

OCLUZIA INTESTINALĂ
IN INFLAMAȚIILE ACUTE UTERO-
ANEXIALE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE NOIEMBRIE 1939.

DE

MIRCEA BOROȘ

medic intern al spitalului de stat Abrud

C L U J

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

OCLUZIA INTESTINALĂ IN INFLAMAȚIILE ACUTE UTERO- ANEXIALE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

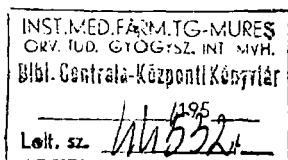
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE NOEMBRIE 1939.

DE

MIRCEA BOROȘ

medic intern al spitalului de stat Abrud

24 MAY 2005



C L U J

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“, DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Profesorii:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl. "	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	Prof "	<i>Benetato Gr.</i>
Fizică medicală	Conf. "	<i>Bărbulescu N.</i>
Istoria medicinei	Prof "	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologie și embriologie umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	" "	<i>Kernbach M.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Mihail D.</i>
Clinica neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moïdovan I.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Agr. M. Zolog</i>
Radiologie medicală	" "	<i>Manta I.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Negru D.</i>
Clinica chirurgicală)	" "	<i>Papilian V.</i>
Medicina operatoare)	" "	<i>Pop A.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Biologie generală	" "	<i>Racoviță E.</i>
Balneologie	" "	<i>Sturza M.</i>
Chimie	" "	<i>Secăreanu S.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	" "	<i>Teposu E.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasiliiu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : Prof. Dr. *Cr. Grigoriu*
 Membrii : | Prof. Dr. *Gr. Benetato*
 " " *V. Bologa*
 " " *V. Papilian*
 " " *Gr. Buzoianu*
 Supleant : Docent Dr. *I. Voicu*

INTRODUCERE.

Din mulțimea complicațiilor date de inflamațiunile acute utero-anexiale, se desprinde una, care survine rar, dar care tocmai prin raritatea ei, este interesantă de cunoscut, îndeosebi pentru medicul-practician, care în fața unui asemenea caz trebuie să știe să se descurce, fixând un diagnostic precis în vederea unei terapeutici adecvate.

Această complicațiune este „*ocluzia intestinală*“ survenită în decursul inflamațiilor acute utero-anexiale, care se situează pe primul plan atât prin gravitatea ei, prin greutatea fixării unui diagnostic etiologic, cât și prin raritatea ei.

Desigur, în fața unui tablou dramatic de ocluzie intestinală, intervenția se impune și diagnosticul etiologic se va fixa în cursul operației; dar nu e mai puțin adevărat că atragerea atenției asupra eventualității acestei complicațiuni, în conținutul diagnosticului diferențial și fixarea diagnosticului ca atare, va aduce precipitarea intervenției.

Trebuie să stabilesc dela început, că acest subiect tratează „*ocluziile intestinale datorite strangulării unei anse intestinale pe o bridă cu punct de plecare din sfera genitală sau o cudură de intestin printr-o aderență care îl fixează la un punct oarecare al bazinului*“ și nu interesează ocluziile intestinale, datorite unui proces inflamator cronic (tuberculoza plecată din sfera genitală), cât și ocluziile intestinale consecutive operațiilor pentru inflamații utero-anexiale.

Planul lucrării va fi cel obișnuit tratării unei afecțiuni (istoric, anatomie-patologică, etiologie și patogenie, etc.) Vor urma apoi cazurile și după discuția lor, concluziile.

Desigur, având în față un subiect, care tratează o complicațiune foarte rară, lucrul nu este tocmai ușor. Greutatea tratării acestui subiect stă în doi factori: primul este raritatea cazurilor și deci a publicațiunilor asupra acestui subiect și al doilea ar fi necesitatea ca tratând paralel afecțiunile infla-

matorii acute utero-anexiale și ocluzia intestinală, în capitolele respective să se facă o lucrare de sinteză, dând — fără a exagera tratarea uneia — din fiecare, noțiunile respective absolut necesare și făcând astfel ca din tratarea acestui complex material, să reiasă limpede tot ce interesează această complicație.

Numai prin descrierea cauzei (a inflamației acute utero-anexiale) și urmărirea evoluției acesteia până la producerea efectului (ocluzia), a cazurilor și ceiace decurge din ele, se poate trage un real folos din cunoașterea acestui subiect, care ar contribui la fixarea diagnosticului etiologic și patogenetic. Acest lucru este destul de greu în sindromul ileusului, despre care Prof. *Hașieganu*, spune: „*Acel medic, care va face un diagnostic precoce și patogenetic cu mai puține greșeli, este un maestru în arta clinică*“.

Am adăugat la capitolul simptomatologiei ocluziei intestinale și un mic sub-capitol de fiziologie patologică, el precedând capitolul terapiei, cu care este în imediată și strânsă legătură.

Prezint în această lucrare 8 cazuri din serviciul *Dlui Dr. C. I. Andreoiu* (Spitalul Abrud-Alba), un caz al *dului Dr. Adameșteanu* (Spitalul Huși) și un caz al *Dlor Dr. V. Plătăreanu, Dr. I. Porumbaru și Dr. I. Albu*.

Țin să mulțumesc *Dlui Profesor Dr. Cristea Grigoriu*, care odată cu aprobarea acestui subiect mi-a acordat și prețiosul Domniei sale concurs.

Datorez abordarea acestui subiect *Dlui Dr. C. I. Andreoiu* sub auspiciile căruia am lucrat și care mi-a ușurat mult din muncă prin îndrumările date.

ISTORIC.

Istoricul acestei complicațiuni este destul de sărac atât în literatura medicală străină, cât și la noi.

În tratatul de ginecologie al lui *Forgue și Massabuau* (1927) se află scris referitor la complicațiile utero-anexiale acute, următoarele: „Ocluzia intestinală în aceste inflamațiuni, este o complicație destul de rară. În afară de un număr de observații izolate, se găsesc puține lucrări asupra acestei chestiuni“.

În Franța au publicat: *Nouet* — „Obstructions intestinales et affections pelviennes chroniques“, Thèse, Paris 1874; *Bauby* — „Complications des salpingites provoquées par des adhérences intestinales“, Archives Med. de Toulouse 1904; *Rosso* — „De l'Obstructions intestinale chez la femme liées aux inflammations pelviennes. Thèse, Lyon 1907, care aduna-se până atunci 31 observații de ocluzii intestinale în cursul anexitelor.

Tot *Forgue și Massabuau* scriu: „factorul indispensabil al ocluziei este inflamația perianexială, aderențele peritoneului pelvian. Se disting două forme de ocluzie intestinală: a) ocluzia acută datorită strangulării unei anse intestinale pe o bridă sau o cudură de intestin, care îl fixează la un punct oarecare al bazinului și b) ocluzii cronice sau obstrucții intestinale, care se produc mai ales în cazuri unde inflamația de origine anexială, s'a întins până la ansa sigmoidă sau la rect, determinând o stenoză recto-sigmoidiană tip Küss“.

Mai este deasemenea un memoriu făcut, de *R. Kaufmann*: „de l'occlusion intestinale aiguë au cours des salpingites“ (La Gynécologie et la semaine gynécologique des praticiens réunis au XIX-ème Congres Oct., 1930 pag. 603—611).

J. L. Faure și A. Siredey în tratatul de ginecologie medico-chirurgicală 1928, la capitolul „Influences des affections génitales sur l'organisme“ vorbind despre influența boalelor

genitale asupra aparatului digestiv, spun numai următoarele asupra subiectului ce ne interesează: „ces désordres sont dus quelquefois à la compression directe du rectum par le corps utérin retrofléchi par un fibrome, par une tuméfaction inflammatoire des annexes, par des brides“.

În literatura medicală germană, în marele tratat „Biologie und Pathologie des Weibes“ *Halbau-Seitz* la capitolul respectiv, nu se pomenește nimic asupra acestei complicații.

În literatura medicală românească, găsim în revista de Gynecologie și Obstetrică, București 1936, un articol al d-lor *V. Plătăreanu, I. Porumbaru și I. Albu*, intitulat: „Ocluzii intestinale în cursul inflamațiilor genitale acute“, care prezintă un caz survenit în timpul inflamației utero-anexiale și alte trei, consecutive intervențiilor asupra acestor organe inflamate (aceste trei din urmă, neintrând în cadrul subiectului nostru).

Prof. C. Daniel în decursul lungii sale cariere, n'a observat decât un singur caz de acest fel. (Gynecologie și Obstetrică Nr. 7—8 pag. 235 Buc. 1936).

Ori cât de mărginită ar fi cercetarea bibliografiei în legătură cu tratarea acestui subiect, va trebui să se recunoască totuși că asemenea ocluzii intestinale în inflamațiile anexiale acute sunt rarități. Ajunge pentru acesta, să se amintească, că în atât de bine cunoscutul tratat al lui *H. Mondor* „Diagnos. tics urgents“ — abdomen — în care sunt adunate lucrările de seamă ale medicinei universale, de specialitate printre cauzele ocluziilor, nici nu-i citată inflamația utero-anexială.

În deosebi se relevă lucrarea D-lui *Dr. C. I. Andreoiu* (Spitalul Nr. 9 1938), de care, în mare parte, m'am servit în lucrarea de față și care vine cu un număr mai mare de observații de ocluzii intestinale, survenite în decursul inflamațiilor acute utero-anexiale.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE.

Ocluzia intestinală din cursul infecțiilor utero-anexiale acute, având drept cauză directă bridele și aderențele produse de aceste inflamațiuni, ce au cuprins peritoneul, e clar, că etiologia acestei ocluzii, se confundă cu a inflamațiilor utero-anexiale.

Doi factori domină etiologia acestor afecțiuni genitale: *gonococul* (blenoragia) și *streptococul* (infecția puerperală). Punctul de plecare, focarul inițial al infecției este în majoritatea cazurilor, infecția uterină, care prin continuitate prinde anexele, peritoneul pelvian și țesutul celular periuterin. Avem așadar metrita gonococică, la care infecția pleacă din canalul cervical și trecând orificiul uterin din aproape în aproape pe mucoasă, dă o endometrită, care devine cronică și care prin continuitate, prinde mucoasa tubară, apoi peritoneul, fie că infecția ajunge aci, prin pavilionul trompei, fie că se propagă prin penetrații transpariatale pe cutele seroase ce îmbracă organul.

Gonococul este factorul preponderent al salpingitelor și peritonitelor perisalpingeene. În infecția gonococică, e vorba de leziuni superficiale, ce trec puțin în profunzimea endometrului; este o maladie a mucoasei, care se propagă la suprafață din apropiere în apropiere, dealungul cavității uterotubare, în mod insidios.

În metrita post-partum sau post-abortum, suprafața de inserție placentară este o plagă expusă infecției. Microbul cauzator al acestei infecții, este de obicei streptococul, asociat câteodată cu stafilococul sau colibacilul. Streptococul în acest caz poate traversa peretele uterin și pătrunde în țesutul celular al bazinului. Plaga uterină infectată e punctul de plecare al unei absorbții prin vase sangvine, limfatice, ce duc microbul către straturile celulare vecine și către peritoneu. Astfel se produc procese acute și adesea difuze: flegmoane periute-

rine, peritonită limitată la pelvis sau difuză la toată seroasa și în formele septicemice, intoxicații generale.

Așadar, e mare deosebire între cele două feluri de infecții în ceiace privește evoluția lor. În timp ce gonococul dă mai mult salpingite, infecția streptococică dă de obicei flegmoane ale ligamentelor largi și pelvi-peritonită.

Infecțiuni secundare cu streptococ sau stafilococ se pot combina cu gonococul și atunci blenoragia dă dela început accidente acute de supurații pelviene mai puțin circumscrise. Sunt deasemenea și infecții, ce urmează unui avort și evoluează ca o infecție blenoragică, fenomenele septice, rămânând localizate la mucoasă, această endometrită post-abortum prinzând trompa prin propagare lentă. Astăzi e un lucru știut, că infecția puerperală la femeile atinse de endometrită blenoragică, dă mai ales salpingo-ovarite. Oricare ar fi agentul microbian, causal, esențialul în toate aceste infecțiuni acute utero-anexiale, este leziunea peritoneului ca punct de plecare al membranelor de neoformație, ce pot duce la ocluzie.

În ocluzia intestinală (ca rezultat al procesului inflamator acut, plecat dela uter și anexe, în care iau naștere bride, cordoane, aderente ileo-ileale sau ileo-anexiale, procesul patologic prinzând mai ales intestinul subțire) factorul peri-anexită, este indispensabil.

În aceste cazuri, — inflamația acută cu interval scurt dela începutul boalei până la producerea ocluziei, sau inflamațiuni succesive la distanțe mari de timp, — procesul inflamator acut utero-anexial a fost punctul de plecare al unei reacții de apărare, în urma căreia au luat naștere aderentele, membranele, bridele sau cordoanele.

Ocluzia intestinală provocată de bride este mult prea cunoscută. Dar cazurile de ocluzie intestinală și în special ocluzie ileală produse de bride sau membrane de neoformație inflamatorie, al căror punct de plecare să fie sfera genitală par a se întâlni foarte rar și mai mult dacă raportăm acest fel de ocluzie, la nesfârșitul număr de inflamații acute utero-anexiale. Dintre aceste ocluzii se exclud dela sine ileusurile paralitice, cari întovărășesc unele forme acute extensive de inflamație utero-anexială.

Care e mecanismul de producere al ocluzieiP

Leziunile inflamatorii utero-anexiale pot produce ocluzia intestinală prin trei mecanisme:

a) Prin compresiune directă produsă de o tumoră anexială. (Piosalpinx).

b) Prin transmisiunea inflamației la ansele intestinale vecine. (Epiplaită adezivă, peritonită plastică, periviscerită, perisigmoidită, ileus simplu etc.).

c) Prin transmisiunea inflamației la distanță (ileus, aglutinarea anselor, bride).

Deci, din punct de vedere *patogenic*, este un amestec între elementul mecanic și factorul *infectios*.

Bridăle, cordoanele, aderențele (procese fibro-conjunctive vascularizate, care se deosebesc între ele, numai ca mărime și formă) ne prezintă o mulțime de posibilități de strangulare a anselor intestinale.

În cazul nostru, punctul de plecare fiind în sfera genitală, avem:

Prin transmisiunea inflamației utero-anexiale la distanță.

I. Bride și cordoane.

A. Bride interviscerale:

1. Bride ce pleacă dela uter și anexe:

dela uter și anexe la ileon, fie sub forma unei bride simple sau sub forma a mai multor bride, ce pornesc în evantai, prinzând ansele între ele și strangulându-le. Aceste bride sunt cele mai frecvente; dela uter și anexe la marele epiplon, la cec, la rect, la colonul sigmoidian etc.

2. Bride între celelalte viscere abdominale (ileo-ileale, ileo-mezenterice, ileo-colice etc.)

B. Bride visceroparietale:

1. dela uter și anexe la perete.

2. dela alte organe din cavitatea peritoneală la perete (mezentero-parietale, ileo-parietale).

C. Bride pariето-parietale.

Această împărțire a bridelor este făcută având în vedere punctul lor de plecare din sfera genitală și frecvența lor. De aici se vede marea varietate și posibilitate de strangulare a unei anse intestinale. *Strangularea se face fie sub bridă, fie peste bridă sau brida face un nod în jurul intestinului.*

Prin transmisiunea inflamației utero-anexiale la ansele vecine:

II. Aderențele:

A) Aderențe ce se fac între uter și anexe, cu ansele ileale într'un proces patologic adeziv, toate solidizate în bloc și cel mai adesea căzute în fundul de sac al lui Douglas.

B) Aderențe ce se fac între diverse organe din cavitatea peritoneală sau între aceste organe și perete (epiploită adezivă, peritonită plastică cu anse ileale aglutinate între ele, periviscerite).

Perivisceritele ce le întâlnim mai des în cazul punctului de plecare al procesului din sfera genitală, ar fi: 1. peridextro-visceritele inferioare, în care vom avea simptomele unei pericolite drepte, sau unei peri-apendicite. În inflamațiile acestei regiuni mezenteral și epiplonul fiind adeseori prins, vom avea de multeori și sindromul mezentero-epiploic; 2. peridextro-visceritele bipolare sau dextritele, care evoluează cu un sindrom abdominal polivalent; 3. perisinistro-visceritele dintre care ne interesează perisigmoidita, care evoluează cu sindromul dureros al fosei iliace stângi.

Din punct de vedere al evoluției ocluzia poate fi:

1. acută, datorită bridelor.
2. lentă, prin compresiune directă (piosalpinx) și periviscerita.

ANATOMIE PATOLOGICĂ.

În general, punctul de pornire al inflamațiilor utero-anexiale îl constituie metrita. Prin propagarea ei în vecinătate, se complică cu salpingita și cu salpingo-ovarita. În jurul uterului și al anexelor inflamate, peritoneul ce le acoperă reacționează în mod subacut, formându-se astfel neo-membrane, care dau aderențe viscerale, ori mici colecțiuni seroase închistate: perimetrita, perisalpingita, periovarita. Vom aminti apoi în ordine pelviperitonita și flegmoanele periuterine. În fine, după descrierea tuturor acestor leziuni, va urma o scurtă descriere anatomico-patologică a ocluziei intestinale.

1. **Metrita.** Inflamația uterului poate interesa numai mucoasa uterină, constituind *endometrita pură*, care se întâlnește mai ales la femeile tinere, ori poate cuprinde și stratul musculo-conjunctiv, în care caz se numește *metrita parenchimatooasă* și se întâlnește mai ales la multiparele de o vârstă mai înaintată. Mucoasa apare îngroșată chiar la ochiul liber. Grosimea normală de un milimetru poate ajunge la 2—3, 4—5 mm. și chiar un cm. În unele cazuri suprafața mucoasei se acoperă de granulațiuni, de fungozități ori de vegetațiuni, de unde și numele de metrită *fungoasă*, metrită *granuloasă* și metrită *vegetantă*. Endometrita poate fi: *glandulară*, *interstițială*, și *emoragică*, dupăcum interesează sistemul glandular, țesutul interstițial, ori vasele. Deobiceiu însă e *mixtă*, interesând concomitent toate cele trei elemente. a) Leziunile glandulare sunt următoarele: glandele sunt mărite de volum (ipertrofiate) și înmulțite ca număr (iperplaziate). Ele sunt alungite și pline de mucus, care uneori le obliterează orificiul, formându-se astfel mici chiste. În endometrita fungoasă a lui *Olshausen*, predomină leziunile glandulare și uneori proliferarea glandulară este atât de abundentă încât avem de-a face cu un adevărat adenom benign. b) Leziunile stromei:

celulele mici ale țesutului conjunctiv se măresc și dau un aspect asemănător sarcomului. Celulele rotunde ale țesutului interglandular se înlocuiesc cu celule fuziforme, țesutul conjunctiv devenind fibros, iar glandele se închistează. c) Leziuni vasculare: dilatația capilară este un fapt constant și produce emoragia.

2. **Salpingita.** Inflamația mucoasei uterine, atinge prin continuitate mucoasa tubară; endometrita e urmată de endosalpingită. Prima fază a acestei inflamații este *salpingita catarrală acută*, iar când mucosa supurează, vorbim de *salpingită acută purulentă*. Infecția poate atinge peretele trompei dând naștere *salpingitei interstițiale* care poate fi ipertrofică, adică cu pereții îngroșați și cavitatea micșorată, ori scleroasă. Câtă vreme cavitatea tubară rămâne permeabilă, puroiul se drenează spre uter. În momentul, în care însă orificiile trompei se astupă, puroiul nu se mai poate drena, iar în cavitatea închisă astfel formată, ia naștere *piosalpinxul*.

Cum se formează, însă, această pungă purulentă în cursul salpingitei? Este nevoie ca ambele orificii tubare să se oblitereze. De partea orificiului uterin se observă o impermeabilitate datorită îngroșării pereților, micșorării calibrului trompei și curburilor extremității uterine.

După *Freund* unele femei ar fi predispuse acestui gen de colecții în urma faptului că cele 7—8 torsiuni spirale ale trompei din viața intrauterină și care sunt suprimate treptat până la pubertate, rămân în stadiul lor dela naștere. Pavilionul se obliterează prin aderențe la ovar ori prin astuparea orificiului.

Macroscopic: trompa e mărită de volum, alungită și cu numeroase cuduri. De o colorație roșie, ea e acoperită de false membrane groase, întinse și prezintă aderențe cu ovarul și chiar cu organele abdominale. *Reacția peritoneală concomitentă este explicată de lipsa de permeabilitate a trompei spre uter*, (puroiul neputându-se drena). La deschiderea abdomenului procesul de peritonită concomitentă se manifestă prin prezența unui puroiu verzui și a falselor membrane, care aglutinează ansele intestinale. Această peritonită are o netă tendință la localizare (pelvi-peritonită), iar formarea aderențelor este un fenomen precoce ce împiedică generalizarea procesului infecțios.

Microscopic: aspectul isto-patologic al leziunilor variază după intensitatea procesului patologic. Se observă fenomene de congestie; alterațiuni profunde ale celulelor cilindrice cu umflare, descuamare și necroză; un corion plin de polinucleare, destins de edemul și emoragia interstițială; iar fasciculele musculare sunt dissociate de exudate lichide și celulare.

Evoluția salpingitelor acute în afară cazurilor de ruptură se face în puseuri succsive intercalate de faze torpide, iar la microscop găsim adesea leziuni inflamatorii de vârste diferite.

3. **Ovarita.** De obicei leziunile trompei sunt întovărășite de leziuni ale ovarului. Ovarul poate fi infectat: a) pe la periferie, b) prin chil și c) pe cale ematogenă.

Inflamația periferică este cea mai frecventă, mai ales în salpingita blenoragică, unde ovarul acoperit de false membrane, nu prezintă leziuni prea profunde. Infecția hilară se propagă dela o salpingită, iar ovarul devine astfel sediul unei inflamațiuni purulente, cu abcese diseminate, ori unite într'o pungă necrotică. Aceste abcese au mare importanța clinică prin dificultatea unui diagnostic exact și prin slaba lor tendință de a ceda spontan. Tot pe cale hilară, însă limfatică infecția produce de obicei abcese. Infecția ematogenă a fost observată în cursul anginei, gripei, febrei paratifoide și produce o ovarită primitivă supurată. Infecța ovariană, prin continuitate este de obicei urmarea unei salpingite blenorigice, care determină o peritonită localizată cu false membrane și cu leziuni corticale.

4. **Poly-peritonita.** Am pomenit la începutul capitolului și am văzut cu deosebire în cursul salpingitei și ovaritei, că *peritoneul reacționează prin formarea de neomembrane, care duc la aderențe viscerele sau la mici colecții închise.* Noțiunea de pelvi-peritonită nu se aplică formelor adezive localizate (perimetrită, perisalpingită, periovarită), ci este rezervată colecțiilor intraperitoneale închistate ale bazinului, unde puroiul se acumulează în compartimentele seroase. În aceste cazuri, leziunea peritoneală, predomină asupra celei utero-anexiale. Colecția purulentă se face de obicei în Douglas, unde se înconjoară de o capsulă de aderențe, ce merg dela fața posterioară a uterului către rect și sacru: este abcesul retro-uterin, caz destul de frecvent. Alteori, în pelvipertonita:

puerperală când nivelul uterului e foarte ridicat, această lojă purulentă inchistată, se ridică foarte sus, putând ajunge uneori până la ombilic. Tăpt constant în ambele cazuri este reacția peritoneală, manifestată prin membrane de neoformație, cari duc în mod fatal la aderențe.

5. Flegmoane peri-uterine sau celulite pelviene. Clinic trebuiesc distinse două zone; cărora le corespund două variații principale de abcese pelviene. Prima între fața inferioară a peritoneului, ridicătorul anal, țesutul celular al planșeului și baza ligamentului larg, traversat de ramurile intra-pelviene ale iliacei interne, de limfaticile colului, zonă celulară, care corespunde parametrului și care înconjoară fața inferioară a uterului cuprinzând înainte vezica, iar înapoi rectul. A doua este regiunea ligamentului larg, traversată de către artera utero-ovariană, de limfaticile fundului uterului, ale trompei și ale ovarului. De aici aceste două feluri: a) parametruta, flegmonul bazei ligamentului larg, celulita pelviană și flegmonul tecei ipogastrice b) flegmonul vârfului ligamentului larg. Abcesele parametrului se propagă către vezică înainte, către vagin în jos, către rect înapoi sau către fosa iliacă în afară.

Ele pot ieși afară din bazin prin scobitura sciatică ori prin gaura obturatoare. Abcesele intraligamentare se dezvoltă între cele două lame ale seroasei și se îndreaptă adesea către fosa iliacă, urmând vasele utero-ovariene.

Toate aceste inflamațiuni utero-anexiale și peri-utero-anexiale interesând peritoneul dau o peritonită localizată generatoare de bride, cari produc ocluzie.

6. Peritonita localizată este cel mai adesea secundară. Survine în legătură cu afecțiunea unui organ abdominal ori ca o consecință a unei peritonite acute inchistate. Adeseori este localizată în jurul sau în vecinătatea unui organ și atunci avem o periviscerită, la care peritoneul reacționează cu un proces exudativ fibrinos, care duce la formarea de bride, neo-membrane, îngroșări, care favorizează aderențe între organe. Se produc aderențe simultane mai ales prin coafectarea epiploonului și mezenterului. Aceste aderențe cicatrizându-se pot să dea apoi cele mai variate deformații, stricturi și cotituri. Dar în peritonita cu tendință la localizare, infecția încetează, limitarea procesului se desemnează și reacția de părere se

manifestă. Cu cât infecția e mai puțin virulentă, (cazul gonococului) cu atât se mărește tendința la localizare prin aderențe neomembranoase. La nivelul anșelor intestinale aderențele viscerale și visceroparietale se organizează compartimentând focarul: puroiul se colectează într'un spațiu închis. Astfel se realizează o adevărată excludere a părții infectate a seroasei. Acest focar poate fi unic și câteodată poate să cuprindă cea mai mare parte a cavității peritoneale, fondul fiind constituit de către masa intestinului subțire, (peritonita cu închistări mari a lui *Jalaguer*).

Deasemeni infecția pe cale limfatică creiază focare supurate secundare la distanță, constituind astfel forma fibrinopurulentă progresivă. Asupra formațiilor acestor aderențe viscerale, asupra închistării puroiului și din poziția topografică a acestor peritoneite localizate, influențează trei condițiuni:

a) Prezența marelui epiploon, care prin amploarea sa, mobilitatea sa defensivă, prin analogiile de reacții seroase, activitatea puterii sale plastice pentru a forma aderențe cât și prin intensitatea sa fagocitară, joacă un mare rol de protecție față de viscere și limitarea procesului infecțios.

b) inserția diverselor mezouri.

c) Existența cutelor peritoneale, periviscerale.

7. Ocluzia intestinală. Strangulația prin bride și prin compresiune fiind cea obișnuită, în ileusul mecanic din decursul inflamațiilor acute utero-anexiale, vom studia anatomia patologică a ileusului mecanic prin strangulație. Din punct de vedere anatomo-patologic avem: a) turburări circulatorii și leziuni ischemice, rezultând din stricțiunea suferită de părțile strangulate (ansă intestinală cu mezenterul său). b) oprirea materiilor intestinale. Ansa strangulată se transformă într'un spațiu cu condiții prielnice exaltării virulente a microbilor intestinali și producției leziunilor infecțioase a pereților ansei. Aceste două ordine de leziuni, mecanice și infecțioase combină culminând prin perforația și gangrena ansei.

Prima perioadă: turburări circulatorii. Se produce o înțetinire a circulației mai întâi venoase, ducând la o stază venoasă cu colorația roșietică a intestinului, focare emoragice și îngroșarea tunicilor.

Perioada doua: leziuni ischemice și infecțioase ale pre-

telui. Aportul arterial scăzând, în timp ce extravazările sanguine cresc în perete, ansa strangulată ia o culoare închisă; turburărilor circulatorii le succed leziunile ischemice, trombozice și infecțioase. Aceste leziuni au două sedii:

1. Leziuni ale conturului strangulat: pe conturul porțiunii strangulate se vede un șanț apreciabil, câteodată un cerc cenușiu, răspunzând unei exudațiuni seroase. La acest nivel leziunile sunt de obicei mai accentuate. Destrucția peretelui se face dinăuntru în afară interesând mai întâi mucoasa, apoi musculoasa, atingând în fine seroasa, unde se găsesc perforațiuni adesea mici invizibile.

2. Leziunile corpului ansei: descuamația și necroza mucoasei, cari deschid microbilor straturile profunde ale peretelui, tromboze și infarct vascular, cari favorizează penetrația microbiană și necroza. În fine ansa strangulată poate fi atinsă de gangrenă.

3 Așa dar, oricare ar fi agentul de strangulație, un lucru e comun acestor diverse varietăți: leziunile precoce ale ansei strangulate și ale mezenterului său.

Această ansă e congestională, edemațiată, prezintă echimoze intraparietale, ce duc în urmă la sfacel. Gangrena începe la nivelul inelului de strangulare, dar leziunile nu se limitează numai la zona de stricțiune, ci ansa strangulată prezintă deasemenea emorgii intraparietale și tromboze mezenterice ce duc la necroze. În producerea acestor leziuni necrozante, joacă rol nu numai compresiunea mecanică, ci și migrațiunile microbiene, care se fac prin peretele ansei.

Reținem din descrierea anatomo-patologică a inflamațiilor acute utero-anexiale următoarele:

Toate infecțiunile acute din sfera genitală (uter, trompă, ovar), sunt întovărășite de o reacție peritoneală mai mult sau mai puțin intensă, care reprezintă un proces de limitare a infecției și care se manifestă prin apariția membranelor de neoformație (bride, cordoane, aderențe ileo-ileale, sau ileo-anexiale). În cazul salpingitei, perisalpingita consecutivă este datorită lipsei de permeabilitate a trompei, iar falsele membrane, cari duc la aglutinarea anselor intestinale și la aderențe, reprezintă o peritonită cu o netă tendință de localizarea (pelvi-peritoneală).

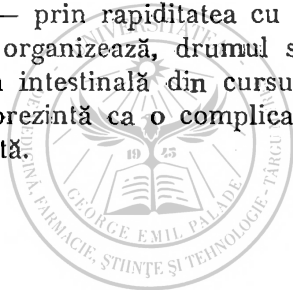
În cazul ovaritei, infecțiunea care de cele mai multeori se face la periferie (există prin urmare o perisalpingită), se manifestă deasemenea printr'o reacție peritoneală, false membrane și aderențe.

În cursul pelvipertonitelor, posibilitatea formării aderențelor prin cantitatea mărită de puroiu existent, ia cu deosebire un aspect mai grav prin nivelul ridicat (până la ombilic în infecția puerperală), la care ele pot ajunge.

În fine, abcesele parametrului și abcesele intra-ligamentare, prin posibilitatea pe care o au de a se propaga către fosa iliacă, sunt un izvor de membrane de neoformație și de aderențe.

Am văzut că procesul de reacție peritoneală este un fenomen precoce.

Prin precocitatea acestui fenomen și uneori — din fericire destul de rar — prin rapiditatea cu care membranele și bridele acestea se organizează, drumul spre ocluzie devine evident, iar ocluzia intestinală din cursul inflamațiilor acute utero-anexiale, se prezintă ca o complicație deși rară, totuși posibilă, demonstrată.



SIMPTOMATOLOGIE.

Ceeace interesează în acest subiect, este stabilirea unui diagnostic etiologic pe cât este cu putință. Acest lucru nu poate fi făcut decât studiind întreaga simptomatologie, dela punctul de pornire și evoluția ei până la producerea ocluziei.

Pe noi ne interesează complexul acestei simptomatologii, tocmai pentru ca să putem urmări posibilitatea producerii unei ocluzii sau să-i putem stabili diagnosticul etiologic și patogenetic. Observăm așa dar, că cunoașterea antecedentelor genitale ale bolnavei, depistarea unei afecțiuni utero-anexiale la o femeie cu ocluzie, ne poate deschide larg calea spre posibilitatea fixării acestui diagnostic. În timpul studiului acestei simptomatologii, ne vom servi de observarea cazurilor și a celor ce decurg din ele. Deoarece, fenomenele ocluzive aduc pe bolnavă cel mai adesea la noi cât și faptul că, ileusul e cel ce periclitează viața bolnavei, aceasta deci ne va interesa în primul rând.

1. **Sindromul ileusului**, poate evolua acut, lent și cronic. De obicei această evoluție este acută. La început predomină fenomenele locale. Durerea care este foarte mare în ocluzia prin strangulație, iradiază spre peretele abdominal și în lombe. La început atroce, ea devine mai târziu mai atenuată și este însoțită de peristaltism și ghiorăituri. Odată cu durererea apar vărsăturile, care încep prin a fi alimentare și devin apoi bilioase. După câteva ore dela instalarea ocluziei, se produce o oprire de gaze și materii fecale, care este cu atât mai completă, cu cât ocluzia este localizată mai jos. Debutul ocluziei se întovărășește de bradicardie, respirație încetinită, sughi. La examenul abdominal se constată un meteorism local, care mai târziu se generalizează și devine astfel mai pronunțat. Meteorismul localizat, cu clapotaj, ia forme variate, după sediul ocluziei. Avem *semnul lui Wahl*, când sub degetele noastre simțim un tub elastic contractil și *semnul lui Wilms*,

când în același loc auzim gurguimente, „bruit métallique“. În ileusul superior abdomenul este retractat, iar când ocluzia se găsește la nivelul colonului, se poate constata o sonoritate lombară. (*Mathes*).

După 6—8 ore, urmează un calm relativ, în care durerea dispare, iar meteorismul se generalizează, având o matitate declivă, produsă de lichidul acumulat în ansa aferentă obstacolului. Printre aspectele caracteristice, pe care le poate lua în acest timp meteorismul, notăm: „Dilatation en cadre“ (*Langier*), „Flankenmeteorismus“ în ocluziile colonului descendent ori rectosigmoidiene și abdomenul globos, „pointant en avant“ în ileusul ileo-cecal.

Urmează apoi o etapă dominată de o intoxicație generală masivă: sete mare, puls frecvent și ipotonic, transpirații reci, extremități reci, facies abdominal, neliniște și vărsături fecaloide. Fetiditatea acestor vărsături se datorește fenomenelor de putrefacție. Concomitent se observă insuficiență hepatică, renală și suprarenală, care se traduce prin subicter, oligurie, albuminurie, ipotonie și colaps.

În faza terminală, moartea survine în colaps, sincopă, prin paralizie bulbară, ori cu convulsii tonico-clonice. În această fază se instalează de obicei semnele unei peritonite generalizate — infecția — care maschează aspectul clinic al ocluziei.

În ocluzia lentă, debutul se face prin prodrôme. Bolnavul suferă de câțva timp de constipație alternată cu meteorism și turburări dispeptice. Durerea n'are nici bruschețea, nici intensitatea formelor acute. Ea este intermitentă, rău localizată, arătându-se după masă sub forma de colici. Balonarea e tardivă și vărsăturile iau mai târziu caracterul fecaloid.

În general, cazurile de ileus prin strangulare prezintă tipul unei ocluzii acute iar formele de ileus prin compresiune etc., iau de obicei tipul ocluziei cronice. Dar în clinică această formulă este inconstantă și se observă destul de frecvent accidente de ocluzie acută succedând brusc simptomelor de ocluzie progresivă.

Dintre formele clinice, care ne interesează în lucrarea de față, amintim două:

1. *Ileus mecanic prin ocluzie*. Se caracterizează prin violete mișcări peristaltice deasupra stenozei. Intestinul este

dilatat. Vărsăturile lichide se produc fără efort și în mare cantitate. Uneori găsim chiar scaune și diarei, provenite din regiunea substenoazată, în ocluziile superioare. Retenția de gaze e completă, abdomenul este retractat și stercoremia se stabilește rapid. În ocluziile părții terminale, se observă semnul lui *König* și *imagini hidro-aerice la Röntgen*. În ocluziile flexurii observăm sindromul lui *Bouveret*: dilatarea cecului și a colonului ascendent, clapotaj și crize dureroase de peristaltism, ce merg dela fosa iliacă spre bordul costal. În ocluziile sigmei, colonul întreg dilatat încadrează abdomenul.

2. *Ileus mecanic prin strangulație*. În această formă se constată un început brutal cu durere atroce și difuză.

Starea generală e dela început proastă, fața gripată, pielea rece, transpirația rece, puls mic, oligurie, limba uscată și sete mare. Peristaltismul se observă rar deasupra ansei dilatate. Lichidul în cavitatea peritoneală se formează repede, iar peritonita ce se instalează este adesea precoce. Moartea survine în patru-cinci zile cu fenomene grave de intoxicație. „Oricare ar fi mecanismul strangulației, tabloul clinic este dominat de o durere foarte mare abdominală, de vărsături precoce și frecvente, de o stare generală proastă și de instalarea rapidă a fenomenelor de peritonită generalizată“.

3. *Fiziologia patologică a ocluziei*.

a) Cu cât ocluzia este situată mai sus, cu atât moartea este mai rapidă.

b) Accidentele sunt datorite unei toxemii (stercoremie), datorită rezorbției substanțelor toxice și toxice din intestin.

c) Intoxicația se produce după unii prin proteoză (*Roger*) sau histamină (*Gérard*), un toxic elaborat probabil în conținutul ansei intestinale, deasupra obstacolului, acel toxic fiind de origine tisulară; sau format prin alternarea produselor din ansă prin bacterii cu putere proteolitică. Oricum ar fi ocluzia intestinală înainte de toate este o autointoxicație. După *Körte*: „o picătură de conținut intestinal în ocluzie poate fi mortală“.

d) Aceste toxine pot străbate cu ușurință peretele intestinal și sunt absorbite astfel de peritoneu.

e) După înlăturarea obstacolului produsele toxice invadează brusc intestinul subiacent, ceiace ar produce o rezorbție masivă a produsului. De aceea enterostomia s'ar impune pentru a deriva aceste toxine la exterior.

f) Starea vaselor intestinale domină evoluția accidentelor. În urma ischemiei ansa strangulată se necrozează rapid, de unde riscul contaminării septice și gravitatea trombozării vaselor mezenterice.

g) Fenomenele nervoase reflexe au un rol considerabil în producerea colapsului cardiac, ipotensiunii vasculare, vărsăturilor și meteorismului. Aceste fenomene sunt cu atât mai marcate cu cât leziunile sunt mai apropiate de plexul solar.

h) Se produce un sindrom umoral, caracterizat prin modificări în compoziția biochimică a sângelui: cloropenie (clorul se combină cu toxicul dând un produs netoxic), azotemie neproteică, augmentarea globulinei, iperglicemie și hiperlipemie.

2. **Utero-anexitele.** Simptomatologia utero-anexitelor este destul de complexă, dar există o serie de simptome comune tuturor inflamațiilor acute, care ne atrag atenția asupra unei suferințe de natură infecțioasă în sfera genitală.

a) Găsim aproape constant o *scurgere vaginală*, care ia caractere diferite după natura ei și după locul de unde provine. Scurgerea aceasta este rareori continuă. Când provine din uter, are o culoare albă gălbui și abundentă. Când colul uterin o elaborează, atunci e gelatiniformă. În măsura permeabilității trompei, ea poate avea un loc de origină în trompă (abces), însă de cele mai multeori se produce în aceste cazuri o colecție închisată a puroiului, care în felul acesta rămâne pe loc. Inflamația concomitentă a tractului genital explică de ce în asemenea cazuri scurgerea poate totuși exista. Găsim asemenea scurgeri în pelvi-peritoneite. În flegmonale pelviene, prin erupția puroiului colectat în diferite direcții (rect, vezică, peritoneu etc.), acesta poate ajunge și în vagin, de unde nevoia unui examen minuțios, pentru a-i stabili proveniența. Fapt important în lucrarea de față este că, în cazurile de leziuni peritoneale localizate cu punct de plecare din sfera genitală, această scurgere există. Microscopic vom stabili în totdeauna bacteriologia scurgerii, pentru a cunoaște agentul patogen.

b) *Menstruația* ia caractere diferite după sediul leziunii.

În metrite amenoreea e rară, dismenoreea frecventă. Metroragia ia un caracter dominant și caracteristic în metritele post-abortive (retenții placentare), începutul menopauzei, me-

trita viloasă și metrila polipoasă. În salpingită și anexită turburările menstruale sunt variabile; de obicei menstruația e abundentă și neregulată, uneori însă e diminuată și alteori chiar suprimată.

c) *Durerea* e un simptom constant în toate afecțiunile utero-anexiale. Intensitatea ei variază după sediul și gravitatea afecțiunii. În metrite durerea poate fi locală și iradiată în regiunea ano-coccigiană (coccigodinia) în regiunea lombară și în regiunea inghinală. Uneori micțiunile devin dureroase. Durerea e cu deosebire intensă în salpingo-ovarite, pelvi-peritonite și flegmoane pelviene. Un caracter deosebit acut, și cu o recrudescență bruscă, are durerea în peritonitele localizate. În salpingo-ovarite instalarea durerii se face mai insidios și este spontană ori provocată, cu sediul în regiunea infero-laterală abdominală având caracterul de a fi mult atenuată în repausul complet. Apare adesea în etape succesive. În flegmoanele pelviene durerea este mai profundă, dar are un caracter mai puțin acut și își are sediul în ipogastriu ori în fosa iliacă (încercarea de a produce flexiunea membrului inferior, mărește durerea).

c) *Temperatura* lipsește de cele mai multeori în metrite. În pelvipertonite se ridică la 39° — 40° și e întovărășită de durere, amețeli, vărsături, scurgere vaginală, frison. În inflamațiile post-abortum sau post-partum temperatura arată formarea unui flegmon pelvian și întovărășită de durere, constitue cele două simptoame dominante din aceste cazuri. Pulsul este în general accelerat și frecvența lui depinde de activitatea infecției și de temperatură.

d) *Turburările gastro-intestinale* sunt un fenomen frecvent în afecțiunile inflamatorii utero-anexiale. Ele constau într-o atonie gastrică, flatulență, digestie întârziată și întovărășită de amețeli, vărsături și colici gastrice. Intestinul este de asemenea aton, de unde prezența meteorismului, constipației și enteritei muco-membranoase. Se produce de asemenea o stază în circulația intestinală, care se traduce clinic printr-o constipație mai mult sau mai puțin accentuată.

e) *Fenomenele nervoase* constau în nevralgii mai ales intercostale, turburări isteriforme și neurastenii cu inegalitate de caracter și ipohondrie, care uneori rămâne și după vinde-

care a afecțiunii genitale. Aceste fenomene nervoase au un caracter mai grav la predispușe.

1) *Semne fizice.* Tușeul vaginal combinat cu palparea abdominală ne dau date sigure asupra diagnosticului. În cazul metritelor ne orientează:

1. Asupra măririi corpului uterin și mai ales a colului, care se hipertrofiază și se tumefiază în vechile metrite.

2. Asupra mobilității uterului, care rămâne păstrată dacă nu a survenit nici o complicațiune perimetrică.

3. Asupra sensibilității care este crescută mai ales la nivelul fundurilor de sac.

4. Asupra formei colului pe care-l găsim întredeschis cu rupturi și eroziuni ale marginilor la femeia multipară.

Cu speculul se constată: 1. alterațiuni de volum și de formă ale colului; 2. secrețiile ce ies din col. La o tânără femeie nullipară, cu menstruații dureroase dela instalarea lor, se găsește un col mic și atins de lungire hipertrofică, al cărui orificiu regulat e puțin deschis și din care se scurg picături de muco-puroi. Acesta e tipul endometritei cervicale gonococice, cervicita. Din contră, la o femeie în vârstă, multipară, colul e voluminos, orificiul său e dilatat, marginile sunt roșii, câteodată cu mici chiste foliculare și prezintă ectropionul mucoasei endocervicale. Să nu se confunde acest ectropion al mucoasei cu o eroziune; eroziunea se observă pe fața externă a colului uterin sub forma de placă roșie.

În cazul salpingitelor și inflamațiilor periuterine, palpația permite câteodată a se percepe deasupra arcadei lui Fallope sau în afară, senzația unei plăci indurate făcând corp cu peretele. Acesta este plastronul abdominal, constituit de neo-membrane, care înconjură anexele bolnave, unite cu epiploonul și luând contact cu peretele. În tușeul vaginal combinat cu palparea abdominală, degetul asupra colului uterin, apreciază: 1. mobilitatea organului, care este limitată sau abolită când inflamația peri-uterină îl imobilizează în bazin; 2. deviația uterului, când împins înainte spre simfiza pubiană de către o tumoră posterioară, când inclinat într-o parte printr-o tumoră laterală. Colul fiind explorat, degetul se duce spre fundurile vaginale pe care le deprimă; degetul ce pipăie în vagin și mâna care palpează pe abdomen, trebuie să combine acțiunea lor, căutând a se opune. Se explorează astfel:

1. sensibilitatea fundurilor de sac câteodată foarte crescută și mâna care palpează, o contracție a peretelui abdominal; 2. suplețea fundurilor de sac sau din contră indurația lor; 3. prezența unei tumori mai mult sau mai puțin voluminoase, care se percepe în profunzime și căreia îi determinăm forma (în general rotundă) volumul, situația, (când în flancurile uterului de care o separă un șanț mai mult sau mai puțin pronunțat, când înapoia lui și excepțional înainte), consistența (de obicei dură și de o rezistență foarte fermă), bilateralitatea, mobilitatea.

La femeile slabé cu peretii flași, explorația bimanuală a anexelor, dă toate informațiile necesare. La femeile obeze, este câteodată dificil de a palpa destul de profund; se poate atunci recurge la tușeul rectal.

Deoarece după cum am văzut la patogenia acestei complicațiuni, perivisceritele survenind și putând duce mai târziu la fenomenele de sub ocluzie sau ocluzie lentă, ne interesează de asemenea și cunoașterea acestora. Perivisceritele în această complicațiune ar fi ca o etapă a evoluției spre posibilitatea ocluziei, fapt la care ne gândim în vederea unui bun diagnostic etiologic și patogenic. Diagnosticul perivisceritelor este foarte dificil. Ne gândim la ele atunci când constatăm un polimorfism al simptomelor grupate în sindromul abdominal polivalent. Ne ajută la diagnostic punerea în evidență a unei afecțiuni inflamatorii abdominale, în antecedente.

Clinic ocluzia intestinală în cazuri de inflamațiuni anexiale acute, are semnele oricărei alte ocluzii intestinale, cu deosebirea că examenul abdominal arată totdeauna o balonare periombilicală fără distensiune mare a peretelui, cu clapotaj și peristaltism dureros provocat. Complectarea examenului genital atent făcut și bine interpretat, descoperă leziuni în sfera genitală, cari ne pun pe calea unei legături cauzale dintre procesul inflamator anexial — afecțiune ascunsă — și ocluzia intestinală — afecțiune alarmantă.

DIAGNOSTIC.

Din punct de vedere terapeutic precocitatea diagnosticului și prin urmare precocitatea tratamentului, au importanță deosebită. Prognosticul depinde de promptitudinea cu care intervine chirurgia. Problema comportă rezolvarea a trei necunoscute: 1. determinarea existenței ocluziei; 2. determinarea naturii ocluziei; 3. determinarea sediului ocluziei.

1. **Determinarea existenței ocluziei.** Ori de câte ori ne găsim în fața simptomelor de ocluzie, examinarea atentă a regiunilor unde se pot produce erniile, este de rigoare. Ocluzia poate coexista cu o ernie ireductibilă, și străină de fenomenele ocluzive. De aceea se impune toată atenția în aceste împrejurări. O altă afecțiune care oferă analogii cu ocluzia este peritonita, mai ales cea apendiculară. În peritonită însă, retenția fecalelor și a gazelor este mai redusă, vărsăturile deși înconstante, sunt mai mult poracee decât fecaloide, ansele intestinale sunt imobile, lipsite de contracțiuni peristaltice, în urma unei paralizii precoce a musculaturii. Durerea se generalizează mai repede și la locul leziunii de origină (ulcer perforat, apendicită perforată), se constată apărare musculară. Douglasul este dureros la tușeul rectal. În cazul ileusului, urina conține mult indican (semnul lui *Carter și a lui de Jaffé*). Diagnosticul diferențial cu peritonita nu are totuși o importanță absolută, întrucât în toate cazurile de perforație intervenția este de rigoare.

Se face deasemenea diagnosticul cu infractul intestinal și pancreatita emoragică. În aceste două sindrome, durerea are o intensitate particulară. Întrucât privește simptomele cele mai valabile pentru diagnosticul diferențial al infractului, *Mondor* redă: lipsa peristaltismului, meteorism puțin marcat, o tumoră păstoasă, contururi puțin nete și colaps precoce.

În pancreatita emoragică avem: durere epigastrică subită, atroce, de o violență extremă. Durerea iradiază de cele mai

deseori către unghiul costo-vertebral drept sau stâng. Vărsăturile sunt frecvente, abundente, alimentare la început, apoi bilioase, apoase, câteodată verzi poracee și adesea de culoare închisă, nefecaloide. Șoc dela început, colaps cardio-vascular cu cianoza feței și chiar a peretelui abdominal (semnul lui *Halstead*), sudori reci, puls mic, rapid, ipotensiv, cu disociația temperaturii, care rămâne la $37^{\circ}5-38^{\circ}$ (drama pancreatică).

Se mai face apoi diagnosticul diferențial față de *pseudo-ocluziunea din criza nefretică*.

Este un ileus prin strangulație? Acuitatea atroce a durerii, vărsăturile incoercibile și prompt fecaloide, colapsul rapid cu ipotensiune arterială, oligurie și chiar anurie completă; aceste sunt semnele cari trebuie să ne facă să ne gândim la o strangulare internă. Semnul lui von Wahl (proeminență timpanică localizată) este un semn de prim ordin.

O ansă strangulată printr'un inel sau printr'o bridă, devine iute sediul unei acumulațiuni bruște și considerabil de lichid și gaze (meteorism localizat), iar în abdomen fixarea și o distensie anormală, care se traduce în afară prin asimetria formei abdomenului. Avem o ansă balonată, fixă, lipsită de mișcări persistaltice (rareori deasupra ansei dilatate, se observă mișcări peristaltice), oferind o rezistență elastică, câteodată dură și o sonoritate exagerată dacă numai gazele o umple, dar câteodată mată prin umplerea cu lichid. Acest semn de reală valoare este însă adesea mascat de meteorismul general. Vârsta bolnavei ne interesează deasemnea, căci între 20—45 ani cauzele producătoare de ilus sunt mai ales bridice, cicatricile stenozante și o compresiune directă.

Care este sediul ocluziei? Determinarea sediului ocluziei este adesea imposibil de precizat. Elementele de diagnostic topografic ne sunt furnizate de: 1. *inspecția*, care ne orientează asupra formei abdomenului și asupra gradului de meteorism; 2. *Palpația* (tușeul rectal, tușeul vaginal, palparea regiunii abdominale); 3. *Percuția și ascultația*; 4. *Studiul unor simptome* (acuitatea fenomenelor, natura și epoca apariției vărsăturilor, cantitatea de urină excretată și modificarea urinei); 5. *Examenul radiologic*.

1. *Inspecția*. Forma abdomenului și meteorismul. Când:

abdomenul e balonat uniform, lărgit în flancuri, în meteorismul colonului ascendent și descendent (diteziția în cadrul a lui *Laugier*), atunci obstacolul ocupă probabil regiunea ansei sigmoide sau rectului. Când flancul drept singur e destins, atunci obstacolul e probabil la nivelul unui unghiu colic. Dacă abdomenul e globulos proeminând (*sailant en avant*), cu flancurile plate, cu balonare circumscrisă periombilical, atunci obstrucția ocupă intestinul subțire (al dollea semn a lui *Laugier*). Când obstacolul are sediul asupra intestinului gros, cecul e dilatat și în fosa iliacă dreaptă găsim un clapotaj cu timbru amforic; pe când în ocluzia intestinului subțire dilatarea cecală e absentă, fiindcă obstacolul e mai sus (aceasta e semnul lui *Bouveret*, adesea, mascat de timpanismul general).

Prin inspecție putem încă studia contracțiile intestinale, care deseori urmează relieful anselor, sub perete, în momentul crizei de colică. Să se observe direcția undelor peristaltice, punctul lor de naștere și cel terminal. În caz de obstacol pe intestinul gros, se observă (după *Bouveret*) o ridicătură a peretelui abdominal, mergând dela fosa iliacă către rebordul costal. În crizele de hiperperistaltism, cărora le dă naștere stenozele fibroase ale intestinului subțire, vedem cum pleacă dintr'un punct constant o undă peristaltică, urmează aceeași direcție și pe măsura ce contracțiunile cresc, progresează și durerea.

2. *Palpația*. În toate cazurile trebuie practicat tușul rectal și vaginal, care ne poate informa asupra Douglasului (o rezistență) și în ipoteza strangulării interne asupra intestinului subțire, permite câteodată de a percepe în Douglas un revărsat, care e revărsatul sero-ematic al lui *Gangolphe*. Prin palpația abdomenului putem constata; a) rezistența ansei strangulate, b) prezența unei tumori în caz de invaginație, c) puncte dureroase, d) apărarea musculară a pereților.

Când o ansă e strangulată, ea devine sediul unui meteorism local în primele ore și înainte ca timpanismul generalizat să împiedece aceasta palpație, percepem câteodată la nivelul proeminenței vizibile, o rezistență mai mare cu tonalitate mai ridicată la percuție, datorită ansei destinse, fixate și fără mișcări peristaltice. (Semnul lui *von Wahl*).

3. *Percuție și ascultație*. În părțile declive ale abdomenului (fosele iliace, ipogastru) constatăm prezența unei zone mate ale cărei limite se schimbă cu mișcările pacienței și

care este datorită unui revărsat sero-hematic (semnul lui *Gangolphe*), relevând o strangulare asupra intestinului subțire. Câteodată în cazul anselor supradestinate și umplute cu lichid, putem percepe un adevărat val și o matitate ce se deplasează după inclinarea trunchiului, simultând ascita (eroare de evitat). Dacă ascultăm cecul în timp ce injectăm lichide în intestinul gros și auzim un garguiment, atunci înseamnă că rectul și colul sunt libere.

4. *Alte simptome.* Vărsturile fecaloide precoce arată că obstacolul ocupă intestinul subțire; tardive, indică ocluziunea intestinului gros. Intensitatea și rapiditatea simptomelor generale sunt o presumpție în favoarea unui ileus prin strangularea intestinului subțire. Oliguria sau anuria indică o ocluzie cu sediul sus, pe intestinul subțire. Indicanuria (semnul lui *Carter și de Jaffé*) se observă mai ales în ocluziile intestinului subțire. Ipocloremia are deasemenea o semnificație importantă în ocluzia situată sus.

5. *Radio-diagnostic. Examenul radiologic al abdomenului, fără preparare este neapărat necesar și deci nu se va neglija. El este complementul de explorare și de diagnostic preoperator.* Se pot face deasemenea și radiografiile fără preparare. Făcând radiosopia bolnavei și interpretând totul în lumina tabloului clinic, numai astfel putem spune, că am făcut un examen complet și rațional. Adesea este nevoie de a completa exploratia printr'o spălătură baritată, supraveghiind sub ecran mersul ascendent al bariului în intestinul gros. Această spălătură baritată ne poate informa, în caz că colonul e liber până la cec, asupra unui obstacol situat mai sus.

Bolnava fiind examinată în poziție verticală, observăm imagini hidro-aerice cu niveluri etajate. Se văd așa dr mai multe niveluri orizontale deasupra cărora se află punga de aer, ce reprezintă cele mai adesea vârful buclei superioare. În urma peristaltismului, topografia imaginii variază, păstrând caracterul de niveluri orizontale, cu locuri clare, semi-lunare suprapuse. Pentru intestinul subțire avem: „imagini în niveluri“, „în terase etajate“, „în tuburi de orgă“; pentru colon, imagini boselate.

Radiologic facem:

a) *Diagnosticul, pozitiv al ocluziei.* Pentru intestinul subțire, imaginile gazoase sau hidro-aerice înseamnă ocluzie intes-

tinală acută, însă nu constant. Este de evitat confuzia în stenozele incomplete ale ileonului prin peritonita bacilară sau periviscerită. Acest semn nu valorează decât prin concordanța lui cu sindromul clinic. Pentru colon prezența pungilor gazoase este de mai puțină importanță fiindcă normal colonul conține gaze; aici însă, spălătura opacă complimentară aduce diferențieri.

b) *Diagnosticul topografic.* Putem spune că, la nivelul imaginii gazoase, anatomic cea mai depărtată, se află obstacolul.

c) *Diagnosticul cauzei.* Dacă este o dilatație a intestinului subțire, vom deduce logic, că în josul retro-dilatației se află un obstacol. Pentru colon, spălătura opacă ne dă indicații asupra tipului de stenoză pe cari le coroborăm cu datele clinice.

4. Este un ileus mecanic prin strangulare? cu punct de plecare din sfera genitală?

Odată ce am stabilit diagnosticul de ileus mecanic prin strangulare cu mai multă sau mai puțină probabilitate ne rămâne să vedem dacă acest ileus este sau nu datorit unor bride sau aderențe strangulante, cu punct de plecare din sfera genitală. Ceia ce ne poate pune pe calea acestui diagnostic etiologic, sunt în primul rând *antecedentele bolnavet, istoricul boalei și examenul genital, făcut atent și bine interpretat.*

1. *Antecedentele.* Bine și cu răbdare luate ne sunt unul din cei mai prețioși auxiliari. Făcând aceasta, vom vedea, că în cele mai multe cazuri de această natură, vom afla cu mai mult sau mai puțin timp înainte, o leuzie patologică, o scurgere vaginală purulentă, o inflamație utero-anexială, dureri în ipogastru, turburări digestive, turburări nervoase, dismenoree, sindromul unei periviscerite.

2. *Istoricul boalei:* în cele mai multe cazuri ocluzia se instalează încetul cu încetul, insidios și vom găsi în istoricul boalei un debut prin fenomene de subocluzie, constipație, dureri abdominale, un sindrom de periviscerită etc.

3. *Examenul genital:* găsim semnele suferinței acestor organe. Putem astfel afla: scurgere vaginală purulentă, fundurile de sac sensibile sau împăstăte, uter imobil sau cu mobilitate redusă, dureros, mărit. Câteodată (ca în unul din cazurile noastre) mărirea uterului nici nu poate fi apreciată, el fiind

prins într'un bloc inflamator: cu anexele, care ocupă fundul de sac posterior.

Așadar, ori de câte ori se va prezenta o bolnavă cu fenomene de ocluzie intestinală, în vârstă de 20—45 ani, cu antecedente genitale sau o suferință actuală genitală, la care ocluzia s'a instalat lent sau acut, însă având semnele unui ileus prin strangulație, mai ales a intestinului subțire, facem atenție examenul genital și interpretând leziunile constatate cât și a antecedentele bolnavei, ne putem gândi cu multă probabilitate la diagnosticul de ocluzie intestinală cu punct de plecare din sfera genitală.



PROGNOSTIC.

Ocluzia intestinală în afecțiunea anexială apărând la prima vedere ca o boală independentă, este de drept o complicație a unei boale genitale. Așa că, pe lângă efectele infecțiunii utero-anexiale asupra organismului se adaugă acelea ale ocluziei intestinale. Ar ieși de aici un prognostic întunecat de gravitatea unei inflamațiuni, peste care se adaugă o complicație acută, din cele mai serioase. Dar dacă ocluzia intestinală este o complicație gravă ce trece pe primul plan al preocupării de prognostic și tratament, afecțiunea anexială mai întotdeauna, de intensitate și simptomatologie ștearsă, n'ar prezenta gravitatea celei dintâi. Gravitatea acestor cazuri este în strânsă legătură cu distanța în timp scurs dela producerea ocluziei, până la ora intervenției. Reiese deci că prognosticul își păstrează integral valoarea cunoscută în ocluziile intestinale, în care intervenția s'a făcut la vreme, sau a fost temporizată. Lăsând la o parte inflamațiunea anexială, care în nici un caz nu pare să agraveze pronosticul, ce rămâne subordonat complicațiunilor cari țin de ocluzia în sine, în legătură cu ea, ori independente. Cu toate că unii autori (V. Plătăreanu, I. Porumbaru și I. Albu, Kaufmann) le socotesc extrem de grave, dacă raportăm pronosticul la cazurile cari fac subiectul lucrării de față, noi nu-l socotim atât de serios. Cu toate că boala vine pe nesimțite, că prin ea însăși este numai o complicație a unei inflamațiuni preexistente, că până la apariția semnelor alarmante are tot timpul să influențeze organismul prin intoxicația ce-o determină (stercoremie), totuși în cazurile consemnate în lucrarea de față, n'a fost nici unul mortal.

Repetăm însă că prognosticul este acela al unei ocluzii intestinale obișnuite și că deci depinde în primul rând

de precocitatea diagnosticului, intervenției și tehnica intervenției chirurgicale. În intervenții mortalitatea globală este de 50—70%. Dacă se intervine precoce mortalitatea e foarte redusă. Dacă nu se intervine mortalitatea e 100%. Prognosticul mai este în funcție de forma, sediul evoluția ileusului, de starea marilor organe (ficat, rinichi), de vârsta bolnavei. Precocitatea intervenției chirurgicale este condiția esențială a unui prognostic bun.



TRATAMENT.

Ocluzia intestinală în infecțiunea anexială acută este strict de domeniul chirurgical. Tratamentul nu poate fi decât cel cauzal.

Plecând dela sfatul dat de Lejais — „că atunci când strarea generală nu-i gravă, e bine să se facă operația maximă, adică cea logică: laparotomie cu îndepărtarea obstacolului și restabilirea continuității intestinale“. — Într'o ocluzie se intervine totdeauna de urgență, atacând pe cât posibil cauza determinantă. Se ajunge prin aceasta, ca odată cu tratarea ocluziei, să se obțină și îndepărtarea piedecii care a constituit-o. Reiese de aici că intervenția chirurgicală se întinde, dela simpla desfacere a aderențelor dintre ileon și salpinge, până la isterectomie.

Trebue să se aibă în vedere, ca atât pe cât e cu putință, să se excizeze și să se sutureze îngrijit toate cordoanele, bridele, membranele și părțile din seroasa atinsă de inflamația organizată.

Sfatul prevăzător de a nu încerca desfacerea aderențelor sub motivul că în asemenea ocluzii peretele intestinal ar avea o friabilitate mare și ar expune atât la deperitonizare cât și la ruptură, îl găsim exagerat. Logic pare ca focarul inflamator de unde a pornit procesul neoformativ să fie atacat și îndepărtat.

Într'o ocluzie în stare gravă, enterostomia — operație paleativă minimă — teoretic, ar putea duce la un rezultat temporar bun. Este cunoscută însă gravitatea acestor derivațiuni externe în ocluziile intestinului subțire. Ar rămâne totuși, ca după îndreptarea bolnavei să se procedeze la înlăturarea leziunii principale și restabilirea continuității intestinale. Așa că, dacă unii au crezut că în astfel de cazuri, operația optimă ar fi enteroanastomoza cu respectarea focarului inflamator, factorul cauzal al

ocluziei, ar reieși că aceasta intervenție ar avea valoarea unei simple enterostomii. Se poate complecta intervenția printr-o apendicectomie, dacă aceasta este îndreptățită de leziuni evidente apendiculare. O bună măsură de prevenire impune un drenaj fie vaginal sau suprapubian.

Nu se va neglija niciodată valoarea tratamentului medical, ce trebuie aplicat dela început și sistematic condus. Nu se va neglija spălătura de stomac, idratarea masivă, serul clorurat ipertonic în doze mari, excitante ale fibrei musculare netede, la care se adaugă necondiționat **golirea rapidă a intestinului prin purgative uleioase repetate, administrate chiar din momentul suprimării obstacolului. (Dr. C. I. Andreoiu).**

Chiar dacă este vorba de o anastomoză intestinală a cărei sutură e mai rezistentă în prima zi decât în cele următoare, pentru administrarea purgativului când starea de stercoremie este ajunsă la maximum și când suturile slăbesc, fiind întovărășite numai de un foarte slab proces adeziv, se înțelege logica administrării rapide a purgativului.

Provocând, menținând și măbind peristaltismul intestinal prin purgative, extracte hipofizare și ser iperclozurat, se împiedecă fărmarea noilor aderențe, cauza acestor ocluzii.

C A Z U R I.

Cazul I. Femeia M. S. de 32 ani, din comuna Certege-Alba, foaia de observație No. 1315—1936), este internată în serviciul de Chirurgie al Spitalului Abrud-Alba, la 7 Decembrie 1936 pentru dureri abdominale cu balonări, vărsături, constipație.

Antecedente: N'a suferit de nimic până în prezent. Menstruată la 14 ani, tot la 28 de zile, cu durată de 4—5 zile, totdeauna cu pierderi menstruale abundente. Se căsătorește la 20 de ani, are cinci copii sănătoși născuți spontan la termen. Cea din urmă facere, acum doi ani, a fost urmată de o leuzie patologică cu febră, lozii mirositoare, care a durat 3—4 săptămâni. S'a îngrijit acasă. După vindecare, a rămas cu dureri vagi abdominale, scurgere muco-purulentă.

Istoric: de o săptămână constipată. De patru zile are dureri abdominale sub forma de colici și cu balonări. Varsă de trei zile, la început alimente și bilă, astăzi vărsăturile au devenit fecaloide.

Starea prezentă: slabă, palidă, puls: 87, bine bătut. T. A.: 14—9 (V. L.). Temperatura 37,8°.

Examen general: Strabism divergent la dreapta, cu ptoza pleoapei superioare. Sughite, varsă este oligurică. Constipație completă. Vărsături dese în cantitate mică, urât mirositoare. Dureri sub forma de colici în regiunea peri-ombilicală. Abdomen balonat, fără să fie în tensiune. Prin grosimea peretelui abdominal, se vede un peristaltis puternic întovărit de sgomote hidro-aerice. Calpotaj la percuția peretelui abdominal. La scă-lătura gastrică nu se obține nimic.

Examen genital: nimic de remarcat în afară de o sensibilitate exagerată în fundul de sac lateral stâng. La tușeul rectal, ampula goală.

Examen radiologic: se face fără substanță opacă. Se observă imagini hidro-aerice suprapuse în interiorul cadrului anatomic al colonului.

Intervenția: La două ore după internare, cu diagnosticul de ocluzie intestinală, se intervine de către **Dr. C. I. Andreoiu**, sub anestezia rachidiană cu 0,14 gr. Novocaină 8%. Se face celiotomie subombilicală. Parte din jejun-ileon dilatat, congestionat, plin cu lichid și cu gaze, este animat de un peristaltism exagerat. Mezentarul e lung. Dinspre rădăcina lui, pe fața lui inferioară, o bridă roșietică, de grosimea unui deget mic, prinde sub ea o parte din ileon, strangulându-l, trecând peste el ca o punte spre cec, și terminându-se pe ileon, fără să fie vorba de un diverticol Meckel cum părea. Mai multe asemenea neformații fibro-conjunctive, bogat vascularizate și având înfățișarea unor benzi membranoase, unesc între ele câteva anse ileale, marele epiplon și anexa stângă. După eliberarea marelui epiplon, se vede cum pe la nivelul cornului stâng al uterului, un

mănunchiu de bride de neoformație subțiri, cu aspect membraniform, roșietice, mult vascularizate pleacă în evantai, prinzând câteva anse ileale, la diferite înălțimi și strangulându-le.

Se secționează, se liberează ileonul de toate inserțiile de bride, — vreo 7—8 — care se leagă la bază și se infundă în bursă. Se extirpă apendicele cu infundarea bontului în dublă bursă cu apă. Era și el prins și înglobat cu amândouă anexele în aderențe proaspete și căzut în Douglas, de unde pornește procesul de neoformație. În pelvis lichid serocitrin. Decolându-se trompa stângă, groasă cât un police, foarte cutată, îngroșată și acoperită cu aderențe, se sparge, lăsând să se scurgă puroiu. Se extirpă anexa stângă în întregime. Se face salpingectomia dreaptă. Se drenează Douglas-ul cu meșe. Se închide anatomic în straturi separate.

Examen anatomo-patologic: Salpingită gonococică, proces neoforativ, țesut conjunctiv granular (Institutul de Cancer Cluj).

Este vindecată la data de 29 Decembrie 1936.

Așadar, o ocluzie intestinală prin bridă cu punct de plecare într-o inflamație gonococică anexială.

Cazul II: Femeia R. M. 24 ani, din Abrud-Alba, prostituată, este internată în serviciu. (Foaie de observație Nr. 85—1936), în ziua de 5 Ian. 1937 pentru dureri abdominale cu balonări, constipație și ușoară febră.

Antecedente: niciodată bolnavă aparent. Menstruată la 16 ani, cu ciclul la 30 de zile, cu dureri în prima zi, cu durată de trei zile și cu sângerare puțină. De două luni prostituată. Cam de atunci scurgere vaginală purulentă cu usturimi la micșune. Este trimisă de medicul orașului pentru vaginită gonococică acută.

Istoric: examinată pentru boala trimisă, s'a dovedit că e constipată de 3 zile, că de atunci au început durerile abdominale sub forma de colici intermitente și că tot de atunci abdomenul s'a balonat. În ziua internării, varsă de câteva ori.

Starea prezentă: slabă, o slăbiciune izbitoare, ușor feerilă, (37^o9), puls 105, regulat, mic. T. A. = 11—7 (V. L.). Palidă, complet constipată, oligurică. Are dureri abdominale, sub forma de colici în ipogastru și spre fosa iliacă dreaptă. Abdomenul e ușor balonat, fără a fi destins. La percuție, clapotaj. Din când în când peristaltism exagerat, însoțit de sgomote hidro-aerice, mișcă peretele abdominal în regiunea peri-ombilicală.

Examenul genital: mucoasa vulvo-vaginală congestionată. Picătură uretrală, în care se identifică gonococul. Uter infantil. Anexial nimic de reținut. La tușeul rectal-ampula goală.

Examen radiologic: se face fără preparare. Imagini hidro-aerice supra-puse, în interiorul cadrului anatomic al colonului.

Operația: La două ore după internare cu diagnosticul de ocluzie intestinală se intervine de către **Dr. C. I. Andreolu**, ajutat de **Dr. Gellner**, sub rachi-anestezie cu 0,12 gr. Novocaină 8%, Laparotomie subombilicală. Ansele intestinului subțire sunt dilatate și pline cu lichid și gaze. Ileonul terminal cât și trei bucle ileale sunt căzute în Douglas și lipite strâns într'un proces patologic adeziv, ce ține de salpinga dreaptă, toate solidarizate în bloc. Aderențele și curdurile ileale produc un obstacol complex,

ce împiedecă golirea ileonului. Cu atenție se deslipesc aderențele, liberându-se fiecare ansă în parte. Când toate au fost desfăcute, peristaltismul reîncepe, ansele se colorează. Scaun spontan pe masă. Trompa dreaptă spre partea pavilionară e mult îngroșată și congestionată. Pavilionul cu franjurile neobișnuit de îngroșate fac parte din grupul aderențelor. Cum în afară de simpla îngroșare și congestie, nu se găsește vreo leziune macroscopică importantă, se păstrează trompa suspendându-se ambele anexe la ligamentele rotunde. Ovarele sunt sănătoase. Se extirpă apendicele, înfundându-se bontul, în dublă bursă cu ață. Se închide peretele anatomic în trei straturi cu ață. Purgativ imediat, clorurare masivă. Pituizan și Esmodil.

La 19 Ianuarie a. c. pleacă vindecată.

Prin urmare, ocluzie intestinală prin aderențe ileo-salpingiană inflamatorie.

Cazul III. Femea M. C. de 28 ani, din comuna Miculești, Mehedinți, casnică, este internată în Div. VIII-a Spitalul Brâncovenesc în ziua de 6. III. 1937, venind dela Div. I. Medicală pentru vărsături, constipație totală cu balonare, timpanism abdominal și dureri difuze în abdomen.

Antecedente: Menstruată la 16 ani cu ciclul lunar regulat, cu o durată de 3 zile și cu o sângerare obișnuită. S'a căsătorit la 24 ani. A avut donă sarcini duse la termen cu facere spontană. Când era de un an a avut o adenopatie submandibulară fistulizată. Scarlatină și paludism la 7 ani.

Istoric: Boala a început acum o lună cu scurgere vaginală purulentă, micțiuni dureroase. După câteva zile apar dureri în ipogastru, mai mici la început, mai puternice și continue, mai târziu. De două săptămâni starea s'a înrăutățit, febricitază, varsă din când în când, abdomenul se balonează și e constipată.

Este internată la Div. VIII-a la 11. II. 1937, când se constată o pelvi-peritonită, probabil gonococică. Este tratată medical în această direcție. Fenomenele acute se sting repede, iar cum la examenul genital nu se găsește nimic și cum simptomatologia pe care o prezintă, se suprapune unei colite, se mută la Div. I-a Medicală la 22 Februarie 1937. Ne este trimisă astăzi pentru pelvi-peritonită.

Fenomenele acute au reînceput de trei zile. Încă dela internarea ei la secția medicală, femeia avea ușoare semne de subocluzie: constipație cronică, balonări, vagi dureri abdominale. De trei zile durerile abdominale au crescut, la început întrerupte, apoi continue periombilicale. Constipată total. La început vărsături alimentare, apoi biliare.

Starea prezentă: Afebrilă, slabă neliniștită, se plânge de dureri abdominale generalizate. Este constipată, varsă tot ce mănâncă. Temperatura 36°5. Puls 110 mic. T. A. 12—7 (V. L.).

Starea generală: proastă, facies tras, palid, pământiu, subicter conjunctival, mucoase decolorate, are limba încărcată, este total constipată, este oligurică. Matitatea ficatului dispărută. Abdomenul balonat uniform. Câteva unde peristaltice în jurul ombilicului, slabe. Musculatura abdominală relaxată, peretele ușor întins, cu senzații dureroase la presiune în regiunea periombilicală. Clapotaj slab și după examen atent. Timpanism abdominal generalizat.

Exmen genital: Gât uterin mic, împins în jos și înapoi. Corpul uterin prins într-o masă inflamatorie difuză. Nu i-se poate preciza mărimea și are o motilitate redusă și dureroasă. Fundurile de sac inpaste, formează un bloc împreună cu uterul cu margini neprecise, la tușeul rectal ampula e goală. După internare internul serviciului îi face un tratament medical: Clisme repetate, ser hipertonic clorurat, strichnină, extract de ipofiză, purgativ, toate fără rezultat. Spre seară, starea se înrăutățește, apar vărsături fecaloide

La 7. III. 1937, sub anestezia rachidiană cu 0,12 gr. Novocaină 8% se intervine de către Dr. C. I. Andreoiu ajutat de Dr. I. Covali pentru ocluzie intestinală. Celiotomie supra- și sub-ombilicală. Ileonul este dilatat, de grosimea antebrațului, mult congestionat, fără mobilitate plin de lichid și gaze. Câteva anse ileale sunt prinse între ele, în aderențe de neoformație cât și la peretele abdominal în așa fel, încât sunt strangulate în etaj în mai multe locuri. Dela uter, coarcele uterine și anexe, pornește un mănunchiu de aderențe sub forma de membrane înguste, transparente, fcarte congestionate, altele ca niște bride rezistente, care se îndreaptă în sus, se respiră în evantai, prinzând ansele ileale și strangulându-le. În spre jumătatea ileonului, un buchet de anse sunt atât de strâns lipite și strangulate — ca un nod — încât liberarea lor deperitonizează o ansă. Se peritonizează în surjet. Bridetele de desfac în parte, se leagă și se secționează. În pelvis, blocul utero-anexial este prins în aderențe vechi și proaspete care închid Douglas-ul și delo nivelul cărora pleacă grupul de bride strangulante. Uter mic, ambele trompe îngroșate, cu noduli inflamatori vechi. Se peritonizează pe deasupra și sa drenează cu meșe. Intestinul își recapătă peristaltismul, femeia are scaun pe masă. Se închide în trei straturi.

Piesa microscopică: pereții trompelor sunt îngroșați, mucoasa atrofiată congestionată. Câteva mici abcese înșiruite dealungul celor două trompe. Uterul mic, cu țesut palid, foarte moale, are mucoasa atrofiată.

Examenul anatomo-istologic: salpingită purulentă — foarte probabil gonocică. Țesut fibro-conjunctiv de neoformație.

După o evoluție febrilă până la 13. III. când se înlocuesc meșele de drenaj prin tub, ese vindecată la 29. III. a. c.

Prin urmare, o ocluzie intestinală printr'un proces inflamator anexial extensiv, reprezentat prin bride și membrane de neoformație.

Cazul IV. Femeia P. C. de 29 ani din Scărișoara Alba, este internată în Serviciul de Chirurgie al Spitalului Abrud-Alba. (Foaia de observație No. 455 din 1938) este internată în ziua de 11 Martie 1938 pentru dureri periombilicale periodice, greață, tendința la vărsături, constipație completă, oligurie și febră ușoară.

Antecedente: Menstruată la 15 ani, în mod aproape regulat până la 19 ani, când s'a căsătorit. Patru sarcini duse la termen cu nașteri normale. După căsătorie scurgere vaginală purulentă. Doi copii au murit mici de tuse convulsivă. Ceilalți doi sănătoși.

Istoric: Cu cinci săptămâni înainte, încep dureri pelviene, care se întesc treptat, treptat. Febră, usturimi la micțiune, polakiurie, constipație de două zile. De trei săptămâni, de câteva ori pe zi, dureri mari în

etajul inferior al abdomenului sub forma de colici puternice, atenuate prin căldură, întovărășite de vărsături alimentare, constipație de 2—3 zile. Cu o zi înainte de internare, durerile iau un caracter violent, se localizează în jurul ombilicului și spre fosa iliacă dreaptă. Sunt întrerupte și se repetă des. Oprire totală de vânturi și fecale, varsă de câteva ori, se balonează, oligurie.

Examen general: statură mică, palidă, slabă. Temperatura: 37^o8. Puls: 92, regulat, bun, T. A. 12—7 (V. L.) Abdomenul ușor balonat. În jurul ombilicului, peretele abdominal fiind slab subțiat, lasă să se vadă peristaltismul intestinal la acest nivel. Timpanism cu clapotaj periombilical. Flancurile libere.

Examen genital: scurgere vaginală muco-purulentă, în care se găsesc gonococi. Gâtul uterin mic, în axul vaginului, cu eroziune superficială. Orificiul închis. Poziția și mărimea corpului uterin nu se poate identifica, el fiind prins într'un bloc cu anexele, care ocupă fundul de sac posterior și mai mult spre dreapta, unde ajunge până în fosa iliacă dreaptă. La tușeul rectal ampula rectală goală. Din când în când dureri periombilicale sub forma de colici.

Examen radiologic: fără bariu. Imagini hidro-aerice suprapuse, abdominale, care corespund topografic regiunilor epi- și ipo-gastrice. Se pune diagnosticul de ocluzie intestinală de origine genitală.

Operația: se face celiotomie subombilicală, sub rachianestezie cu 0,14 gr. Novocaină 8%. Se găsesc ansele ileale în stânga și în sus dilatate, ceanotice, sensibile, pline de lichid și gaze. De la partea inferioară a mezentterului pe fața lui inferioară, pleacă un cordon de neoformație, aproape rotund albăstrui, de grosimea degetului mic, rezistent, ce cuprinde două anse ileale și le strangulează complet. După liberarea acestora — prin secționarea cordonului — se constată că, dinspre pelvis pornesc în sus fășii ca niște panglici subțiri, roșietice, transparente, elastice, sub forma de benzi, de neoformație, care unesc trompele și uterul cu ansele ileale la diferite înălțimi, indoindu-le și strangulându-le. Membrane perfect de limitate, rezistente cu inserția largă pe anse. După liberarea acestora, se ajunge la blocul pelvian. Douglas-ul e prins de un proces inflamator, în care neoformația acelorasi bride, predomină, unind amândouă salpingele, rectul și uterul. După ce se desfac aderențele, se găsesc amândouă trompele îngroșate cât un deget mare, congestionate sinuoase. În timpul liberării lor, se scurge puroi din orificiul tubar drept. Ovarele sunt ușor mărite și edemațiate. Uter cu caracter normal. Se extirpă amândouă salpingele. Apoi se extirpă și apendicele, retro-ceco-ileal cu greutate, înfundându-se bontul în bursă. Se controlează pelvisul, care e redus din cauza lipirii strânse, prin acelaș proces de neoformație inflamatorie între rect și uter. Se drenează cu meșe și se închide peretele în straturi separate.

Examen anatomo-patologic: salpingită purulentă, bridă de țesut granulativ. Microscopic puroiul din salpinge conține gonococi.

Deci, ocluzie intestinală prin bride și membrane de neoformație inflamatorie, cu punct de plecare în sfera genitală.

Cazul V. Femeia B. M. de 33 ani, din Sohodul—Vârși-Alba este internată în serviciul de Chirurgie al Spitalului Abrud (foaia de observație

1047—1938) în ziua de 22 Iunie 1938 pentru dureri abdominale, vărsături fecaloide, oprire completă de materii și gaze, sughiț, balonare abdominală și ușoară febră.

Antecedente: Bronșite repetate, și stări gripale de mai multeori. Menstruată la 13 ani, cu ritm lunar regulat, fără dureri. Măritată la 14 ani, n'a avut copii.

Istoric: cu doi ani în urmă a fost tratată medical câteva săptămâni la Cluj pentru inflamație utero-anexială(?), de care a fost vindecată complet. De un an e inapetentă și slăbește treptat. Cu o săptămână înainte de internare, dintr'odată încep colici intestinale puternice, dureroase, câte 3—5 pe zi, cu o durată variabilă. Cu o jumătate lună în urmă, observase apariția unei scurgeri vaginale purulente cu micțiuni dureroase și dese, după care apăruseră dureri slabe în pelvis și care nu i-au dat de gândit. Cu două zile înainte de internare a fost apucată de o durere mare difuză în tot abdomenul. Abdomenul e balonat, n'a mai avut scaune nici vânturi, încep vărsături dese alimentare, bilioase, iar de o zi fecaloide. Văzută de un medic, e îndreptată la spital pentru apendicită acută.

Starea prezentă: statura mijlocie, slabă și palidă. Temperatura 37°5. Pu's: 110, slab. T. A. 12—8 (V. L.). Sughite, limba e suburală, varsă. Vărsăturile sunt urât mirositoare. Are dureri abdominale continui. E complet constipată. Abdomenul bombează în jurul ombilicului. Peretele abdominal e relaxat. Prin percuție se produce clapotaj. Percuția este dureroasă în regiunea peri-ombilicală și ipo-gastru. La acest nivel, timpanism. Tușeul rectal arată o ampulă goală.

Examen genital: uterul e mare și împins înainte. Anexele mărite sunt pierdute în Douglas și formează un bloc cu uterul. Fundul de sac posterior e dureros. Blocul utero-anexial are mobilitate redusă. Se pune diagnosticul cu siguranță de ocizie intestinală de natură inflamatorie anexială.

Examen radiologic: în interiorul cadrului anatomic al colonului, se observă imagini hidro-aerice supuse și un ileon dilatat.

Operația: Dr. C. I. Andreoiu, ajutat de Dr. Șt. Cocora, intervine la două ore după internare, sub rachi-anestezie cu 0,13 gr. Novocaină 8%. Celeotomie subombilicală. Marele epiplon este aderent la uter și anexe. Se liberează rezecându-se în parte. Ileonul violaceu, de grosimea unui antebart, imobil, este plin cu lichid și gaze. Se găsește o bridă ca un cordon albastrui, rotund rezistent, de grosimea unei pene de găsscă, plecată de la nivelul cornului uterin drept, trecând peste ileon, aproape de deschiderea lui în cec, strangulându-l prin fixare de peretele pelvian. Se liberează secționându-se. La nivelul cornului uterin stâng, ileonul este prins de aderențe vechi, rezistente, fiind strangulat prin îndoire, în țevă de pușcă. Și aici se liberează disecându-se. Apoi se constată uterul lipit de rect, fără a-l comprima. În Douglas sunt căzute anexele, cu inflamație veche, scleroasă. Sunt aderențe la uter și peretele pelvian. Deslipirea lor e grea. Amândouă trompele sunt îngroșate cât policele, cu pereți nodulari, tari. Cea din dreaptă are înfățișare de salpingită nodulară, cea din stângă, de piosalpinges.

Se extirpă pe rând, păstrându-se ovarul drept și el edemațiat. În

timpul intervenției după eliberarea ileonului, acesta începe să se contracte, golindu-se în cec, cu toate că la locul strangulării lângă cec, poartă un inel retrectil stenozat, care la un moment dat ne făcea să înclinăm spre o ileo-ceco-stomie. Apendicele pare sănătos. Se drenează cu meșe și țub, se închide peretele în straturi separate. Se administrează numai decât un purgativ uleios, clorurare masivă, Pituisan, Esmodil. În aceeaș noapte scaune abundente. Pareza intestinală a ținut câteva zile, apoi a cedat. Din ziua patra focar broncho-pneumonic stâng. În ziua a 12-a congestie pulmonară dreaptă și pleurezie sero-fibrinoasă stângă.

Examen anatomo-patologic: trompa la secțiune are pereții îngroșați cu mucoasa hipertrofiată. Puroiul nu conține microbi. Salpingită purulentă

Prin urmare: ocluzie intestinală acută prin bridă de neoformație și aderențe ileo-anexiale de natură inflamatorie.

Cazul VI. Femeia B. E. de 34 ani, din Roșia Montană-Alba, vine în spital în 18 Octomvrie 1938 (foaia de observație Nr. 1574—1938), prezentând dureri abdominale, oprire totală de materii și gaze, vărsături fecaloide, balonare abdominală, oligurie.

Antecedente: menstruată la 16 ani, regulat lunar, fără dureri, cu scurgeri de sânge potrivite, caractere care s'au păstrat și după faceri. A avut 6 copii născuți spontan la termen, dintre cari trei au murit în prima copilărie. N'a suferit niciodată de vreo boală.

Istoric: acum două zile în plină sănătate începe să aibă dureri abdominale în forma de colici, la început mai slabe, apoi din ce în ce mai puternice. În aceea zi n'a avut scaun, deși totdeauna a avut scaun zilnic. În noaptea și ziua care a urmat, s'a balonat, n'a dat vânturi, n'a avut scaun și a vărsat. Durerile abdominale s'au întărit, devenind chinuitoare și prelungite. Au început vărsături mai întâi bilioase, apoi fecaloide.

Stare prezentă: de statură mică, slabă, palidă, facies tras, neliniștită. Puls: 89, slab. T. A. 11—8 (V. L.) Subiectiv: se plânge de dureri abdominale, care vin în perioade puternice și prelungite. Vărsături fecaloide. Din când în când sughiță, Opriri totale de materii și gaze, oligurie. Obiectiv: Abdomen balonat, mai ales în regiunea periombilicală, ciapotaj, din când în când o undă peristaltică, timpanism periombilical.

Examen genital: uter în poziție normală, ușor mărit de volum, cu motilitate redusă. Spre cornul uterin drept o împăstare dureroasă difuză. La stânga nimic anormal. Douglas dureros. Tușeul rectal: ampula rectală goală.

Examen radiologic: imagini hidro-aerice suprapuse în regiunea periombilicală și ipocondrul stâng.

Dagnostic: ocluzie intestinală acută probabil de natură anexială.

Operația: se intervine de către dr. C. I. Andreoiu la orele 22 sub rachianestezie cu 0,12 gr. Novocaină 8% plus C. E. Celiotomie subombilicală.

Ansele ileale dilatate, congestionate, imobile cu un conținut hidro-aeric. Ansa sigmoidiană dilatată, de mărimea unui antebraț, asemănătoare cu cea dintr'un volnulus, fără ca să se găsească vre'o răsucire. Unghiul ileo-cecal e liber. În spatele uterului anexa dreaptă e mărită. Trompa îngroșată cât un deget mare. Aderențe proaspete în forma de membre de

neoformație prind ansa sigmoidiană și câteva anse ileale, formând un bloc aglutinat, care constituie obstacolul. După desfacerea acestora se extirpă salpingele drept. Odată liberate ansele ileale, femeia are scaun, intestinul își recapătă peristaltismul. Se extirpă și trompa stângă, care prezintă semne de inflamație cronică. Se toarnă în cavitatea peritoneală una fiolă de ser antiperitonitic. Se închide în straturi separate cu catgut. Evoluția postoperatorie normală.

Examen anatomo-patologic, macroscopic: salpinga este îngroșată cât un police cu aderențe albicioase. Pseudomembrane îngroșate. În secțiune secreție purulentă. **Microscopic:** secreția conține polinucieare multe în parte degenerate, celulele epiteliale, coci diverși. Rar diplococi. Gram-negativi. **Histopatologic:** salpingită subacută nespecifică.

Deci, ocluzie intestinală acută plin aderențe ce prind ansa sigmoidiană și câteva anse ileale, formând un bloc aglutinat cu punct de plecare anexial.

Cazul VII. Femeia M. E. casnică de 38 ani, Valea Dosului-Alba, vine în serviciul de chirurgie al Spitalului din Abrud-Alba, în ziua de 11 Maiu 1939 (foaia de observație Nr. 883—1939 pentru dureri abdominale cu balonări, vărsături bilioase, constipație totală, slăbiciune generală.

Antecedente: menstruată la 13 ani, regulat la 28 zile, cu durată de 3—4 zile, fără dureri. Măritată la 21 ani, a născut spontan la termen 2 copii, care sunt sănătoși.

Istoric: Până acum trei săptămâni femeia a fost sănătoasă, când dintr'odată începe să aibă dureri în pelvis, febră, scurgere vaginală purulentă. S'a dus la medicul circumscripției Zlatna, care a identificat o afecțiune genitală și a tratat-o în această direcție. Boala însă a continuat. De trei zile durerile abdominale au devenit intense, generalizate și au îmbrăcat forma crizelor intermitente, repetate la scurte intervale. Constipație totală. Vărsături de 2 zile, la început alimentare, apoi bilioase, urit mîrisitoare.

Stare prezentă: înaltă, slabă, palidă. Temperatura 38^o5. Puls: 85, regulat, bine bătut. Cicatrici de variolă pe față. Abdomen ușor mărit, destins timpanism periombilical. Prin peretele abdominal subțiat, se văd ansele intestinale, agitate din când în când de un peristaltism dureros. Clapotaj.

Examen genital: gâtul uterin e mare cu eroziune superficială în jurul orificiului extern. Corpul uterin în prelungirea gâtului, ușor mărit de volum, regulat, cu mobilitate redusă, sensibil. Anexele căzute în Douglas fixe, dureroase. La tușeul rectal, ampula rectală goală.

Examen radiologic: imagini hidro-aerice imobile înăuntrul cadrului colic. Diagnostic ante-operator. Ocluzie intestinală de natură anexială.

Operația: se intervine de către Dr. C. I. Andreoiu împreună cu Dr. M. Boroș. Rachianestezie cu 0,12 gr. Novocaină 8% plus C. E. Celiotomie subombilicală. La deschidere ileonul congestionat, dilatat, de mărimea antebrațului, conținut hidro-aeric. Spre unghiul ileocecal, un buchet de anse ileale este prins într'un grup de aderențe ce pornesc în forma de cordoane violacee, iar altele sub forma de membrane neoformate subțiri, în sfera genitală spre punctul de ocluzie. Membranele de neoformație se.

imprăştie dinspre anexa dreaptă sub forma de evantai pe mai multe anse ileale de care aderă la diferite nivele. Un cordon rezistent, aproape regulat, de grosimea unui deget, cu punct de plecare pe mezosigmă, trece spre dreapta, atinge uterul și anexa dreaptă, de care aderă strâns și se sfârșește pe două anse ileale în apropierea deschiderii ileonului în cec, constituind ansa adevărată a ocluziei. După liberarea anselor ileale, se găsește uterul acoperit de neoformație violacee și destul de rezistentă. Se face isterectomie subtotală, păstrându-se ovarul în dreapta. Se peritonizează. Se drenează cu trei meșe. Se închide cu catgut în straturi separate.

Examen anatomo-patologic: salpingele sunt nodulare și de mărimea unui police. Proces de salpingită subacută.

Așadar, ocluzia intestinală prin bride de neoformație cu punct de plecare utero-anexial.

Cazul VIII. Femeia R. E. de 35 ani, casnică, din comuna Lupșa-Turda, vine în serviciul de Chirurgie al Spitalului Abrud-Alba în ziua de 24 Iulie 1939. (Foaia de observație Nr. 1254—1939) pentru dureri abdominale generalizate cu balonări, constipație totală, vărsături bilioase, febră.

Antecedente: menstruată la 16 ani, regulat la 30 de zile cu durată de 4—5 zile fără dureri. Căsătorită la 18 ani, a avut 4 copii născuți spontan, la termen, au murit în prima copilărie.

Istoric: până acum 6 zile a fost complet sănătoasă, când dintr'o dată face febră, încep dureri pelviene. De trei zile varsă bilios. S'a dus la Spitalul Baia de Arieș, de unde a fost îndreptată la noi.

Stare prezentă: febrilă. Puls 80, regulat bine bătut. T. A. 12—8 (V. L.). Subiectiv prezintă dureri abdominale, sub forma de colici intermitente. Constipație totală. Vărsături bilioase. Obiectiv prezintă o balonare abdominală cu timpanism, clapotaj, contracții peristaltice pronunțate.

Examen genital: gâtul uterin cu o ruptură transversală. Orificiile închise, corpul uterin ușor mărit de volum, e întins înainte. Anexele căzute în Douglas, formează un bloc, de mărimea unui pumn neregulat, dureros, fix.

Examen radiologic: imagini hidro-aerice suprapuse fixe în interiorul cadrului colic.

Operația: cu diagnosticul de ocluzie intestinală, de origine anexială se intervine de către Dr. C. I. Andreoiu ajutat de Dr. M. Borș la orele 17 sub rachianestezie cu Novocain Bayer 0,12 gr. 8%. Celiotomie subombilicală. La deschidere se găsesc ansele ileale congestionate, dilatate, aproape imobile pline cu gaze și lichid. Căutându-se obstacolul, se găsește spre unghiul ileo-cecal exact lângă deschiderea ileonului în cec o bridă de neoformație, rezistentă care pleacă dela anexa dreaptă, trece deasupra ileonului, și se inseră pe mezenter, strangulând ansa intestinală. Se desface aderența, se controlează intestinul gros, care e liber. Trompa dreaptă e îngroșată, neregulată, nodoasă, cât un deget mare, sinuoasă, aderentă la uter și ovar; după ce se eliberează, se astupă. Anexa stângă în întregime mărită cât o portocală de Yaffa, este prinsă în aderențe la rect, uter și peretele pelvian. Desfăcându-se, se sparge un piosalping, prin care se scurge un puroiu cremos. Se face anexectomie. Se drenează cu meșe și se

loarnă în cavitatea peritoneală o fiolă cu ser antiperitonitic. Se închide în straturi separate cu catgut și agrafe.

Examenul puroiului: arată leucocite, polinucleare și diplococi Gram negativ.

Așadar, ocluzie intestinală prin bridă de neoformație cu punct de plecare anexial.

Cazul IX. Femeia M. M. de 28 ani, casnică, intră în serviciul secției Chirurgicale la Spitalul din Huși, în ziua de 8 Septembrie 1938 pentru balonarea abdomenului, vărsături bilioase, sughiț, stare generală proastă, care durează de trei zile.

Antecedente: Menstruată la 14 ani, regulat, nedureros. Căsătorită la 19 ani, a avut patru nașteri. Copiii toți sunt sănătoși. Acum 6 luni devine însărcinată. După două luni are un avort(?) spontan cu o metroragie prelungită. De atunci e continuu suferindă de dureri în partea inferioară a abdomenului. În mai multe rânduri erau accentuate, și se însoțeau de febră, bolnava fiind obligată să stea la pat 3—4 zile. A slăbit în ultimul timp, are greață și inapetență.

Istoric: acum trei zile a avut din nou dureri în ipogastru, care au obligat-o să stea în pat. A fost examinată de un coleg, medic de circumscripție, care i-a făcut o injecție cu oleu camforat și a administrat un purgativ salin. Are diaree 24 de ore, după care pânțele se balonează progresiv. În ultimele 24 de ore, pânțele este enorm de balonat. Apar sughiț și vărsături. Este trimisă cu diagnosticul de peritonită pentru intervenție de urgență.

La 8 Septembrie 1938 se prezintă la spital la ora 16 cu o balonare enormă, sughiț, vărsături bilioase, temperatura 37°8, oprire a materiilor și gazelor pe 48 de ore. La palpația abdomenului se constată o ușoară apărare musculară numai în etajul inferior. În rest abdomenul e suplu. Percuția arată un timpanism exagerat în jumătatea superioară a abdomenului și mai puțin exagerat în jumătatea inferioară. Percuția este dure-roasă.

Examen radiologic: fără preparație. Anse balonate cu imagini hidro-aerice.

Examenul genital: arată scurgeri vaginale, cervicită, fundurile de sac sensibile. Nu ne putem da seama de poziția uterului și a anexelor, din cauza balonării abdominale. Se pune diagnosticul de ocluzie intestinală probabil prin volvulus sigmoidian. Se practică o spălătură stomacală, tonice cardiace, 40 cc. ser clorurat 10% intravenos. T. A. 11½—7 (V. L.).

Operația: Rachianestezie după pregătire cu oleu camforat și efedrină. Operatori: Dr. Adameșteanu și Dr. Archire. Laparotomie mediană sub-ombilicală, prelungită deasupra ombilicului. La deschiderea abdomenului se exteriorizează anse de intestin subțire enorm dilatate. Cecul deasemeni dilatat. Se practică plan inclinat. Se aplică o valvă suprapubiană și se constată un bloc inflamator la care aderă laolaltă ambele anexe, anse de intestin subțire și colonul sigmoid. Se începe degajare anseor dela dreapta la stânga. Ansele sunt fixate la anexe prin aderențe cărnoase, care au

mai repede aspectul de false membrane. Într'un punct există o cuđură în țevă de pușcă a unei anse de intestin subțire, în care tranzitul intestinal este complet suspendat. Această ansă este rotundă, cam de 40—50 cm. de-părțate de unghiul ileocecal. După o degajare completă a intestinului subțire se găsește colonul sigmoid cudat, căzut împreună cu anexa stângă în Douglas. Aici aderențele sunt așa de strânse și importante, încât degajarea lor ar expune la o perforație a colonului sigmoid. Se izolează ansele intestinului subțire și se practică o histerectomie subtotală dela dreaptă la stânga, ridicând complect anexa dreaptă. Anexa stângă de mărimea unei portocale, se perforează în timpul manevrelor de degajare. Se extirpă parțial punga anexială, lăsând aderent la colonul sigmoid o parte din peretele ei. Se închide cu trei fire de catgut, bontul istmului. Peritonizarea e imposibilă. Se varsă patru fiole de ser antiperitonitic în plagă. Se drenează cu Mikulitz și se închide parțial plaga operatoare în trei straturi. În momentul când bolnava este trecută pe brancard după masa de operație, survine un deabaclu diareic, extrem de fetid. A treia zi se luxează meșele, a 6-a zi se extrag complect.

În afară de o supurație la perete, mersul postoperator mulțumitor. Ese din spital după 23 de zile cu o mică plagă pe cale de cicatrizare, la nivelul drenajului.

Deci, ocluzie intestinală prin aderențe în bloc al anselor ileale cu ambele anexe și colonul sigmoid, punctul de plecare fiind inflamația acută utero-anexială.

Cazul X: Pacienta M. T. E. de 50 ani, lucrătoare, este internată la 20 Ianuarie 1936 pentru dureri abdominale generalizate, balonări, constipății de 6 zile, vărsături, febră, cefalee. Boala a debutat cu 10 zile înainte printr'un frison violente, dureri pelviene intense, grețuri, constipație rebelă. Cu toată balonarea și starea dureroasă a abdomenului, bolnava a continuat să se alimenteze, neavând vărsături decât în ultimele zile.

La examen se constată un bloc inflamator pelvian foarte dureros la palpație și care se întinde până la fosele iliace.

Se administrează vaccin Delbet, se pune pungă cu gheață și timp de 9 zile, bolnava e îngrijită cu mijloace medicale. Prin spălături intestinale repetate, se provoacă slabe evacuări de fecale și de gaze, după care bolnava se simte mai bine.

Tulburările de ocluzie repetându-se, justifică intervenția, care se efectuează la 29 Ianuarie 1936, adecă după 9 zile de către Dr. Plătăreanu și Dr. Albu.

La deschiderea abdomenului, se găsește pe linia mediană ansa sigmoidă dilatată, peretele său congestionat, rapid îngroșați și acoperit de false membrane. Pelvisul e sediul unei tumori, ce ține de anexa stângă, de dimensiunea unei mandarine mari, pereți friabili, cu conținut sub tensiune și care ocupă întregul Douglas, mascând uterul. Anexa dreaptă e mărită, congestionată, friabilă, aderând masei epiploice a fosei iliace. În timpul manoperei de liberare conținutul din Douglas se sparge, fășnind sub presiune mare, cam 200 gr. de puroiu galben-murdar fetid.

Se face o histerectomie subtotaiă, cu dubla anexectomie, drenându-se fosele iliace, Douglasul și suprafața ansei sigmoide, cu meșe.

A doua zi după operație, bolnava face un focar de congestie pulmonară la baza pulmonului drept, cu reacții pleurale, care evoluează cu intermitente, ducând în prezent la vindecare.

În acest caz, procesul inflamator utero-anexial a produs ocluzie intestinală prin compresiunea colonului sigmoid, de către tumora anexială stângă (piosalpinge), cauză mecanică și prin propagarea inflamației în apropiere, producând o colită cu o pericolită plicică.



DISCUȚIA CAZURILOR.

Din cele 10 cazuri prezentate în această lucrare, observăm următoarele:

a) În antecedentele tuturor bolnavelor se află afecțiunea inflamatorie utero-anexială.

b) Aproape în toate cazurile boala a început liniștit, fapt explicat printr-o instalare ocluzivă lentă, treptată.

c) La examenul genital totdeauna s'a găsit suferința organelor respective.

d) În cele 10 cazuri ocluzia intestinală a fost rezultatul unui proces inflamator acut, plecat dela uter și anexe, cu interesarea peritoneului și formarea de neomembrane strangulante. Dintre acestea în 10 cazuri ocluzia s'a produs prin bride, cordoane, ce prindeau ileonul (dela simpla aderență ileo-salpingiană, la strangularea prin bride sau cordoane organizate), iar într'un singur caz prin compresiunii sigmei de către un piosalpinge.

e) Din punct de vedere anatomo-clinic formarea bridelor și aderentelor, ar corespunde succesiv la o salpingită catarală, la o pelvi-peritonită, anexită cronică redeseptată, perionexită; astfel că, procesul inflamator acut n'a lipsit în etiologie.

f) Examenul anatomo-patologic făcut în șase cazuri, arată că e vorba de o salpingită purulentă, un proces neformativ inflamator granular și în special fibro-conjunctiv.

g) În aproape toate cazurile gonococul este producătorul inflamației (pus în evidență în puroiul din salpinge și în secreția vaginală).

h) În 7 cazuri din 10, procesul patologic a prins numai intestinul subțire; în două cazuri a prins ileonul și colonul sigmoidian, iar într'un caz e vorba de o compresiune pe sigmă a unui piosalpinge.

CONCLUZII.

1. Ocluzia intestinală în inflamațiile acute utero-anexiale este o complicație rară.

2. Agenții microbieni frecvent producători ai inflamațiilor acute utero-anexiale sunt gonococul și streptococul.

3. Pentru a se produce aceasta complicație, este indispensabilă afectarea peritoneului pelvian printr'un proces inflamator perianexial, generator de bride, cordoane și aderențe.

4. Ileusul mecanic se produce în aceste cazuri prin bride și prin compresiune directă.

5. Obstacolul este de cele mai multe ori la nivelul intestinului subțire.

6. Pentru fixarea unui diagnostic etiologic și patogenetic, este neapărat necesar să cunoaștem antecedentele bolnavei și să facem un amănunțit examen genital.

7. Tratamentul acestei complicațiuni este cel chirurgical obișnuit în ocluzia intestinală.

8. Pentru a face un tratament logic și complet, e nevoie a se ataca focarul inflamator, de unde a pornit procesul neformativ și a interveni deci asupra bridelor, aderențelor, uterului și anexelor (atunci când starea generală a pacientei permite această intervenție).

Cluj la 30 Noembrie 1939.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:

(ss.) Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei:

(ss.) Prof. Dr. C. GRIGORIU

BIBLIOGRAFIE.

Mondor: Diagnostics urgents. Abdomen. ed. 1937.

Sergent: Exploration clinique médicale, technique et séméiologie ed. 1937.

Forgue: Précis de pathologie externe vol. II. ed. 1939.

Lejars: Traité de chirurgie d'urgence ed. 1936.

Lenormand etc. Précis de diagnostic chirurgical. Vol. III. Abdomen et Pelvis ed. 1937.

Faure et Siredey: Traité de Gynécologie medico-chirurgicale ed. 1928.

Forgue et Massabuau: Gynécologie.

Ledaux—Lebard: Manuel de radio-diagnostic clinique, ed. 1933.

I. Hațieganu și I. Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală. Vol. II.

C. I. Andreoiu: Ocluzia intestinală în inflamațiile acute utero-ane-riale. (Rev. Spitalul Nr. 9, 1938).

V. Plătăreanu, I. Porumbaru și I. Albu: Ocluzii intestinale în cursul inflamațiilor genitale acute. (Rev. de Ginecologie și Obstetrică Nr. 7—8. București 1936).
