

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1083.

**CONSIDERAȚIUNI CLINICE
ȘI
MEDICO-LEGALE ASUPRA
PERFORAȚIUNILOR
UTERINE**



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 4 MARTIE 1937.

DE
ELENA BOLOGA
FOSTĂ EXTERNĂ A CLINICILOR.

INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE „MINERVA” S. A.
CLUJ 1937

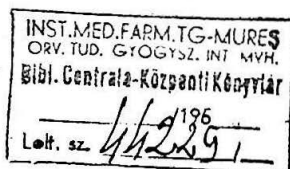
**CONSIDERAȚIUNI CLINICE
ȘI
MEDICO-LEGALE ASUPRA
PERFORAȚIUNILOR
UTERINE**



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 4 MARTIE 1937.

DE
ELENA BOLOGA
FOSTĂ EXTERNĂ A CLINICILOR.

23 MAY 2005



**UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I«
DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ.**

DECAN: D-l Profesor Dr. D. MICHAÏL.

Profesori:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	» »	<i>Bologa V.</i>
Microbiologia	» »	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	» »	<i>Botez M. A.</i>
Istologia și embriologia umană	» »	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	» »	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	» »	<i>Grigoriu C.</i>
Semiologie medicală	» »	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	» »	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	» »	<i>Pop A.</i>
Medicina legală	» »	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	» »	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica oftalmologică	» »	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	» »	<i>Minea I.</i>
Igienă și Igiena socială	» »	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	» »	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	» »	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană (supl.)	» »	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	» »	<i>Buzoianu Gh.</i>
Balneologia	» »	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	» »	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	» »	<i>Teposu E.</i>
Chimia biologică	» »	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	» »	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	» »	<i>Vasilii T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIE:

Președinte: Dnul Profesor Dr. Kernbach.

<i>Membrii :</i>	}	» » » <i>Bologa V.</i>
		» » » <i>Hațieganu I.</i>
		» » » <i>Papilian V.</i>
		» » » <i>Sturza M.</i>

Supleant: Dl. Doc. Dr. T. Popovici.

Introducere

Viața femeii se desfășoară sub marca unui determinism strâns. Problema individualității ei, e o problemă de sinteză psiho-fizică. Ritmul existențial feminin, este ritmul sexualității sale. Tonalitatea psihică, conținutul afectiv, sunt corelate ale biologicului său. Atunci când acest substrat e alterat, repercusiunile sunt ca niște ecouri puternice în sensibilitatea și afectivitatea ei.

O disociație între somatic și sufletesc, întseamnă desechi-libru și de asta, atunci când femeia e bolnavă, femeia e dese-chilibrată ca un subtil sistem sgduvit în esența sa.

Desesperarea unei femei pe care o contrariază sarcina ei incipientă, e fără margini și o împinge la hotărârile cele mai nechibzuite. Deseori ea e victima îndrăsnelii unor nepricepuți, de aceea doctorul e obligator antrenat să părăsească în fața ei, atitudinea simplistă de diagnostician și terapeut, el devine un confesor, un consolidator moral și un vindecător.

Iată de ce o problemă de patologie sexuală a femeii, are întotdeauna o latură psihologică și încadrând femeia în conjunctura ei socială, ni se deschide deodată tot aspectul problemei.

Există capitole de boală ale căror coordonate variază în timp și spațiu, luând cele mai diverse aspecte. Astfel sunt cadre nozografice cari se depopulează până la a deveni inutile. Altele încep prin a se defini ca excepții și încet, încet își cresc materialul, impunându-se lucrărilor de sinteză.

Problema perforațiilor uterine rămâne mult timp necunoscută. Până la sfârșitul secolului trecut (1886 după Peham

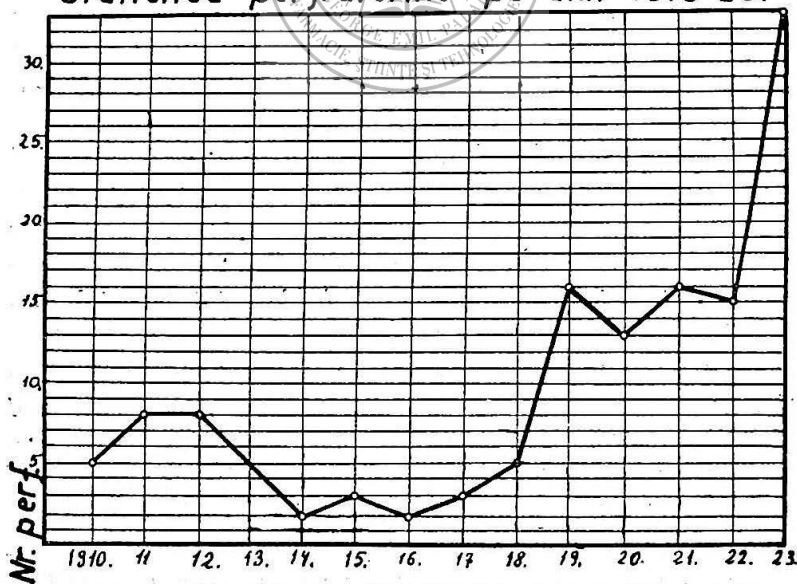
și Katz) termenul nici nu e cunoscut, în *Zentralblatt für Gynäkologie*; apoi frecvența lor crește atât încât justifică statistici cari ne dau, în ultimii 30 de ani, aspectul acestor accidente.

Schweitzer, în intervalul 1910—1915 a publicat 105 cazuri. Engelmann, reunește 357 observații (dintre cari 99 mortale), dela chirurgii din Westphalia. El însuși observă 16 cazuri în 5 ani antebelici și 26 cazuri în 5 ani post-belici. La Hamburg frecvența e de 10 perforații anual, cu 2—3 morți (Heynemann).

Cifrele utilizate de Peham și Katz, sunt utilizate de Clinica Gynecologică din Viena și de Institutul Medico-Legal din acelaș oraș. Statistica Clinicei e de peste 100 cazuri; aceea a institutului, 86 autopsii în 20 de ani.

Extragem din Halban-Seitz o diagramă a cazurilor de perforații uterine în intervalul 1910—1923. Aspectul curbei ilustrează evident, creșterea continuă pe care au suferit-o în acest interval:

Statistica perf. uterine pe anii 1910-23.



Explicația acestui fenomen admite mai multe ipoteze, cari dacă nu sunt valabile în întregime, desigur contribuie fiecare la elucidarea acestui complex causal.

Rolurile sunt împărțite între pacienți și doctori. Mentalitatea femeii, condiția ei socială și legile vieții de după războiu, au dus la o creștere a practicării avortului. Pe de altă parte, facilitatea cu care unii doctori au alunecat pe partea unei practici abuzive și imorale, apoi rolul pe care-l are medicina clandestină, toate acestea sunt cauze cari pot să explice creșterea accidentelor, dacă nu epuizează chiar, problema aceasta.

Considerațiile de mai sus, justifică alegerea acestui subiect, a cărui importanță mi-a fost precizată pe măsură ce materialul studiat mi-a permis o privire generală a diverselor sale aspecte.

Primul aspect este cel clinic. S'a observat că în ultimii ani la congresele de Gynecologie și Chirurgie, autorități chirurgicale au prezentat numeroase cazuri de perforațiuni, cari altă dată, erau ținute sub tăcere. Acest fapt a atras atenția asupra unei complicații care trebuie cunoscută, prevăzută, diagnosticată la timp și tratată în consecință.

Gynecologul avizat asupra întregului aspect clinic al perforației uterine, va ști mai curând cum să se comporte în fața unui accident, decât atunci când îl va ignora.

Al doilea aspect este cel medico-legal. Perforația uterină cu cât este mai frecventă, cu cât se va întâlni mai des în spitale și produsă de chirurghi abili, cu atât medicul legist va fi mai prudent în concluziile sale.

Perforația uterină fiind o complicație frecventă în timpul executării unui avort medical, schimbă aspectul clasic medico-legal al răspunderii chirurgicale.

Era deci necesar să ne ocupăm și de latura medico-juridică, în cece privește frecvența, cauzele și urmările perforației uterine.

Sugestiile Domnului Profesor Kernbach, au constituit firul conducător în lucrarea mea, iar publicațiile Domniei Sale, materialul cel mai prețios pentru aspectul problemei, la noi.



Perforațiile uterine.

Etiologie și patogenie.

Etiologia perforațiilor uterine e mult discutată. Unii autori încredințază exclusiv nedibăcia operatorului, alții acordă o mare importanță unei stări preexistente, favorizante locale. Chirurgii în deosebi, cred că perforațiile uterine sunt rezultatul unei auto-mutilațiuni oarbe ori nepriceperii totale a avortorului A. Martin spune chiar: „e o greșală de a arunca nereușita unei intervenții asupra unui instrument“.

Condițiile cu totul excepționale însă, în cari se execută această operație și imposibilitatea de a putea preciza rezistența pereților uterini, expune chiar și pe medicii cei mai abili de a perfora uterul în decursul intervenției, chiar mai mult, fac pe cei mai iluștrii chirurși și gynecologi de a-și publica, fără sfială, cazurile personale.

Avortul artificial se practică pe o scară foarte întinsă. El poate fi executat de persoane cualificate: medici specialiști ori nespecialiști, de către personalul ajutător medical (surori, moașe, infirmieri) ori de persoane cu totul străine profesiunii medicale (babe, femeia însăși). Perforațiile uterine, o complicație frecventă a acestui avort, survin în practica de toate zilele ca o consecință a manoperelor abortive a persoanelor sus amintite. În legătură cu acest accident, Madzuginsky dă în 1931 o statistică interesantă: pe 29.719 avorturi provocate, 32 perforații uterine, adică $1:167 = 0,1\%$. Nespecialiștii dau o statistică de 4 ori mai mare. Din 134 cazuri studiate de Heynemann în 93 cazuri avortorul era medicul, în 22 bolnava însăși și în 5 cazuri o persoană ilicită. *Peham* și *Katz* au studiat 100 de cazuri: 71 perforații făcute de medic (de 9 ori la cabinet și

23 ori la domiciliul bolnavei). *Koblanck* dă 30 cazuri grave cu leziuni viscerale asociate, dintre cari 27 au fost făcute de medic ori chirurg. Astfel fraza lui *Bumm* că: „avortorii sunt mult mai puțin periculoși decât medicii“ nu pare o exagerare. Perforațiile cu leziuni grave asociate sunt produse în cele mai multe cazuri de medici, care nu au întotdeauna scuza unui uter ramolit prin graviditate ori infecție. În orice caz însă, cauzele predispozante ocupă un loc de seamă în geneza perforațiilor. Numai printr'o anamneză minuțioasă și printr'un examen general conștiincios, vom putea cunoaște: atrofia peretelui uterin (vârstă, lactație, tuberculoză sau alte boli generalizate), turburări circulatorii, inflamațiuni cronice și acute, procese tumorale și atonii uterine.

Trebuesc avute în vedere și malformațiunile congenitale cari deși survin rar, pot fi luate în considerare, făcând inevitabile unele perforații. *Otto Loewe* (Frankfurt) citează 2 asemenea cazuri: în primul caz cureta a perforat peretele uterin la nivelul unui limfangiom, în al doilea, era o absență totală a anexelor din dreapta, iar în stânga la nivelul emergenței tubei, peretele uterin era foarte subțire, papiraceu, așa încât perforația era de ne'nlăturat. De notat e cazul personal a lui *André* (Nancy). El a observat pe piesa recoltată prin operație, că la nivelul perforației, era o lipsă complectă a musculaturei uterine, de mărimea unei piese de un leu, peritoneul fiind direct aplicat pe mucoasa uterină.

Altă cauză a perforațiilor e necunoașterea poziției uterului, ignorarea deviațiilor patologice. Se citează multe cazuri de perforație a peretelui anterior în retroflexii, ori a peretelui posterior în anteflexii. În ceiace privește localizarea, cea mai frecventă perforație se observă pe corpul uterin, mai ales la nivelul fundului. Din 100 de cazuri studiate de *Peham* și *Katz*, în 57 perforația e localizată la acest nivel, de 34 ori la corpul uterin și de 15 ori la col. Perforațiile colului sunt aproape întotdeauna laterale.

D'Allaines tratează separat perforațiile istmului, cari se produc în condiții speciale, mai ales în raclajul gynecologic pentru retenție placentară sau metroragii, în momentul cate-

terismului colului. De multe ori forța aplicată poate fi minimă, pentru că deseori există leziuni istmice preexistente. El citează două bolnave la care s'a produs perforația: prima avea în antecedente o perimetrită dreaptă, a doua o salpingită dreaptă. Conduita de urmat în asemenea cazuri e laminaria.

Syrovatko dă următoarele date statistice:

- 1 caz de perforație a fundului,
- 3 cazuri de perforație a unghiului stâng,
- 4 cazuri de perforație a peretului stâng,
- 3 cazuri de perforație a peretului drept,
- 6 cazuri de perforație a peretului anterior,
- 2 cazuri de perforație a peretului posterior,
- 3 cazuri de perforație a canalului cervical.

Care e momentul accidentului?

- 12 cazuri la începutul operației,
- 9 cazuri la sfârșitul operației,
- 1 caz descoperit la o nouă încercare de raclaj.

Madzujinsky din 76 cazuri de perforații semnalează 91% localizate la nivelul corpului uterin și 9% pe cervix.

Perforațiile uterine pot surveni însă și la utere negravidе, ca o consecință a tentativelor de avort. Aceste perforații sunt mai benigne, căci nu există vascularizația bogată, fragilitatea viscerală și flora microbiană bogată, caracteristice uterului gravid. Totuși poate duce la aceleași complicații grave, mortale.

Zommer citează cazul unei perforații a unui uter negravid, prin care se strangulase 70 cm. intestin subțire, dezinsurat de pe mezenter; cazul lui *Klauber* e unic: cu o siringă umplută cu sublimat, o femeie își lezează singurul ureter sănătos și moare.

Schmid publică următoarele: o femeie crezându-se gravidă merge la un doctor care intervine, etichetând vărsăturile și durerile ce survin după operație, drept o apendicită,

trimite bolnava la spital. La tușeu se descopăr în vagin anse intestinale meteoristice, de culoare violetă. La operație se găsește un uter negravid cu o perforație mare. *Schmid* spune că nu cunoaște decât două cazuri asemănătoare: a lui *Sigwart* și a lui *Schäfer*. În observația lui *Michel* s'a găsit într'un fibrom, vârful unui ac de tricotat, pe care bolnava și-l introduse în uter, crezându-se gravidă.

Perforațiile vaginului sunt mult mai rare. În observația lui *Caillot*, *Contamin* și *Rocher* se citează cazul unui medic care în timpul unui curaj digital, perforase fundul de sac posterior vaginal, prin care atârnavă franjii epiploici ai colonului sigmoid. Există o oarecare legătură între sediul perforației și felul instrumentului producător. Astfel corpul uterin se rănește ușor cu cureta, istmul cu histerometrul, mai ales dacă uterul e flectat, ori cu hegarul, dacă e sclerosat. Colul se rupe ușor cu dilatatorul. Foarte rar ne putem orienta în privința cunoașterii agentului vulnerant, căci în majoritatea cazurilor femeile refuză să ne dea vre-o lămurire chiar în momentele grave ale bolii și pe lângă cele mai stăruitoare solicitațiuni. Instrumentele producătoare de perforații se pot împărți în trei categorii: 1) utilizate de bolnava însăși, 2) utilizate de moașe, 3) utilizate de medic. (Mondor).

În primele două categorii intră cele mai variate obiecte, la cari nici nu gândim, încât pe drept afirmă *Tardieu* că: „armele cele mai puțin suspecte sunt cele mai preferate“. Printre cele mai frecvente sunt: ace de păr, de croșetat, de tricotat, toc de scris, peniță, ramură de cireș, balenă de umbrelă, foarfecă, femur de pui, tulpină de algă marină, spic de grâu, scobitoare de dinți, de urechi, furculiță de copil, sârmă, etc.

După *Pollak* și *Brouardel* fiecare țară își are preferința: România — rădăcina de Nalbă; Ungaria — fusul; țările Slave — ace de lemn; Turcia — nervura principală a frunzei de tabac; Japonia — ramurile de bambus; India — rădăcina de *Plumbago Zeilania*. Aceste obiecte au fost găsite în plină cavitate abdominală, uneori la distanță de plaga perforată și după un timp oarecare.

Raclajul instrumental este însă cel mai frecvent și mai reductabil. Cele mai uzitate instrumente după *Georg Winter* sunt următoarele: 1) *Sonda* are rol secundar, probabil din cauză că e rar utilizată. Autorul semnalează un caz, cu o hemoragie atât de mare, dată prin lezare arterială, încât a trebuit să sutureze orificiul intern spre a o stăpâni.

2) *Degetul* este incontestabil instrumentul cel mai puțin vătămător și datorită acestui fapt, ar trebui preferat tuturor celorlalte. *Fromme* citează 9 cazuri din 332, iar restul de 313 sunt datorite diverselor instrumente. *Heynemann* stabilește 30% procentul perforațiilor de acest fel. Degetul produce perforația când forțează să ajungă la placenta printr'un cervix insuficient dilatat sau când îndoit în formă de cârlig încearcă extragerea resturilor placentare printr'un orificiu îngust.

Lowitsch amintește cazul unui medic care cu degetul a rupt colul de jur-împrejur.

3) *Cureta*, e vinovată de cele mai multe perforații uterine. Din cele 332 cazuri ale lui *Fromme* 193 adică 60% se datoresc curetei. Totuși cureta prezintă avantajul că nu trage epiploon ori intestin subțire în cavitatea uterină. *Fromme* citează numai 6 asemenea cazuri. Cureta produce perforații mai des la nivelul orificiului intern, mai ales când drumul ei nu e permeabil, sau dacă forța cu care e aplicată asupra peretelui ori fundului uterin, e prea mare. Cureta se va utiliza când e vorba de resturi placentare mai mari decât boabele de mazăre și când uterul e bine involuat, încât poate rezista presiunii. Din contră, perforațiile sunt aproape inevitabile, când se încearcă înlăturarea resturilor placentare mari, dintr'un uter moale.

4) *Hegarul* e destul de periculos. *Fromme* din 332 cazuri, îi atribuie 35. Accidentul survine mai ales dacă canalul cervical e incomplet dilatat și dacă dilatatorul e introdus prea profund și cu putere. Pentru evitarea perforației, hegarele trebuie introduse încet, sondând și lăsându-le pe loc un timp de, procedând la fel cu numerele următoare. În retenții

vechi, când colul e involuat și nu-i dăm timp să cedeze progresiv la dilatare, se rupe foarte ușor.

5) *Pensa*, dă cele mai tragice complicații. Nu numai că perforează, dar trage în vagin diverse organe abdominale. După Fromme din 332 perforații a dat 41 cazuri. În timpul din urmă, numărul perforațiilor cu *pensa* s'a înmulțit. Acest instrument e foarte propice pentru a traumatiza. E lung, îngust și mușcător. Prinde la închidere o parte din peretele uterin, pe care o rupe, scoțând-o afară. Prin perforație foarte ușor se poate extrage epiploonul ori o ansă intestinală, complicații cari dau frecvent accidente septice.

Bumm a văzut într'un an 12 perforații uterine, dintre cari 5 erau făcute cu *pensa*. *Liepmann* și *Wels* au adunat din literatura anilor 1907—1926, 266 cazuri de perforații:

- 47 făcute cu *pensa*,
- 42 făcute cu cureta,
- 27 făcute cu hegarul,
- 22 făcute cu cateterul,
- 13 făcute cu sonda
- 4 făcute cu degetul și
- 113 cazuri fără a se putea preciza instrumentul,
- 55 cazuri cu prinderea intestinului subțire,
- 25 cazuri cu prinderea intestinului gros.

Din intestinul subțire au fost scoase anse în lungime de $5\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$ m., ori desinserate de pe mezenter; au fost scoase trompele, anexele, vezică, etc.

Simptomatologie, evoluție și diagnostic.

În general diagnosticul perforațiilor uterine întâmpină dificultăți la fiecare pas. Bolnava crezându-se uneori vinovată, alte ori o acuzată chiar în fața medicilor, neagă cu îndârjire adevărul. Moașa, din neștiință ori rea credință, ne poate da date false, iar medicul adesea de frica răspunderii, neglijează de a lua măsurile de urgență necesare. Alte ori, bolnava se prezintă cu un diagnostic fals de apendicită ori deranj gastric și acuză simptome pe care nu le are, așa încât orice clinician, oricât de iscusit ar fi, se poate desorienta.

Imprejurările în cari se face avortul sunt de cele mai multe ori obscure. Cât despre simptome, sunt extrem de variabile ori necaracteristice, așa încât uneori medicul se vede redus la propriile-i mijloace pentru a descoperi o perforație uterină. Aceste considerațiuni motivează nedagnosticarea destul de frecventă a acestei afecțiuni:

de 20 de ori din 39 de cazuri provocate de medici,

de 8 ori din 32 de cazuri complicate cu leziuni viscerale multiple (Peham, Katz).

Semnele clinice imediate, pe care le observă operatorul în momentul operației, sunt cu totul diferite de cele observate de către al doilea medic, chemat în ajutor. Semnele tardive se confundă cu tabloul clinic al complicației survenite în urma perforației. Printre semnele care dau de bănuț operatorului cele mai importante sunt următoarele: hemoragii, pătrunderea bruscă a cateterului, senzația unui curte care nu întâmpină nici un obstacol, dispariția totală a unui instrument în cavitatea abdominală, nerevenirea lichidului de lavaj după ce a fost injectat. Prezența sângelui în Douglas nu e semn patognomic în toate cazurile. În observația lui Uthmüller, sângele se scursesese în acest fund de sac prin tuba

dreaptă, în timpul raclajului. Un semn de certitudine absolută, e prezența în vulvă a epiploonului ori a unei anse intestinale. Variabilitatea tabloului clinic și evoluția capricioasă a perforațiilor uterine, reese din următoarele cazuri găsite în literatură:

Observația lui Gueulette. O bolnavă e trimisă la spitalul Saint-Antoine de către un medic care bănuiește o perforație uterină, produsă în cursul raclajului, practicat în dimineața aceleași zile. După intervenție bolnavă a avut dureri mari abdominale, sincope și vărsături. În timpul nopții, bolnava a pierdut sânge în cantitate mare. Starea actuală: puls 120, temperatură 38°, respirație superficială și frecventă. La palpare se constată durere în ipogastriu și apărare musculară. La tușeu: colul e moale, dilatat, Douglasul bombează, e sensibil. La intervenție se constată mult sânge în cavitatea peritoneală și o perforație mare a peretelui uterin anterior. Hysterectomie subtotală, vindecare.

Altă observație: o bolnavă de 17 ani, e adusă în serviciul profesorului Gosset la Salpêtrière cu peritonită gravă, vărsături, puls incomptabil, delir și sucombă după câteva ore. La autopsie se constată: peritonită generalizată, hematom al fosei iliace stângi, perforație întinsă a fundului uterin și o sondă de cauciuc în cavitatea abdominală.

Cazul lui Mauclair: după 6 ore dela perforație bolnava intră în colaps și moare după 11 ore.

Cazul lui Jayle: pe lângă semnele perforației, bolnava prezintă o intoxicație supra-acută cu mercur, din cauza lichidului (600 cc. sublimat 1 la mie), trecut în cavitatea peritoneală prin breșa uterină. Bolnava a sucombat în 6 ore cu toxemie fulgerătoare.

Observațiile lui Sappey:

1. Hemoragie mortală în ziua a 7-a dela intervenție.
2. Femeie de 30 ani, gravidă în luna a 2-a, povestește că o moașă i-a provocat un avort, cu un instrument nichelat. Intervenția a fost foarte dureroasă și urmată de o

hemoragie care a durat o jumătate de ceas. În noaptea aceleși zile, bolnava are vărsături și frisson. La ora 7 dimineața, are 39°, în zilele următoare 40°, 41°. La clinică i-se face un curaj digital, după care a doua zi temperatura scade la 37° și se menține astfel 3 zile. După 8 zile, în care timp temperatura a oscilat în jurul lui 38°, Gosset e chemat de urgență la bolnavă, pe care o găsește inconștientă, fără puls, foarte anemiată. Laparotomia arată o perforație la nivelul istmului care e gangrenat, artera uterină deschisă, ruptă.

Pătrășcanu Vasile publică 2 cazuri cu leziuni anatomo-patologice foarte grave și cu o simptomatologie disproporționat de ușoară.

În primul caz femeia avea temperatură 36°, puls 70, nu avea grețuri, nici vărsături. În cavitatea peritoneală s'a găsit sânge și o ansă intestinală ischemică pe o întindere de 10 cm.

În al doilea caz, afară de dureri bolnava nu avea alt simptom. În abdomen s'a găsit un ascarid liber și resturi alimentare. Eră vorba deci de o dublă perforație uterină și intestinală.

Cazul lui Outerbridge demonstrează cazurile fruste de perforație uterină. Bolnava de 24 de ani, în antecedente a avut 4 avorturi în timp de 20 de luni. Înainte cu 3 săptămâni, avusese un raclaj, care a trebuit întrerupt din cauza hemoragiei. În dimineața zilei în care bolnava se prezintă la clinică, medicul încercase din nou provocarea de avort, de data aceasta însă producând o leziune intestinală, internează bolnava, care nu acuză decât o ușoară durere pelviană. Pulsul este 80, temperatura normală. În fosa iliacă dreaptă se constată sensibilitate și ușoară apărare musculară. La laparotomie se constată o perforație uterină sângerândă (diametrul 1—5 cm.) și o ansă intestinală dezinserată de pe mezenter pe o distanță de 14 cm., care a necesitat o histerectomie și rezecție intestinală.

Cazul lui Sauvé și Bergouignan contrastează evident cu precedentul. Intestinul a fost reintrodus în abdomen prin perforație. Bolnava s'a vindecat fără complicații.

Cazul lui Boldt. Un doctor smulge cu pensa niște bucăți de grăsime și apoi un cordon alb, pe care după ce l-a tras înafară cu degetul îndoit în formă de cârlig, l-a identificat drept intestin. Boldt e chemat să vadă bolnava după 24 de ore. Prezintă o stare generală bună, puls normal, temperatură $37^{\circ},5'$. A constatat o sarcină de 6 săptămâni, și o perforație pe peretele posterior al uterului, deasupra orificiului colului. Boldt a adoptat o atitudine conservatoare. A 4-a zi apar brusc fenomenele unei peritonite generalizate. La operație se găsesc materii fecale în abdomen și ileonul gangrenat pe o lungime de 14 cm. Autorul explică latența lungă prin situația joasă pelviană a ultimelor anse intestinale. E de remarcat faptul că uneori accidentele nu survin decât zile sau săptămâni după perforație.

Gueulette a examinat o femeie a 6-a zi după perforație cu o stare excelentă, pentruca după 2 zile să moară cu peritonită generalizată.

Picot a avut un caz interesant. A operat o femeie după 7 zile dela perforație, fără ca ea să fi prezentat în acest răstimp vreun simptom.

Didier citează cazul unei femei care a purtat mult timp înainte de operație o fistulă entero-uterină.

Din aceste tablouri clinice enumerate, se poate observa cât e de instructiv fiecare caz în parte. Unul amintește o peritonită generalizată, altul o intoxicație supraacută cu mercur, al treilea o hemoragie internă, etc.

Durerea și metroragia sunt simptome mai constante.

Durerea are o intensitate variabilă. Poate fi atât de violentă, în momentul producerii încât dă sincopă; alteori e surdă, persistentă sau în reprize. E localizată în ipogastru, regiunea pelviană, lombară sau toracică.

Metroragia e de obicei mică. Exceptional poate fi de mare intensitate, denotând o leziune vasculară.

Conduita noastră în stabilirea diagnosticului, trebuie să fie următoarea (Mondor):

Examenul gynecologic îl vom face cu multă atenție, pentru a nu neglija nimic. Sensibilitatea dureroasă la nivelul fundului, corpului ori pereților uterini, se observă des după raclaj, așa încât i-se va acorda o valoare diagnostică numai dacă atinge un grad anumit de intensitate. Uneori perforația se poate localiza perfect prin tușeu. O mare importanță clinică prezintă atmosfera peri-uterină: sensibilitatea dureroasă a fundului de sac a lui Douglas, contractura ipogastrică ori contractura segmentară (cât o monedă) la nivelul peretului abdominal în stânga ori dreapta liniei mediane (Proust), matitatea în flancuri ori dacă balnava e în picioare, în ipogastru. În cazul lui Guyot și Villar matitatea în flancuri era prezentă după 5 ore.

Când aceste semne de pelvi-peritonită, fără semne perceptibile anxiale, coexistă cu o anemie neexplicabilă să bănuim o perforație uterină.

Examenul cu speculul a permis uneori evidențierea unei perforații vaginale ori a prezenței epiploonului.

Examenul radiologic poate fi de un real folos în unele cazuri. În cazul lui Ianov, un medic fiind consultat pentru dureri în fosa iliacă dreaptă, diagnostică o apendicită, pentru care recomandă repaos și pungă cu gheață. La un examen radiologic ulterior se găsește un corp străin în cavitatea abdominală. Fără o sondă cu care o moașa provocase un avort înainte cu 3 luni. Alt caz e cel publicat de Marchand. După un an s'a extras prin operație un hegar. Peham comunică următoarele: o femeie tânără e adusă la spital cu durere abdominală acută, distensiune și abdomen contracturat. Antecedentele dădeau de bănuț că e vorba de o perforație gastrică ori duodenală. La radiografie s'a găsit aer liber în

cavitatea peritoneală. Era un caz de perforație uterină făcută cu o sondă metalică, recunoscută apoi de bolnavă.

Colpotomia, explorarea digitală ori instrumentală sunt metode puțin recomandabile, căci agravează de obicei perforația.



Diagnosticul diferențial.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut în primul rând cu „falșele perforațiuni uterine“ (Auvray) datorite unor utere moi, ușor deprimabile, cari dau senzația unei transfixii uterine.

În prezența unei bolnave care prezintă, șoc, febră, sau colaps, foarte mulți medici se gândesc la o septicemie puerperală și rămân inactivi, fără să întrezărească eficacitatea posibilă a unei intervenții chirurgicale. Faure și Gosset au luptat contra acestei atitudini.

Foarte des perforația se confundă cu retenția placentară. Medicul, în tendința de a evacua cavitatea uterină, mărește cu cureta perforația existentă. Alt element de confuzie e sarcina extra-uterină, care poate fi coexistentă ori independentă de perforație. Descarpentries afirmă că această confuzie se face des în unele servicii chirurgicale. Hammerschlag a publicat următorul caz: o femeie de 30 de ani, crezându-se gravidă și-a provocat singură avortul cu un instrument. După scurt timp e adusă la spital foarte anemiată, aproape fără puls. Abdomenul e destins, sensibil și în fosele iliace se constată matitate. La laparotomie se găsește o perforație uterină și perforația unei sarcini extra-uterine. Rațiu are trei observații de acest fel, în 1931. La toate s'a produs o hemoragie internă după intervenție (la prima injecție intra-uterină cu iod, la celelalte două raclaj) prin ruperea sarcinei extra-uterine. Bolnava lui Lederer-Lederhändler a prezentat după o tentativă de avort, o perforație uterină complicată cu o sarcină extra-uterină, mascată un timp de o hernie a rectului la acel nivel. Karl Hérold a avut o pacientă, care după o pretinsă cădere pe scări, pierdea sânge de 12 zile. Prin palpate se simțea o tumoretă

ilio-pelviană stângă, care creștea văzând cu ochii. Se stabilește diagnosticul de sarcină extra-uterină. La operație se constată un abces la nivelul unei perforații uterine. Bolnava suferise o intervenție cu sonda făcută de soțul ei, în scop de avort.

În fața unui tablou de peritonită, ocluzie intestinală ori septicemie generalizată, va fi foarte greu de elucidat etiologia, mai ales dacă bolnava refuză să ne dea relații adevărate. Perforația se mai poate confunda cu o apendicită, tiflită, anexită, metrită, para-metrită, tumori anexiale, chist dermoid torsionat, etc., un grup de atâtea afecțiuni cu simptome foarte asemănătoare. De pregătirea medicului, de perspicacitatea lui și de comportarea lui profesională va depinde viața pacientei.

Prognosticul este cât se poate de rezervat, fiind în funcție de o mulțime de factori cari pot fi de ordin general (starea bolnavei, vârsta, constituția) și locali (teren infectat ori nu, mărimea perforației, complicațiile viscerale, timpul scurs dela perforație până la operație). Prognosticul mai depinde de avortor și de condițiile în care s'a efectuat operația, precum și de indicațiile ei (post-partum, post-abortum, metroragie). Evoluția perforațiilor, complicațiile posibile imediate ori tardive, modul variat de reacțiune al fiecărei bolnave, depășesc mult previzibilitatea noastră, așa încât în materie de prognostic, se recomandă prudență și rezervă.

Anatomie patologică.

S'au descris după piesele operatorii ori necropsice, cele mai variate cazuri dela infiltrații puriforme (Vianuay) până la peritonita generalizată, trecând prin toate fazele intermediare ca: celulită pelviană (Desplas, d'Allaines, Bréchet și Griveaud) flegmon al ligamentului larg (Galtier); toate formele de hemoragii: externă fulgerătoare (J. L. Faure); inundație peritoneală (Kaufmann); infarct tubo-uterin (Gueulette); infarct al ligamentelor largi (d'Allaines și Kaufmann) apoi toate modalitățile de incluziune și ciupire a ileonului ori colonului fistulizat sau nu.

Leziunile anatomico-patologice pot fi minime sau foarte întinse. Pentru exemplificarea ultimei categorii e foarte sugestivă observațiunea lui Raemi-Boesch. El a fost chemat la o femeie de 38 de ani, care avusese un raclaj pentru o sarcină în luna a 4-a. Raclajul a durat timp de 2 ore și n'a fost întrerupt decât prin intervenția aparținătorilor, cari au găsit femeia în leșin. La sosirea chirurgului, pacienta fără puls, eră scaldată în sânge. La operație s'au găsit următoarele: tot peritoneul pelvian era îmbucătățit, sdrențuit până la schelet, trompele și ovarele împreună cu uterul dezinserate și trase în vulvă, nu atârnav decât printr'o bridă peritoneală subțire. Arterele uterine rupte erau, spre norocirea bolnavei, torsionate. Medicul crezuse că prin enucleare și torsiune, a reușit să îndepărteze un miom latero-uterin.

Picot și Aourousseau au găsit la o bolnavă ce suferise manopere abortive o ansă intestinală în vagin. La laparotomie s'au găsit leziuni grave: o perforație largă uterină prin care s'a angajat o ansă intestinală, două perforații ale colonului descendent, secțiune complectă recto-sigmoidiană, smulgerea unghiului splenic, care se invaginase în una din perforațiile colonului descendent.

Leziunile anatomo-patologice preexistente sau predispozante pentru perforație, au fost schematizate de către Monod, după cum urmează:

1. Ramoliment al mușchiului uterin în metritele post-partum (când nu e sub dependența unei sarcini extra-uterine necunoscute).

2. Gangrenă localizată a peretelui uterin în unele cazuri de metrite acute suprainfectate.

3. Scleroză cicatricială interstițială postmetritică cu leziuni fasciculare musculare parenchimotoase cu pierderea și mărirea friabilității miometrului.

4. Inceput de epiteliom ori molă.

5. Infarct parțial ori difuz consecutiv injecțiilor caustice în tentativa de avort, care poate da o tromboză masivă a vaselor uterine.

Leziunile anatomo-patologice se pot împărți în două grupe, după cum e vorba de perforații simple ori de perforații complicate cu leziuni viscerale asociate (Mondor).

1. Perforațiile uterine simple pot fi orificii punctiforme, simple perforații fără dilacerare, transfixii ori plăgi largi crateriforme, căscate cu traecte multiple bi- sau trifurcate. În locul traumatizat, țesutul infectat suferă o anemie, infarctiune și apoi se gangrenează. Sub perforația peritoneală simplă, se pot ascunde leziuni uterine grave ca abcese miliare, sfaceluri ori infiltrații necrotizante întinse. „În toate cele 16 cazuri observate de noi, mușchiul uterin era în totalitate verzui, sfacelat și foarte fetid“ — spune P. Monod și Kiraly. O leziune penetrantă a corpului uterin se complică de obicei cu leziuni peritoneale infecțioase, ori cu leziuni subperitoneale hemoragice. Această constatare însă n'are valoarea unei legi, complicațiile amintite, putând surveni la ambele nivele. Hivet a găsit în hematumul unui ligament larg un făt de 3 luni și o placentă întreagă. O plagă a colului ori a fundului uterin poate da complicații hemoragice prin lezarea arterei uterine. Desplas a văzut murind o bolnavă la

câteva ore după o perforație subperitoneală a istmului, cu infarct uterin și celulită hiperseptică.

Complicațiile infecțioase ale peritoneului survin și fără leziuni intestinale. Din 86 de cazuri mortale citate de Peham și Katz 10 au fost produse de hemoragii și 45 de peritonită. Din aceste 45 cazuri de peritonită, 29 complicaau o perforație simplă și 15 o dublă perforație uterină și intestinală. În cavitatea peritoneală, în aceste cazuri, putem găsi sânge, serozitate purulentă, puroiu pur, singur ori cu gaz, resturi placentare, sfaceluri, feți morți, (macerati), corpi străini etc. Evoluția acestor peritonite poate fi subacută, acută, supra-acută și chiar fulgerătoare.

Diagnosticul e foarte greu de făcut, căci leziunea având o localizare joasă, profundă în bazin, va fi ușor mascată de epiploon ori ansele intestinale și fiind departe de peritoneul parietal nu va da semne grave și caracteristice. Chiar la peritonitele cu punct de plecare apendicular, dacă apendicele e retrocecal ori pelvian, simptomatologia e mai frustă decât în peritonitele date de suferința vreunui organ situat juxta diafragmatic, în etajul superior. Simptomele sunt: durerea, vărsăturile biliouse, poracee ori uneori alimentare, supresiunea vânturilor și a scaunului, temperatură 39°—40°, puls frecvent 120—140. La examenul fizic se constată trei semne mai importante: durerea provocată, contractura peretelui abdominal, care are valoare foarte mare diagnostică și sensibilitatea fundului de sac alui Douglas. Tușeul rectal și vaginal foarte dureros, leucocitoza 25—30.000, polinucleoză, indică o iritație pelvi-peritoneală.

Complicații gangrenoase uterine. Prin perforație gangrenoasă înțelegem o infecție cu anaerobi ori streptococi a traumatismului uterin. Frecvența acestei complicații e însemnată. Bacilul perfringens e cel mai des agent cauzator. Localizarea predilectă la nivelul fundului uterin se explică prin vascularizația abundentă (Leclercq, Créten). Mauclair atrage atenția asupra acalmiilor înșelătoare și asupra peritonitelor în 2 timpi, cari pot surveni făcând diagnosticul foarte greu.

O femeie tânără și-a provocat un avort prin injectarea unui lichid caustic. După 36 de ore s'a instalat o peritonită gravă. La autopsia făcută după 10 zile, s'a găsit o perforație mare cu peritonită gangrenoasă.

Leziunile gangrenoase pot fi localizate superficial la mucoasă ori profund în mușchiul uterin, bine circumscrise ori difuze, dând uterului o consistență pulpoasă. Marginile leziunii sunt neregulate, cu excrescențe cari altă dată se credeau a fi resturi placentare. Uterul în vecinătatea leziunii pare sănătos. Se localizează pe fundul, pe fața anterioară sau posterioară a uterului, rareori pe margini. În observația lui Sappey după 8 ore de la raclaj, pacienta face o hemoragie mare. La operație se găsește o gangrenă istmică. În observația lui Gosselin, bolnava era sub supraveghere medicală cu diagnosticul de avort incipient. Peste noapte are dureri violente abdominale, limbă uscată, puls 130, temperatură 38°,2. Abdomenul e balonat, în ambele flancuri matitate. Se face puncție în Douglas și la nivelul fosei iliace drepte. La ambele se extrage sânge. La deschiderea abdomenului se găsește mult sânge lichid și coagulat, iar la nivelul cornului stâng uterin o perforație de 6 cm. cu margini brune, friabile, gangrenate. Observația lui Tissier și Vézard ne dă exemplul unui traumatism uterin complicat în scurt timp cu fenomene gangrenoase. O femeie și-a injectat un lichid cu o canulă de os lungă de 20—25 cm., dar în timpul injecției a avut senzația că lichidul s'a răspândit în cavitatea abdominală. A doua zi dimineața a fost transportată la spital cu dispnee mare, în plină peritonită generalizată. Era vorba de o perforație uterină largă, gangrenoasă.

Diagnosticul acestei complicații va fi posibil, după cum rezumă Beckmann, prin: uter moale mic la început apoi mare, lochii mirositoare, temperatură înaltă, stare generală gravă. Mondor completează acest tablou clinic: la tușeu vaginal durere mare localizată la o singură regiune, anemie, leucocitoză, lacaaj al serului sangvin și hemoglobinurie. Hemoliza e un semn revelator al bacilului perfringens.

2. Perforații uterine complicate cu leziuni viscerale.

Leziunile epiploice sunt cele mai benigne. Nu expun la hemoragii mari și epiploonul obturează des perforația. Se citează un caz cicatrizat cu epiploonul inclavat în plagă. Apariția epiploonului la nivelul colului ori chiar în vulvă, poate fi un semn revelator, operația făcându-se de urgență.

Leziunile intestinale sunt foarte variate ca intensitate, număr și localizare. Pot fi simple hematome subseroase, perforații adevărate, secțiuni largi ale tubului intestinal, dezinsertia de pe mezenter, decolarea mucoasei de pe celelalte tunici și apoi scoaterea ei prin perforație. Localizarea lor e mai frecventă la nivelul intestinului subțire, decât la colon. Afară de rupturi, perforații multiple, ischemii prin smulgera mezenterului ori mezocolonului, mai pot surveni strangulări ale intestinului în orificiul de perforație, în peretele uterin, în cavitatea uterină ori la nivelul colului.

Leziunile intestinului subțire sunt des întâlnite. Exemplificăm prin cazuri găsite în literatură diversele forme: strangulare, eviscerare, perforare, smulgere.

Jelinek a găsit în cursul laparotomiei un ileus dat de o perforație uterină: 2 anse erau încarcerate și aderente de perforație. P. Huet a vindecat prin histerectomie o bolnavă a cărei intestin eră strangulat pe o lungime de 30 cm. în uter, prin perforație. Cazul lui Rebreyend este într'adevăr surprinzător, prin rezultatul său bun. Fiind imposibil de a se introduce ansa intestinală încarcerată în abdomen prin plaga perforată, s'a tras în vagin, s'a spălat cu apă fenicată, s'a repus și apoi s'a suturat uterul. Bolnava s'a vindecat.

Eviscerările uneori iau o proporție neînchipuit de mare. În cazul lui Schokhaert intestinul, confundat cu cordoanel ombilical, a fost extras pe o lungime de 1 m. și 80 cm. Zommer citează cazul unei bolnave căreia îi atârnavu afară din vulvă 70 de cm. de intestin subțire, dezinsertat de pe mezenter și inclavat într'o perforație făcută pe un uter negravid. În cazurile lui Müller, Sellheim, Fidler, Mathée, Schugt au

fost masacrate ansele intestinale pe o întindere de 5 m. Mai mult nici nu se citează în literatură!

In lucrarea lui Peham și Katz din 21 de exemple cu leziuni ale intestinului subțire, 17 au fost foarte grave. Pe întinderi variate, intestinul a fost rupt de pe mezenter și și-a pierdut vitalitatea: pe 50 cm. (un caz), 70 cm. (un caz), 110 cm. (un caz), 250 cm. (un caz), 270 cm. (un caz).

Picot raportează în ședința societății naționale de chirurgie (11 Aprilie 1934) următorul fragment al observației lui Heleman: „Intestinul subțire, smuls dela cec, atârna în vagin; prin el eșeau materii fecale. Pe lângă aceasta, el eră dezinserat de pe mezenter pe lungim de 40 de cm.“ Heleman a fost nevoit să închidă cecul, să facă o ileo-colostomie latero-laterală, rezecție intestinală și histerectomie. Hildebrandt descrie un caz, care prezintă o oarecare particularitate. El denumeste leziunile produse „despuere“, „decorticare“. Printr'o perforație uterină mică, au trecut 12 cm. de mucoasă intestinală, celelalte tunici decolate și răsfrânte, au rămas atârinate de mezenter. În cazul lui Plăcinteanu, fătul de 4 luni a fost găsit la strâmtoarea superioară și prin o largă perforație uterină trecea o ansă intestinală, văzută la vulvă. Rectul și ansa sigmoidă erau perforate. Prin perforația rectală, hernia mucoasa decolată pe o lungime considerabilă. Eră strangulată în uter.

Leziunile intestinului gros nu ajung nici în frecvență, nici în gravitate pe cele ale intestinului subțire. Pentru 21 leziuni ale intestinului subțire, s'au găsit 18 leziuni ale colonului (6 neperforate, 12 perforate). Chizanemski publică în „Polska gazeta lekarska“ un caz excepțional: s'a recunoscut la curetaj un fragment al apendicelui ileocecal, s'a bănuit imediat o perforație a cornului drept uterin și s'a intervenit. Süßmann a găsit la operație rectul și colonul perforate în 4 locuri. Soupault a trebuit să rezece rectul și colonul sigmoid, cari atârnav în vagin sub formă de lambouri complet deperitonizate. Mackenrodt și Schweitzer semnaleză 2 cazuri de smulgere a colului pe distanță de 1 m. Pe intestinul gros, frecvența comparativă a leziunilor are următoarea dis-

tribuție (Peham și Katz): colonul sigmoid de 9 ori, rectul de 3 ori, cecul odată, apendicele de 2 ori.

3. Alte leziuni asociate. Cu totul excepționale sunt următoarele complicațiuni citate în literatură: lezarea venei iliace, smulgerea trompei și a ovarului (Stoeckel, Eberhardt și Peham), raclarea unui chist ovarian prin orificiul unei perforații uterine, transportul embolic pe vena iliacă și cavă a corpului străin perforant (Blaha), curetarea unei sarcini extra-uterine (Engelhorn, Hofstätter, Richard). După leziunile intestinale cele mai frecvente sunt leziunile căilor urinare: vezică și uretere. Cazul lui Rosenzweig: medicul a scos cu cureta un țesut aderent și crezând că a scos un polip, l-a secționat. Eră o largă perforație uterină și vezicală. Klauber a publicat cazul unei femei, care injectându-și sublimat, și-a lezat singurul ureter sănătos și a murit.



Tratament.

Problema tratamentului a fost larg debătută în cercurile obstetricale și chirurgicale. În ultimii patru ani, societatea franceză de gynecologie și obstetrică precum și societatea națională franceză de chirurgie, au oferit un vast material documentar și o amplă discuție în numeroasele ședințe, având drept subiect tratamentul perforațiilor uterine în decursul curetajului. Cu acest prilej și-au dat opinia marii chirurși, cari au expus cazurile survenite. Ceeace constituie interesul discuțiilor angajate, este observația celor mai instructive cazuri din practica lor și chiar cazurile lor personale. Discuțiile numeroase au dovedit că există o profundă deosebire de vederi între chirurși, cari s'ar putea împărți în conservatori (optimiști) și intervenționiști.

Fiecare își susține părerea cu argumente convingătoare și cu expuneri de cazuri survenite în clinică. Argumentele optimiștilor ar fi următoarele: perforațiile uterine se vindecă singure foarte des, fără ajutorul chirurgului, iar cazurile grave cari se întâmplă, sunt accidente rare și ar fi o exagerare de a le lua drept majoritatea. În ceiace privește terapeutică în aceste cazuri disperate, ea ar fi nulă, inexistentă

În această categorie intră mai puțini adepți. Cei mai mulți se numără printre intervenționiști, cari au stabilit că intervenția chirurgicală precoce e necesară în toate cazurile. Ar mai exista și categoria oportuniștilor, cari se abțin dela operație numai în cazurile puțin infectate. Părerea unanimă este că la perforația făcută în absența chirurgului, indicația operatorie e indiscutabilă, căci atât femeia cât și avortorul ascund adevărul și apoi nu cunoaștem niciodată manoperele cari au urmat după perforație. Divergența de păreri s'a născut mai ales asupra cazurilor provocate chiar de chirurg

Abstentioniștii (adecă cei ce se abțin dela operație) printre cari J. L. Faure, Auvray, Hartmann susțin că perforațiile se vindecă fără operație.

J. L. Faure impune în cazurile survenite în spital, o observație riguroasă a bolnavei. În cazurile aduse în spital se va interveni, felul operației fiind în funcție de gradul infecției.

În infecție ușoară, localizată și când peritoneul pare indemn, recomandă histerectomia vaginală, uneori mult mai bine tolerată decât o laparotomie la femei obeze, suprainfectate ori epuizate.

René Bloch a observat trei cazuri de perforație uterină, urmate de apariția epiploonului în vagin. Toate trei s'au vindecat prin repaus la pat și punghă cu ghiață. El combate intervenția, spunând că o perforație uterină nu e comparabilă cu o plagă penetrantă abdominală, întrucât instrumentul producător e totdeauna steril.

În afară de cazurile în care se cunoaște starea infectată anterioară a uterului (inflamații, neoplasme), în toate celelalte, abstenția sub rezerva unei observații atente, e suverană.

M. Sawé refuză intervenția când perforația e nesigură. Raclajul e o operație oarbă, spune el, care comportă foarte mult risc și ar trebui practicat numai de specialiști, cunoscători. Citează un caz personal: o văduvă care se prezintă pentru pierderi de sânge post-abortum. Făcându-i un raclaj, simte cureta pătrunzând în cavitatea abdominală. Aplică un dren Mouchotte. Bolnava se vindecă. Făcând peste câțiva ani aceleași bolnave o histerectomie, găsește un uter fibromatos, fără urmă de leziune. În unele cazuri totuși, acceptă intervenția și anume laparotomie exploratoare, urmată de sutura uterului până la ora a 4-a după perforație, dela care dată începe, după cercetările lui Policard, înmulțirea microbilor. Nu acceptă colptomia care e illogică și nici histerectomia vaginală, care e oarbă.

Alglave comunică din cazurile lui Robert Didier, cari s'au vindecat fără operație. Ghiata, repausul și medicația (opiu) sunt suficiente. Remarcă faptul că indicațiile avortului ar trebui restrânse, mai ales în hemoragiile repetate post-abortum și astfel s'ar institui un fel de tratament preventiv. Alglave e abstenționist.

Robert Monod relevă condițiile speciale anatomice în care se produce peritonită în pelvis: 1. e un punct decliv, propice pentru localizare și colectare; 2. cavitatea peritoneală a femeii e în comunicare cu trompele și utcrul, astfel că fundul de sac pelvian e mereu vaccinat de infecțiile anterioare atenuate ori grave a acestor conducte; 3. cavitatea uterină vidându-se în mod normal în orificiul cervical, nu e mediu bun pentru retenție, deci infecția neîntreținându-se, nu e periculoasă. E abstenționist, cu rezerva perforațiilor istimice, care se vor opera imediat.

Intervenționiștii sunt de părerea că intervenția se impune în majoritatea cazurilor; au și ei totuși unele rezerve.

Astfel Charles Viannay face o serie de cazurilor. 1. Dacă perforația a fost făcută în condiții pe care nu le cunoaștem, trebuie să intervenim imediat. 2. Dacă însă perforația a fost făcută de însăși chirurg în timpul operației, făcute după legile artei, se impune o observație atentă a bolnavei, în repaos complet cu pungă cu ghiată, sub rezerva de a interveni imediat la apariția primului semn peritoneal. Autorul afirmă că avut 6 cazuri cari n'au necesitat intervenția. 3. In cazurile când e vorba de un uter infectat (febră, lochii purulente) recomandă o colpotomie și apoi histerectomie de preferință abdominală.

Basset împarte cazurile în 2 mari grupe. 1. In incluziunile intestinului subțire, epiploonului, perforații mari care se evidențiază prin pătrunderea lichidului de spălare în cavitatea abdominală, hemoragii grave, semne de peritonită, în cazurile de raclaj făcut pentru infecție post-abortum, unde perforația e sigură ori probabilă, se va interveni de

urgență. 2. In cazurile nesigure cu infecție ușoară în decursul unui avort, suprimăm orice manoperă intrauterină și adoptăm o atitudine expectativă-armată, care dă rezultate bune.

Awray citează cazuri de false perforații, peretele uterin fiind doar deprimat de către instrument.

Huet a avut odată bănuiala de a fi perforat, care nu s'a confirmat. *Wulff* citează 5 cazuri în care chirurgul era sigur de o perforație, care de fapt nu se produsese.

Basset împreună cu *Proust* și *Brock* susțin că laparotomia exploratoare se impune în multe cazuri ca un gest de prudență cu risc minim, față de abstenția foarte periculoasă. Odată abdomenul deschis, rămâne de ales felul operației. Histerectomia își are aplicația în perforații mari, sdrențuite, perforații multiple, infecții masive, friabilitatea țesutului uterin, necesitatea de a stabili un drenaj larg, dacă pelvisul conține resturi embrionare, sânge abundent sau lichid de lavaj uterin, sau peritonite și în evoluție (*Séjournet*), ori când e vorba de o celulită pelviană (cazul lui *Desplas* și cazul lui *Levant*). Leziunile extrauterine vor fi tratate primele, separat. Incarcerarea unei anse intestinale necesită histerectomie. Dar *Mocquot* face cu succes sutură, iar *Le Lorier* o excizie din uter (felie) urmată de sutură, când uterul e vidat puțin infectat și cu pereții rezistenți. *Le Lorier* citează o sarcină normală după o asemenea sutură, ceea ce infirmă exagerarea lui *Metzger*, că o sutură ar predispuce bolnava la o ruptură uterină.

Brock e intervenționist. In orice caz, în principiu, trebuie să intervenim prin laparotomie, mai ales dacă condițiile în cari s'a făcut raclajul sunt necunoscute. El consideră perforația uterină ca o plagă abdominală penetrantă, prin uterul mai mult sau mai puțin infectat. Citează cazul unei tinere femei de 20 de ani, care fiind adusă după câteva ore dela perforație cu o stare generală bună, nu e operată. A doua zi

face o peritonită gravă și sucombă. În abdomen se constată fetusul scăldat într'o serozitate fetidă. Eră un caz care putea fi salvat.

Așteptarea semnelor peritoneale nu aduce decât regrete de a fi ezitat prea mult timp. În cecece privește felul intervenției, laparotomia e cea mai indicată. Colpotomia e insuficientă, iar histerectomia vaginală, nu e practicabilă decât la utere infectate, perforate de chirurg; plăgile mici uterine la femei puțin infectate, se suturează în două planuri.

Huet recomandă, să ținem cont de leziunile anatomo-patologice după laparotomie, pentru a ne preciza conduita. E de părerea în consecință că histerectomia trebuie preferată suturei, evitând astfel pericolul căderii escarei. Medicii legiști ne arată rezultatele autopsiei: supurație și uneori gangrenă în jurul punctului traumatizat. Alții observă căderea escarei de pe lezuine, dând o peritonită generalizată.

Mondor combate colpotomia susținută de *Morestin*, care ne aduce decât servicii iluzorii. Este intervenționist fără nici o rezervă. El compară cazurile vindecate de perforații cu perforațiile cardiace ori intestinale vindecate spontan, cari sunt în număr disparent, în comparație cu cele cari necesită imperios operația. Concluziile lui sunt următoarele:

1. Dacă o perforație uterină, dată de manopere abortive sau operatorii, e constatată cu siguranță, necesită supravegherea bolnavei în mediu chirurgical și la prima accelerare a pulsului sau alt simptom alarmant, se va face laparotomie exploratoare.

2. Perforațiile uterine date de medici prin instrumente, depășesc în gravitate pe cele făcute de moașe.

3. Instrumentul care a perforat uterul a putut leza vezica, rectul, colonul, intestinul subțire ori vasele mari.

4. În turburările post-abortum, trebuie să ne gândim la posibilitatea unei perforații uterine și să ne temem de o hemoragie, gravă, precoce sau secundară, la accidente infec-

țioase ori necrotice localizate și apoi la peritonita precoce sau tardivă.

5. În prezența unui sindrom grav survenind la o femeie gravidă, care mărturisește tentative de abort, nu trebuie să persistăm mult timp la diagnosticul de septicemie puerperală post-abortum, căci am risca de a trece cu vederea hemoragii interne sau peritonite incipiente, încă susceptibile de vindecare prin laparotomie. Nu trebuie făcut raclaj, căci mulți operatori au comis eroarea de a lua drept retenție placentară semnele perforației, pe care au agravat-o.

M. J. Quénu e de părerea că fără mare dificultate, orice chirurg poate perfora uterul cu pensa ori cureta. Din acest motiv acest exercițiu ar trebui încredințat numai specialistului. Concluzia lui e: „Perforer un utérus est grave, mé connaître la perforation est bien plus grave.“ El e intervenționist, spunând că e mai bine să operăm toate perforațiile decât nici una. Și el consideră perforația ca o plagă abdominală penetrantă, care deschide în peritoneu un organ septic. În cazurile puțin infectate, în cari nu s'a făcut lavaj uterin recomandă așteptare. *Ferrari (d'Alger)* a avut în 27 ani de clientelă, 7 cazuri personale de perforații uterine (2 cu cureta, 4 cu hegarul). El împarte cazurile în 2 grupe: 1. Perforații după raclaj făcut post-abortum și 2. perforații după raclaj făcut post-partum. În cazurile neinfectate recomandă repaos, în cele infectate histerectomie subtotală. În cece privește rupturile istmului, intervenția se impune întotdeauna chiar fără infecții. Până la 4 luni, cazurile neoperete se vindecă, pentrucă contractibilitatea uterului e bună. După 4 luni însă uterul e mare, moale și pierzându-și puterea de a se contracta, perforația rămâne deschisă și se infectează ușor. Operația se impune. Pentru aceleași motive se impune operația în toate perforațiile post-partum. Preferă histerectomia pe cale abdominală.

Concluziile lui Gueulette:

1. Operația e obligatorie în toate cazurile când se bănuiește o perforație.

2. Operația trebuie să se facă de urgență, când bolnava e adusă târziu.

3. Să nu sperăm nici odată că infecția se va localiza sau că o vom putea vindeca cu o simplă colpotomie.

4. Peritonita care izbucnește după perforație e foarte gravă și nu mai e susceptibilă de tratament.

5. Perforația uterină e cea mai suspectă plagă penetrantă abdominală.

Finsterer a avut în 1930 un caz foarte rar, cu smulgerea rectului și a colonului sigmoid în cursul unui raciāj. El e intervenționist și crede în reușita operației mai ales dacă operatorul recunoaște imediat greșala și dă bolnavei ajutor. În cazul său a făcut o anastomoză termino-terminală, căci latero-laterală nu era posibilă, colonul fiind prea scurt. A practicat excizia plăgii penetrante și a suturat-o, căci a intervenit la un jumatate de ceas și avea siguranța asepsiei cu care lucrase colegul, iar colonul mutilat fusese în prealabil evacuat.

Fromolt în „Zentralblatt für Gynäkologie“ 1932, relatează cazurile gynecologilor germani din Berlin în număr de 56. Bumm e partizanul suturei uterine, în timp ce succesorul său Stöckel socotește ca operație electivă histerectomia. Sub direcția lui Bumm, uterul a fost suturat de 22 de ori din 34 perforații, 3 bolnave au sucombat (18% mortalitate), o femeie tratată conservativ s'a vindecat. Stöckel a făcut 18 histerectomii cu 3 decesuri (17% mortalitate) și de 4 ori a practicat cu succes sutura. Timpul scurs între perforație și operație e foarte important. Din 25 cazuri ale lui Bumm operate în primele 6 ore, doar 2 au fost mortale (8%), din 18 cazuri de sutură a uterului un mort (6%), din 7 histerectomii, un caz mortal (14%). Din 19 bolnave din clinica lui Stöckel, operate în primele 6 ore, au sucombat trei (15,7%), din 15 histerectomizate 3 au murit (20%), în timp ce 4 bolnave cu sutură s'au vindecat. Bumm a studiat 8 din 34 de

perforații uterine asociate cu leziuni intestinale. De 7 ori a făcut sutura perforației și a avut 3 cazuri mortale: 1 cu rezecția colonului sigmoid, altul cu rezecția ileonului și ultimul cu o hemoragie mare dată de leziunea mezenterului. În toate cazurile operația a fost făcută după 6 ore. Stöckel a observat 7 cazuri cu leziuni intestinale din 22. La 2 bolnave a suturat uterul și a obținut vindecare. A avut 2 cazuri mortale: unul cu rezecția intestinului subțire, celălalt cu leziunea mezenterului și hemoragie. Ambele au fost operate în primele 6 ore după perforație.

Fromolt ajunge la concluzia că în primele 6 ore după perforație, sutura trebuie preferată histerectomiei, independent de leziunile accesorii. Trebuie însă excizat canalul de perforație și injectat ser antiperitonitic, dacă e lezat intestinul. După *Finsterer* pericolul rupturii după sutură e mic, căci și după cezariană se menține uterul dacă nu e infectat, și acolo pericolul e și mai mare. El atribuie un rol capital în rezultatele lui bune post-operatorii la ulcere gastrice cu hemoragii, faptului că n'a făcut anestezie cu eter, care e rău suportată și anesteziei locale. Recomandă același lucru pentru perforații, căci anestezia generală, narcoza, slăbește mult puterea antimicrobiană a organismului.

Din cele expuse rezultă că nu există legi fixe în materie de tratament chirurgical. Se impune o individualizare strictă a cazurilor după o serie întregă de considerațiuni clinice și anatomo-patologice. În orice caz intervenția este regulă generală, iar ca o excepție se poate adopta uneori expectativa armată, în cazuri cu totul particulare. Cât privește tehnica operației reese că: laparotomia exploratoare are o largă aplicație în cele mai multe cazuri când nu avem siguranța perforației, a leziunilor organelor vecine când nu cunoaștem manoperele consecutive avortului provocat. Are avantajul de a ne da posibilitatea orientării și alegerii operației celei mai indicate. Colpotomia nu dă un câmp larg, nu oprește hemoragiile și nu rezolvă problema fistulelor. Sutura plăgii uterine, metodă care pare ideală și conservativă, reușește în cazuri puține. Ne-

cesitatea drenajului însă există în toate cazurile. Histerectomia își are aplicația în perforațiile mari, infarct uterin, infarct al ligamentului larg, infecție uterină, celulită pelviană, când trebuie urmată de un drenaj larg Mikulics.



Observațiuni.

Cercetând arhiva mai multor spitale de femei din Cluj și provincie n'am găsit decât câteva cazuri de perforațiuni uterine, cari însă nu constituie un material suficient pentru lucrarea de față. Acest fapt m'a îndemnat să culeg cazurile recent publicate în revistele de specialitate, pe cari le-am sintetizat în tabloul de mai jos, împreună cu cazurile găsite personal.

Tablou.

Din cele 35 cazuri trecute pe tablou, 9 au fost mortale, iar restul complicate cu leziuni intestinale, vezicale, ligamentare, rectale. Toate cele 8 cazuri mortale au fost date de perforații asociate cu leziuni ale altor organe, cari au dus la moarte prin peritonită generalizată purulentă, gangrenoasă sau celulită hiperseptică. Etatea sarcinei nu a depășit 3 luni și jumătate, iar vârsta pacienților, în majoritate primipare, a oscilat între 18—42 ani. Avortul a fost în majoritatea cazurilor medical. Bolnavele s'au prezentat în serviciile chirurgicale în intervalul de timp dela câteva ore până la 12 zile. Nu se poate stabili o legătură între cazurile mortale și timpul seurs între perforație și operație, căci gravitatea cazului e în strânsă legătură cu leziunile asociate, terenul infectat sau nu, rezistența bolnavei, etc.

Tratamentul de preferință a fost cel chirurgical. Mai des s'a practicat hysterectomia subtotală (în 22 cazuri), iar în rest s'a practicat de 4 ori sutura plăgii uterine; drenajul Douglasului sau a colului după laparotomie sau drenaj supra-pubian (1 caz). Numai în 2 cazuri, s'a adoptat o atitudine conservatoare cu repaus și pungă de gheață.

Durata tratamentului nu se cunoaște în toate cazurile.

Dintre cazurile cunoscute care au dus la vindecare, tratamentul cel mai scurt a fost 8 zile și cel mai lung de 90 zile.

Bine 'nțeles că nu avem pretenția de a fi rezolvat cu aceste puține cifre, problema atât de complexă a perforațiilor uterine, ci de a fi adus o modestă contribuție la elucidarea problemei, destul de puțin cunoscută la noi.

AUTORUL	Diagnosticul clinic		Timpul scurs dela perforație până la operație	FELUL TRATAMENTULUI	Durata tratamen- tului	Rezultatul tratamen- tului	Etatea femeii și a sarcinei	Calitatea perforato- rului
	Perforație simplă	Perforație complicată						
Jean Quénu	perf. pe fața post. a istm.	—	—	Histerectomie	—	vindecare	—	medic
"	p. r. simplă	peritonită generalizată	—	Drenaj suprapubian	—	moarte	—	medic
"	perf. simplă	—	3. săpt.	Meșă vaginală, ghiajă, supraveghere	—	vindecare	23 ani 3 luni	—
"	—	Extragerea unui lambon epiploic	—	Supraveghere	—	vindecare	18 ani 3 luni	—
"	Perf. mare a peretelui an- terior uterin	—	7 ore	Histerectomie subtotală, drenaj	—	vindecare	—	—
D'Allaines	Perf. simplă	—	—	Laparotomie mediană sub ombi- licală, drenaj al ligamentelor largi	—	vindecare	32 ani	medic
"	—	Perforație a ligamentului larg	5 ore	Laparotomie, Hysterectomie subtotală. Drenaj	—	vindecare	—	medic
Gueulette	Perf. de 4—6 cm.	Resturi em- brionare în pelvis	23 ore	Laparotomie, Hysterectomie subtotală. Drenaj	—	vindecare	luna III.	medic
"	Perforație punctiformă a fundului uterin	—	imediat	Laparotomie, Hysterectomie subtotală pentru salpingită	—	vindecare	35 ani	medic
"	Perf. mare a peretelui anterior și istmului	smulgerea peretelui vezical posterior	1 zi	Hysterectomie, refacerea domu- lui vezical, drenaj Mikulicz	36 ore	moarte	34 ani 2½ luni	medic
"	Perf. simplă	Peritonită gangrenoasă	12 zile	Hysterectomie. Drenaj Mikulicz Seroterapie antigangrenoasă	4 zile	—	29 ani 3½ luni	moașe

Quivy Griveaud	Perf. simplă	Septicemie celulită pelviană	3 zile	Raclaj	2 ore	moarte	38 ani	—
Finsterer	Perf. compl.	Smulgerea intestinului subțire	1/2 oră	Sutură uterină cu peritonizare anastomoză termino-terminală, sutură în 3 planuri	10 zile	vindecare per primam	26 ani luna III.	Medic specialist
Tănăsescu	Perf. compl.	Inclavarea franjilor epiploici	12 ore	Hysterectomie supravaginală. Drenaj al colului și Douglasului	—	vindecare	18 ani luna III.	medic
"	Perf.	Scoaterea epiploului	—	Pungă cu ghiață. Repaus	8 zile	vindecare	42 ani	—
"	Perf pe fața post.	—	16 ore	Laparotomie supra ombilicală Drenaj prin col	12 zile	vindecare	28 ani 2 săpt.	—
Pinsan	Perforație	Incluziunea intestinului subțire	3 ore	Enterectomie Hysterectomie subtotală. Drenaj Mikulicz	—	vindecare	—	—
Laquière	Perf. simplă	Congestie pulmonară, ilebită stângă	6 zile	Hysterectomie subtotală. Drenaj Mikulicz	3 luni	vindecare	—	—
"	Perf. simplă	—	3 zile	Hysterectomie subtotală Drenaj Mikulicz	20 zile	vindecare	—	—
"	Perf. simplă	Sarcină extra uterină	1 zi	Laparotomie, hysterectomie subtotală, peritonizare, drenaj	—	vindecare	—	—
Helman	Perf.	Incluziunea intest. subțire rupt și dezinserat 40 cm.	3 ore	Laparotomie Hysterectomie ileo-colostomie latero-laterală	—	vindecare	—	—
Viannay	Perf.	Desinserarea ileonului pe 50 cm.	Câteva ore	Sutura uterului, ligatura mezen-tericeii, închiderea bontului cecal sutură termino-laterală	3 luni	moarte	—	—
"	Perf. a fundului uterin	—	4 zile	Hysterectomie vaginală	—	vindecare	—	—
Brocq	Perf. simplă	—	—	Hysterectomie subtotală, peritonizare, drenaj suprapubian	—	vindecare	—	—

AUTORUL	Diagnosticul clinic		Timpul scurs de la perforație până la operație	FELUL TRATAMENTULUI	Durata tratamentului	Rezultatul tratamentului	Etatea femeii și a sarcinei	Calitatea perforatorului
	Perforație simplă	Perforație complicată						
Brocq	Perf. simplă	—	Câteva ore	Laparotomie, sutura uterului	—	vindecare		medic
Chabrut	Perforație simplă	—	1 zi	Histerectomie	—	moarte	—	medic
Huet	Perforație	Peritonită generalizată	—	Drenaj Mikulicz	—	moarte	—	—
"	Triplă perforație	Extragere de ansă intestinală	—	Histerectomie subtotală, enterorafie circulară, Drenaj al Douglasului	—	vindecare		

Cazuri din provincie

	Perforație simplă	—	3 ore	Histerectomie subtotală	10 zile	vindecare	27 ani luna I	2 medici
Medic Brașov	Perforație simplă	—	imediat	Histerectomie subtotală	12 zile	vindecare	19 ani	—
"	Perforație	gangrenă uterină	5 zile	Histerectomie totală	—	vindecare	37 ani luna III.	medic
"	Perforație a corpului uterin	Resturi embrionare în pelvis	3 zile	Histerectomie subtotală Drenaj	8 zile	moarte	18 ani	2 medici
"	Perforație a cervixului	—	1 zi	Sutură Raclaj	—	vindecare	I. luna	—
"	Perf. uterină	Perforația rectului, a colonului pelvian	10 zile	Histerectomie Anus contra naturei iliac, Drenaj	9 zile	moarte	32 ani luna II.	medic și alt medic (soțul ei.)
Medic Cluj	Perf. uterină	Perforație în parametru	1 zi	Drenaj al Douglasului. Mikulicz	—	vindecare	34 ani luna I.	medic

Noțiuni asupra responsabilității medicale în general, în legătură cu noul cod penal.

Înainte de a trece la responsabilitatea specială care privește subiectul acestei lucrări, să ne oprim asupra dispozițiilor din noul cod penal, dispozițiuni cari privesc omuciderea și leziunile corporale, produse prin imprudență profesională: art. 467 și 479 C. P. R. Aceste articole tratează despre responsabilitatea medicală propriu zisă. Orice individ din societate este răspunzător fie pe cale penală, fie pe cale civilă de actele sale. De această răspundere nu e scutit nici medicul. Felul cum se apreciază responsabilitatea medicală variază cu epoca și cu diversele țări. În China acest principiu există din vechime, iar pentru cazurile de apreciere a responsabilității, există o comisie de medici.

În Austria, cazurile de responsabilitate medicale cad în sarcina Facultății de Medicină, care poate lua și reda dreptul de a profesa.

La noi în România, chestiunile de responsabilitate cad în domeniul dreptului comun. Pentru ca sancțiunea să poată apăsa asupra medicului, el trebuie să fie în culpă. Dificultatea de a distinge culpa ordinară, atribuită oricărui om, de culpa profesională, e destul de mare.

Culpa medicului poate fi atribuită unor:

1. Erori lesne evitabile, cum sunt erorile științifice evidente, ignorarea cunoștințelor elementare.
2. Erori grave etichetate de cod, nedibăcie, nesocotință, nebăgare de seamă, neîngrijire, nepăzire a regulamentelor și răniurile din imprudență din art. 467 și 479 C. P. R.
3. Erori scuizabile, cele de tratament ori diagnostic care intră în domeniul neimputabilității.

Pentru doctrină și jurisprudență generală, culpa medicală imputabilă, trebuie să fie constituită din următoarele trei elemente fixe:

1. O eroare gravă.
2. Eroarea să fie datorită unei evidente imprudențe sau *imepriții* și să producă o vătămare a sănătății.
3. Prejudiciul cauzat să fie în strânsă legătură de cauzalitate cu primele două elemente.

Fiecare din aceste 3 elemente trebuie să fie dovedite netăgăduit și să nu poată fi supuse unor discuții științifice contradictorii.

Germanii mai cer să se facă dovada că autorul nu era în stare să prevadă rezultatul final. Din aceste erori, numai acele etichetate grave, atrag sancțiunile sistematice cele ușor evitabile dau naștere la discuții, iar cele scuzabile nu pot fi imputate. În acest domeniu al imputabilității intră deci erorile grave consecutive ignoranței, imprudenței, sau imperiției (incapacitate dublată de lipsa celor mai elementare noțiuni ce trebuie să posede un profesionist.) Există un al doilea domeniu: al neimputabilității, care e consecința necesară a erorilor inevitabile și scuzabile, strâns legate de lacunele și insuficiențele artei și științei medicale. Este un domeniu rezervat medicilor, în afara aprecierii justiției, cuprinzând probleme pur medicale, discuții de doctrină și controverse terapeutice, cari pot fi legate de anumite dezastre de neprevăzut.

Prin natura exercițiului pentru care a primit autorizația dela stat și consacrarea academică, medicului îi este îngăduit:

1. să greșească diagnosticul, dacă acesta a fost pus în urma unei examinări conștiincioase, făcute după regulile științei medicale, căci sunt o serie de boli cari prin natura lor sunt greu de deosebit de altele similare.

2. are libertatea de a institui un tratament, care i-se pare adecvat diagnosticului stabilit, chiar dacă acesta e greșit, sau poate aplica tratament prin analogie sau o inovație terapeutică, dacă aceasta își găsește sprijinul pe date științifice.

3. În domeniul chirurgiei, medicul e liber să aleagă procedeul operator pe care îl socotește mai bun, să hotărască nestingherit asupra aparatului de fractură mai potrivit. Dacă a lucrat cu o tehnică chirurgicală ireproșabilă, în perfectă conștiințozitate, nu poate fi făcut nici odată culpabil de urmările unei operații ori tratament chirurgical. Acest fapt e valabil chiar dacă medicul a intervenit fără consimțământul pacientului, în caz de imperioasă necesitate a unei intervențiuni de urgență.

Eșecul unui tratament indicat sau întâlnirea în timpul tratamentului a unei stări anormale ori neprevăzute, unei boli ce prin semne clinice nu era evidențiabilă, unor anomalii anatomice rare sau străine de cunoștințele medicale, nu poate duce la pedeapsă ori daune.

5. Accidentul și starea de necesitate scutesc pe medic de urmări.

6. Nu poate compărea în fața comisiunilor de disciplină ori a instanțelor, medicul care a respectat prevederile legilor și regulamentelor, chiar dacă odată cu respectarea lor s'au produs pagube disproportionat de mari, față de câștigul pe care l-a avut un particular sau societatea, în apărarea unui interes sanitar.

7. Nu răspunde sub nici o formă medicul de actele celui ce îl ajută, dacă acesta a fost supravegheat și îndrumat și dacă auxiliarul nu a fost recrutat chiar de el și nu răspunde în cazul când auxiliarul face o operație independentă (narcoză).

Aceste sunt marginele neimputabilității conform jurisprudenței. În aceste cazuri instanțele își declină dreptul de a hotărî asupra unor teme controversate în știință sau constată imposibilitatea de a găsi un calificativ legal pentru purtarea medicului, având dreptul de a recurge la o expertiză medicală pentru a ști în ce măsură faptele incrimate sunt din domeniul discuțiilor științifice ori cad în categoria greșelilor pe care le poate face cu conștiință orice om și mai ales cu pregătire profesională, care-i dă dreptul de liber exercițiu.

Noul cod penal prin dispozițiunile art. 467 și 479, definește în felul următor culpa profesională ce duce la omucidere sau rănire corporală prin imprudență: „dacă infractorul a cauzat moartea altuia prin nepriceperea profesiunii sau meseriei sale, ori prin nesocotirea sau nerespectarea referitoare la exercițiul acesteia, pedeapsa este închisoare corecțională dela 2—5 și amenda dela 5000—20.000“, art. 467 alineatul 2. Aceleași elemente se cer și pentru leziunile corporale ușoare, grave sau cauzatoare de moarte (art. 479).

Rspnsabilitatea medicală ce decurge de aci e foarte generică și cuprinde toate erorile pe care medicul le-ar putea comite în exercițiul profesiunii sale, având la bază: nepriceperea, nesocotirea sau nerespectarea regulilor științei și artei medicale.

Erorile medicale sunt cunoscute pe grupe de specialități. Ne interesează din Obstetrică și Gynecologie următorul aliniat: b) mamoșii cari în timpul executării unui avort medical sau în timp ce asistă la o facere, produc leziuni și perforațiuni uterine sau intestinale și omit de a transporta de urgență bolnavele într'un serviciu de chirurgie, unde să li se poată aplica tratamentul necesar, cad sub o culpă imputabilă oricărui om (culpă ordinară) și care duce la omucidere prin gravă imprudență.

Corpul medical prin Asociația generală a medicilor din România, a luat atitudine contra dispozițiunilor prevăzute în art. 467 și 479, cerând în congresul din 26 Mai 1935, modificarea lor în sensul următor: „nu se socotește omucidere (delict de vătămare al integrității sau sănătății în cazul art. 479), prin imprudență, actul săvârșit de medic, care corespunde prescripțiunilor artei și științei medicale, ci numai actul care constituie o eroare gravă, comisă printr'o vădită imprudență, neglijență sau ignoranță. În aceste cazuri acțiunea nu poate fi deschisă decât în urma unui aviz conform, al comisiei medico-legale.

Doleanțele medicilor exprimate prin textul propus de comisia asociației, au rămas fără rezultat.

Responsabilitatea medicală în legătură cu perforațiunile uterine.

Prin responsabilitate (penală) cei mai mulți autori înțeleg să exprime ceea ce noi în românește numim răspundere — adică a suporta consecințele unui fapt, — a da socoteala de o acțiune și a fi obligat a accepta intervenția justiției și sancțiunile pe cari ea le va impune. Legile penale intervin când se constată un fapt penal, căci societatea a crezut util și drept să intervină, socotind necesară incidența legii.

Penalistul v. Liszt formulează astfel libertatea de acțiune a medicului în exercițiu: „dacă Statul admite exercitarea unei profesiuni, implicit admite tot ce e necesar exercițiului ei“.

Multiplele scrieri cari tratează această chestiune, sunt pline de jurisprudențe, pasagii doctrinare și de multiple teorii juridice inutile (Kernbach). Ceea ce interesează mai de aproape corpul medical, este cunoașterea părerilor acceptate de majoritatea instanțelor sancționatoare, a cazurilor sistematizate și acțiunile medicilor cari au dus la hotărîrea unei sancțiuni. Pentru a nu se îngrădi prea mult progresele științei medicale, cari merg în avantajul societății, nu s'a proclamat o responsabilitate pentru toate faptele medicului. De impunitate însă, nu se poate prevala nici un grup social. În discutarea faptelor săvârșite de medici, instanțele de judecată au fixat, cu aproximație, limitele în jurul cărora actele medicale sunt pasibile de sancțiuni. În doctrină e astăzi tendința de a majora responsabilitatea, astfel că medicul poate fi tras la răspundere pentru orice greșală, ori cât de mică, dacă ea poate fi încadrată într'un text de lege. Din moment ce nu se poate dovedi nesocotirea grijei, prudenței pe care orice om trebuie să le aibe, prin călcarea regulilor fundamen-

tale după care se conduce știința și arta de a tămădui, ori care ar fi paguba rezultată din îndeplinirea actelor medicale, medicul nu poate fi sancționat disciplinar, civil sau penal. Latura medico-juridică a perforațiilor uterine nu s'a bucurat de discuții prea multe.

Ravagiile unui raclaj uterin pot fi foarte mari. Perforațiile chirurgicale (Kernbach) se consideră ca având trei origini diferite:

1. Accidente frecvente și inevitabile — perforația accident.
2. Stângăcie sau lipsă de abilitate a operatorului — perforația stângăcie.
3. Leziuni preexistente a pereților uterini — perforația preparată și inevitabilă.

Perforația accident poate fi făcută în orice moment al intervenției cu orice instrument, atât la cabinetul medical cât și la domiciliul bolnavei, la spitale ori sanatorii.

Perforația preparată și inevitabilă e strâns legată de leziuni preexistente a uterului, rezumate astfel de către Monod:

1. Ramoliri exagerate ale pereților uterini în metritele postpartum sau în sarcinile extra-uterine necunoscute.
2. Gangrene localizate a pereților sub formă de metrite acute suprainfectate.
3. Scleroză cicatricială interstițială după metrite, cu atingerea secundară a fasciculelor musculare, cari duc la o pierdere a supleței și la o friabilitate mărită a miometrului.
4. Epiteliom ori molă incipientă.
5. Infarctul parțial ori difuz, infecțios, putând fi datorit unei injecții cu substanțe caustice, cu tromboză consecutivă a vaselor uterine. Tot asemenea infarctul embolic sau trombotic. Perforațiile făcute pe utere sănătoase, trebuie diferențiate de cele făcute pe utere afectate. În acest sens ne va lămurii numai diagnosticul histo-patologic la autopsie ori biopsia. De multe ori perforația nu e vina chirurgului, care nu-și poate reproșa nici un gest brutal. În aceste cazuri per-

forația nu se poate imputa chirurgului, căci a fost în mare parte favorizată de o stare preexistentă și nebănuită a peretului uterin „leziuni a căror date clinice sunt foarte lacunare“ (Picot). Aceste perforații au o importanță medico-legală deosebită.

Perforația stângăcie este de multe ori rezultatul lipsei de îndemânare ori experiență. Picot citează un caz surprinzător de grav, o adevărată „evacuare a micului bazin“. Cum se va putea stabili limita îngăduită oricărui chirurg, și diferențierea unei perforații-accident, de o perforație-stângăcie, sunt desigur probleme grele, cari trebuiesc rezolvate tot de clinicieni. Căci sunt o mulțime de factori de cari trebuie să ținem seama: etatea sarcinei, condiții locale, abilitatea operatorului. Apoi raporturile de strânsă vecinătate între uter și celelalte organe pelviene și peritoneale, pun problema cantitativ: cât e permis a perfora, fără a depăși limita spre imprudență mare, imputabilă? Deoarece se cere neapărat și dovada unei imprudențe.

Smulgerile de organe pelviene în decursul unor perforații uterine mutilante, sunt desigur socotite ca imperiție gravă, care traduc o ignoranță totală, lipsă de abilitate și experiență.

Criteriile după care putem aprecia mai obiectiv cazurile de perforație-stângăcie și a le diferenția de perforația-accident ori perforația preparată, sunt următoarele, după Dl. Profesor Kernbach:

- a) existența sau absența unor leziuni preexistente;
- b) motivul avortului (criminal, terapeutic, septic);
- c) intervenție de urgență sau nu;
- d) condițiile unde s'a executat avortul (oraș, sat, spital);
- e) titlul de specialist al medicului și reputația acestuia.

Dat fiind că diagnosticul perforației uterine e foarte dificil și similar cu un grup de 5 stări uterine, majoritatea clinicienilor pun problema responsabilității numai din momentul bănuirii sau stabilirii diagnosticului de perforație uterină. De aci înainte viața bolnavei e strâns legată de comportarea profesională a chirurgului, căci dacă marea parte a

perforațiilor sunt socotite erori scuzabile, omisiunea de a interna bolnava chiar numai suspectă de perforație uterină, constituie o eroare gravă, care atrage fără îndoială responsabilitatea medicului. Această omisiune constituie, după marii gynecologi, în frunte cu Döderlein, marea eroare care atrage după sine responsabilitatea profesională. Abstenția e cea mai gravă soluție a zis Basset: „a perfora un uter e gav, dar a neglija perforația e mult mai grav“ — a zis J. Quénu. Aceste adevăruri nu fac decât să accentueze conduita pe care trebuie să o aibă medicul în asemenea cazuri, spre a nu intra în conflict cu justiția.

În articolul Dlui Profesor Kernbach „Perforațiile uterine și intestinale în timpul executării avortului“ apărut în Revista de Endocrinologie, Gynecologie, Obstetrică Nr. 4—1936 — problema responsabilității medicale în caz de avort terapeutic este pe deplin lămurită, prin discuția amănunțită a unui caz medico-legal survenit la Cluj, asupra căruia și-au dat opinia 6 profesori de medicină legală, competenți, care caz a fost prezentat și la societatea de medicină legală franceză, de către Dl Profesor Brindeau.

Această problemă poate fi rezumată astfel, după Dl Profesor Kernbach:

1. Leziuni și conduită ce duc la responsabilitate medicală.

a) Perforații uterine sau utero-intestinale produse în timpul executării unui avort medical, cari sunt ascunse sau nedignoscate la timp sau se omite a se da bolnavei asistența medicală de urgență: internare într'un serviciu de chirurgie.

b) Perforații uterine cu smulgeri întinse de organe pelviene sau abdominale în decursul avortului terapeutic (imperite).

c) Toate perforațiile uterine și toate răniile obstetricale produse de medic în timpul executării avortului criminal (neindicat) ce duc la moartea sau îmbolnăvirea gravă a femeii (pierderea uterului, a ovarelor etc.) În acest caz, e cumul de infracțiuni: avort criminal și omor prin neștiință.

2. Leziuni și conduită ce nu duc la responsabilitatea medicală.

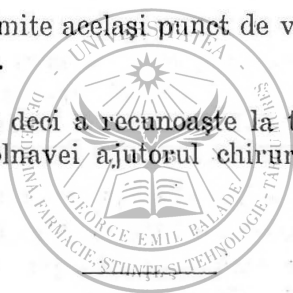
a) Perforații uterine sau utero-intestinale produse în timpul executării unui avort medical diagnosticate la timp și urmate de internarea urgență a bolnavei într'un serviciu de chirurgie.

b) Perforații uterine ori utero-intestinale cu extrăgerea sau nu a unei anse intestinale, produse în timpul executării unui avort terapeutic și datorită unor afecțiuni a pereților uterini, ce măresc friabilitatea lor.

Stumpf declară în tratatul său de obstetrică medico-legală, apărut în 1907, că perforația uterului nu e o neglijență extraordinară.

Strassmann admite același punct de vedere și pentru perforațiile intestinale.

Important este deci a recunoaște la timp perforația și a asigura imediat bolnavei ajutorul chirurgical.



Cazurile de perforații uterine survenite la Institutul de Medicină Legală din Cluj.

I.

Femeea K. M. a suferit o tentativă de avort la un medic în 26 Iulie 1929. După 2 zile a fost internată la spital și a murit în ziua de 29 Iulie, cu diagnosticul de peritonită. La desbatere, martorii afirmă că înainte de a merge la medic, femeea a fost la o moașă.

La autopsie se constată o peritonită fibrino-purulentă generalizată și pe ileon se găsesc două perforații de mărimea boabelor de mazăre, la 17 cm. distanță una de cealaltă. Uterul măsurat: 12 cm. lungime și 5½ cm. lățime, grosimea peretelui uterin 12—15 mm. În cavitatea uterină s'au găsit resturi placentare, iar pe peretele anterior, în treimea mijlocie o mică deprimare de 2,05 cm. diametru. Pe secțiune se vede un traect hemoragie de 6 cm., plecat din istmul uterin. Peretele e moale și prin acest traect se pătrunde ușor cu sonda. Se conchide la o moarte violentă, datorită unei peritonite consecutive perforării uterului și intestinelor.

În sentința penală Nr. 788—1935, Tribunalul a constatat că „un lucru e cert că victima înainte de a merge la acuzat a încercat să-și provoace avortul sau prin moașe sau ea însăși“, și în baza art. 326 p. 2. p. p. a achitat acuzatul Dr. K. B., neocupându-se de perforația uterului și intestinului, ci numai de fapta avortului.

Expertii au fost de părere că e puțin probabil ca victima să se fi prezentat medicului cu intestinele și uterul perforat, fără ca el să se fi sesizat.

II.

Femeea T. R. gravidă în luna a 3-a, acuză în 23 Ianuarie 1934, dureri în hipogastru, lombe și are metroragii.

E văzută de doctorul W. care îi recomandă repaus la pat, dar bolnava nu ascultă și umblă prin oraș, conducând mașina.

La 1 Februarie 1934 intră în sanatoriu, cerând continuarea avortului. La examen se constată orificiul extern întredeschis, permeabil pentru un Hegar 10 și scurgerea lichidului amniotic. Starea generală gravă. În aceeași zi se dilată uterul (Hegar 17) și se completează avortul. După un scurt timp doctorul observă că de odată cu resturile fetale scoate grăsimi și materii fecale. Iși dă seama că a perforat uterul și telefonează după Dr. S. Practică împreună cu el, după avizul soțului și obținerea consimțământului său, o histerectomie subtotală, imediat.

Pe uterul extirpat se găsește o perforație de mărimea unei piese de 100 lei. În cavitatea peritoneală se găsește fătul de 15—16 cm. și sânge amestecat cu fecale. Intestinul gros e lezat în 5 părți, dintre care o perforație.

Bolnava moare în 7 Februarie 1934 cu diagnosticul de peritonită acută. La autopsie se confirmă diagnosticul de peritonită fibrinoasă generalizată, mai intensă în micul bazin.

Aceste date s'au găsit în rechizitorul definitiv de urmărire al D-lui Procuror al Tribunalului Sibiu și în raportul medico-legal, dosarul Nr. 44—1934.

Comisia medico-legală prin avizul Nr. 473 din 26 Aprilie 1934, găsește medicului greșala de a nu fi controlat cavitatea uterină, dar nu-l declară responsabil de perforație.

Procesul e în curs de judecare.

III.

O femeie de 18 ani, însoțită de părinți se prezintă în ziua de 7 Octombrie 1935 la Dr. W. care constatând un avort început, chiamă un alt medic în consult și de comun acord, pun indicația de complectare a avortului.

Dr. W. face bolnavei o injecție cu morfină-pituitrină și dilată colul uterin cu Hegare până la Nr. 8, după ce a măsurat cavitatea uterină cu histerometrul (18 cm.). Apoi introduce două laminarii și amână operația pentru a doua zi. Du-

minecă în 8 Octomvrie 1935, introducând pensa Schultze pentru complectarea avortului, scoate o ansă intestinală. Imediat transportă cu camionul bolnava la Sanatorul Ch., unde e operată în aceeași zi la ora 17.

La operație s'a găsit sânge lichid (300 cc.) în cavitatea abdominală și o ansă intestinală de 50 cm. dela cec, dezinse-rată de pe mezenter pe o lungime de 70 cm. Ansa intestinală era invaginată în uter printr'o perforație a peretului, atâr-nând în vagin. Appendicele erà traumatizat.

S'a făcut o dublă entero-anastomoză termino-terminală, apendicectomie, o sutură pe ampula rectală, unde erà o le-ziune la mucoasă și histerectomie totală. S'a aplicat drenaj Mikulics cu 2 meșe. A treia zi bolnava a avut scaune spontan și o stare generală bună. A cincea zi se scoate o meșă de dre-naj, a șasa zi se scoate meșa a doua și a șaptea zi s'a luxat drenajul Mikulics, pentru a se suprima complet în ziua a opta. În ziua a noua apar dureri mari abdominale și bolnava su-combă cu diagnosticul de peritonită generalizată și fistulă stercorală.

La autopsie: Peritoneul e acoperit cu false membrane de culoare verde, murdară. În cavitatea abdominală s'au găsit 200 cm.³ puroi, cu materii fecale. Epiploonul de culoare ver-zue erà aderent de ansele intestinale. În dreptul rănei abdo-minale pe o ansă intestinală era o perforație de 3 mm. La cec se găsesc urmele operației. Bontul apendicular prins cu nume-roase fire de mătase și în imediată vecinătate 3 guri anasto-motice deschise, prinse puțin de pereții intestinali negrii, cu fire libere. A 3-a gură anastomotică era prinsă într'un fir de ață și erà gangrenoasă. A 4-a gură anastomotică era sub cec, deschisă și atârână într'un singur fir de ață.

Din bazin s'au scos 200 cc. coaguli bruni.

Intestinele trimise de Sanatorul Ch.: O ansă intestinală lungă de 50 cm. legată de ambele capete cu fire de mătase, pe ea se constată o perforație $\frac{1}{2}$ cm. cu margini neregulate, la 3 cm. depărtare altă perforație de $\frac{2}{3}$ mm. diametru.

A 2-a ansă intestinală de 7 cm. era perforată în 3 porțiuni, iar a 3-a ansă lungă de 43 cm., prezenta o invaginație totală pe o lungime de 21 cm.

Apendicele extirpat, de 4 cm., turgescenț, eră acoperit cu false membrane.

Uterul măsoară în lungime 12 cm. și cântărește 145 gr. Colul are o lungime de 5 cm., corpul uterin transversal 7 cm. și antero-posterior 5 cm. Cavitatea uterină măsoară 5,5 cm. Miometrul are 2 cm. grosime mucoasa uterină e dispărută complet. Jumătatea stângă a peretelui anterior al uterului, prezintă spre trigonul vezical o pată circulară de 4—5 cm., hemoragică.

Examenul microscopic al peretelui uterin arată că e vorba de un chorio-epiteliom malign în regiunea perforației. Diagnosticul histopatologic a fost confirmat de către profesorul Dr. Robert Meyer-Berlin.

Diagnostic anatomo-patologic: La laparotomie, peritonită purulentă generalizată, rezecția ileonului și entero-entero-anastomoză, apendicectomie, histerectomie totală, abcese pulmonare, endo și miometrită, perforație uterină, status post-abortum.

Di Profesor Kernbach, bazat pe faptul că era vorba de un medic din mediul rural fără antecedente juridice, care a luat măsurile imediate (nu a omis de a interna bolnava) și mai ales faptul că era vorba de o tumoră care crea o minoră rezistență, făcând perforația inevitabilă, s'a pronunțat contra responsabilității deontologice a doctorului acuzat.

Părerea Domnei Sale a fost împărtășită de 6 profesori de medicină legală din Germania, Austria, Italia, Franța, precum și de profesorul Brindeau Paris, prof. Robert Mayer Berlin și doi juriști parizieni: Peytel și Boudin.

Concluzii.

1. Perforațiile uterine constituie un accident frecvent în timpul executării avortului. Frecvența aproximativă într'un oraș (Hamburg) e de 10 perforații anual (Heynemann).

2. Perforațiile uterine recunosc: a) cauze intrinseci, legate de diferite afecțiuni ale organelor genitale interne și b) cauze extrinseci datorite instrumentului și operatorului.

3. Cele mai importante cauze sunt cele intrinseci, predispozante: a) procese tumorale, b) procese inflamatorii, c) procese degenerative, d) anomalii de poziție, e) anomalii congenitale.

4. Diagnosticul diferențial al perforației uterine trebuie făcut cu: falsele perforațiuni, retenția placentară, sarcina extrauterină, peritonita, ocluzia intestinală, apendicita, tiflita, anexita, metrita, parametrita, tumorile anexiale, chistul dermoid torsionat.

5. Tratamentul perforației uterine este după unii autori absolut intervenționist, după alții conservator. Acest din urmă tratament are indicații mai restrânse, în cazuri necomplicate, bine cunoscute și luate imediat sub observație.

6. Pentru a ne pronunța asupra responsabilității medicului, trebuie să cunoaștem: a) existența sau absența unor leziuni preexistente, b) motivul avortului (criminal, terapeutic, septic), c) intervenție de urgență sau nu, d) condițiile în cari s'a executat avortul, (oraș, sat, spital), e) titlul de specialist al medicului și reputația acestuia.

7. Din punct de vedere medico-legal, perforația uterină va atrage după sine răspunderea medicului, numai atunci când el a omis de a interna urgent bolnava și a-i asigura ajutorul medical.

Văzută și bună de imprimat:

Președinte:

Decan:

(ss.) Prof. Dr. M. Kernbach. (ss.) Prof. Dr. D. Michail.

Bibliografie.

1. *Bekmann und Siegfried*: Beitrag zur instrumentellen Perforation des puerperalen Uterus. Deutsche Zeitschrift Gerichtlicher Medizin, 1932 p 35.

2. *Fett, Karl*: Perforationsverletzung der Blase bei Abort, Zentralblatt für Gynäkologie 1930, p. 3260—3265.

3. *Helman* (Galati): Perforation utérine avec grave lésion intestinale au cours d'un curettage pour avortement. Bul. et mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, Avril 1934, p. 536. Discussion: M. M. Soupalt, Mondor, Proust, Monre, P. Monod, Manclaire, Brocq, Basset, Rouhier, Huet, Desplas. Bul. et mém de la Soc. Nat. de Chirurgie, 11 Aprilie 1934, p. 536—541.

4. *Kernbach M.*: Perforațiile uterine și intestinale în timpul executării avortului. Extras din Revista de Endocrinologie, Gynecologie, Obstetrică, Nr. 4, 1936, Cluj.

5. *Laquière*: Trois cas d'hysterectomie abdominale. Bul. et mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, Martie 1933, p. 501.

6. *Moure*: Quelle conduite faut-il tenir à la suite d'une perforation survenue au cours du curettage? Bul. et mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, 1934, p. 570.

7. *Müller*: Über ein Fall von Blasen, Ureter und Gebärmutterverletzung. Zentralblatt für Gynäkologie 1932, p. 331—334.

8. *A. Madzuginskij*: Über uterus perforation bei künstlichem Aborte. Deutsche Zeitschrift gerichtlicher Medizin, 1934, p. 1, 2, 9.

9. *Pinsan J.*: Perforation utérine avec inclusion grêle au cours du curettage. Bulletins et mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie, 1933, II, p 241.

10. *Plăcinteanu Gh.*: Perfirația uterului cu ruptura ansei sigmoido-rectale în cursul unei tentative de avort criminal. Clujul Medical, Nr. 4, 1931, p. 228—230.

11. *Șoimaru și Pavelescu*: Perforație uterină cu leziune intestinală. Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique Nr. 3, Martie 1935, p. 181.

12. *Viannay Charles*: Perforation utérine au cours du curetage. Sur la question de la conduite à tenir en cas de perforation. Bul. et mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, 1934, p. 636. J. L. Faure Ibid. p. 642; M. Auvray Ibid. p. 647; P. Brocq Ibid. p. 648; M. Huet Ibid. p. 652; M. Mondor Ibid. p. 654; M. André Ibid. p. 668; Jean Quénu Ibid. p. 669; André Richard Ibid. p. 672; M. Sauvé Ibid. p. 673; M. D'Allaines Ibid. p. 674; F. Ferrari Ibid. p. 752; H. Gaudier Ibid. p. 755; R. Proust Ibid. p. 756; Alglave Ibid. p. 802; Sauvé Ibid. p. 804; Brocq Ibid. p. 804; Robert Monod Ibid. p. 808; Bréchet Ibid. p. 812; Proust Ibid. 822; G. Picot Ibid. p. 907; Finsterer Ibid. p. 926; Tănăsescu Ibid. p. 946.

13. *Weibel*: Betrachtungen über die Uterus perforation. Medizinische Klinik II., 1929, 1882—1884, p. 143.

1. *M. Kernbach*: Medicina Legală, Edit. Universității, Cluj, 1937, p. 744, 8^o p. 697.

2. *Mondor H.*: Les avortements mortels. Masson-Paris, 1936, p. 455, 8¹.

3. *A. Winter*: Uterusperforation. Halben-Seitz, Vol. VII. partea I., p. 582.

4. *A. Winter*: Verletzungen. Halben-Seitz, Vol. VIII. partea II., p. 448.