnosticul adipositaţeĭ păreţilor abdominalĭ. Observaţiunea autoruluĭ. Semnele distinctive. Mecanismul desvoltăreĭ de gaze în kiştiĭ ovaricĭ. Observaţia autoruluĭ. Confusiunea între fibromul păreţilor abdominalĭ şi kistul ovaric. Semnele distinctive. Consecinţa relaxăreĭ păreţilor abdominalĭ.

Tumorile fantome saŭ imaginare. Istoric. Mecanism. Opiniunea luĭ Lawson Tait. Rolul isterieĭ şi a îngurgităreĭ aeruluĭ în tubul digestiv. Caractere. Semne distinctive.

Ascita. Diagnosticul diferenţial între o ascită şi kist ovaric. Forma abdomenuluĭ. Situaţiunea ombiliculuĭ. Variabilitatea matităţeĭ şi sonorităţeĭ. Cause de erorĭ. Semnul luĭ L. Tait şi a luĭ Nelaton.

II. Sarcina. Istoric. Semnele distinctive cause de eróre. Valórea oprireĭ saŭ continuăreĭ menstruelor.

Peritonita închistată. Condiţiunĭ de confusiune. Semne distinctive. Observaţia autoruluĭ.

Bólele ficatuluĭ şi ale splineĭ în raport cu kistul ovaric. Condiţiunĭ de confusiune. Semne patognomonice. Observaţia autoruluĭ.

Tumorile rinichilor, ale mesenteruluĭ şi diferite alte supuraţiunĭ pelviene în raport cu kistul ovaric. Semne caracteristice. Modul de diferenţiare.

Tumorile uteruluĭ. Posibilitatea fibrómelor şi în special a kisto-fibrómelor de a fi luate drept kist ovaric. Condiţiunĭ. Caractere, semne patognomonice.

Discuţiunĭ asupra punctiilor exploratrice. Opinia luĭ Stilling. Duplay, Kivich şi Spencer-Wells . . . . . „ 808—832

Prognosticul kiştilor ovaricĭ. Condiţiunĭ şi posibilitatea transformăreĭ în tumorĭ maligne. Observaţia autoruluĭ.

Tratamentul. Istoricul ovariotomieĭ. Diferite metóde. Ovariotomia vaginală. Tumorile solide ale ovaruluĭ. . . . . „ 832—842

FINE

CHESTIONAR GENERAL

PARTEA I

Cap. 1. Definiția vulveĭ. Părțile sale constitutive. Divisiunea vulveĭ în planurĭ. Lesiunile traumatice ale vulveĭ, contusiunĭ, plăgĭ și ruperĭ. Rupturile conjugale. Diferite exemple. . . . . pag. 63—66

Cap. 2. Bólele munteluĭ Venus. Definițiune, compositiune, consecințe. Bólele parasitare: pitiriasis versicolor, patogenie, forme. Lichen simplu. Eczema, caractere. Râia. Pediculi pubis. . . . . „ 66—69

Cap. 3. Bólele buzelor marĭ. Definiție, aspect și conformație. Compositiune. Afecțiunĭ diverse și comune tegumentuluĭ extern. Vegetațiile sifilitice și gravidice. Rolul presenței pĕruluĭ buzelor marĭ și în special al celuĭ așeḑat pe marginea lor anterióră. Exemplul luĭ Lawson Tait. Caracterele varicelor, tumorilor varicóse și trombusurilor. Istoricul trombusuluĭ. Divisiune, în vulvar, perineal și vaginal, caractere. Causele intime. Predispositie. Opiniunea luĭ Velpeau. Divisiune. Prognosticul trombusuluĭ, tratament, precauțiune . „ 69—75

Tumorile buzelor marĭ. Divisiune. Lipóme. Kiștĭ și fibróme. Sediul desvolăreĭ lipómelor. Varietățĭ: fibrom dermoid, capsular, al ligamentuluĭ rotund, aponevrotic și periostic. Caractere . . . . . „ 75—78

Tumorile liquide ale buzelor marĭ. Kiștiĭ glandeĭ luĭ Bartholin. Considerațiunĭ asupra acesteĭ glande. Divisiunea în kiștĭ superficialĭ și profundĭ. Caractere distinctive. . . . . „ 78—82

Kiștĭ seroși saŭ idrocelul femeeĭ. Sediŭ, patogenie, ligamentul rotund, canalul luĭ Nück, sacurĭ erniare vechĭ, igrome anormale și profesionale. Semnele caracteristice după sediŭ pentru diagnosticul diferențial . . . . . „ 82—83

Tumorile gazóse ale buzelor marĭ. Ernie, varietăţĭ labială anterióră, posterióră şi perineală. Enfisem vaginal. vaginită kistică saŭ colpoiperplasie kistică, patogenie. . . . . pag. 83—86

Bólele perineuluĭ. Rupturĭ: traumatice, chirurgicale şi obstetricale. Rupturĭ apuerperale şi puerperale. Divisiunea rupturilor perineuluĭ. Rupturĭ centrale, marginale şi totale; mecanism, caractere. Tratamentul. Intervenţiune precoce şi tardivă, opiniunea luĭ Trélat. Istoric. Metóda prin lambourĭ cu escisie şi lambourĭ în dedublare fără escisie. Procedeul Hegar, Simon şi Martin. Metóda luĭ Lawson. Tait. Principiŭ. Modificarea luĭ Doleris. Ingrijirĭ post operatorii. . . . „ 85—109

Bólele planuluĭ al II-lea al vulveĭ. — Consideraţiunĭ anatomice asupra clitorisuluĭ; prepuţuluĭ, buzelor micĭ şi furculiţeĭ. Bólele rarĭ şi fără importanţă specială a acestor organe. Ipertrofia congenitală a clitorisuluĭ. Observaţia luĭ Lawson Tait. Ipertrofia dobândită. Observaţia autoruluĭ. Opiniunea luĭ Backer-Brown relativ la legătura între epilepsie şi clitoris. Discuţiunĭ . . . . . „ 101—110

Bólele planuluĭ al III-lea al vulveĭ. — Consideraţiunĭ asupra vestibululuĭ, meatul urinar cu tuberculul şi imenul. Deducţiunĭ practice. Diferite forme de imen. Consecinţe. Kiştiĭ vestibululuĭ, patogenie. Kiştiĭ imenuluĭ, patogenie. Bólele meatuluĭ urinar, inflamaţie. Tumorile meatuluĭ: ipertrofice, glandulare, vasculare, papilare şi conjunctive. Caractere şi modul de evoluţiune. Cause. Simptome. Caracterele principale. Diagnosticul, tratamentul, diferite procedee. Uretrotomia . . . . . „ 110—132

Vulvite. Consideraţiunĭ generale. Divisiunea: vulvită mucósă, mucipară, bartholinită şi vulvită aftósă şi gangrenósă. Vulvite protopatice şi devteropatice. Vulvite specifice şi nespecifice. Rolul gonococuluĭ. Caracterele fie-căreia din varietăţile menţionate . . . . . „ 132—148

Bólele neoplasice ale vulveĭ. Esthiomenul, varietăţĭ. Consideraţiunĭ generale, esthiomen eritematos, serpiginos, perforant şi ipertrofic. Caractere, tratament . . . . . „ 148—151

Kraurosis vulvae. Caractere. Istoric, Breisky, Lawson Tait şi Martin. Simptome. Diagnosticul diferenţial cu leucoplasia . . . . . „ 151—154

Vaginism. Definiție, caractere, istoric. Divisiune: vaginism iperestesic, contractural și contracturo-iperestesic. Modul manifestărei, simptome. Diferite opiniuni asupra etiologiei. Consecințele. Tratamentul general, local și chirurgical. Escisiunea imenuluĭ (Winckel). Operațiunea luĭ Sims . . . . . pag. 154—166

PARTEA II

Bólele canaluluĭ vaginal.

Considerațiuni generale. Direcțiunea și dispositia păreților, folóse practice. Adîncimea fundurilor de sac; raportul peritoneuluĭ, consecințe. Divisiunea vaginuluĭ. Părețiĭ și extremitățile sale. Formarea perineuluĭ. Structura vaginuluĭ: stratul extern, muscular și mucos. Caractere. Chestiunea glandelor vaginuluĭ. Discuțiuni. Diferite opiniuni și teoriĭ. Vascularitatea vaginuluĭ. . . . . „ 167—174

Traumatismele vaginuluĭ. Divisiune. Exemple. Vaginite. Considerațiuni. Divisiune. Vaginita acută, cronică, granulósă, adesivă, emfisematósă; caractere. Vaginita ulcerósă, foliculară, disecantă. Etiologia vaginitelor. Diferite opiniuni. Modul evoluțiuneĭ și al manifestărei. Consecințe. Tratament . . . . . „ 174—189

Tumorile vaginuluĭ. Diviziune. Kiștiĭ vaginuluĭ. Opinia luĭ Huguier, Kaltenbach, Tillaux, Dovn, Winckel, Skene, Geyl, etc. Caractere și modul evoluțiuneĭ. Intervențiuni.

Fibrómele, papilómele și tumorile maligne ale vaginuluĭ. Caractere, modul evoluțiuneĭ, semne distinctive . . . . . „ 189—203

Fistulele vaginale. Considerațiuni generale. Fistulele rarĭ și nedescrise: Fistulă entero-vaginală, salpingo-vaginală, pio-vaginală, vagino-peritoneală. Fistule spontanate. Fistule chirurgicale și obstetricale. Etiologie. Condițiunile de îndeplinit pentru producerea fistuleĭ vesico-vaginale. Gradul și durata compresiuneĭ. Mecanismul. Rolul spineĭ pubisuluĭ. Varietățĭ. I. Fistulă vesico-vaginală. II. Vagino-peritoneală. III. Uretro-vaginală. IV. Uterină-superficială saŭ cervicală. V. Uterină profundă. VI. Vesico-uterină. VII. Uretero-cervicală. VIII. Uretero-vaginală. IX. Recto-vesicală . . . . . „ 203—208

Rolul scurgereĭ premature a lichiduluĭ amniotic. Anatomia patologică. Formele și întinderea orificiuluĭ fistulos. Numĕrul orificiilor, caracterele marginilor orificiilor. Lipsa de traect fistulos. Simp-

tome. Scurgerea continuă, epoca aparițiuneĭ. Casurile când cu tótă existența fistuleĭ semnul patognomonic lipsesce. Condițiunile și formele fistulelor ce pot rĕmâne ascunse. Diagnosticul. Efectul scurgereĭ continue a urineĭ. Modul de a examina femeia pentru a descoperi fistula. Prognosticul considerat din punctul de vedere social și chirurgical. Tratamentul. Procedeul luĭ Dessault. Metóda avivăreĭ directe. Metóda prin lambouriĭ. Metóda luĭ Vidal de Cassis (colpocleisis). Inconveniente. Metóda luĭ Jobert de Lamballe saŭ cisto-plastia. Procedeul luĭ Freund. Metóda Americană. Principiĭ . . . . . pag. 208—223

Metóda autoruluĭ prin douĕ rînduriĭ de suturiĭ. Principiul metódeĭ. Modul aplicăreĭ suturilor . . . . . „ 223—228

Metóda luĭ Ricard și Fénoménoff. Metóda supra pubiană. Procedeul luĭ Trendelemburg; procedeul luĭ Dittel. Tratamentul celor-l'alte varietățĭ de fistule: uretro-vaginală; utero-vaginală; uretero-vaginală. Metóda luĭ Jobert de Lamballe (istero-stomato-cleisis). Metóda luĭ Courty. Metóda luĭ Landau, Boari și Bazy . . . . . „ 228—236

Tratamentul fistulelor recto-vaginale. Diferite procedee . . . „ 236—238

PARTEA III

Bólele uteruluĭ.

Desvoltarea embriologică a organelor genitale. Rolul corpuluĭ luĭ Wolff, pronefros, mezonefros și metanefros. Canalul luĭ Wolff, canalul luĭ Müller, rolul și destinațiunea lor. Diferite consecințe a nereunireĭ canaluluĭ luĭ Müller saŭ a persistențeĭ despărțitóreĭ interpuse între ele: vagin dublu, uter dublu, uter dificiens, pubescens. Origina paraovaruluĭ, corpul luĭ Rosenmüller și canalele luĭ Gärtner „ 241—249

Considerațiunĭ generale asupra roluluĭ organuluĭ uterin și a situațiuneĭ sale. Statica uteruluĭ. Forma și diviațiunea. Deviațiunile extrinsice și intrinsice ale uteruluĭ, versiunĭ și flexiunĭ. Conformațiunea exterióră și interióră a uteruluĭ. Vasele venóse și limfatice ale uteruluĭ . . . . . „ 249—256

Leziunile traumatice ale uteruluĭ. Considerațiunĭ generale. Diviziune: plăgĭ superficiale, profunde și penetrante. Plăgĭ chirurgicale. Condițiunĭ de producere. Exemple. Plăgĭ chirurgicale voluntare. Caractere. Plăgile gâtuluĭ uterin. Diviziune: superficiale, profunde și perforante. Simptome și tratament . . . . . „ 256—263

Metritele în general. Considerațiunĭ generale. Inflamația uteruluĭ prin situațiunea sa, prin destinațiune, forma și constituția sa. Diviziunea metritelor. Diviziune după fenomenele clinice: metrita catarală, emoragică, purulentă. Diviziune după cause: metrita graviditățeĭ, puerperală, blenoragică, traumatică, a frigore, etc. După diateze: artri-

tică, erpetică, sifilitică, scrofulósă şi tuberculósă. Diviziunea metritelor din punctul de vedere macroscopic: metrita ulcerósă, granulósă, polipósă, fongósă, etc. Diviziunea anatomică a metritelor: metrita gâtuluĭ şi metrita corpuluĭ uterin. Clasificarea metritelor: mucósă, glandulară, intersticială şi parenchimatósă . . . . . pag. 263—269

I) Endometrita cronică mucósă. Consideraţiunĭ anatomice asupra mucóseĭ uterine. Dermul saŭ corionul mucóseĭ. Anatomia patologică. Aspectul şi colórea mucóseĭ uterine. Modificările ce încércă mucósa în acéstă afecţiune. Diferite tipurĭ de fongosităţĭ. Cause . . „ 269—273

II) **Endometrita cronică glandulară.** Consideraţiunĭ anatomice a glandelor uterine. Lesiunile anatomo-patologice ale acesteĭ afecţiunĭ. Alteraţiunea glandelor după cercetările luĭ Ruge: ipertrofie şi iperplasie glandulară. Descripţiunea şi formele acestor alteraţiunĭ. Opiniunile autorilor asupra iperplasieĭ glandulare. Opiniunea luĭ Schroeder şi Delbet. Diferite discuţiunĭ . . . . . „ 273—276

III) **Endometrita cronică intersticială.** Caractere. Descripţiune, causele. IV) Endometrita parenchimatósă. Consideraţiunĭ generale asupra anatomieĭ uteruluĭ. Descrierea acestor metrite. Caractere. Ipertrofia uterină în acéstă afecţiune. Causa acesteĭ ipertrofiĭ. Opiniunile diferiţilor autorĭ. Perióda de infiltraţiune şi de induraţiune în metrita parenchimatósă. Caracterele acestor perióde. Aspectul uteruluĭ. Ipertrofie extrinsecă şi intrinsecă. Caractere . . . . . „ 276—282

Endometrita gâtuluĭ uterin. Consideraţiunĭ anatomice. Elementele constitutive. Dispositiunea fibrelor musculare. Arborele vieţeĭ. Mucósa şi corpul gâtuluĭ uterin. Lesiunile macroscopice ale mucóseĭ şi ale parenchinuluĭ. Aspectul şi culórea mucóseĭ. Caractere. Ce se numesce cervicita? Cervicita glandulară. Caractere. Polipĭ glandularĭ. Simptome. Ulceraţiunile gâtuluĭ uterin. Diferite teorĭĭ: teoria erosiuneĭ incomplecte a corpuluĭ mucos a luĭ Malpighi; teoria ectropionuluĭ mucóseĭ cervicale, teoria anomalieĭ congenitală. Representanţiĭ acestor teorĭĭ. Argumentele aduse de diferiţĭ autorĭ pentru susţinerea acestor teorĭĭ. Caracterele ulceraţiunilor erpetice, scrofulóse, sifilitice şi canceróse . . . . . „ 282—290

Etiologia şi patogenia metritelor. Causa endometriteĭ puerperale. Diferite opiniunĭ. Condiţiunile de îndeplinit a acesteĭ metrite în cas de a fi infecţióză: microbul şi inoculaţiunile. Auto-infecţiunea şi etero-infecţiunea Metrita deciduală. Endometrita nepuerperală. Rolul gonococuluĭ luĭ Neiser. Diferite cercetărĭ. Obstacolul gonococuluĭ de a străbate în uter.

Endometrita parenchimatósă, cause. Opinia luĭ Lawson Tait . „ 291—295

Simptomele metritelor.

Metrita acută. fenomene generale și locale. Semnul luĭ Courty. Starea uteruluĭ. Metrita cronică. Turburărĭ funcționale. Leucorea. Caractere. Turburările în menstruație. Caractere. Dismenoree, amenoree. Emoragiile. Menoragia. Metroragia. Semnificare. Simptomele: obiective: durerea, semnificarea acestuĭ simptom. Durerile simpatice. Explicațiunea. Consecințe. Facies uterin. Simptomele objective, funcționale și fisice . . . . . pag. 295—301

Diagnosticul metritelor

Punctele principale, dacă avem metrită, care-ĭ forma și cum se póte separa de alte bóle a organelor vecine. Ulcerațiunĭ idiopatice. Diferite opiniunĭ. Ulcerațiunĭ benigne, neaplasice și specifice. Caractere distinctive.

Teoria microbienă. Endomerita puerperală. Cause. Cercetările moderne asupra nature microbiene a acesteĭ afecțiunĭ. Diferite inoculațiunĭ. Endometrita ne-puerperală. Cause. Cercetările diferiților autorĭ. Opiniunĭ. Endometrita parenchimatósă. Cause. Simptome funcționale, subjective și objective. Caractere. Turburărĭ menstruale. Emoragiĭ . . . . . „ 301—315

Diagnosticul, semne diferențiale între metrite, Semnul luĭ Spiegelberg. Prognosticul și tratamentul. Diferite metóde și principiĭ de tratament. Metóda autoruluĭ. Operația luĭ Schroeder și Emmet. Procedeul autoruluĭ . . . . . „ 315—319

Tumorĭ lichide, gazóse și solide ale uteruluĭ. Condițiunile pentru producerea tumorilor lichide: Astuparea orificiilor uteruluĭ. Diferite alte cause. Atreziĭ congenitale și dobândite. Idrometru, piometru și fisiometru. Mecanism. Fenomene de retențiune. Molimen. Consecințe. Tratament . . . . . „ 321—329

Tumorĭ solide ale uteruluĭ. Diviziunea autoruluĭ în tumorĭ endometrice și mesometrice. Polipiĭ uterinĭ: mucoșĭ, fibroșĭ și papilarĭ.

Compositiune și caractere. Polip glandular, angiomatos, kistic, fibros și placentar. Simptome. Emoragia; forme și caractere. Diagnosticul cu un cancer. Tratament . . . . . pag. 327—332

Tumorĭ fibróse ale uteruluĭ. Compositia, diviziune. Diferite numirĭ. Isterome după Broca: mesisterome după autor. Considerațiunĭ după sediŭ, volum, numĕr, consistență. Modul de desvoltare; fibrom sub-seros, sub-mucos și intersticial. Zona de separarea fibromuluĭ; rolul și importanța. Raportul între fibrele conjunctive și musculare în fibrom. Opinia luĭ Robin și Lawson Tait. Mecanismul presenței de glande în fibróme . . . . . „ 332—341

Vascularisarea și nutrirea fibrómelor. Considerațiunĭ. Diferite opiniunĭ și teorĭĭ; probe pentru și contra. Opinia luĭ Virchow. Fibróme telangiectasice, limfangiectasice. Mecanismul creșterei fibromuluĭ. Ramolirea, supurația, gangrena, transformarea cancerósă și degenerescența kistică. Mecanism și diferite forme. Opiniunĭ diverse . . . . . „ 341—352

Etiologia. Sexul. Raportul între nulipare și multipare. Statistică. Opinia luĭ Cohnheim, Prochownik. Patogenia. Teoria luĭ Velpeau, Virchow, Klebs, Gottschalk, Kleinwoechter. Teoria modernă. Opinia autoruluĭ. Mecanismul peregrinărei miomuluĭ intersticial. Fibrómele intra-ligamentare, sub-aponevrotice și a porțiunei vaginale a gâtuluĭ uterin . . . . . „ 352—358

Raportul uteruluĭ și a anexelor cu fibrómele. Deviațiunĭ centripete, centrifuge, ascendente și descendente (autorul). Mecanismul. Alterațiunile uteruluĭ: creșterea cavității și leziunile mucóseĭ. Starea vaselor. Consecințe . . . . . „ 358—361

Simptome. Emoragia; caractere, menoragie, metroragie. Cause. Durerea. Caractere. Dureri compresive, colicĭ uterine, peritoneale, ex-

cruciante, torsiunea pediculului, consecințe. Turburări funcționale din partea băşicei şi rectului. Copremia, facies uterin. Alterațiunile renale şi cardiace . . . . . pag.361—365

Prognosticul. Considerațiuni. Rolul graviditățeĭ şi al menopauseĭ. Opiniuni şi observațiuni. Mórte prin embolie; casul autorului . „ 365—368

Diagnosticul. Considerațiuni generale. Diagnosticul diferențial al tutulor formelor de fibróme cu metrita, cancer, graviditate, kişti ovarici, resturi de pelvi-peritonită şi ematocel, etc. . . . . „ 368—386

Tratamentul. Considerațiuni ale autorului. Metóde prin ergotină şi electricitate. Castrația. Procedeul autorului. Metóda lui Amussat. Isterectomia vaginală şi abdominală. Diferite procedee, etc., etc. . . „ 386—407

Tumorile maligne ale uterului.

Cancerul uterin. Considerațiuni generale. Caractere. Teoria lui Cohnheim asupra patogenieĭ cancerului. Diferite alte teorii şi opiniuni. Opiniunea autorului. Diviziunea cancerului: Cancerul gâtului şi cancerul corpului uterin . . . . . „ 408—411

Cancerul gâtului uterin. Formele: Forma vegetantă, infiltrată şi ulcerósă. Forma vegetantă. Considerațiuni şi caractere distinctive. Forma infiltrată şi ulcerósă. Forma vegetantă. Considerațiuni anatomice. Modul apariţiuneĭ. Diferite varietăți: epiteliom pavimentos, lobulat şi tubulat. Considerațiuni şi caractere distinctive. Forma infiltrată. Caractere. Epiteliom cavitar. Caractere. Adenocarcinom. Epiteliom cilindric atipic. Caractere . . . . . „ 411—416

Evoluțiunea clinică a cancerului gâtului uterin. Considerațiuni. Diviziunea autorului: Epiteliom meta-cervical, mezo-cervical şi endocervical. Epiteliomul meta-cervical. Cum se manifestă? Unde se localiséză de preferință? Cancerliminar a lui Pozzi. Gravitatea acesteĭ forme. Epiteliom mezo-cervical. Caractere. Epiteliom nodulat. Modul apariţiuneĭ şi aspectul acestor noduli. Cancer schiros şi encefaloid. Caractere distinctive. Epiteliom endo-cervical. Caractere. Diferite alte numiri ale acestui epiteliom: cavitar, ulceros, distructiv, fagedenic, terebrant. Mersul acesteĭ forme. Aspectul coluluĭ. Unde apare afecțiunea? Care sunt proprietățile unui epiteliom? . . . . . „ 416—421

Care sunt căile de întindere ale cancerului? Cum atacă țesuturile fie-care formă de cancer? Probe pentru fie-care din varietăți. Cancerul gâtului se póte transmite la corpul uterin? Argumentele pro și contra. Diferite opiniuni. Opinia autorului. Modul cum cancerul gâtului se propagă la organele vecine. Care sunt aceste organe? Infecțiune prin metastasă. . . . . pag. 421—427

Simptomele. Trei perióde. Cum sunt simptomele primei perióde? Simptomele celor-l'alte perióde. Agenții ce deștéptă atențiunea bolnavelor? Durere și jenă în funcțiuni. Emoragia. Cum și când apare ea? „ 427—430

Diagnosticul. Semne patognomonice. Diagnosticul diferențial cu alte tumori ale gâtului uterin. Varietatea infiltrată de cancer al gâtului. Simptomele și diagnosticul unui cancer ulceros. Semnul lui Spiegelberg . . . . . „ 430—435

Prognosticul și tratamentul. Diferite procedee. Procedeul și considerațiunile autorului în cancerul gâtului uterin . . . . . „ 435—459

Cancerul corpului uterin. Discuțiuni. Formele, diviziunea autorului. Cancer post-menopausic, anti-menopausic și placentar. Imposibilitatea unei diviziuni anatomice. Epiteliom glandular. Caracterul dat de Cornil. Cancerul mucósei. Caractere istorice. Simptomele. Forma fongósă și infiltrată. Diagnosticul. Caracterul emoragiei. Aforismul lui Lebert. Durerea. Caractere. Lipsa totală de durere în cancer. Observația autorului. Tuberculosa uterului. Caractere. Observația autorului. Tratamentul. Operația lui Freund, Martin, etc. . „ 460—468

Deviațiunile uterului.

Istoric. Ce credeau vechii autori? Cari sunt mijlócele de susținere ale uterului. Rolul ligamentelor rotunde. Experiența lui Spiegelberg. Care este situația normală a uterului? Axa sa. Cum recunóscem posiția normală a uterului? In ce constă deviațiunea uterului? Definițiunea deviațiunei uterine . . . . . „ 470—476

Clasificaţiuuea deviaţiunilor: versiune, flexiune, anteversiune, retroversiune, caractere; flexiune corporală şi cervicală, flexiuni divergente. Prolaps uterin, anteposiţiune,retroposiţiuneî, latero-posiţiune. *Anteversiunea.* Caractere. Etiologie. Rolul inflamaţieî uterine. Simptomele. Diagnosticul şi tratamentul . . . . . pag. 476—480

Anteflexiunea. Caractere. Diviziune: anteflexiune corporală, cervicală şi cervi-corporală. Definiţiuni şi caractere. Etiologia; anteflexiuni congenitale şi dobândite. Simptomele. Diagnosticul. Tratamentul. Diferite procedee. Tija luî Fehling şi a luî Le Four . . . „ 480—488

Deviaţiunile uterului înapoi: Retroversiune, retroflexiune. Definiţie şi caractere. Mecanismul. Cause. Teoria luî Schultze. Simptomele. Diagnosticul. Tratamentul. Reducerea manuală şi instrumentală. Scurtarea ligamentelor rotunde. Procedeul luî Wylie şi Dudley. Operaţiuni directe asupra uteruluî. Cervipexia: Amussat, Nicoletis, Byford. Vagino-fixaţia. Procedeul Schücking, Dürhssen, Le Dentu şi Pichevin. Isteropexia abdominală. Istoric. Objecţiuni . . . . . „ 488—509

Prolapsul uterin.

Consideraţiuni generale. Istoric. Hippocrate, Aretheu, Soranus, Euryphon, Moriceau, Levret şi Huguier. Mecanismul prolapsuluî. Definiţiune. Diviziune: alunecare, procidenţa şi precipitarea uteruluî. Etiologia. Rolul ligamentelor de suspensie şi contenţie. Opinia luî Trélat. Opinia autoruluî . . . . . „ 509—518

Anatomia patologică. Leziunile organelor vecine. Elitrocel, cistocel, rectocel, ipertrofia coluluî. Uretrocel. Mecanism. Cistocel. Istoric. Mecanism, diferite grade. Cause. Diviziunea coluluî în treî porţiuni. Mecanism şi varietăţi. Simptomele propriî uretrocelului, cistocelului şi rectocelului. Caracterele prolapsuluî. Prolaps incoercibil şi reductibil „ 518—531

Tratamentul uretrocelului. Medicaţiuni modificatrice. Operaţiuni chirurgicale. Procedeul luî Duplay şi Trélat prin spintecarea buzunaruluî. Metóda luî Lawson Tait. Tratamentul cistocelului. Operaţiuni indirecte (elitrorafie): Girardin. Cistopexia abdominală (Tuffier). Tratamentul elitrocelului. Varietate: elitrocel şi hedrocel. Procedeul luî Berger şi Gaillard Thomas. Tratamentul prolapsuluî uterin. Pesare isterofore. Operaţia luî Freund. Metóda luî Le Fort. Tratmentul ipertrofieî coluluî. Operaţia luî Huguier. Procedeul luî Follet din Lille, colopexie. Isterectomie vaginală totală: Istoric. Fixarea părelilor vaginalî. Procedeul luî Mac Monagle, Martin, Czempen, Quenu şi Jacobs. Isteropexia. Consideraţiuni propriî ale autoruluî. Istero-cisto-ventropexie cu rezecţie de lambouri (metóda autoruluî). Operaţia luî Alexander. Procedeul luî Lannelongue . . . . . „ 531—551

Inversiunea uteruluî.

Istoric. Diferite grade. Causele inversiuneî. Opinia luî Hipocrate, Galien, Dubois, etc. Inversiunî provocate şi spontanate. Inversiunî

puerperale. Mecanismul. Inversiunea acută și cronică. Punctul de unde începe. Rolul insecțiuneĭ placenteĭ. Teoria luĭ Kievisch și Rokitansky, inversiunĭ provocate de fibro-mióme. Mecanism. Istoric. Inversiunĭ provocate de ematometru și idrometru . . . . . pag. 551—563

Simptome și diagnostic. Caracterile inversiuneĭ de gradul I, II și III. Uter turtit. Rigby. Diagnosticul cu prolaps, polip și fibrom. Semnele patognomonice ale fie-căruia. Sensibilitatea, contractilitatea și durerea. Tratamentul. Reducere imediată și gradată. Incisia orificiuluĭ uterin. Isterectomie . . . . . „ 563—571

PARTEA IV

Bólele ligamentelor largĭ.

Considerațiunĭ generale. Existența a treĭ cavități: peritoneală, extra-peritoneală și sub-cutanată. Diferite discuțiunĭ: Lawson Tait, Delbet, Virckow. Flegmonul ligamentelor largĭ. Diferite numirĭ. Definițiune. Sediul. Diviziunea flegmonuluĭ în acela al bazeĭ și vîrfuluĭ ligamentuluĭ larg. Etiologia. Flegmon benign și malign. Caractere. Mecanism. Calea venósă. Calea limfatică și calea sanguină. Anatomia patologică. Forma difusă și circumscrită a ligamentuluĭ. Caractere. Deschiderea flegmonuluĭ prin diferite căĭ. Simptomele. Flegmon peri-cervical a luĭ Gallard; al baseĭ și al vîrfuluĭ ligamentuluĭ larg, caractere și semne patognomonice. Prognosticul. In ce constă gravitatea fiegmonuluĭ? Tratamentul medical și chirurgical. Deschiderea prin calea vaginală, prin calea perineală și ischio-rectală. Metóda indirectă. Metóda luĭ Hegar, Bardenhauer, etc. . . . . „ 577—600

Pelvi-peritonita saŭ para-metrita.

Definițiune, limite, considerațiunĭ generale datorite luĭ Freund, consecințe, etiologie și mecanism. Rolul vaselor limfatice. Rolul uteruluĭ și al trompelor. Rolul ovaruluĭ. Considerațiunĭ propriĭ ale autoruluĭ. Anatomia patologică. Pelvi-peritonită malignă și benignă. Influența stareĭ puerperale și blenoragică. Opinia luĭ Lawson Tait și Noegerat. Perióda de exudațiune și supurațiune. Simptome și diagnostic. Peritonita retro-uterină, ante-uterină și laterală. Caractere și semne patognomonice. Prognosticul și tratamentul. Intervențiune în forma generalisată de pelvi-peritonită cu aglutinarea întregeĭ mese intestinale. Observația autoruluĭ . . . . . „ 600—611

Ematocel.

Diferite numirĭ, definiție. Istoric. Hippocrate, Galien, Peletan, Recamier, Bernutz. Condițiunile de îndeplinit ale ematocelului. Pato-

genia. Discuțiuni. Teorii: Bernutz, Trousseau, Nelaton, Gallard, Richet, Virchow. Rolul gravidităților extra-uterine. . . . . „ 611—617

Anatomia patologică. Mecanismul revĕrsăreĭ sângeluĭ în spațiul retro-uterin. Circumstanțele carĭ favoriséză saŭ se opun la coagularea sângeluĭ. Simptome și diagnostic. Modul aparițiuneĭ ematocelului, caractere și semne patognomonice. Ematocel pseudo-peritonitic și pseudo-avortic. Tratamentul. Operațiunea luĭ Bernutz. Considerațiuni ale autoruluĭ. Ematocel extra-peritoneal. Condițiunile de producere . . . pag. 617—627

Bólele anexelor.

Cap. I. Considerațiuni generale asupra trompeĭ și ovarelor. Trompa luĭ Fallope. Rolul fisiologic. Lungime. Divisiune. Porțiunea internă, ostium uterinum, porțiunea medie și porțiunea externă, ostium abdominale, morsus diaboli, ostium peritoneale. Considerațiuni anatomice ale acestor porțiuni. Sistemul arterial, venos și limfatic al trompeĭ. *Ovarele.* Rolul fisiologic. Testes muliebris. Considerațiuni anatomice. Ligamentele ovaruluĭ. Ovarul posedă o membrană seróză? Cercetările lui Walde er și Sappey în acéstă privință. Epiteliŭ germinativ. Porțiunea glandulară saŭ ovigenă. Porțiunea bulbósă. Arterele ovaruluĭ. Venele și limfaticele . . . . . pag. 629—635

Inflamația anexelor. Discuțiuni. Cause. Blenoragia, microbiĭ supurațieĭ și starea puerperală. Divisiunea și clasificațiunea. Propunerea autoruluĭ de *anexite plastice* și *anexite tumorĭ, de anexite dureróse și nedureróse.* Clasificațiunea luĭ Pozzi în tumorĭ *nekistice* și *kistice.* Mecanismul propagăreĭ inflamațieĭ prin calea de continuitate și limfatică. Discuțiuni și obiecțiuni ale autoruluĭ . . . . . „ 635—640

Salpingite. I. Salpingita cataralĕ saŭ endo-salpingita. Sediul esiuneĭ. Alterațiunile celulelor, consecințe, obstrucțiunea orificiuluĭ intern și extern. Consecințe. Salpingită profluentă. Salpingită purulentă acută, vegetantă saŭ proliferantă. II. Salpingita parenchimatósă saŭ intersticială. Lesiunile macroscopice și microscopice. Caractere. Salpingită nodulară. Extensiunea procesuluĭ inflamator. Observațiunea autoruluĭ. Salpingitele kistice. Considerațiuni generale. Mecanismul obstrucțiuneĭ orificiuluĭ tubar și uterin. Diferite tipurĭ. Idro-salpinx. Istoric. Ruysch, Astruc, Froriep, Freund. Caractere clinice și forme anatomo-patologice. Mecanism. Causele obliteraţiuneĭ trompeĭ. Piosalpinx. Caractere, conținut emato-salpinx. Considerațiuni ale autoruluĭ. Diviziuni în autoctone și eteroctone; în provisoriŭ și permanente; staționar și progresiv. Salpingită tuberculósă, sifilitică, actinomicosică „ 640—664

Cap. II. **Bólele ovarelor.** Considerațiuni. Compositiunea ovaruluĭ, folicului luĭ de Graaf, corpul galben. Ovarite. Diviziune. Ovarită intersticială, parenchimatósă, cronică, caractere, sub-varietăți, ovarite kistice. Diviziune. Kiștĭ folicularĭ, emoragicĭ a corpuluĭ galben. Caractere. Simptomele ovaro-salpingitelor. Durerea, caractere, durere, paradoxală, menstruația, amenoree distilantă. Examenul local. Caractere. Parartimatocel (autorul). Diagnosticul diferențial cu tóte cele-

l'alte procese inflamatorii, ovarialgie, caractere Tratamentul medical și chirurgical. Istoricul laparatomiilor. Considerațiunile autorului: operațiuni conservatóre, Hadra. metóda exibitorie propusă de autor. Polk, Munde. Salpingostomie, salpingorafie. Divisiunea anexitelor ca tratament în 3 grupe propus de autor. Ginectomie intactă, succesivă și parțială . . . . . pag. 664—721

Cap. III. **Graviditate extra-uterină.** Definițiune. Propunerea lui Lawson Tait. Teoria actuală. Evoluțiunea graviditățeĭ extra-uterină. Graviditate abdominală, tubară, istmică, ampulară, intersticială, evoluțiune, consecințe. Ruptură primitivă și secundară. Simptomele și diagnosticul. Starea uteruluĭ și a gâtuluĭ, muncĭ falșe, tratamentul, diferite metóde și discuțiuni. Observațiĭ și considerațiuni ale autoruluĭ „ 721—752

Kiștiĭ ovaruluĭ.

Considerațiuni generale. Istoric. Meckel, Cruveilhier, Lebert, Rokitansky, Virchow, Scanzzoni. Teoria luĭ Waldeyer. Teoria luĭ Sinety. Anatomia patologică. Kiștĭ multiloculariĭ, pauci și uniloculariĭ. Mecanismul formăreĭ kiștilor proligeri și proliferi. Producțiunea kiștilor seroși, gelatinoși și ematicĭ. Tumorĭ ovarice mixte . . . . . „ 753—768

Kiștĭ dermoiḑi. Istoric. Caractere. Conținutul. Observațiunile autoruluĭ. Teoriĭ:

I. Teoria kistuluĭ fetal. II. Teoric diplogeneseĭ. III. Teoria înclavăreĭ. IV. Teoria partenogeneseĭ. Discuțiuni și probe. Opinia autoruluĭ. Teoria celuleĭ nodare saŭ a luĭ Bardt. . . . . „ 768—777

Kiștĭ para-ovaricĭ. Considerațiuni generale. Existența și formarea resturilor embrionare. Caractere. Discuțiuni și diviziunea. . . . „ 777—780

Simptomele kiștilor ovaricĭ Considerațiuni generale. Diviziunea clinică a simptomelor când kistul ovaric e în perióda pelviană saŭ abdominală. Semnele propriĭ și caracterele patognomonice ale fie-căruia.

Valórea evoluțiuneĭ clinice proprie kistuluĭ ovaric și a diferitelor procese inflamatoriĭ, acute, cronice și neoplasice. . . . . „ 780—790

Mers, durată și complicațiuni. Evoluțiunea kiștilor ovaricĭ dupĕ forma și varietatea anatomică. Observațiunile autoruluĭ. Diferitele căĭ de deschidere ale kistuluĭ ovaric în anume organe. Mecanismul vindecăreĭ spontanate. Ruperile kistuluĭ. „ 790—800

Complicaţiunile în kiştii ovarici. Ascita. Mecanismul producereĭ sale. Caracterul liquiduluĭ extras. Observaţiunile luĭ Mehu şi Köberle. Mecanismul invocat de Quènu.

Aderenţe. Consideraţiunĭ generale. Caractere. Aderenţe parietale şi splahnice Rolul aderenţelor în ovariotomie. Semnele de a recunósce aderenţele. Diferite precepte date de Spencer-Wells: posiţiunea bolnaveĭ, mişcările tumoreĭ, rolul muschilor drepţĭ aĭ abdomenuluĭ. Diviziunea aderenţelor în filamentóse, scurte saŭ în plăcĭ. Cause de erorĭ.

Inflamaţia şi supuraţia kistuluĭ evaric. Diferite mecanisme. .

Torsiunea şi ruperea pedicululuĭ. Istoric. Causele torsiuneĭ. Torsiunĭ brusce, lente, complecte şi incomplecte. Consecinţe. Aplicaţiunĭ practice. Metóda luĭ Freund.

Transformarea kiştilor în tumorĭ maligne. Consideraţiunĭ generale. Observaţiunile autoruluĭ . . . . . pag. 800—808

Diagnosticul kiştilor ovarici. Consideraţiunĭ generale. Diagnosticul kiştilor în perióda pelvienă şi abdominală. Afecţiunile de diferenţiat în prima perióda. Semne patognomonice.

Caracterele kistuluĭ ovaric abdominal. Diagnosticul adipositáţeĭ păreţilor abdominalĭ. Observaţiunea autoruluĭ. Semnele distinctive. Mecanismul desvoltăreĭ de gaze în kiştiĭ ovarici. Observaţia autoruluĭ. Confusiunea între fibromul păreţilor abdominalĭ şi kistul ovaric. Semnele distinctive. Consecinţa relaxăreĭ păreţilor abdominalĭ.

Tumorile fantome saŭ imaginare. Istoric. Mecanism. Opiniunea luĭ Lawson Tait. Rolul isterieĭ şi a îngurgităreĭ aeruluĭ în tubul digestiv. Caractere. Semne distinctive.

Ascita. Diagnosticul diferenţial între o ascită şi kist ovaric. Forma abdomenuluĭ. Situaţiunea ombiliculuĭ. Variabilitatea matităţeĭ şi sonorităţeĭ. Cause de erorĭ. Semnul luĭ L. Tait şi a luĭ Nelaton.

II. Sarcina. Istoric. Semnele distinctive cause de eróre. Valórea oprireĭ saŭ continuăreĭ menstruelor.

Peritonita închistată. Condiţiunĭ de confusiune. Semne distinctive. Observaţia autoruluĭ.

Bólele ficatuluĭ şi ale splineĭ în raport cu kistul ovaric. Condiţiunĭ de confusiune. Semne patognomonice. Observaţia autoruluĭ.

Tumorile rinichilor, ale mesenteruluĭ şi diferite alte supuraţiunĭ pelviene în raport cu kistul ovaric. Semne caracteristice. Modul de diferenţiare.

Tumorile uteruluĭ. Posibilitatea fibrómelor şi în special a kistofibrómelor de a fi luate drept kist ovaric. Condiţiunĭ. Caractere, semne patognomonice.

Discuţiunĭ asupra punctiilor exploratrice. Opinia luĭ Stilling. Duplay, Kivich şi Spencer-Wells . . . . . pag. 808—832

Prognosticul kiştilor ovaricĭ. Condiţiunĭ şi posibilitatea transformăreĭ în tumorĭ maligne. Observaţia autoruluĭ.

Tratamentul. Istoricul ovariotomieĭ. Diferite metóde. Ovariotomia vaginală. Tumorile solide ale ovaruluĭ. . . . . „ 832—842

ERATĂ

La pag.	In loc de:	să se citéscă:
19	unde după actul copulaţieĭ de ejaculaţia	unde după actul copulaţieĭ de şi ejaculaţia.
27	refrectoră	refractară.
575	vesico-uterin saŭ Douglas	recto-uterin saŭ Douglas.
617	maĭ ales către ţestul sĕŭ intern	maĭ ales către terţul sĕŭ intern.
618	*energie mică cu un peritoneŭ bolnav, energie mare cu un peritoneŭ sănătos*	*emoragie mică cu peritoneŭ bolnav, emoragie mare cu peritoneŭ sănătos.*
723	S'a confundat lungimea uteruluĭ bifid ce e constantă la mamiferele inferióre	S'a confundat lungimea uteruluĭ bifid — ce e constantă la mamiferele inferióre — cu trompele.
723	Lucrul nu e perfect demonstrat cu trompele că spermatozoiziĭ	lucrul nu e perfect demonstrat că spermatozoiziĭ

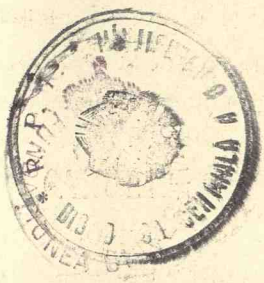
La pag. 785. Fig. 165, pe lângă legendă să se adaoge: Ióna Constantin 27 anĭ. Operată la 12 Martie, eşită la 6 Aprilie 1897.

La pag. 787. Fig. 166, pe lângă legendă să se adaoge: Elisa Baconi 30 anĭ. Operată la 14 Maiŭ, eşită la 10 Iunie 1896.

DE ACELAŞ AUTOR

1. Considerațiuni teoretice și clinice asupra inflamației.
2. Conferință asupra răzuirei uterului.
3. Memoriŭ asupra tratamentului prolapsului uterin prin istero-cisto-ventro-pexie.
4. Memoriŭ asupra spălăturilor peritoneului cu sublimat corosiv. (Comunicare făcută la congresul de ginecologie din Marsilia 1898).
5. Publicațiuni sciințifice cu vederi personale în diarele medicale: Spitalul, România medicală și Presa Medicală română, asupra tratamentului emoroidelor, cancerul buzei inferióre la bărbat, cancerul gâtului uterin, întrebuințarea cocainei în chirurgie, efectul eterului în strangulațiile intestinale, metódele pentru cura radicală a erniilor, metódele pexiilor în general etc., etc.
6. Trei volume de chirurgie coprinḍênd patologia chirurgicală generală și bólele pe regiuni (membrele superióre și inferióre).

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ BUCUREȘTI



DE VÊNZARE LA LIBRARIA SOCECU & Co:

CURS CLINIC DE PATOLOGIE CHIRURGICALĂ

DE

Dr. I. KIRIAC

		Leĭ
Volum. I — Bóle generale.	Abces. Ulcere. Fistule. Plăgĭ. Contusiunĭ. Arsurĭ. Cicatrice. Plăgĭ prin armă de foc. Septicemiile chirurgicale. Raportul între traumatism cu boalele diatezice și constituționale, etc.	10.—
Volum. II — Bóle'e chirurgicale ale pieleĭ până la sistemul osos.	Istoricul tuberculoseĭ chirurgicale. Istoricul tumorilor benigne și maligne (lipom, sarcom, cancer, etc.) Furuncul. Antrax. Flegmóne circumscrise și difuse. Limfangite. Adenite. Anevrism. Flebite. Varice, etc.	10.—
Volum. III — Bóle pe regiunĭ a membrel. super. și infer.	Fracturĭ. Luxațiĭ. Entorse. Osteite tuberculóse, sifilitice. Osteita de creștere. Bólele inflamatorii și neoplasice etc.	10.—
Vol. IV — Gynecologie.	Bólele chirurgicale și operațiunile pe femee, etc.	20.—

VERIFICAT 1987

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ BUCUREȘTI