

1200

No. 1583

Perforațiile uterine și tratamentul lor



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 23 1940

DE

MIHAILESCU I. MOISE

Fost medic auxiliar al Clinicii Psihiatrice
Medic intern al Spitalului de femei Cluj

Perforațiile uterine și tratamentul lor



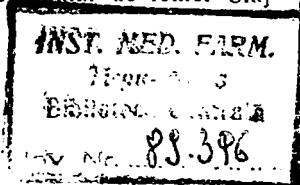
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1940

DE

MIHAILESCU L. MOISE

Fost medic auxiliar al Clinicii Psihiatrice
Medic intern al Spitalului de femei Cluj

8690



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Anatomia umană	Prof. Dr. PAPILIAN V.
Chimie generală medicală	„ „ SECĂREANU ȘT.
Chimie biologică	„ „ MANTA I.
Istologie și embriologie	„ „ DRĂGOIU I.
Fiziologie și fizică medicală	„ „ BENETATO GR.
Anatomia patologică	„ „ VASILIU T.
Bacterologie	„ „ BARONI V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Igienă și medicină preventivă	„ „ MOLDOVAN I.
Clinica medicală I	„ „ HAȚIEGANU I.
Clinica medicală II (semiologie)	„ „ GOIA I.
Clinica chirurgicală (semiologie, med. oper) „ „	POP A.
Clinica chir. și boalele căilor urinare „ „	ȚEPOSU E.
Clinica ginecologică și obstetricală „ „	GRIGORIU C.
Clinica dermatologică și sifilografică	„ „ TĂTARU C.
Clinica infantilă și puericultură	„ „ POPOVICIU GH
Clinica neurologică și Endocrinologia „ „	MINEA I.
Clinica psihiatrică	„ „ URECHIA C.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAÏL D.
Clinica balneologică și dietetică	„ „ STURZA M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU G
Clinica stomatologică	„ „ ALEMAN I.
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Radiologia medicală	„ „ NEGRU D.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Farmacologie (supl.)	Prof. Dr. BARONI V.
Igienă și medicină preventivă (generală) „ „	Agr. ZOLOG M.
Clinica boalelor contagioase	Conf. GAVRILĂ I.

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE: Prof. Dr. C. GRIGORIU

MEMBRII: { „ „ V. PAPILIAN
 „ „ M. KERNBACH
 „ „ ALEX. POP
 „ „ T. VASILIU
SUPLEANT: Conf. „ TR. POPOVICIU

Inchin această lucrare memoriei scumpe a părinților mei și a iubiților mei frați, Iordache și tânărului chimist Pavel Mihailescu, care au făcut atâtea jertfe pentru mine.

Domnului Doctor G. h. B a n u, fost ministru, cele mai respectuoase mulțumiri și recunoștință pentru neprețuitul ajutor pe care mi l-a dat la terminarea studiilor mele universitare.

Domnului Prof. Univ. Dr. Const. Marinescu, cele mai calde și mai vii mulțumiri pentru prețiosul ajutor moral și material dat, asigurându-l de toată stima și recunoștința mea.

Domnilor: Prof. Univ. Dr. A. r. Grădinescu, Prof. Univ. Dr. I. M a n t a, Prof. Univ. Dr. G. h. P. P a m f i l, vii mulțumiri pentru sprijinul și îndrumările ce mi le-au dat, întotdeauna când am apelat la dâșii.

Domnului Inspector Școlar Prof. Dr. O. I. Ghiția, cele mai sincere mulțumiri pentru ajutorul material dat; Domniei-Sale îi datoresc o bună parte din înboldul meu pentru cariera medicală.

Domnului Prof. Univ. Dr. Const. Urechia, respectuoase mulțumiri pentru bunăvoința cu care m'a primit să lucrez în Clinica Dsale, și pentru frumoasele cunoștințe însușite.

Domnului Dr. D. S t a n c a, directorul Spitalului de femei, *Dr'*

Domnului Conferențiar Dr. Const. Stanca, medic primar al Secției Ginecologice-Obstetricale, ~~X~~ multă recunoștință pentru bunăvoința cu care m'au primit să lucrez în serviciul spitalului, pentru frumoasele cunoștințe medicale însușite de la dâșii, pentru sprijinul și sfaturile date, și pentru spiritul academic și amabilitatea ce-i caracterizează.

Doamnei Doctor Flavia Lucan Ionescu, îi mulțumesc din tot sufletul meu pentru ajutorul moral și material dat, în greutățile nenumărate pe care le-am întâmpinat în ultimii ani de studii.

Dlul Dr. I. S t u p a r i u, medic secundar al Spitalului de femei, îl asigur de recunoștința, devotamentul și iubirea mea, pentru sfaturile date, pentru prietenia și spiritul de camaraderie ce le-a avut față de mine.

Tuturor acelor care au împărtășit împreună cu mine, durerile și bucuriile unor zile de lipsuri și greutăți, înconjurând -mă cu toată căldura lor sufletească, îi asigur de dragostea mea nemărginită.

Colegilor mei de spital: Ilie Neamțu, Liviu Rațiu și Aurică Stănescu, îi asigur întotdeauna de aceeași sinceră prietenie.

Colegilor mei de studii, Gheorghe Farmache și Mitică Danciu, le voi păstra întotdeauna același devotament prietenesc.



INTRODUCERE

Perforațiile uterine sunt leziuni *spontane* sau *traumatice* ce survin în mod accidental și produc o soluție de continuitate la nivelul uterului. Unele din aceste plăgi uterine sunt produse prin *agenți vulneranți externi*, ca și glonte, corn de animal, pumnal, etc., și sunt foarte rare. Mai frecvente sunt perforațiile ce se produc în *cursul avortului medical sau tentativelor de avort*, și acestea sunt cele cu cari ne întâlnim în mod curent, și care vor face obiectul principal al lucrării noastre. Aceste leziuni constituiesc o complicație serioasă, căci creiază un mare pericol pentru bolnavă, și pot angaja grav responsabilitatea medicului. Problema perforațiilor uterine a făcut obiectul multor lucrări, și subiectul a vii discuțiuni în societățile medicale și congresele de specialitate, punându-se la punct etiologia, patogenia, simptomatologia, și rămânând încă deschisă chestiunea tratamentului și profilaxiei lor, cari sunt cele mai importante de cunoscut. O caracteristică specială a lor este, că *fiecare caz de perforație prezintă ceva particular*, fie în ceea ce privește obiectul prin care s'a făcut perforația, fie prin localizarea leziunii, prin diagnostic, și prin rezultatul postoperator. Din punct de vedere *medico-legal și deontologic*, v'a trebui stabilit în cazuri de perforații produse de medic, întru cât poate fi făcut responsabil, căci unele din perforațiuni sunt inevitabile, iar altele ar putea fi evitate. Perforațiile uterine sunt un accident destul de frecvent, care poate surveni la oricare chirurg, și dovada cea mai bună este, că ele au fost făcute de ginecologi erudiți. Din aceste motive, M. Kernbach, în materie de responsabilitate medicală spune, că va trebui să avem în vedere existența sau absența unor leziuni pre-existente, motivul avortului, (criminal, terapeutic, septic), intervenția de urgență sau nu, condițiile unde s'a efectuat avortul) în oraș, la țară, în spital, etc.), titlul de specialist al medicului precum și rupatația acestuia.

Cunoașterea problemei sub toate aspectele ei, ne va face să-l evităm iar odată produs, să-l rezolvăm cât mai bine. Chestiunea perforațiilor uterine este de actualitate și literatura acestora este abundentă; ea a făcut obiectul, pe

lângă tratatele clasice și cazurile publicate, subiectul de discuție, în special al Societăților de Chirurgie și Ginecologie din Franța, Germania și Anglia, din anii de după războiu.

În literatura română deasemenea au publicat cazuri și articole asupra acestei chestiuni, o serie de autori, aducând prețioase contribuțiuni la edificarea lor, și dintre cari menționăm pe : *Grigoriu, Kernbach, Zaharescu—Karaman, Helman, Georgescu, E. Bologa, M. Ignătescu, V. C. Ionescu. Kaufmann. Pavelescu, Șoimaru, Stanca C., Stupariu I., E. Porsche, V. Pătrășcanu, Plăcișteanu, Săvulescu, Süßmann, Tănăsescu, Teohari Petre, etc.*

Din studiul cazurilor observate în Clinica Ginecologică și Spitalul de femei, precum și din cele publicate în literatură, vom expune ansamblul și aspectul lor clinic, din toate punctele de vedere, spre a contribui la clarificarea acestei probleme, *ce mai are încă unele puncte obscure.*

O altă categorie de perforațiuni uterine sunt acele ce se produc din cauze interne. În categoria acestora intră *escarele și rupturile uterine* din timpul nașterii. În rezumat, subiectul lucrării noastre îl vor forma : perforațiile de cauză externă, dintre cari cele mai importante sunt *perforațiile din cursul avortului*, și cele ce se produc fără agenții din afară, *escarele și rupturile uterului*. Vom face un studiu comparativ al acestor două grupe.

FRECVENȚĂ, ETIOLOGIE, PATOGENIE

Datele privitoare la frecvența perforațiilor uterine în cursul avortului sunt foarte variate, dându-se cifre relative și cari sunt în funcție mai mult de persoana ce face avortul. *Madzuginski* pe 29.719 avorturi provocate, află 32 perforații uterine, adică 11 la 169, ceea ce face 0,1%. *Nespecialistii* dau o statistică de 4 ori mai mare. Se mai observă apoi după cum arată *Halban-Seitz*, o creștere foarte însemnată a cazurilor de perforații uterine în perioada de timp de după războiul mondial, față de cea din înainte de războiu. Acelaș lucru îl remarcă și *Engelmann*, ce observă 16 cazuri în 5 ani antebelici, și 26 cazuri în 5 ani postbelici. Explicațiunile ce se dau sunt de ordin clinic și medico-legal. În general, în perioada postbelică avorturile s'au practicat pe o scară mult mai întinsă, și pe de altă parte, luându-se în discuție acest subiect în multe societăți, medicii și-au publicat cazurile și modul lor de comportare, fapt care până atunci era ținut secret. Pe de altă parte, medicii legiști cunoscând mai detaliat perforațiunile, în spe-

cial patogenia acestora și posibilitatea de a avea acest accident și cel mai abil chirurg-ginecolog, au fost mai rezervați în concluziile și stabilirea responsabilității celui ce le produce. În privința procentului de frecvență al perforațiilor uterine, un rol important îl mai are și calificația aceluia ce le produce, sau execută intervenția: *dacă este medic sau nu, și apoi în cazul când este medic, dacă este specialist sau nu.*

În rezumat, frecvența perforațiilor uterine *nu ne poate da cifre absolute*, căci ele depind de mulți factori, cari toți trebuiesc luați în considerare.

Etiologia perforațiilor uterine în cursul avorturilor se confundă aproape cu persoanele cari execută avorturi. Acestea pot fi produse de *persoane cu totul străine profesiei medicale*, — nemedici, babe, moașe empirice, femeia însăși, — ori, ele fiind lipsite de cele mai elementare cunoștințe, înțelegem ușor producerea accidentului. Metoda de a-și provoca singure avortul, aparține femeilor mai în vârstă — la multipare, și cu oarecare experiență. *Femeia* se așează pe vine și se forțează pentru a-și coborî uterul mai jos, apoi cu degetul reperează orificiul extern al colului, și aici își introduce o tije de oleandru, fusuri, ace de cap, pai de mătură, — cu scopul de a rupe învelișul oului. Perforațiile mai pot fi produse de *auxiliarii medicilor*, — ca: moașe, surori, infirmiere. Aceste persoane de obicei întrebunțează metoda perforațiunii embrionului cu histerometrul, cu un dilatator subțire sau cu o laminarie, lăsând ca avortul să se completeze ulterior, spontan. De obicei, aceste persoane nu examinează gravida, sau dacă o examinează, nu-și pot da seama de deviațiile uterului gravid. În acest caz, perforațiunea uterului poate fi începută printr'o cale falsă, fiind făcută în baza ligamentelor largi, unde se găsește artera uterină și un țesut celular propice pentru însămânțarea și dezvoltarea germenilor patogeni introduși de instrumentul perforator. Perforațiunile uterine mai pot fi produse de *medicii nespecialiști sau specialiști*, ce par a fi cele mai frecvente, și leziunile produse de aceștia se numesc *perforațiuni chirurgicale* și recunosc mai multe cauze:

1. accidente frecvente și inevitabile, ce pot surveni ori cui și în orice moment al intervenției, și cu orice instrument;

2. stângăcie sau *lipsă de abilitate* a operatorului;

3. *leziuni preexistente* ale pereților uterini.

Obiectele cu care se fac perforațiile sunt dintre *cele mai variate*. Nemedici, în deosebi gravidele însăși, întrebunțează diferite obiecte: fus, ac de păr, de croșetat, de tricostat, sârme, toc de scris sau o rădăcină oarecare, etc. *Pollak și Brouardell* arată că fiecare țară își are

preferințele ei: *România*, rădăcină de nalbă; *Ungaria*, fusul; *țările Slave*, ace de lemn; *Turcia*, nervura principală a frunzei de tabac; *Japonia*, ramurile de bambus. *Medicii provoacă de obicei leziuni traumatice uterine mult mai grave de cât moașele sau femeia însăși, căci aceștia lucrează cu un instrumentar mai variat și cu mai multă temeritate.* Sigur, cele mai dese întâlnite ca și agent perforator, sunt cele utilizate *mai des în cursul raclajului.* O idee asupra frecvenței acestor instrumente ne-o putem face din tabloul lui *Liepmann—Wells*, care arată că din 266 cazuri de perforații uterine, au fost cauzate de :

Pensa de avort	47 cazuri	Sondă uterină	13 cazuri
Cureta	42 „	Degetul	4 „
Dil. Hegar	27 „	Cauze necunoscute	113 „
Cateter	22 „		

Sonda : poate produce perforațiune atunci când nu examinăm poziția uterului și întrebuițăm forța. Este un agent prin care se produce rar perforațiunea și de obicei leziunile sunt minimale. Uneori ea produce perforațiuni *când e introdusă cu brutalitate și când curbura ei nu urmează curbura canalului vagino-cervico-uterin.* Perforațiunile sunt localizate la nivelul unghiului corpului cu colul, unde sonda se lovește de un obstacol.

Prin deget deasemenea se pot produce perforațiuni uterine ; adeseori degetul explorator al cavității uterine produce perforațiuni la nivelul cudurii în unghi drept între col și corp, favorizate de ramolirea inflamatorie a pereților uterini. S'au văzut cazuri în care curetajul digital a perforat fundul de sac posterior vaginal, prin care atârna epiploonul colonului sigmoid (*Caillot*). Curetând cavitatea cu degetul încovoiat, poate fi perforat peretele anterior uterin, inclusiv trigonul vezical. Printre toți agenții în ceace privește frecvența, este cel mai rar întâlnit. *Heynemann* întâlnește perforațiuni prin acest agent în proporție de 3%, iar *Fromme* îl găsește ca agent cauzator în 9 cazuri dintr'un total de 332. Perforația în curajul digital, se produce când colul uterin nu este dilatat, și la extracție facem manevre foarte bruște și intensive.

Cureta : este unul din instrumentele cu cari se produc cele mai multe perforații. Observăm din tabloul de mai sus că *Liepmann* află că din 266 perforațiuni, cureta a fost agentul provocator în 42 cazuri. După *Fromme*, din 332 cazuri, 60% sunt provocate de curetă. Perforația cu cureta

se produce când *colul nu este dilatat suficient, aplicând forța în timpul curetajul și când peretele uterin este modificat, alterat.*

Hegarul: este și el printre agenții producători de perforație, cu o frecvență mijlocie. După *Fromme*, pe 332 cazuri, perforațiile sunt datorite acestui instrument în 35 cazuri, iar după *Liepmann*, pe 266 cazuri, îl aflăm în 27 cazuri. Acest accident cu Hegarul se produce când întrebuițăm foarța, *n'am stabilit poziția uterului și adâncimea cavității*, prin sondaj uterin; îl introducem încolo de orificiul intern, trecem repede dela un număr la altul și *nu întrebuițăm jumătățila de număr*. Dilatarea cu Hegarul rapidă și brutală, neținând seama de rigiditatea colului, lezează mucoasa cervicală, produce plezniri în țesutul fibro-conjunctiv al colului și cauzează pe lângă metritele scleroase, căi false pe care le ia instrumentul, perforațiuni ale istmului deasupra colului, deschise în parametre.

Pensa uterină: deasemenea se crede că este unul din acele instrumente cu cari se produc mai frecvent leziuni locale și din cele mai grave.

Liepmann pe 266 cazuri, află ca și cauză a perforației, pensa în 47 cazuri, iar *Fromme* din 332 perforațiuni, o află în 41 cazuri. Seriozitatea excepțională a leziunilor produse cu pensa constă în aceea că, *leziunile uterului sunt cu mult mai extinse*, producându-se violențe asupra organelor vecine și interne abdominale, ca; epiploon, apendice, intestin, sigmoidă, și cari se pot aproape complet eviscera. S'au găsit leziuni ale intestinului subțire pe o lungime de $\frac{1}{2}$ și chiar $7\frac{1}{2}$ m. Cu ea se pot produce perforațiuni și smulgeri întinse ale pereților uterini.

O altă categorie de perforațiuni sunt cele produse prin *laminarie*. Acestea se pot produce *în două moduri*: a) în momentul intervenției de către operator, așa cum s'ar face prin oricare din instrumentele întrebuițate la raclaj, ca; histerometru, Hegar, curetă, pensă uterină, sau: b) perforațiuni „spontane”, când laminaria ajugând în cavitatea uterină și așezându-se în poziții diverse — oblică sau transversă — uterul, prin contracțiunile sale exercitate în timp mai îndelungat, cu scopul de a elimina corpul străin, acționează asupra acestuia care astfel produce leziuni ale pereților uterini.

Patogenie: Producerea perforației se face uneori *din cauza operatorului*, iar alteori *din cauza terenului modificat*. Din partea operatorului, accidentele survin din cauză că, sau *nu examinează poziția uterului gravid*, sau *face un examen ginecologic superficial*, sau examinând, *nu-și dă seama* dacă uterul este în anteversie sau retro-

versie. Astfel, dacă uterul este în retroflexie-versie, operatorul crezând că este un uter în poziție normală, va perfora peretele anterior; mult mai rar se întâmplă ca medicul să perforaze peretele posterior, atunci când uterul este în hiperanteflexie. Alt moment favorizat este *lipsa dilatației suficiente a colului*: în acest caz, intrându-se cu cureta sau pensa uterină, se poate trece printr'un traiect fals în parametre, sau dacă pătrundem în cavitatea uterină nu o putem evacua complet, și mișcările printr'un canal insuficient, duc ușor la perforație. Perforațiile se mai produc din cauza *nepracticării histerometriei*, căci neștiind care este lungime cavității și poziția precisă a uterului, introducem instrumentele la o adâncime mult mai mare și în acest moment se poate produce perforația.

În rezumat, perforațiile uterine se produc în două circumstanțe principale: *fie în timpul dilatării colului, fie în timpul când practicăm curetajul* (medical, explorativ), când colul este insuficient dilatat.

Mai importante de cât acestea sunt modificările din partea terenului, adică *leziunile preexistente ale peretelui uterin*. După *Monod*, afecțiunile ce favorizează perforația uterină sunt următoarele:

1. *ramoliri* exagerate ale pereților uterini.
2. *gangrene* localizate ale pereților uterini.
3. *scleroza cicatricială* interstițială după metrită ce duce la o pierdere a supleței și la friabilitatea mărită a miometrului.
4. Începutul unui *epiteliom* al corpului uterin, sau a unei *mole hidatiforme*.
5. *infarctul* parțial și difuz infecțios, embolic sau trombotic.

Tot între cazurile predispozante la perforația uterină, adăugăm și *malformațiunile uterine congenitale*. *Uterul post-abortum, post-partum uterul puerperal, endometritele acute post-abortum, resturile placentare infectate, aplazia* pereților uterini cu subțierea lor, *sarcinele ectopice* cu ramolirea miometrului din jur, *antoniile totale uterine post-abortum și post partum*, crează tot atâtea „*locus minoris resistentiae*“ ce poate fi ușor perforat în cursul histerometriei, raclajului medical și raclajului explorativ. Rezultă deci că perforațiile uterine pot fi făcute atât *pe uterele normale* cât și *pe cele afectate*. Acestea sunt momentele patogenetice în producerea perforațiilor uterine în cursul avortului.

Perforațiunile ce survin independent de intervențiile pe cavitatea uterină, sunt așa zisele *escare*, ce duc la crearea de fistule spontane. Acestea recunosc o serie de cauze ce duc la producerea lor, și pe cari le vom enumera pe

scurt. Cele mai interesante sunt *fistulele inflamatorii* ce sunt datorite fie unui flegmon periuterin, fie unui pesar sau corp străin al vaginului, care determină o ulceratiune și o pierdere continuă de substanță, ce duce la o perforatiune a peretelui uterin. Altele se produc datorită unui *proces neoplazic* ce poate perfora organul. Astăzi, se mai văd des perforatiuni consecutive *necrozei țesuturilor sub influența radiumului*. Se mai văd perforatiuni sau fistule cari urmează o *naștere laborioasă*. Presiunea capului fetal, care apasă apoi pe simfiza pubiană, timp de multe ore țeșuturile situate înaintea ei, este suficientă uneori să determine sfacelarea lor și să producă în momentul căderii sfacelului, o fistulă defenitivă.

După punctul unde s'a exercitat presiunea, vom avea fistulele cele mai variate. Tot în acest grup al leziunilor spontane intră *rupturile uterului în timpul nasterii*, la sfârșitul perioadei de dilatare sau în cursul perioadei de expulsie. Orice obstacol al dilatării colului și al progresiunii fetale, poate duce la ruptura uterului.

Regiditatea colului, cancerul, tumorile praevia, bazi-nurile strimate, sunt cauzele materne cele mai frecvente. Din partea fătului, toate cauzele de distenziune a segmentului, pot aduce ruptura uterului. Prezența umerală neglijată, hidrocefalia, se complică adesea cu ruptura uterului.

Este important să amintim că *injecția intrauterină cu tinctură de iod* întrebuințată des în tentativele de avort, poate cauteriza pereții uterini producând gangrene, escare și perforații septice.

O altă categorie de perforațiuni sunt cele produse prin *enuclarea fibroamelor uterine*: există fibroame care au o situație internă, intramusculară, și ajung cu unul din poli până sub seroasa organului. Extragerea accidentală a acestor fibroame interne, prin curetaj sau pensare, lasă în locul lor perforațiuni de mărimi variate.

Rupturi traumatice pot fi produse și prin *manoperă obstericale*; aplicarea forcepsului în dilatația incompletă, este extrem de periculoasă. În acest caz, disproporția între lumenul canalului utero-vaginal insuficient dilatat și craniul fetal, precum și tracțiunea brutală și prelungită a forcepsului, crează plăgi variate ale colului și ale segmentului inferior. Pot rezulta astfel perforațiuni și rupturi ale porțiunii cervicale, de forme și mărimi variabile, parțiale și totale. Cele totale se pot complica cu leziunile organelor învecinate: vezică, rect, cu fistule largi cervico-vaginale și cervico-rectale.

Perforațiuni uterine grave, pot surveni în practicarea *embriotomiei cervicale, decapitației, embriotomiei toraco-abdominale, craniotomiei, cranioclaziei*, etc. În aceste ca-

zuri, instrumentele obstetricale aplicate cu brutalitate de cei puțin rutinați, dau naștere la perforațiuni și smulgeri întinse ale pereților uterini, mai ales când părțile fetale ce trebuiesc abordate nu sunt bine fixate și instrumentele sunt introduse sub protecția nesigură a mâinii conducătoare. Aceste două categorii de leziuni descrise mai sus, le-am amintit în treacăt, căci ele sunt foarte rare de oarece intervențiunile obstetricale se fac de specialiști.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Leziunile anatomo-patologice ale perforațiunilor *din cursul avortului*, sunt importante și variate. Dimensiunile leziunilor pot fi *minimale, filiforme*, ca și cele făcute prin sondă, sau foarte *extinse*, când se poate distruge chiar peretele întreg. Intre aceste două extreme pot fi posibile *toate categoriile*. Numărul leziunilor este variabil, pot fi perforațiuni *unice* sau *multiple*. Sediul perforației este foarte *variat*, poate fi pe peretele anterior, și se produce când uterul e în retroversie, pe peretele posterior, în caz de hiperanteflexie. Colțurile uterine sunt des perforate, atunci când țesutul miometral este moale, subțiat, deci s'a *ramolit* în diferite procese de vecinătate, ca și *sarcina extrauterină* sau *piosalpinx*, sau din cauze locale, ca și *resturi placentare vechi supurate* sau diferite *procese tumorale*. O altă localizare este la nivelul cervixului și istmului uterin, ce survin mai ales la nulipare, din cauza *orificiului intern stricturat*, și instrumentul cu care se lucrează, sonda sau Hegarul, intră în musculatura cervicală și poate să ajungă în parametre, cavitatea peritoneală sau vezică. Tot acelaș lucru se poate întâmpla și la multipare, când prezintă *stricturi cicatriciale secundare*, în urma dilatărilor forțate anterioare, sau rupturi orificiului uterin extern în timpul facerii. Din punct de vedere al *aspectului macroscopic*, pot fi orificii punctiforme, *simple* perforațiuni fără dilacerare, sau plăgi *largi* crateriforme cu traiecte unice sau multiple. Din punct de vedere al complicațiilor, perforațiunile se pot împărți în *perforații interne simple și perforații complicate cu leziuni viscerale*. *Modificările microscopice* ce se produc la acest nivel sunt foarte variate. În perforațiile simple, alterațiunile locale sunt: anemierea regiunii, infarctul și apoi gangrena. *Infarctul uterului* este o infiltrație hemoragică, fie parietală fie totală a pereților, ce duce la o rigiditate pronunțată a organului. Culoarea acestuia e violetă sau negricioasă. O altă manifestare a perforației este *gangrena uterului* prin care înțelegem o suprainfecție cu anaerobi sau streptococi. Sediul acesteia este de obicei fundul uterului, căci acesta

este mai bogat vascularizat. Leziunile gangrenoase pot fi localizate în mucoasa sau musculoasa uterului, bine circumscrise, sau difuze, având marginele neregulate, cu excrescențe. Perforațiile uterine se pot complica cu *leziunile tuturor organelor vecine*. Astfel poate fi lezat epiploonul, un accident mai benign, căci nu se însoțește de hemoragie. Mai des lezat poate fi intestinul subțire și intensitatea leziunilor poate fi variată, dela un simplu hematom, până la rupturi grave cu desinserarea lui împreună cu mezentenul. S'au descris în literatură leziuni extrem de grave din această categorie. Leziunile intestinului gros sunt mai rare și mai puțin grave. S'au mai descris asociate acestor perforații uterine, leziunea apendicelui, venei iliace, a vezicii urinare cu ureterele, leziunea organelor genitale, trompele, ovarul etc. În rezumat, după *Mondor și Picot*, din punct de vedere anatomic putem avea complicații inflamatorii sau circulatorii. *Complicații inflamatorii* legate numai de perforația uterului avem: infiltrația puriformă a uterului, peritonită generalizată, celulită pelviană, focar de origină a unei septicemii mortale, flegmonul ligamentului larg. Infecțiile localizate pot duce la infecții tardive grave: pioemii sau septicemii. Mai sunt complicații legate de lezarea intestinului cum e peritonita directă, peritonita secundară, când organul e sfacelat și strangulat. *Complicațiile circulatorii* pot fi directe și imediate. Astfel avem hemoragiile externe, produse prin lezarea arterei uterine și inundațiile peritoneale sau hemoragiile interne. *Printre complicațiile circulatorii tardive* mai importante sunt: gangrena tardivă a uterului, infarctul ligamentelor largi și infarctul tubo ovarian.

La perforațiile spontane, anatomia patologică se confundă cu afecțiunile predispozante la aceste leziuni: astfel la escare, cu procesele inflamatorii, tumorale, și atreziei secundare, datorite agenților fizioterapici sau mecanici.

Rupturile uterului se mai pot face în cursul sarcinei dar excepțional de rar; mai frecvent în timpul travaliului. În ceea ce privește rupturile spontane în cursul sarcinei nu se pot explica decât printr'o *alterațiune mai profundă a pereților uterini, sau o malformațiune a organului*. Alterațiunile patologice sunt cele mai adese ori *cicatrice* (după cesariene anterioare sau alte operațiuni făcute pe uter), *după cancer sau fibrom*. S'au mai descris și leziuni de *degenerescență*. Mai sunt cazuri în cari se pare că *vilozitățile choriale a penetrat prin mușchi* până la peritoneu. După *Delporte și Rouffart* este vorba de o exagerare a puterii distructive a ectodermului fetal, sau de o mai mică rezistență a mușchului uterin. În ce privește

malformațiunile, ele pot fi dintre cele mai variate, ca și uter bicorn, uter rudimentar, uter didelphic, etc. Rupturile spontane uterine în cursul nașterii, recunosc ca factor predispozant *multiparitatea*, însă factorul mai important anatomo-patologic, ce pune organul în condițiuni speciale prin acest accident este țesutul alterat sau mai puțin rezistent ca de obicei. *Alterațiunile pereților uterini* sunt aproape aceleași ca și în sarcină, tumorile ca și cancerul, fibroamele, mola hidatiformă, și cicatricile consecutive operațiilor făcute asupra corpului uterin.

În ce privește cicatricile, survin în intervențiile de *enuclearea fibroamelor și mai des după cesarienele clasice*. Ruptura se produce mai adesea la nivelul cicatricei, uneori la nivelul firelor de sutură care devin perforante. Acestea pot lua aspecte *diferite*: astfel, apar ca o fantă acoperită de membrane ovulare și peritoneale, mai mult sau mai puțin lungă, cu marginile neregulate; alteori, cele două buze ale vechii plăgi, par a fi fixate simplu, printr'un pod care a cedat deodată, și în acest caz, se pare că reunirea nu s'a format de cât la nivelul stratului superficial și mucoasa a venit să acopere toate acestea. Rupturile spontane din timpul sarcinii sunt frecvente *la nivelul cicatricei cesariene corporeale anterioare*, unde țesutul conjunctiv din cicatrice e slab și oferă mereu un „*locus minoris resistentiae*”, apoi în hidroamnios, și când placenta se inseră pe cicatricile uterine.

SIMPTOMATOLOGIE

Simptomatologia perforațiilor în cursul avortului este simplă, și diagnosticul se face ușor de cel ce a produs perforația, însă este dificil pentru un alt medic și la un interval oarecare de timp după accident. Vom concretiza simptomatologia perforațiilor simple și apoi a celor complicate cu leziunea viscerelor.

În perforațiile simple, dacă leziunea este mică, produsă în condițiuni aseptice, fără spălătură intrauterină și fără leziuni ale organelor interne, perforația poate trece neobservată. Însă în cele mai multe cazuri, se traduce prin *pătruderea exagerată și bruscă* la nivelul plăgii, a unui instrument întrebuințat la raclaj, ca: sondă, curetă, historometru, pensă, etc., însoțită de senzația mai mult sau mai puțin nefă de o rezistență învinsă. Câte odată se relevă și prin *înapoierea incompletă a lichidului în timpul spălăturii intrauterine*. La simptomatologia aceasta se mai adaugă semne ce urmează după producerea leziunii, în raport cu modificările anatomo-patologice locale. Astfel la

infarctul uterin, avem un tablou în general brutal, cu: durere vie, stare de șoc, puls filiform, respirație frecventă, cu febră sau puțină febră, paloare, cianoza feței, uter mare și greu, iar uneori fundurile de sac sunt prinse, constatându-se o infiltrație echimotică a colului sau a hipogastrului. *La uterele gangrenoase*, constatăm uter moale, de volum micșorat apoi mărit, lochii mirositoare, temperatură ridicată, facies alterat și gălbui, puls filiform, ușoară dispnee, stare care duce la o septicemie subacută.

Un semn caracteristic al baciului perfringens este hemoliza. Dacă perforația este urmată de formarea unui *abces*, avem fenomene de sepsă puerperală ce se traduc prin fenomene generale, febră, iar local observăm scurgere purulentă, fetidă, și la aceasta se adaugă perceperea modificării volumului și consistenței uterine. Abcesul se poate deschide în peritoneu, și să dea naștere unei peritonite acute brutale, cu un rapid sfârșit letal. La acele subiective din perforație mai trebuie adăugat uneori *examenul obiectiv și ginecologic*, care ne va arăta sensibilitate pronunțată și dureroasă la nivelul fundurilor de sac vaginale, la nivelul uterului o apărare musculară localizată, matitate în flancuri. Semnele de pelvi-peritonită, mai ales dacă se asociază cu o anemie oarecare, ne fac se ne gândim la perforația uterină.

Uneori perforația poate fi diagnosticată ușor la *tușeu* prin: tușeu vaginal dureros, durere provocată la nivelul leziunii, contractura peretelui abdominal, sensibilitatea Douglasului, pelvipertonită fără reacții anxiale, anemie inexplicabilă, leucocitoază peste 25.000. *Cazurile de perforații complicate*, se traduc prin fenomene peritoneale, semne de hemoragie internă, sau prin apariția diferitelor organe abdominale în vagin. *Tabloul peritoniei* este cel clasic, începând cu o serie de semne funcționale ca și eructații urmate de vărsături, cu retenție de materii fecale și gaze, însoțite de colici și tulburări urinare. În perforații în special avem o durere foarte mare abdominală.

Peritonitele după septicemie se însoțesc de diaree în loc de constipație. Printre semnele obiective notăm pulsul accelerat și moale, în special disproportionat față de temperatură, limba uscată, tensiunea pereților abdominali până la defans, durere după compresiune, și diagnosticul este sigur dacă constatăm prezența lichidului exudativ în cavitatea peritoneală. Trebuie reținut că cu toate că puncția poate fi negativă, nu poate face obstacol diagnosticului de peritonită, când semnele clinice și celelalte date ne fac să o presupunem. Peritonitele pot avea o evoluție subacută, acută, supraacută, fulgerătoare; pe lângă simptomele gene-

răle cunoscute se mai adaugă durerea vie, vărsăturile bili-
loase și temperatura de 39°—40°.

Septicemiile din perforațiuni sunt provocate de streptococul hemolitic, perfringensul etc., care se dispersează în circulația generală din plaga uterină infectată. Septicemia cu perfringens dă icter hemolitic cu alură gravă. Printre simptomele mai grave avem: frisoane, pulsul foarte rapid și în discordanță cu temperatura, un facies anxios, de culoarea galbenă-pală, pământie, stare ataxo-adinamică, respirație superficială și accelerată, crampe musculare, diaree, oligurie etc., semne care marchează gravitatea extremă a prognosticului. Septicemia poate fi ca evoluție: acută, supraacută, sau cu evoluție rapidă, în 3—12 zile. *Pioemia* este un sindrom care apare ceva mai tardiv în perforațiile uterine; este datorită streptococului și are ca punct de plecare flebitele utero-pelviene, a căror origină e plaga uterină. Se caracterizează prin frisoane ce apar de mai multe ori în 24 ore, însoțite de mari ascenziuni febrile, iar tușeul vaginal ne arată uneori o infiltrație edematoasă a ligamentului larg sau o indurație latero uterină în formă de cordon, dureroasă la palpare. Un alt sindrom prin care se pot manifesta perforațiunile complicate este cel al *hemoragiei interne*. În momentul accidentului, femeia simte durere vie, durere sub formă de înțepătură de pumnal, are amețeli, corpul se acopere de transpirațiuni, fața devine de o paloare pronunțată, respirația devine dispneică, scurtă, ea se agită, își pierde conștiința. Pulsul devine frecvent și slab, iar faciesul devine peritoneal. *La tușeu* nu se simte nimic net, se percepe însă o împăstare difuză cu rezistența peretelui abdominal. Temperatura se ridică adesea până la 38°, 39°. O altă complicație a perforațiilor este *trecerea pela nivelul soluției de continuitate a diferitelor organe* ca epiploon, intestin, sigmoidă, a căror diagnostic este ușor de făcut, simțind aceste organe în vagin, sau apărând în vulvă. *Simptomatologia perforațiilor spontane* este aceea a rupturilor uterului în timpul sarcinei și a travaliului. În general, rupturile uterului în timpul sarcinei se fac cu ocaziunea unui *efort*, vărsături, tuse, mișcare bruscă, emoție vie, iar uneori se produc în repaus absolut. Aceste rupturi au sediul pe corpul și fundul uterului. Semnele prin care se traduc sunt: durere vie în abdomen, însoțită de semnele de hemoragie internă menționate mai sus. *În graviditate*, din a III-a parte a sarcinei, se simte și prezența fătului în cavitatea abdominală. *Rupturile uterului în timpul nașterii* se produc la nivelul segmentului uterin. Simptomele prodromale survin rar. Se traduc prin dureri violente și cari iau uneori un caracter de crize subintrante. Bolnava este agitată din

cauza oboselii și a excesului de durere. Dacă examinăm bolnava în momentul în care se face ruptura, vedem că *uterul se divide în două zone*: una formată de corpul uterin retractat, și alta de segmentul inferior destins la extrem. La locul de unire al corpului cu segmentul inferior, apare un burelet constituit prin *inelul de contracțiune* (al lui Bandl) care este situat foarte sus, aproape sau deasupra ombilicului. Tot aici avem *semnul lui Bandl—Fromel*, caracterizat prin ascensiunea către ombilic a inelului, și întinderea ligamentelor rotunde în formă de coarde, ce ne anunță ruptura. Mai importante sunt simptomele din perioada de stabilire a bolii. *În momentul în care se produce ruptura*, gravida este prinsă de o durere bruscă foarte violentă la nivelul abdomenului, o adevărată sfâșiere interioară. În acest moment simte o pocnitură, și senzația că un lichid cald trece în cavitatea abdominală. În acest moment poate surveni sincopa. După acestea, fenomenele dureroase încetează, ceea ce însemnează că fătul a trecut parțial sau total în cavitatea abdominală. La urmă se instalează o acalmie completă. Examinând bolnava *în acest moment*, suntem frapați de faciesul ei: este palidă, nasul ascuțit și ochii înfundați în orbite. Pulsul este slab și frecvent, filiform, extremitățile reci, respirația accelerată și superficială, iar vărsăturile verzi întunecă tabloul clinic. Aceste semne sunt indiciul unei *hemoragii interne și a unui șoc peritoneal intens*. De multe ori în rupturile uterine, apariția rapidă a anemiei acute, scăderea mare a tensiunii minime, șocul brutal, trădează hemoragia internă. *La palpare* care este foarte dureroasă la nivelul rupturii, abdomenul este balonat, neregulat, și nesimțindu-se conformația uterului. Fetusul, foarte superficial, pare coplecit liber în cavitatea abdominală, și pe de altă parte, simțim o tumoră regulată, dură, dureroasă, ce se contractă sub mâna palpatorie și nu este altceva decât uterul gol. Tot palparea ne furnizează un alt semn, care este o crepitație caracteristică a unui emfizem ce apare deasupra simfizei pubiene. Dacă practicăm *auscultația*, nu mai auzim bătăile cordului fetal, deci fătul moare foarte repede. *Tușeul* de asemenea ne poate da indicații foarte prețioase. Din vagin se scurge *sânge negru, sirupos*, semn important patognomic; această hemoragie externă poate să fie ușoară sau foarte abundentă.

Făcând tușeul, putem avea mai multe cazuri: sau partea fetală de prezentație a rămas angajată și tușeul ne dă puține semne de diagnostic, — din cauza acesteia care obstruiază excavația, — sau partea fetală s'a îndepărtat de strămoșea superioară, — și atunci simțim la dreapta sau la stânga, soluția de continuitate la nivelul segmentu-

lui inferior; partea fetală foarte mobilă se poate refuza, iar în timpul examinării, se scurge *sânge negru*. Dacă însă fătul a trecut în cavitatea abdominală, *explorarea digitală* e foarte ușoară, degetul explorator poate preciza întinderea și situația leziunii. Pătrunzând cu degetul prin ruptură, ne dăm seama că suntem în cavitatea abdominală, fie că simțim intestinale sau palpăm pubele, fie că putem separa degetul explorator de mâna palpatorie externă numai prin peretele abdominal.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

I. Perforațiunea uterină traumatică se poate diagnostica mai ușor de cel ce produce leziunea, prin senzația de rezistență învinsă ce o are sub instrumentul întrebuințat. Inșă și în acest caz, trebuie să ne gândim la *falsele perforațiuni*, datorite ramolirii pereților uterini când se lasă ușor depresionați și ne dau senzația că i-am străbătut cu instrumentele. Mai este nevoie să nu pierdem din vedere că au putut fi *perforații anterioare*, făcute de o altă persoană, — cu tendință la vindecare, — și la curetaj intrăm pe un traect mult mai ușor de învins, deci prin locul vechii perforații. Diagnosticul diferențial este mai greu de făcut de un alt medic, și la un timp oarecare după ce s'a produs perforația. Este mai dificil dacă bolnava nu ne dă *anamneza adevărată*, refuzând să ne spună că a fost la o persoană pentru întreruperea sarcinei, care i-ar fi făcut o manevră intrauterină, Diagnosticul trebuie făcut *cu stările septice după avort*, în ambele cazuri având tabloul clinic asemănător. Vom presupune perforația dacă bolnava ne va spune că a avut o manoperă intrauterină și vom interveni la primele semne de peritonită. *Retenția de placentă* de asemenea poate duce la confuzie de diagnostic. În aceste cazuri, dacă nu avem reacție anxială, facem controlul cavității uterine digital sau instrumental, și acesta ne va clarifica. *Sarcina extrauterină* de asemenea trebuie eliminată, căci bolnava având întârziere de menstruație și crezând că este gravidă, în cursul tentativei de avort se poate produce perforație. În aceste cazuri laparotomia se impune, tratamentul fiind numai operator. Deasemenea trebuie să mai facem diagnosticul *cu apendicita, cu afecțiuni ale anexelor* ca și hidrosalpinx, piosalpinx, hematosalpinx, chiste ovariene sau dermoide, chiste ovariene torsionate, și în unele cazuri, cu anexita supraacută. Trebuie să mai eliminăm deasemenea *afecțiuni locale uterine și periuterine* cum sunt: flegmoanele parametrale, perimetritile, parametritile septice

post-partum sau post-abortum, endometritele acute, endometritele supraacute post-abortum sau post-partum, puerperale, unde starea generală alterată, starea locală cu scurgeri purulente fetide, uter mare, moale, sensibil și dureros la palpate, care, nu rare ori ne pune pe urmele unui diageostic greșit. O atenție deosebită dăm deasemenea *endometritelor hemoragice*, mai ales celor post-abortum și post-partum, unde resturile mici placentare rămase, hipertrofiate și în parte infectate, asociate cu alterarea stării generale și locale uterine, adesea ne pot pune pe urmele unui diagnostic fals de perforații uterine, în special când hemoragia externă este evidentă, și bolnava a fost supusă anterior la manopere intrauterine. În toate cazurile anamneza și examenul munițios al bolnavei ne va clarifica și va trebui să intervenim la apariția primelor simptome de peritonită. În caz de *peritonită generalizată* sau de *septicemie cu localizare peritoneală*, în ceea ce privește etiologia, trebuie să ținem întotdeauna seama și de perforația uterină.

II. Diagnosticul diferențial al rupturilor spontane uterine în timpul sarcinii se face greu, și ne gândim de obicei la *complicațiuni extragenitale*: apendicită perforată, ruptură a vezicii urinare, colecistită perforată sau o ruptură a unei sarcini extrauterine. Această din urmă greșală, n'are mari inconveniente, căci tratamentul care se impune este tot laparotomia.

În caz că accidentul se produce în *timpul nașterii*, diagnosticul diferențial se face numai cu câteva afecțiuni. *Hemoragia retroplacentară*, care se prezintă cu aceleași semne de stare generală rea, și aceleași semne de hemoragie internă, însă uterul este voluminos, dur, dureros, și nediforțat. Această complicație se produce înainte de debutul nașterii, și în acest caz nu se produce modificarea colului uterin. Diagnosticul se face mai delicat cu *placenta praevia*. Aici, simptomul patognomonic este hemoragia externă *cu sânge roșu rutilant*, iar *la tușeu putem simți placenta*. În ruptură, hemoragia externă este cu sânge negru.

Pe de altă parte, în placenta praevia, hemoragia externă este abundentă, în cât poate explica anemia bolnavei; în ruptura uterului, anemia nu este în raport cu cantitatea mică de sânge expulzat în afară, — și pe de altă parte —, există fenomene de șoc peritoneal, pe care nu le întâlnim în placenta praevia. Am mai putea să ținem seama de *trombusul pelvian*, produs prin ruptura vaselor intraligamentoase, fără ruptura uterului, și care este excepțional. Explorarea manuală v'a clarifica și aici diagnosticul, arătând că peretele uterin este intact. Unii autori au în trebuințat *examenul radiologic*, care uneori ne poate cla-

rifica definitiv diagnosticul, găsind în cavitatea abdominală obiecte și instrumente întrebuințate la raclaj, sau aer care a pătruns prin orificiul de perforație, în cavitatea peritoneală.

PROGNOSTICUL

Prognosticul și evoluția perforațiilor uterine în cursul avortului, este în funcție de o serie de factori, dintre cari mai importanți sunt: *starea generală a bolnavei* ce este în legătură cu vârsta, constituția organică, dacă are sau nu leziuni organice, *situația locală a uterului* — dacă terenul este infectat sau nu, mărimea perforației, *localizarea ei*, căci perforațiile cu lezarea arterelor uterine și perforațiile istmului, perforațiile fundului uterin, care fac să comunice imediat cavitatea septică a organului cu cavitatea peritoneală, au totdeauna un prognostic mai grav; tot așa și perforația parametrelor, căci țesutul lor oferă imediat condiții prielnice pentru înmulțirea germenilor patogeni. Prognosticul mai este condiționat dacă perforația s'a produs *la începutul sau la sfârșitul raclajului*, dacă s'a făcut sau nu *lezarea organelor învecinate*, când el este mai sombru, apoi de persoana care a făcut perforația și deci *de sterilitatea cu care s'a lucrat, de afecțiunea pentru care s'a efectuat raclajul* — avort incomplet, avort medical, raclaj explorativ, sondaj uterin, controlul și curetajul post-partum —; și în fine, *de tratamentul urmat după perforație* — dacă s'a recurs de mai multe ori la manopera intrauterină și dacă s'a făcut spălătură intrauterină, — *periculoasă* în acest caz prin trecerea rapidă a conținutului septic uterin prin plagă, în cavitatea abdominală — care, astfel diluat, prezintă o toxicitate și o rezorbție mai mare. În rezumat, ținem seama de varietatea factorilor *atât locali cât și generali*, cari condiționează într'o măsură atât de mare evoluția plăgii. Prognosticul *este extrem de rezervat* și nu ne putem pronunța categoric. În ceea ce privește prognosticul rupturilor uterine din sarcină cât și din travaliu, el *este extrem de grav*, căci se termină de cele mai multe ori *prin moarte* ce survine în urma șocului, hemoragiei sau infecției consecutive. Gravitatea prognosticului mai variază cu câțiva factori, anume *dacă ruptura este complectă* căci atunci ea este mai gravă decât ruptura subperitoneală. Deasemenea prognosticul este mai sombru, dacă *fătul a trecut în cavitatea peritoneală*, decât dacă ar fi rămas în uter; apoi foarte mare importanță are *sedlul rupturii*, căci cele laterale sunt mult

mai grave. Însfârșit, prognosticul este agravat, dacă ruptura este însoțită de alte complicații ca: ruptura vezicii urinare, hernierea intestinului, etc. Un factor important mai este dacă în aceste cazuri s'a aplicat sau nu tratamentul necesar, căci rupturile abandonate duc fatal la moarte.

TRATAMENTUL PERFORAȚIILOR UTERINE

1. Problema *tratamentului perforațiilor traumatice în cursul avortului* este cea mai importantă și aceasta a dus la discuțiunile cele mai contradictorii, Din acestea, noi vom vedea conduita practică de urmat și care ni se pare cea mai reală. Perforația uterină odată ce am constatat o sau numai o bănuim, trebuie să ne oprim imediat, dela orice manoperă intrauterină. În cece privește tratamentul de urmat, toți autorii sunt de acord că *intervențiunea operatorie este necesară și de urgență* în perforațiunile largi, în cele cu rupturi și distrucții întinse ale pereților uterini, în cele cu lezarea arterei uterine și în perforațiunile istmului, în cele infectate, în cele post-abortum și post-partum, în cazurile în care lichidul de spălătură intrauterină a trecut în abdomen unde, se manifestă existența unei hemoragii și reacție peritoneală și, fără a mai aminti de cazurile când există o perforație a organelor intraabdominale, și când apare în vagin ansă intestinală, epiploon și materii fecale. Discuțiunile asupra tratamentului de urmat, s'au născut din cazurile mai puțin grave la prezentare, și cari s'au produs în împrejurări care ne fac să credem că sunt de o septicitate redusă, deci fără o indicație operatorie formală. Deoparte sunt *abstentioniștii*, cari susțin că perforația făcută în cursul curetajului executat cu toate regulile de asepsie și antisepsie, într'un uter neinfectat și printr'un instrument mic (histerometru, Hegar), este un accident benign. Indată ce constatăm perforația, să ne obținem dela orice intervenție, să punem bolnava în repaus complet, cu pungă cu gheață pe abdomen, și vindecarea vine spontan, rămânând totuși în expectativă armată, pentru cazul când starea bolnavei s'ar înrăutății. Autori ca: Schwab, Ferrari, Bégouin, Villard, Berard, Andérodias, Bienst, Miginiac, Hera, Guémot, au descris în aceste cazuri vindecări spontane.

Intervenționiștii susțin că: „perforația uterină este o plagă penetrantă în abdomen“ produsă pe cale septică și trebuie să recurgem deodată la laparotomie. Avantagiile acestei conduite sunt multiple. *Guellotte* consideră laparotomia explorativă ca o manoperă de securitate indispensabilă. Bolnava nu are nimic de pierdut, căci dacă leziunile sunt mici, uterul rămâne pe loc. Pe de altă parte actul operator este cu atât mai eficace, cu cât este executat

mai precoce. Alt argument este că nu știm ce manoperă intrauterină s'a făcut în scop abortiv înainte de noi.

Basset susține laparotomia imediată pentru următoarele motive:

1. facilitatea pe care ne-o da la inventarierea exactă a leziunilor, atât uterine cât și epiploopice, intestinale sau altele și la judecarea intenzității și întinderii afecțiunilor peritoneale.

2. pentru posibilitatea ce o oferă operația de a se executa asupra uterului o intervenție reparatoare și conservatoare.

Séjournet este pentru intervenție, căci este rațional de a presupune septicitatea perforației, pentru următoarele fapte:

1. momente operatorii suspecte în cursul curetajului, în special acestea nu se adresează chirurgului și obstetricianului.

2. infecția are punct de plecare uterin, și de conținutul acestui organ depinde soarta peritoneului, căci femeia poate să fi suferit de o boală infecțioasă recentă sau de stări metritice vechi.

3. hemoragiile perforației și expulzia intrapelviană de resturi placentare.

Aceste păreri sunt susținute de autori ca: *Bumm, Proust, Brocq, Koblack, Strosnian, Lehmann, Fiolle, Joseph, Forge, Gheorghiu*, etc.

Procedeu operator se alege după caz. Aproape toți autorii sunt de părere că singura cale practică este cea abdominală, căci în felul acesta printr'un câmp operator larg, putem constata prezența și extinderea leziunilor. În cazuri pure și recente, — perforațiile simple — cu margini nete, curetaj corect, perforații minuscule, când credem că terenul nu este infectat, fără hemoragie și fără resturi placentare, se face rezecția marginelor plăgii și sutură simplă. În perforațiile complicate, când leziunile sunt extinse, țesut uterin friabil, în cazul de utere suspecte sau incomplet evacuate, se procedează la *histerectomie subtotală*. În cazurile de utere foarte infectate și când bolnavele sunt atinse de septicemie, se poate executa *histerectomia vaginală*. *Prof. Grigoriu* directorul Clinicii Ginecologice, rezumă astfel conduita ce trebuie urmată în cazul unei perforații în cursul avortului „dacă medicul operator lucrează în condiții de asepsie și antisepsie riguroase, dacă cazul trebuie să-l luăm dela început ca neinfectat, dacă perforația s'a făcut cu o sondă sau Hegar mai subțire, conduita noastră în clinică a fost totdeauna expectativă. Plaga de perforație ca orice plagă făcută în condiții aseptice, se poate vindeca spontan fără complicație. Când medicul operator a recunoscut perforația, ori și ce intervenție de raclaj trebuie să

înceteze, supunând cazul tratamentului în consecință: liniște la pat, pungă cu gheață pe abdomen, uterotone, controlul pulsului și al reacțiunii peritoneale. Dacă în momentul recunoașterii perforațiunii, în cavitatea uterină mai sunt resturi de placentă sau embrion, le evacuăm dar numai prin curaj digital, evident numai după ce ne-am orientat perfect asupra sediului și dimensiunii perforației, pe care trebuie s'o ocolim în manopera noastră de completare a evacuării resturilor. Acolo unde pulsul și simptomele locale denotă un început de reacție peritoneală, fără să așteptăm prea mult, cazul trebuie supus unei intervențiuni chirurgicale. Intervențiunea depinde de gravitatea leziunilor și puțința de infecție a cazului respectiv. Operațiunea poate consta într'o sutură simplă a plăgii, sau într'o histerectomie subtotală sau totală, cu repararea eventuală a complicațiilor grave ce pot surveni, când organele vecine, intestine, vezică etc., au fost lezate“.

Redăm mai jos și conduita ce se urmează în secția de Chirurgie ginecologică a Spitalului de femei din Cluj, în cursul perforațiilor uterine: Constatând o perforație uterină se va interveni pe cale laparotomică, în toate cazurile și de urgență, pentru a ne da seama de leziunile uterine și dacă sunt interesate și organele de vecinătate. În ce privește felul de intervenție ce se face, variază după caz: în cele complicate, adică cele septice și cu leziuni extinse, se face histerectomie subtotală iar în cele simple, adică puțin extinse și aseptice, conservând uterul, făcând sutura plăgii,

Se crede însă că cel mai bun procedeu ar fi (ținând seamă că perforația uterină este cea mai suspectă plagă penetrantă în abdomen, iar cavitatea uterină nu poate fi considerată în nici o împrejurare aseptică și deci pericolul de infecțiune al peritoneului este iminent):

1. intervenție laparotomică de urgență, în toate cazurile diagnosticate.

2. în perforațiile simple și în primele 6—10 ore dela producerea lor, unice, cu dimensiuni mici, cu margini regulate, uter gol, țesut muscular contractil, nefriabil, teren aseptice, pe care s'a lucrat cu instrumente sterile, facem excizia canalului și sutura perforației în două planuri, aplicând drenaj de siguranță cu meșe. Dacă plaga este mai mare, este bine să evităm pericolul căderii escarei și în acest caz putem face histerectomie.

3. în perforațiile care au trecut de 6 ore, și în cele complicate cu: teren septic, leziuni mari extinse, uter ne-complect evacuat, leziunea organelor abdominale, facem histerectomie după caz, aplicând drenaj Miculikz.

4. în toate cazurile dubioase de perforații, facem laparotomie explorativă.

5. expectativa armată nu ne oferă condiții integrale pentru a salva viața femeii ferind-o de complicațiunile cari mai târziu ne ar face să regretăm așteptarea.

II. În rupturile spontane ale uterului gravid sau în cele din cursul nașterii, accidentul odată produs, întâiu trebuie să extragem fătul și apoi să tratăm plaga uterină. În ce privește *calea de extracție a fătului*, ne adaptăm după caz și anume: o facem pe căile naturale, când partea fetală este profund angajată, putând să facem forceps sau embriotomie, iar când partea fetală este mobilă la strâmtoarea superioară, este mai bine să extragem fătul pe cale laparotomică.

La tratamentul plăgii trebuie să ținem seama de cele două complicațiuni ce pun viața bolnavei în pericol: hemoragia și infecția. Metodele de tratament sunt variate și se pot executa pe cale abdominală și vaginală. Pe cale vaginală se pot face următoarele intervențiuni: *drenajul*, ce constă în a introduce un dren gros sau meșe în plaga uterină. Acest procedeu se poate aplica în cazuri când ruptura este situată posterior, într'o regiune unde se drenează ușor și sunt puține vase.

Această metodă este abandonată.

Tamponajul, constă în a plasa două pense Musseaux pe cele două buze ale rupturii, pentru a scobori puternic uterul, și apoi se tamponează plaga uterină cu meșe. După 48 ore se scoate și se înlocuiește cu un dren gros. Acest procedeu de tratament este excelent în rupturile subperitoneale, și este mai puțin satisfăcător în rupturile complete. *Sutura rupturii* este o operație dificilă, căci este rar ca marginile plăgii să fie nete și destul de groase. Ea se complică cu infecție, și nu poate fi încercată de cât în cazuri pure. *Histerectomia vaginală* este o operație ce nu poate fi indicată de cât în cazuri de nașteri premature.

Intervențiuni pe cale abdominală. *Laparotomia* este tratamentul de ales în cele mai multe rupturi uterine. Ne putem da seama de gravitatea leziunilor și de a întrebuița un astfel de procedeu, după caz. Această laparotomie trebuie făcută în poziție orizontală, pentru a împiedica sângele de a refuza către extremitatea superioară. Fătul și placenta fiind scoase, vom evacua cavitatea peritoneală de chiagurile ce le conține. Vom plasa apoi o pensă Musseaux pe fundul uterului, pentru a putea explora marginile rupturii. Dacă artera uterină sau vre'o ramură sângerează, vom pensa extremitatea vasului. Examinând situația locală, se vor alege următoarele procedee.

Tamponajul : se începe prin a tampona uterul, având grije de a trece extremitatea bandei prin vagin; apoi vom aplica o altă meșă în plaga uterină. Acest procedeu nu este logic și nu se practică, căci deschizând cavitatea abdominală este mai bine să întrebuițăm un procedeu radical care ne pune la adăpost de hemoragie și este mai puțin periculos din punct de vedere al retenției septice. *Sutura plăgii*. Cei mai mulți autori sunt de părere de a se sutura toată grosimea peretelui, și nu mai puțini sunt cei ce recomandă numai sutura peritonelui. Sutura trebuie rezervată cazurilor de rupturi cu marginile nete, situate foarte jos, fără decolarea peritoneului și fără infecție prealabilă. Acest procedeu nu este posibil când ne găsim în prezența rupturilor neregulate cu decolări considerabile. *Histerectomia* tinde să devină *tratamentul de elecție* al rupturilor uterine. Această operație pune femeia la adăpost de hemoragie, și are avantajul că suprimă marea cauză a infecției: uterul. Din nenorocire, de cele mai adese ori se operează prea târziu, și femeile nu au o rezistență suficientă pentru a suporta șocul operator. Se poate practica operația Porro, care are avantajul că este foarte simplă și rapidă, însă ea expune femeia la infecție. *Histerectomia subtotală*, constituie operația de predilecție, căci se execută rapid și este satisfăcătoare. După această operație se face drenaj Miculicz. *Histerectomia totală* și ea are un număr de partizani, însă este mai dificilă, dureroasă mai mult timp, și din cauza modificărilor din timpul sarcinii expune la leziunea ureterelor.

PROFILAXIA.

Cunoscând agenții cu cari se provoacă perforațiile traumatice și împrejurarea în care se fac, putem evita această gravă complicație, luând o serie de măsuri profilactice pe cari le vom enumera mai jos.

I. În toate cazurile se examinează atent *poziția uterului*.

II. Se face *histerometria*, care se totodată ne confirmă și ea poziția uterului și lungimea cavității.

III. Dilatarea colului o facem în toate cazurile prin aplicarea de laminarii, cari vor fi între 3—4 mm. grosime.

IV. Dilatarea va fi suficientă dacă am ajuns până la *Hegarul Nr. 12*.

V. Manipularea instrumentelor se face cu o deosebită precauțiune.

VI. Intervenția se va face sub *anestezie generală*, căci aceasta ne dă o relaxare bună.

VII. În cazurile de sarcină peste 3 luni, se va face mai *întâi* curaj digital, care va fi urmat *apoi* de evacuare prin curetă.

VIII. De câte ori facem raclaj pentru hemoragie suspectă de avort, trebuie să ținem seama și de *afecțiunile cari pot modifica rezistența pereților uterini*: mola hidatiformă, ramolismnt, cancer, placenta acreta, etc.

IX. Operația făcută în *condiții ireproșabile de sterilitate* precum și *recunoașterea imediată a perforației*, asigură întotdeauna un prognostic mai bun, prin măsurile operatorii ce se vor lua.

X. Deoarece procentul mare de perforațiuni îl dau nespecialiștii, ar fi de dorit ca intervențiile asupra uterului, cari necesită raclaj, să fie *executate de medicii ginecologi*.

Cât despre *rupturile spontane* din sarcină și cele din travaliu, pentru prevenirea lor vom lua deasemenea o serie de măsuri profilactice. Trebuie să ținem seama de *anamneza specială* a acestor cazuri la consultațiile prenatale; în deosebi vom fi atenți la aceste *nașteri distocice* în antecedente, sau la *operațiile care s'au efectuat pe uter*, etc. Vom recomanda *centură de burtă* la toate multiparele; se vor rezolva pe cale rapidă *prin cesariană, diferite distocii*; în fața unei nașteri distocice, vom supraveghea atent uterul și *nu vom da extracte hipofizare*; dacă segmentul inferior devine întins și inelul lui Bandl se ridică deasupra ombilicului, trebuie să ne așteptăm la ruptură și atunci *vom calma intensitatea contracțiunilor uterine cu morfină sau cloroform*, și vom termina nașterea cât mai rapid posibil, ținând să întrebuițăm numai manopere ce nu traumatizează segmentul inferior: așa spre exemplu, într'o prezentație umerală cu uter retractat, nu vom face versiune, ci *vom practica embriotomia*, sau mai bine cesariana. Peste tot, să facem din ce în ce *mai puține cesariene corporeale*, pentru că suturile cele mai bine făcute, nu ne pun la adăpost de rupturi, chiar prin simple contracțiuni în afară de naștere. Actualmente trebuie să *practicăm mai bine cesariana joasă*.

CAZURI CLINICE

Redăm mai jos câteva, cazuri survenite în *Clinica Ginecologică — Obstericală Cluj* — Bolnava M. M. casnică, căsătorită. Intră în clinică în ziua de Nov. 25 1939.

Antecedentele negative.

Antecedente fiziologice : ultima menstruație înainte cu 5 luni. Nici o naștere, nici un avort. A fost văzută de un medic, când prezenta fenomene grave de hemoragie internă.

Starea generală : extrem de grava. Bolnava este foarte anemiată, mucoasele vizibile și tegumentele palide. Faciesul peritoneal. Nasul ascuțit, ochii excavați și adânciți în orbite, trăsăturile feții marcate. Este dispneică, agitată, prezentând dese accese de lipotimie. Extremitățile reci, puls mic, depresibil, aproape perceptibil la radială. Sudori reci, respirația accelerată, greață și vărsături dese, sughiț, dureri în spate și tendința de a sta în ortopnee. Abdomenul puțin balonat, contractat și foarte sensibil, prezentând o defensă pronunțată. Această stare după afirmația bolnavei și a însoțitorilor ar fi survenit mai mult sau mai puțin insidios.

La examenul genital : pierderi abundente de sânge din vagin; canalul cervical dilatat pentru două degete. Corpul uterin foarte greu de perceput, din cauza defensei și sensibilității abdominale. Fundurile de sac vaginale și în special cel posterior, bombează sub o tensiune ușor fluctuantă. Se face puncția Douglasului, și se extrage sânge lichid extravasat; se pune diagnosticul de hemoragie internă provenită fie în urma perforației, fie în urma rupturii spontane a uterului, și în consecință se face *intervenția chirurgicală, constatându-se*; sânge lichid proaspăt revărsat în cavitatea abdominală, în cantitate impresionantă. Uterul: gravid în luna V—VI, prezentând pe fața anterioară și puțin spre marginea lui stângă, o lipsă de continuitate a seroasei și musculaturii, de mărimea unei palme de copil. Ligamentul rotund stâng rupt, la fel, în parte și ligamentul larg corespunzător. Se execută o histerectomie subtotală, lăsându-se după Prof. Grigoriu, sângele revărsat pe loc

pentru ca resorbindu-se pe cale peritoneală, să ajute la remontarea bolnavei. Mersul postoperator bun. Bolnavă pă-răsește clinica vindecată.

Examenul macroscopic al pieșei arată: pe lângă cele descrise mai sus, uterul nu prezintă nimic altceva. Secționându-se, se găsește un făt lung de 27 cm. și greu de 230 gr. Placenta inserată pe peretele anterior, acopere prin masa ei locul rupturii. Ea păstrează intim inserția cu uterul. Nu se găsește nici un punct, nici o cale de perfora-ție sau de comunicare de la interior spre exterior, nici la nivelul rupturi, nici în altă parte.

Examenul anatomopatologic (prof. Dr. Titu Vasiliu) arată; un proces inflamator flegmonos.

Cazul II. K. C. de 38 ani, casnică, căsătorită; intră în clinică la 25 VI. 1938.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: febră tifoidă în copilărie.

Antecedente fiziologice: mentsruată la 14 ani, cu durată normală, se repetă regulat, fără dureri. A avut 4 nasteri și 2 avorturi.

Boala actuală: bolnava e adusă dela țară cu dureri de facere, care durează din 24 VI; lichidul amniotic scurs, pierde sânge din vagin. Pulsul 110. A fost examinată in-tern de o moașă, care constatănd prezența transversă, o trimite la clinică. *Examen extern:* Uter deformat, capul fetal se palpează în fosa iliacă dreaptă. La sondarea vezicei se obține urină sanghinolentă. *Examen intern:* Cana-lul cervical sters, orificiul extern complet dilatat: pe fața anterioară a peretelui vaginal și a segmentului inferior ute-rin, se constată o ruptură care interesează și vezica; în canalul cervical se constată umărul drept; fătul se află în „conduplicatio corpore“.

Diagnostic clinic: ruptură totală uterină, a vezicii urinare și vaginului, gr. I. IX., prezența transversă ne-glijată, făt mort intrauterin. Se face decapitația și extracția fătului.

Se execută intervenția imediată: histerectomie to-tală abdominală, refacerea vezicii urinare, drenaj vaginal și abdominal după Miculikz.

Mersul postoperator: prezistă fistula vezico-vaginală.

Cazul III. N. M. de 34 ani, casnică, căsătorită. Intră în clinică 11. IX. 1938.

Antecedente heredo-colaterale și personale, fără im-portanță.

Antecedente fiziologice: menstruată la 14 ani, pe-riod normal, fără inconveniente. A avut 4 nașteri și 1 avort.

Boala actuală datează de 3 săptămâni; la 1 săptă-

mână după naștere, pierde sânge în cantitatea mare din vagin și e internată în Sanatorul Lengyel, unde un medic spune că i s'a administrat stiptice și i s'a făcut tușeu rectal, iar bolnava susține că i s'a făcut spălătură intrauterină și tușeu vaginal. După o săptămână dela această examinare, prezintă; greață, vărsături temperatură ridicată, amețeli și dureri în hipogastru și lombe.

La intrarea în clinică, bolnava prezintă: stare generală gravă, anemie profundă, tulburări vizuale, temperatură 37,7, puls 120, dureri în lombe și hipogastru. Tegumentele uscate, abdomen retractat, cu apărare musculară mai ales în etajul abdominal inferior. Din vagin se scurge un lichid seros, sanghinolent.

Examen genital: Uter în anterversie-flexie, moale, fundul uterului la 3 degete deasupra simfizei pubiene: orificiul extern și canalul cervical, permeabile pentru un deget. Pe pereții uterului sunt câteva resturi placentare, în cornul drept, se simte o tumoră elastică, cât o nucă, reductibilă în abdomen, lăsând liber un orificiu permeabil pentru deget, încât trans-abdominal, se poate palpa degetul intern. Sonda uterină pătrunde deasemenea în abdomen.

Diagnostic clinic: status post partum, perforația cornului drept uterin, resturi placentare, infecție puerperală.

La ora 13 și 15 minute bolnava prezintă frisoane puternice.

La ora 15 se face intervenție chirurgicală.

Laparotomia mediană arată: cavitatea peritoneală plină cu cca 50 cm³ lichid sero-sanghinolent; intestinele puțin meteoristice. Uter în anterversie, moale, mare prezintă în cornul drept o ruptură cu marginile neregulate, și cu false membrane, și pe o întindere de 3 cm., ce nu sângerează. Ansele intestinale fără leziuni. Uterul e foarte friabil. Se face histerectomie totală, cu păstrarea ambelor ovare. Drenaj vaginal și abdominal după Miculicz.

Mersul post operator. Dela data operației până în ziua de 16, IX., starea generală a bolnavei se menține mulțumitoare. Din ziua de 16 însă, se agravează din ce în ce se recurge de câteva ori la transfuzie, și cu toate îngrijirile date, în ziua de 18. IX. bolnava sucumbă.

Redăm pe scurt și câteva cazuri tratate în *Spitalul de femei Cluj, în serviciul de Chirurgie ginecologică-obstetricală.*

Cazul I. O. M. de 40 ani, casnică, e internată în serviciul spitalului dela 9. X. 1936 până la 19. XII. 1936.

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale: pojar, amigdalită repetată cu nefrită.

Antecedente fiziologice: menstruată la 12 ani, epo-

cile catameniale sau succedat regulat, durând 7 zile, fără inconveniente. A avut 6 nașteri și 10 avorturi, cele mai multe din ele provocate cu injecție de tinctură de iod intrauterin, și completate prin raclaj.

Boala actuală: amenoree de 2 luni cu greață vărsături; este internată în serviciul spitalului pentru sarcină și tbc., având autorizație pentru întreruperea sarcinei. În ziua de 3. X. 1936 i-se aplică laminarie, iar în ziua următoare medicul salonului execută raclajul. Orificiul uterin dilatat pentru Hegarul 11, se intră cu pensa Schultze și de odată se simte că intră la o adâncime mai mare și cu o senzație de rezistență învinsă. Crezând că este o relaxare a peretelui la acest nivel, se intră în cavitate cu o pensă. Când se scoate pensa, se observă că ea a prins o porțiune de epiploon și apendicele. Observând că este vorba de o perforație uterină, se administrează 120 cm.³ clauden intramuscular și se execută imediat *laparotomia*. La deschiderea cavității abdominale se găsesc oca 30 cc. sânge liber în Douglas. Examinând regiunea cecală, baza apendicelui prezintă o periviscerită veche, iar vârful apendicelui lipsește cu epiplonul corespunzător. Se face apendicectomie, acoperind bontul cu mezoapendice. Uterul de mărimea unui pumn de adult, congestionat, moale. Pe fața posterioară a lui, la nivelul colțului uterin drept, se constată o perforație de mărimea unei monede de 1 leu. Anexele libere, Se face histerectomie subtotală cu drenaj Miculikz. *Examenul macroscopic al piesei arată:* peretele uterin la locul perforației are grosime de 1 mm. *Examenul anatomo-patologic arată:* necroză foarte pronunțată la acest nivel. Cele de mai sus ne explică foarte ușor producerea accidentului.

Mersul postoperator normal; în ziua 6-a după intervenție, se suprimă drenajul, iar în ziua 13-a bolnava se ridică din pat și face plimbări; părăsește serviciul în 19. XII. complet vindecată.

Cazul II. L. M. de 28 ani, casnică. Este internată în serviciul spitalului dela 13. X. 1938 până la 27. X. 1938.

Antecedenteheredo-colaterale și personale, fără importanță.

Antecedente fiziologice. Menstruată la 15 ani, epocile catameniale se succed regulat, după 3 zile, cu dureri în lombe. Amenoree de 3 luni. A avut 3 nașteri normale și un avort provocat.

Boala actuală. Bolnava afirmă că în ziua de 7. XI. 1838 s'a prezentat la o moașă care i-a provocat avort; dela această dată pierde sânge din vagin, are frisoane și temperatură. Înainte cu o săptămână e vizitată de un medic care o îndrumă la spital. În ziua de 13. XI. 1938 e

nternată în serviciul spitalului. *Examen ginecologic* : uter anteflexie, mărit de volum, sensibil, colul deschis de un deget, hemoragie abundentă. Fiind vorba de resturi placentare, se pregătește pentru raclaj: histerometrul intră fără nici o piedică până la 20 cm: printr'un orificiu mic. Presupunând perforația, se suspendă intervenția și la 2 ore se face *laparatomia* : la deschiderea cavității abdominale se găsește cca 100 cc. sânge extravazat; uter anteflexie-versie, mărit de volum; anexa dreaptă liberă, în stânga un chist paraovarian cât o nucă. Se face salpingectomie stângă. Pe peretele posterior uterin se găsesc două perforații filiforme, cu câte un mic cheag în capăt. Se face excizia buzelor perforațiilor și se suturează marginile. Se acopere colțul tubar stg. cu ligamentul rotund. Se curăță cavitatea de sânge, și se drenează cu o meșă lată.

Mersul postoperator bun ; în ziua a 4-a i-se administrează purgativ, în ziua 5 a i-se scoate meșa : în ziua 13-a părăsește serviciul vindecată.

Cazul III. P. M. de 28 ani, casnică.

Antecedentele heredo-colaterale și personale, fără importanță.

Antecedentele fiziologice. Menstruată la 14 ani, period regulat, ține 4 zile, fără dureri. A avut patru nașteri și nici un avort.

Boala actuală. Fiind gravidă în luna 4—5, s'a dus la o moașă care i-a provocat avort prin instrumente. După 4 zile se prezintă în serviciul nostru, pentru dureri vii în etajul inferior, febra, frisoane și metroragie abundentă. *La examenul local se constată* : uter anteflexie-retropoziție, mărit de volum, moale, sensibil; sensibilitate dureroasă mai accentuată înspre parametrul drept. Colul întredeschis, de un vârf de deget. Prin ele se filează hemoragie fetidă cu mici bucăți. Histerometria arată o cale falsă înspre parametrul drept, Presupunând perforația, se intervine de urgență și *laparotomia arată* : uter în retropoziție, mărit de volum, de culoare ușor violacee, extrem de friabil. În stânga liber; în dreapta, se constată o perforație a peretelui cervical drept cu punct de intrare în parametru, neregulată, de grosimea unui creion; parametrul ușor infiltrat, ca un hematom local la nivelul perforației. Se face histerectomie subtotală, cu păstrarea anexei drepte; se drenează cavitatea cu Miculikz. Bolnava părăsește serviciul după 10 zile dela operație, complet *vindecată*.

Cazul IV. B. I. de 30 ani. Este internată în spital de un medic care recunoaște că în cursul raclajului face o perforație cu cureta.

La examenul genital se constată : uter retroflexie, la

dublu mărit, sensibil median ; colul întredeschis, ușoară hemoragie cu sânge roșu.

Se face laparotomie și se constată pe peretele anterior, o perforație cât un bob de porumb, care sângerează ușor la presiune. Se face excizia marginelor perforației, sutură în două planuri și drenaj simplu cu o meșă. După 10 zile bolnava părăsește serviciul complet restabilită.



CONCLUZIUNI.

I. Perforațiile uterine sunt leziuni ce survin în urma unui traumatism datorit unui *agent extern accidental, manoperilor din cursul avortului, sau spontan în cursul sarcinei și travaliului. Frecvența* perforațiilor traumatice în cursul avortului este mult mai mare ca număr de cât a celor accidentale și spontane pe cari le întâlnim excepțional și numai în stări patologice.

II. Perforațiile uterine traumatice se produc *din partea operatorului* pentru că: nu examinează poziția uterului, din lipsa dilatării suficiente a colului, din nepracticarea histerometriei, din întrebuițarea manoperilor brutale și pe de altă parte *din cauza modificărilor terenului*, cauzate de leziuni preexistente ale peretilor uterini, sau din existența unei malformațiuni, iar cele din timpul travaliului, *din cauza obstacolelor dilatării colului și avansării părții fetale* care se prezintă la strâmtoarea superioară.

III. *Simptomatologia* perforațiilor traumatice e simplă și diagnosticul sa face ușor de cel ce a produs perforația, însă este dificil pentru un alt medic și mai ales la un interval oarecare după accident. Rupturile spontane se traduc prin fenomene de soc peritoneal și semne de hemoragie internă.

IV. Perforațiile pot fi *simple și complicate*, când avem leziuni extinse și sunt interesate și organele vecine.

V. *Diagnosticul diferential* al perforațiilor traumatice trebuie făcut cu falsele perforațiuni, cu malformațiunile uterine, retenția placentară, sarcina extrauterină, apendicita, afecțiuni anexiale, peritonita și ocluzia intestinală. În rupturile din timpul sarcinei se face cu afecțiuni extra-genitale, cu sarcina ectopică, iar în timpul travaliului cu hemoragia retroplacentară, placenta praevia și cu trombulul pelvian.

VI. *Prognosticul* atât în perforațiile traumatice cât și cele spontane, trebuie să fie *extrem de rezervat*, fiind în funcțiune de o serie de factori locali și generali.

VII. *Tratamentul este* intervențiunea și de urgență în perforațiile traumatice largi, în cele infectate, în cazul

rile în care lichidul de spălătură a trecut în abdomen, ori este o perforație a organelor abdominale. În perforațiile simple, unii autori sunt abstenționiști, stau în expectativă armată și la cel mai mic semn de reacție peritoneală intervin, iar intervenționiștii operează bolnava la prezentare. În rupturile spontane tratamentul este intervenționează, pentru a ne da seama de gravitatea leziunilor și întrebăm procedeu după caz.

VIII. Procedeu operator în perforațiile traumatiche simple este *sutura*, iar în cele complicate *histerectomia*. Tot aceste intervențiuni se aplica și în rupturile spontane.

IX. Ca măsură *profilactică* a acestor complicațiuni se impune ca :

a) medicii să cunoască mai întâiu de toate poziția organelor genitale și volumul uterului, și numai după această cunoaștere să intervină pentru avort sau raclaj,

b) medici practicieni să dirijeze cazurile suspecte de perforațiuni și rupturi iminente, către instituțiile spitalicești,

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Fac. de Medicină : Președintele tezei :
ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu**, ss. **Prof. Dr. C. Grigoriu**



BIBLIOGRAFIE.

1. Brindeau A. : La pratique de l'art des accouchements: Vol. I. II. III. IV. V. Paris—Vigot: 1924.
2. Benthin W. : Diagnostic et diagnostic différentiel des maladies de la femme. Leverkusen.
3. Bekman—Siegfried: Beitrag zur instrumentellen Perforation des puerperalen Uterus (Deutsche Zeitschrift gericht Medizin: 1932.
4. Bologa E. : Teză Cluj 1937.
5. Brocq R. : Bull. et Mém. Soc. de Chirrug. No. 19. 1934.
6. Balard C. : Rev. franc. de Gynéc. et Obst. No. 5—1939.
7. Devraigne L. : Cliniques Obstétricales. Paris—Doin 1936:
8. Fiötle J. : Le curetage uterin, Paris—Masson 1929.
9. Fabre: Précis d'obstétrique, Paris—Baillière 1924.
10. Fett Karl: Perforationsverletzung der Blase bei Abort (Zentralblatt für Gynäcologie) 1930.
11. Faure et Siredey: Traite de Gynecologie: Paris.
12. Fromdt: Zentralblatt für Gynäcologie 1932.
13. Grigoriu Cr.: Rev. de Endocrinologie, Ginec-ostetric Nr. 4. 1939 Cluj.
14. Grigoriu Cr.: Asupra perforațiilor uterine Soc. de Chirurgie 1915.
15. Guéniot P.: Thérapeutique Gynécologique Paris—Baillière, 1922.
16. Ionescu C. Virgil—C. Hfistu.: Rev. de Ginec. Obstetric. Pueric. Nr. 1. 1927.
17. Jeanbrau—Bégouin—Papin.: Précis de Pathologie Chirurgicale Tome V. Paris—Masson 1937.
18. Kernbach M. : Perforațiile uterine și intestinale în cursul executării avortului. Rev. de Endocrin. Ginec. Obst. Nr. 4. 1936.
19. Kaufman : Teză București 1926.
- Laquière : Trois cas d'hystérectomie abdominale. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. Chirug. 1934.
20. Mondor : Les avortements mortels. Paris—Masson. 1936.
21. Moure : Quelle conduite faut-il tenir á la suite d'une

perforation survenue au cours du curetage ? Bull. et Mem. de la Soc. de Chirurgie 1934.

22 Madzuginsky: Über uterusp perforation bei Künstlichen Aborten. Deuts. Zeit. ger. Med. 1934.

23. Pătrășcanu V.: Teză București.

24. Plăcinteanu G.: Clujul medical Nr. 4. 1931.

Proust: Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie No. 14. 1934.

25. Rochet—Ambre: Rev. de Gynéc. Obst. No. 4—1939.

21. Săvulescu: Sutura perforațiilor uterine. Rev. de Obst. Ginec. Pueric. 1926, 1928, 1937. București.

22. Săvulescu—Ionescu V.: Comunicare la Congr. de Chirurg. Obst. Pueric. 1927. București.

23. Săvulescu—Georgescu—Kaufmann: Rev. de Obst. Ginec. Pueric. 1925.

24. Stanca C.: Revista de Igienă Socială Nr. 10. 1934.

25. Stanca C.—Stupariu I.: Perforațiile uterine în cursul avortului Rev. de Obst. Ginec. Pueric. 1938.

26. Stanca C.—Stupariu I.: Avorturile incomplete și tratamentul lor. Clujul Medical Nr. 1. 1940

27. Stupariu I.—Bulbuca I.: Rev. de Medicină Legală Nr. 3—4. 1938.

28. Șoimaru—Pavelescu: Perforație uterină cu leziune intestinală. Rev. franc. de Gynéc.—Obst. No. 3—1935.

29. Teohari Petre: Teză, București, 1927.

30. Vasiliu Titu: Manual de Anatomie Patologică Clinică, Cluj. 1939.

31. Vintilă D. Gh.: Rev. de Obst. Ginec. Pueric. Nr. 2. 1939.

32. Viannap Ch.: Perforation uterine au cours du curetage. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. 1934.

33. Voron-Gonnet-Rheuter—Trillat: Soc. d'obst. et gynéc. de Lyon. 1939.

33. Weibel: Betrachtung über die Uterusp perforation. Medizinische Klinik II. 1929.

34. Winter, A.: Uterusp perforation, Halban—Seitz, Vol. VII—VIII.

35. Zaharescu—Karaman: Rev. de obst. ginec. pueric. 1921.

36. Perforation uterine au cours du curetage. Bull. et mem. de la Soc. de Chirurgie et Gynecologie: Auvray, Artivat, Antoine, Basset, Douvay, Faure J. L., Ferrari, Guellete, Hartmann, Lorier, Mange, Siredey, Schwabb, Sejawinte, Vallois, — Paris.