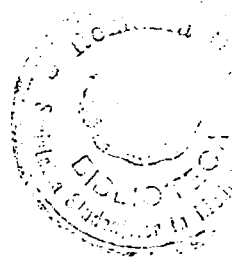


Dr. ARGHIR BABEȘ

POST PROSECTOR LA FACULTATEA DE MEDICINĂ  
DIN BUCUREȘCI  
MEDIC PROVISORIU AL SPITALULUI PECEHA



# HEMATOM DIFUS SUB-PERITONIAL PUERPERAL

IN

## PERIODUL TRAVALIULUI

*Donatanea* *Dr. 2<sup>e</sup> Bionte*  
*Cluj. 1 Dec. 1919*



INSTITUTUL DE PATOLOGIE ANATOMICA

53.364

1382

31 MAY 2304

BUCUREȘCI

TIPOGRAFIA GUTENBERG, JOSEPH GÖBL

20. — STRADA DÓMNEI. — 20  
(Biserica Kalinderu)  
1902



\* 4 4 0 0 0 3 7 6 8 \*

Biblioteca UMFST



D. I. Biance

## PREFATĂ

---

Subiectul ce 'mă propun a trata pare a fi cunoscut și este menționat în literatura medicală însă descris în mod succinte, incomplet, după câte-va observațiuni publicate, fiind lipsite de detaliuri; pricinuite în mare parte de tratamentul aplicat, care la rëndul său lasă de dorit.

Conduc de ideia că ori-ce formă de complicație are dreptul la un studiu special cu un complex de detaliuri care să contribuie la concretizarea și individualizarea sa, am dat subiectului meu titlul de: *Hematom sub-peritoneal puerperal (în timpul travaliului)* precisând când el se formeză, pentru a 'l diferenția de cele-l'alte Hematome care s'a putut observa în diferite alte timpuri, chiar ale facerei pe lângă cele ale gestației și ale menstruației.

Modul cum s'a presintat cele două casuri la spitalul din Pechea și care formeză baza acestui

studiu, 'mă-a probat că subiectul propus merită o atențiune mai mare pentru ca să pótă forma o identitate morbidă specială, ce să petrece într'un timp anumit al facerei. De aceea orice Hematom nu trebuie considerat ca atare, ci trebuie analizat și diferențiat de cele-l'alte asemănătoare lui, acesta pentru a se putea aplica un tratament rațional, eficace, care să fie nu numai curativ în prezent, ci și privativ în viitor, oprind repetarea unei afecțiuni care compromite viața femeii la care se manifestă.

*Hematomul difuz sub-peritoneal puerperal (în timpul travaliului)*, după cum se va vedea, trebuie considerat ca complicațiunea cea mai gravă și numai cunoscut la timp, să pótă preveni sfârșitul fatal ce 'l pótă aduce pacientei. Din fericire la noi ca și în alte țări el este rar de tot și acesta o deduc nu din cauză că nu le-am găsit eú, în decursul timpului de când practic medicina, ci nici nu le-am găsit menționate de specialiștii noștri care au creat epoci în timpul cât au practicat și practică această specialitate. Planul care 'mă 'l-am format în modul de tratare a subiectului propus, l'am determinat începând cu generalități și apoi starca organelor genitale ale femeii în perioada înaintată a gestației, cu sistemul lor vascular, stabilind în urmă tratamentul care convine acestei afecțiuni, având de bază cele 2 cazuri observate de mine.

Importanța lucrării constă în varietatea Hematomului și a perioadei în care s'a format, cu stabilirea unor caractere proprii, care să servescă la punerea diagnosticului la timp, cu un tratament special, preferând pe cel chirurgical.

Dr. A. BABEȘ.





## GENERALITĂȚI

---

Bogata vascularizație a organelor genitale ale femeii, când este în plină gestație, contribuie ca în diferite timpuri ale sarcinei să se producă hemoragii mai mici sau mai mari, după volumul și numărul vaselor rupte, cari aparțin plexului utero-ovarien.

Rupturile vasculare după *Lacoste*<sup>1)</sup>, sunt mai frecvente când uterul este gol, foarte rare în timpul sarcinei. Această părere însă pare a nu corespunde tocmai principiului stabilit, căci din observația casului I-ii și al II-lea am găsit că tocmai, când uterul este plin să determină hemoragia, și ea poate fi mai mare ca ori-când.

Orî-ce hemoragie, care se face în jurul uterului în perioada de gestație, nu este datorită numai ruperei vaselor proprii ale acestui organ, ci și a altora care sunt de neformație și care alimentează falsele membrane formate în urma unei stări patologice ale organelor utero-ovariene

---

1) *Traité clinique des affections de l'utérus et des ses annexes*, par Martineau.

și care se dezvoltă în jurul lor [*Hirchow*<sup>1)</sup>, *Kühne*<sup>2)</sup>]. Locul lor de formație este mai în tot-d'a-una în peritoniu și deci sunt intra-peritoneale, pot să se facă și sub peritoniu, adică să fie sub-peritoneale. Acesta din urmă nu intră în cadrul subiectului nostru. Importanța hemoragiilor însă nu depinde numai de origina lor și de locul unde se formază, ci de timpul când și cum se află organele gestației când se fac aceste hemoragii.

Hemoragiile care se produc în timpul travaliului par a fi cele mai periculoase, atât prin cantitatea sângelui revărsat, cât și a transformării ce încercă liquidul acestor adevărate lacuri.

Importanța lor nu rămâne însă aici, faptul că și mama și copilul sunt într-o mișcare forțată, producându-se aceste hemoragii, le amenință viața la amândoi și pentru care cuvânt se fac prețioase de un studiu special, cu ajutorul cărui să se pōtă aplica tratamentul care convine mai bine la salvarea lor.

Hematomul difus sub-peritoneal puerperal trebuie a fi considerat ca un Hematom exagerat, care se formază la un anumit timp, care îl diferențiază de acele descrise de *Rupsch*, *Bourdau*, etc.

El este mare fiind favorizat de prezența unei cantități mari de sange în organele basinelor, din care cauză ia un caracter propriu, fiind în tot-d'a-una sub-peritoneal, difus și cu o formă specială, ocupând numai părțile laterale.

1) Die krankhaften Geschwülte.

2) Kühne. Des épanchements sanguins qui se produisent dans les ligaments larges et le tissu péri-utérine (Thes, 1874).



Din cercetările ce le-am făcut asupra descrierii lor în literatura medicală, am găsit că la 1834 *Ollivier*<sup>1)</sup> a publicat două casuri de Hematom în urma rupei vaselor utero-ovariene și la 1869 *Follin* și *Voisin*<sup>2)</sup> câte un cas în care Hematomul era în părțile laterale a le uterului, însă în descrierea lor după cum le face *Martineau*<sup>3)</sup> nu se asemănă cu casurile mele. *Perret*<sup>4)</sup> a observat 35 de casuri la cari revărsările sanguine au avut loc în timpul sarcinei, însă din aceste numai 6 s'a produs în timpul travaliului.

Acest autor însă admite că de și s'a produs în timpul travaliului, totuși nu s'a manifestat de cât după expulsiunea placentei și himoragiile în general le-a găsit mai frecvente la primipare, arătând prin cifre acesta, adică din 26 au fost 21 primipare și 5 multipare.

Acestea sunt în contradicție cu observațiunile mele, după cum se va putea vedea mai departe.

Din aceste se poate constata că studiul Hematomului nu este complet, el a fost tratat din punct de vedere general fără a se diferenția, ceea-ce constituie un punct capital din punct de vedere științific și practic. Simplitatea studiului Hematomului în general, reese și din imposibilitatea și diversitatea opiniunilor autorilor, cerând să explice cum se face difuziunea sanguină, când acesta se face sub peritoneu. Pentru acesta *Tripiet*, caută pe cale experimentală, să explice modul cum se

1) Arch. génér. de Méd.

2) Bull. de la Société anatomique.

3) L. c.

4) Traité pratique des accouchements, par Charpentier.

face acésta difuziune. El injectézá la un cadavru în ligamentele largi, o substanță liquidă colorată și a conchis că liquidul și prin urmare și sângele difuzézá mai întâi în fundul de sac vezico-uterin și apoi în cel posterior și lateral. Acésta însă nu pôte explica când uterul este gravid, mai ales în periodul travaliului, când tot micul basen este plin cu părți fetale, care apăsând în diferite puncte face ca sângele să difuzeze în alt mod de cum se face când uterul este în stare normală, ca la cadavru la care s'a experimentat. Ipertrofia uterului gravid, determină o schimbare în pozițiunea sa și în aceea a organelor anexate sau învecinate; în asemenea casuri nu cred că este suficient, ca o experiență pe un organ normal, să explice fenomenele ce se petrec cu acelaș organ, fiind însă într'o stare fisio-patologică și acésta cu atât mai mult cu cât s'a observat că experiențe făcute în aceleași condițiuni a dat rezultate deosebite atunci, când condițiunile necesare sub care se produc fenomenele dorite, erau supuse fluctuației, depinđend de unele stări inherente organului supus experimentației. Decî și acésta constitue o lacună în studiul Hematomului sub-peritoneal pe care de mult încă a observat'o *Bell*<sup>1)</sup>, care recunósce că acest studiu lasă de dorit, motivând lipsa unei autopsii de un ast-fel de cas. Aplicarea unui tratament rațional ar fi înlocuit o autopsie. Recunósccrea că numai tratamentul chirurgical radical ar conveni unei ast-fel de afecțiune iar nu puncția saú cel medical, după cum aú rămas chiar

---

1) Clinique de Trousseau, tom. III, pag. 63.

până astă-dă, ar fi înlăturat cred, această lacună, căci pe această cale s'ar fi vădut toate leziunile cari s'aũ produs sau urmările lor.

Calea experimentației fiind urmată în tot-d'a-una pentru a descoperi necunoscutul, m'am îndreptat și eu pe ca în studiul propus și de ore-cc era nevoie numai de a se sci în ce grad de legătură sta peritoneul cu suprafețele organelor ce le acoperă, am experimentat la două cadavre, căutând a mă pune, pe cât va fi posibil, în condițiuni cât mai apropiate de acele în care se află uterul gravid în timpul travaliului față de micul basen și cum se comportă peritoneul când se face revărsări lichide sub el. La cadavru de femeii nu am putut realiza acesta, fiind-că uterul nu se pôte mări, injectând în el lichide, până să egaleze pe acel gravid umplând micul basen și de aceea l'am înlocuit cu vesica urinară. La femeii însă nici cu acest organ nu am putut realiza ce doream, fiind-că eram împiedicat de prezența uterului. Atunci la cadavrul unui copil de 9 ani, am injectat în vesică liquid până ce am reușit să umplu micul basen și prin urmare să realizez în parte ceea ce urmăream și care corespunde întru cât-va și cu fenomenele care se petrec între uter și peritoneu. La cadavrul femeii am controlat experiența lui *Tripier*, la care obținând acelaș rezultat, am păstrat aceiaș conclusiune.

Pentru aceste cuvinte, diferențând Hematomul pelvien, mă voiũ ocupa numai de Hematomul difus subperitoneal, care nu se pôte produce de cât numai în timpul travaliului.

## **Modul de formarea Hematomului difus sub-peritoneal puerperal**

Este știut că organele genitale ale femeii, de la începutul concepțiunei, trece printr'un complex de fenomene fiziologice și anatomo-patologice, care aŭ o înfrîurire locală și generală. Uterul, care este organul cel mai principal al fecundității în periôda de gestație încercă transformări în elementele sale nobile, la care ia parte nu numai organele anexate lui, ci chiar și acele care se află în vecinătate și mai ales sistemul vascular.

Aceste transformări ale uterului repetate, determină o stare anormală și mai bine dis patologică, care în unele timpuri ale gestației, sub o impulsione mare, cedeză lesne, producându-se rupturi uterine simple sau combinate sau numai vasculare.

Causele, care determină și favoriséză aceste rupturi și prin urmare hemoragia care le urméză, sunt fôrte multiple și variate. Bólele organelor genitale, ale basenului cu diformități ale lui, ale mumei accidentale sau discrasice, ale fêtului etc., trebuesc căutate și unele invocate în asemenea ocațiuni, căci ele contribue în mare parte la determinarea acestor hemoragii.

Din rupturile uterine și vasculare sau numai a acestora din urmă, se nasce Hematomul și este difus și sub-peritoneal din cauză că rupturile s'aŭ făcut în periodul travaliului.

Pentru a înțelege mai bine și determina mecanismul

cu care se formeză acest fel de hematom, să luăm în parte și pe scurt, organele de care depinde originea sa și să vedem starea anatomică și topografia în care se află ele în perioada travaliului, complectând acest studiu și cu rezultatul ce am căpătat prin experiențele făcute pe cadavru.

Incepând cu uterul care are rolul cel mai principal în timpul sarcinei, îl găsim în timpul travaliului, foarte mărit de volum prin dezvoltarea fătului. Această hipertrofie a uterului este proporțională cu volumul fătului și cu cantitatea lichidului amniotic în care înotă. Cele două părți componente ale sale: corpul și colul încercă transformări, cari să contribuie la progresarea fătului și să-l expulzeze la timp. Corpul uterului fiind mult schimbat în forma sa din cauza dezvoltării fătului, colul se îndreaptă spre sfârșitul sarcinei încercă și el o schimbare, se lungesce și această este provocată de rolul celor care de a ține uterul închis pentru a păstra fătul.

Din această cauză colul și schimbă raportul său față de vagin, devine mai lung în porțiunea supra-vaginală ridicându-se de-asupra planșeului pelvien și porțiunea supra-vaginală acum se găsește într'un spațiu mai mare, liber, cuprins între planșeul pelvien și peritoneul care s'a ridicat odată cu lungirea colului, deci este extra-peritoneal. În timpul travaliului de și această porțiune a colului pare a se scurta, după cum susțin unii acușori, din contră se lungesce sub influența contracțiunilor uterine și deschiderea cavității lui se face progresiv de sus în jos, luând parte la mărirea cavității uterine. El mereu rămâne supra-vaginal și extra-peritoneal; chiar

când orificiul se deschide complet de către partea fetală care s'a angajat mai mult. Acastă poziție nouă anatomică ce o ia colul uterin, este importantă pentru noi, căci ea ne explică cum s'a ridicat peritoneul și cum ruperea acestei porțiunii, mai cu sémă când se face în partea sa laterală, pôte determina un hematom sub-peritoneal.

Uterul mărindu-și volumul, peritoneul visceral încercă schimbări. El nu este numai distins, cu suprafața sa mărită prin iperplasia elementelor sale constitutive (*Roujet, Jacquemier*), ci și deplasat pentru a se putea acomoda matricei ipertrofiate. Acastă deplasare se datorește mobilităței ce peritoneul a căpătat cu ajutorul țesutului celulelor care dubleză fața sa profundă și este mai manifestă în periodul travaliului, favorizând jocul uterului.

Tóte ligamentele ce le forméză peritoneul în jurul uterului, în timpul travaliului, încercă schimbări de poziție, însă ligamentele largi sunt acele cari și schimbă mai mult forma lor. De unde mai înainte, uterul fiind în stare normală, ambele foiți erau apropiate, în timpul sarcinei se îndepărtéză fórté mult, ajungând în perióda travaliului la maximum, prin scoborârea sëtului, luând tot-de-odată și altă pozițiune; ele devin verticale (*Charpenlier*). Din depărtarea acestor foițe peritoneale rezultă că o porțiune laterală a corpului uterin, pe lângă acea a colului, rămân extra-peritoneală. Ruperea păretelui uterin în acastă parte va da nasceré unui Hematom sub-peritoneal, care pôte fi destul de mare fără ca peritoneul să cedeze, fiind deja preparat, încă cu desvoltarea uterului, de a se destinde

și mai mult, și de a opune o rezistență orî-cărui alte impulsioni noi progresiste și lente.

Ceea ce ajută încă ca sângele revărsat să nu exercite o presiune directă și bruscă asupra peritoneului, este prezența țesutului celular lax, care servește de mediū. Acest țesut este bogat în acéstă parte și este deja preparat, de a se destinde la rëndul seū, menajând întru cât-va destinderea peritoneului.

Măliile țesutului celular sub-peritoneal sunt deja mărite de mai înainte, de evoluția uterului. Sângele revărsat are unde să difuzeze și umple aceste mălii. Cantitatea de sânge crescënd difusează mereū prin acest țesut, ducëndu-se departe în regiunile în cari el se continuă. Un asemenea exemplu avem când facem injecțiuni cu ser artificial în țesutul celular sub-cutanat precum și cu experiențele făcute la cadavru.

Rețeaua care forméază măliile țesutului celular cedând presiunii sanguine, se pôte rupe mai repede de cât peritoneul, din care cauză se nasce o colecție de sânge și decî un Hematom mare cu o întindere mare, care este în acelaș timp și sub-peritoneal. Cu tótă continuitatea ce există în țesutul celular, din regiunea pelvienă, când hemoragia se face în timpul travaliului, sângele nu pôte difuza, nici colecta de cât în părțile laterale ale uterului, fórte puțin în ale vaginului și iată pentru ce : Părțile fetale fiind împinse de contracțiunile uterine în spre micul basen, acéstă cavitate se umple, însă din cauza inegalităței dintre diametrul antero-posterior și cel transversal, părțile fetale apasă înainte pe pubis, înapoi pe sacru și nu rămâne de cât părțile

laterale libere, adică, ligamentele largi cari sunt aprópe dispărute, fosele iliace, lombe, în care părți sângele, eșit din ruptura uterină sau a vaselor utero-ovariene, merge să difuzeze sau să se colecteze și mai mult spre simfiza sacro-iliacă, în direcțiunea vaselor, unde țesutul celular presintă condițiuni mai favorabile, ca sângele revărsat să pótă pătrunde. În această condițiune am constatat că s'a format în cazul arătat în observațiunea I<sup>a</sup>, precum și la experiența de pe cadavru.

Din cauza acestor fapte enumerate mai sus, care se petrec în timpul travaliului, nasce un caracter special al Hematomului, care se forméză în această periódă; el este voluminos. Inșă nu este numai acesta. Cavitatea micului basen fiind plină cu părți fetale, sângele revărsat nu pótă pătrunde în ea și după cum am arătat mai sus, nu pótă trece în partea opusă.

Din aceste fapte se nasce alte caractere, adică că Hematomul se forméză mai mult în sus, spre fosele iliace și este în tot-d'a-una unilateral.

### **Origina sângelui care forméză Hematomul difus sub-peritoneal**

*Hematomul difus sub-peritoneal*, ca să se formeze este nevoie de o cantitate mare de sânge. Acesta există în cantitatea pelvienă, reținută în uter și în vasele perituterine. Vasele sunt venele numite utero-uvariene și arterele uterine și utero-ovariene. Vechile inflamațiuni peri-uterine dau nascere la neomembrane, care sunt destul de vasculare și sunt de neoformație ca și mem-



branele pe care la nutresc (*Cauchoiix*). Când aceste există atunci complică forma Hematomului, căci ele fiind în tot-d'a-una supra-peritoneale, se va nasce un Hematom intra-peritoneal, care stă izolat și numai în cas când va ceda peritoneul se va putea combina cu cel sub-peritoneal. Mai există o posibilitate ca în timpul travaliului să se producă o hemoragie mare și din alte vase ale basenului, din ipogastrice și aliace. Acesta ar fi cazul cel mai nenorocit, căci hemoragia ar fi fulgerătoare și bolnava ar fi răpită de o mörte sigură.

Vasele, care aũ un rol principal la formarea Hematomului, propus a trata, sunt în special venele din pãretele uterin și plexul utero-ovarien ȃis și pampiniform (*Richet, Devatz*).

Intre aceste vase este o continuitate și o comunicație liberă în două direcții, neavând valvule. Cele intra-uterine în timpul gestației s'aũ dezvoltat foarte mult, ast-fel că în perióda travaliului le gãsım că aũ devenit nisce adevãrate sinusuri spațioase. Ele comunică cu venele utero-ovariene în care se varsă. Acestea la rëndul lor sunt foarte voluminoase și flexuoase. Ele pot ajunge dimensiunea unei anze intestinale, mai ales acele din partea stângă (Observația I<sup>a</sup>). Acéstă dezvoltare a venelor utero-ovariene în timpul travaliului, se explică printr'o jenă în circulația acestuĩ sistem vascular. În timpul contracțiilor uterine sinusurile venóse din pãreții uterului se strĩng prin compresiunea ce o exercită fibrele musculare asupra lor, sângele gonit de aici este dus în plexul venos utero-ovarien. Cel din drépta se póte goli mai repede, vãrsându-se direct în

vena cavă inferiőră, de unde și dilatarea lor este mai mică. În partea stângă însă, fiind-că plexul venos se varsă în vena renală, vas mic, nu pőte să'și golescă repede și regulat conținutul lor, de aceea se acumulează mereu în acest loc cantități de sânge, care neputându-se scurge, exercită o presiune asupra päreților vaselor care îl conțin. Din această cauză, pe lângă că vasele devin voluminoase sunt și flexuoase, varicoase. La multe femei această stasă sanguină repetându-se de mai multe ori, determină o stare patologică cunoscută sub numele de varicocel al ligamentelor largi (*Budin*), la care päreții vasculari sunt alterați și deci puțin rezistenți. Hemoragia din aceste vase se pőte face sau prin ruperea varicelor ligamentului larg sau din sinusurile uterine în urma ruperii päreților uterului, sau din amândouă părțile de-o-dată. În acest din urmă cas Hematomul este foarte mare și pőte lua parte și arterele (Observ. I<sup>a</sup>), în cele-l'alte mai mici (Observ. II<sup>a</sup>). În tőte casurile însă dacă Hematomul se face în timpul travaliului este sub-peritoneal, unilateral, cu dimensiuni mari, având o suprafață întinsă de la ligamentele largi până în ipohondru (Observ. I<sup>a</sup>). Cantitatea hemoragiei mai pőte fi influențată și de un fenomen pur fiziologic, produs din compresiunea nervilor vaso-motori din micul basen de părți durī fetale, ce se petrec în timpul travaliului. Aceste fiind datele anatomice, voiü trece la observații.

Voiü începe cu experiența pe cadavre. Am distins la cadavrul unui copil de 9 ani vesica până la maximum, până când päreții a devenit aproape transparenți, umplând tőtă cavitatea

micului basen. In crescerea sa am observat că se făcea o mișcare în sus și înapoi, fiind trasă înapoi de ligamentul posterior vesico-rectal. Peritoneul, care în timpul când vesica este goală se scoboră ca o perdea acoperind toți părții micului basen, acum vesica fiind foarte distinsă, trecea înainte de pe fața posterioară a părțului anterior al abdomenului pe vesică în așa mod, că fundul de sac se micșora, iar cavitatea lui Retzius sau preperitoneală se mărește foarte mult.

Pe lăturile vesiciei peritoneul trecea direct pe suprafața fosci iliace și chiar în unele locuri se ridica de-asupra liniei ino-  
minate. Inapoi, peritoneul stătea fix, intim legat de ligamentul prostato-peritoneal a lui Denonvilliers, fără să se ridice cât de puțin, iar ligamentele posterioare ale vesiciei devenise înguste și erau întinse ca nisce lame înguste și subțiri. Fundul de sac recto-vesical deși se menține, însă este umplut de vesică care apasă pe rect.

Vesica, fiind ast-fel distinsă, apasă pe părții laterali ai micului basen până la linia ino-  
minată a osului iliac stâng. Introduc acul unei siringi umplută cu apă la unirea terțului anterior cu cele două posterioare a liniei ino-  
minate din partea stângă și împing lichidul în țesutul celular sub-peritoneal. In acest timp se formeză o tumoră de mărimea unui ou de găină, care se întindea în toate direcțiunile, însă mai mult înapoi spre simfisa sacro-iliacă stângă. Introducând mereu lichid, se vede că tumora crește numai înapoi, iar în cele-lalte direcțiuni rămâne aproape aceiași. Lichidul întindându-se dincolo de limita colonului descendent și a S iliac, iar o parte se duce pe sub meso-colon în spre lombe, iar o parte spre vertebrele sacrale și lombare. In spre lombe lichidul difusă mai ușor de cât spre colona vertebrală. Introducând mereu lichid, se vede că la un moment dat trece și în partea dreaptă pe de-asupra promontoriului și a vertebrelor sacrate superioare. In jos spre micul basen lichidul injectat nu a putut pătrunde de cât foarte puțin, din cauza compresiunii ce exista între vesică și micul basen în dreptul liniei ino-  
minate.

Acastă experiență, care simulează întru cât-va uterul în timpul travaliului, când micul basen este plin de părți fetale, din care cauză uterul apasă în circonferința sa pe linia inominată, arată pe deplin modul cum fusionază sângele în casuri de rupturi vasculare din laturile lui în țesutul celular sub-peritoneal, iar cele observate sunt aprópe identice cu cele găsite la bolnava de la observația I-a. Cu această ocazie am mai observat cum țesutul celular ia un aspect gelatinos din cauza infiltrațiunei lui cu apă. Acesta cred că se întâmplă și în cazul când sângele este difus, însă mai târziu începând supurația, începe să formeze o cavitate prin transformarea nu numai a sângelui ci și a țesutului celular în puroi, din care se formază și false membrane, pe care le am găsit în cavitatea Hematomului.

Dacă aspectul tumorei descris, ce 'l făcea liquidul injectat, nu corespunde întocmai cu cel descris la bolnavă, se datorese în parte, că nu am întrunit toate condițiunile în care s'a făcut revărsarea sângelui, iar pe de alta trecând un timp de la formarea hemoragiei până la vederea tumorei, de sigur că acolo unde liquidul a fost în cantitate mică și unde era în strat subțire, s'a făcut resorbția și a rămas numai acolo unde sângele era în mai mare cantitate și unde această resorbție nu s'a putut face. Deci forma tumorei a putut fi întru cât-va schimbată și regiunea nu. Prezența tumorei înapoi spre simfiza iliacă și spre lombe, corespunde cu acea formată prin experiență și chiar cantitatea lichidului este mai mare ca în cele-l'alte părți.

Atât datele anatomice cât și experiența pe cadavre, acum ne pun pe cale a vedea cum se póte forma Hematomul difus sub-peritoneal puerperal. Să vedem cum se comportă casurile observate în spital.

#### OBSERVAȚIA I.

În ziua de 10 Iulie a. c. pe la ora 7 a. m., sunt chemat în comuna Sloboția-Conache, jud. Covurlui, pentru a asista la

facere pe femeia Catinca I. Nedelcu, în etate de 30 ani, care nu putea să nască, deși începuse de 24 ore.

Ajunșând la domiciliul femeii, o găsesc culcată în decubitul dorsal, având între cõpse, cari erau flexate pe abdomen, o parte fetală proicidentă, anume membrul superior drept și acusa dureri în membrul inferior stâng. Conracțiunile uterine erau aproape dispărute.

Din *antecedentele hereditare* nu găsesc nimica demn de remarcat.

Ca *antecedente personale* găsesc că n'a zăcut nici-o-dată de vre-o bolă infecto-contagiosă, s'a bucurat în tot-d'a-una de o sănătate satisfăcătoare. S'a măritat la etatea de 18 ani. Ca fată menstruația a avut-o regulat, la timp, scurgerea menstruelor dura 3 zile și în cantitate mică. După ce s'a măritat, menstruația deși continua a veni regulat, însă dura 6 zile, iar menstruele erau în cantitate mare. A născut 5 copii, din cari trãesc numai 1, de sex feminin, în etate de 4 ani. Din cei 4 copii morți, 3 s'aun născut morți, deși i-a născut la timp și ușor. În antecedentele soțului, nu am găsit nimica demn de semnalat.

*Starea prezentă.* Bolnava de constituție bună, sistemul celulo-adipos, muscular și osos bine dezvoltat. Tegumențele palide și uscate, respirația scurtă și puțin accelerată, 20 pe minut. Pulsul mic, slab și rar, 56 de pulsații pe minut. Extremitățile reci. Abdomenul bolnav, nu acusa dureri de cât în membrul inferior stâng, unde dicea că are și o senzație de amorțire.

Prin percuție s'a constatat o matitate care începea de sub simfisa pubisului și se întindea pe linia mediană în sus până de-asupra ombilicului, iar pe lături, în o parte din tosa iliacă dreaptă și aproape pe totă suprafața celei din stânga de unde se întindea în sus, prin flancul stâng, până în ipochondrul corespondent. Prin palpație se limitează, de-asupra ombilicului aproape de apendicele xifoid, cerconferința ovoidului uterin și se găsește fundul uterului cu o formă lată, nu circulară; nu

se dă de părți fetale, de cât în sus și în partea dreaptă unde se găsește ședutul și membrele inferioare, iar capul în jos și în fosa iliacă stângă. Fătul era decî așezat pe un plan oblic de la dreapta la stînga. În fosa iliacă stîngă și în flancul stîng se dă de o altă tumoră, care se limitează intim cu latura stîngă a uterului. Această tumoră suplimentară este môle, fluctuantă, de formă oblungă. Extremitatea inferioară a tumorii făcea corp cu uterul, cea superioară se pierdea în ipochondru stîng sub falsele cöste.

Prin ascultație nu se aude de cât suflul uterin, iar șgomotul suflului fetal și cel produs prin mișcările active ale fătului erau dispărute. Punga amniotică s'a rupt încă de pe la ora 10 noaptea, când s'a scurs și tot liquidul sêu. Partea fetală care proemina prin organele genitale externe, era tot membrul superior drept, avînd partea dorsală a mîinei dirijată cu fața spre cöpsa stîngă, iar degetul mare în jos spre anus. Cercetînd asupra trecutului sarcinei, găsesc că facerea este la timp. Tumora pe care am găsit-o în partea stîngă, deși nu 'i-am putut preciza de la început origina adevărată, totuși am bănuît că s'a produs în timpul travaliului, de öre-ce bolnava a spus că, după ruperea pungei în timpul unei contracțiuni uterine, a simțit o durere mare cu un caracter deosebit de acela al contracțiunilor uterine. De atunci s'a produs o inerție uterină.

Cercetînd în jurul femeii nu am găsit nici o urmă a liquidului amniotic și nici urme de sânge, ceea-ce m'a făcut să-i pun întrebarea în acest sens. Răspunsul primit a fost că apa scursă s'a luat cu cîrpe de către moșa empirică care a asistat-o de la început, iară sânge n'a curs de cât fôrte puțin.

Diagnosticul pus a fost: *o presentație a trunchiului: acromiocefalo-iliacă stîngă cu o tumoră liquidă vecină uterului, probabil un Hematom.*

După ce am luat tóte mësurile de antisepsie și asepsie, după posibilitatea condițiunilor în care mă aflam, hotărîsc a face versiunea.

Introduc mâna dreaptă ușor pe lângă partea fetală prezentată. Dilatația fiind complectă, duc mâna pe umărul fătului în spre gât și găsesc capul fătului în fosa iliacă stângă, având spatele înainte. El era mobil, ceea-ce m'a făcut mai atent la existența unei rupturi uterine parțială, mascată de părți fetale. Profitând de această mobilitate și de inerția uterină, întorc mâna înapoi pentru a o îndrepta în jos, înainte și spre dreapta pe planul anterior al fătului, pentru a găsi membrele inferioare ale lui.

În timpul când fac această mișcare, un val de sânge negru amestecat cu mici chiaguri, se scurge în afară pe mâna mea. Îndreptând atunci mâna dreaptă în direcțiunea cuvenită, pe când cu cea stângă sprijinesc fundul uterului, reușesc a face versiunea, și să extrag fătul afară. Cum s'a expulsat capul fătului, vine o nouă cantitate mare de sânge negru și cu chiaguri. Făcând tracțiune continuă și ușor asupra cordonului, extrag și placinta.

Introduc din nou mâna pentru a explora cavitatea uterină și găsesc în partea stângă o deschidătură anormală, prin care trecând mâna destul de comod, ajung într'o cavitate alta de cât cea a uterului, în care simt că conține pe lângă liquid și chiaguri încă nise corpuri cilindrici, moi, asemănând cu anze intestinale. Cavitatea uterină era gôlă în mod complect. Exista deci și o ruptură uterină. Imediat încing pântecul femeii strîns, îi administrez 0,50 ctg. de secară cornută și de ôre-ce era amenințată de a cădea în sincopă, îi dau corpului o poziție declivă și îi fac o injecție cu eter. În urmă recomand familieii ca femeia să fie adusă imediat la spital, arătând pericolul care o amenința.

Pe când consideram ca pierdută femeia pe care o asistasem, de ôre-ce nu venise după cum aranjasem, mare 'mă a fost surpriza că vine tocmai a 3-a zi.

De astă-dată găsesc bolnava palidă, pulsul mic, foarte slab și accelerat. Abdomenul puțin balonat. Prin palpație se constată că abdomenul este dureros, mai ales în fosa iliacă stângă.

Fundul uterului întrecea cu puțin de-asupra pubisului. Însă pe când fosa iliacă dreaptă era liberă, în cea stângă se constată o tumoră fixă, dură, care să întinde din fosa iliacă stângă în sus prin flancul stâng până aproape de ipohondru. În jos tumora face corp cu uterul, care era puțin împins spre dreapta. Apăsând pe părțile anterior al abdomenului, se constată că el nu ia parte la formarea acestei tumori, de ore-ce apăsând loveam cu el tumora. Însă cu cât mergeam în sus, constat că în dreptul flancului stâng extremitatea superioară a tumorii putea fi limitată și că părțile abdomenului lua parte la formarea ei. De astă-dată însă găsesc că tumora se micșorase de volum și numai era fluctuantă ca mai înainte. Ea devenise tare. Prin tușeul vaginal constat că fundurile de sac sunt normale, afară de cel lateral stâng, care era puțin șters și împăstat.

Ele făceau parte din tumoră, limitând extremitatea ei inferioară. Prin acest fund de sac se simțea puțină fluctuație a tumorii. Examinând cu speculul, se vede colul uterin reformat, presintând o despicătură laterală stângă și se scurge prin orificiul său un liquid negru, murdar, care devenea mai abundent când apăsam prin părțile abdominal, asupra părților tumorii. Introducând istirometrul în cavitatea uterină, se constată că este lung de 14 cm.

Scoborând vârful istirometrului pe părțile lateral al cavității, dau de un alt orificiu, prin care mergând încet și cu atenție, se simte mai multă libertate în mișcările istirometrului și are permisiunea de a intra tot până în mâner, fără a da de un părete resistant în sus. Pe istirometru se scurge o cantitate mai mare de sânge negru, murdar.

Noul orificiu format era în cavitatea uterină la o distanță de 3 cm. departe de orificiul extern. Era ruptura uterină micșorată.

Vaginul în fundul de sac lateral stâng are o coloră violacee, echimotică.

În fundul de sac și prin părțile său posterior, să simte și se recunoșce că rectul este plin de cibale, bolnava fiind constipată.



Se drenază cavitatea uterină și vaginală cu tifon sterilizat, după ce s'a spălat vaginul cu soluție de sublimat corosiv  $1/5000$  apă sărată.

Bolnava acasă cefalalgie, țiuitori în urechi și amețelă. Are sete mare și vărsături rari, bilóse. Acusă dureri în membrele inferioare, mai mult în cel stâng, simte furnicătură și parcă sunt amorțite. Urina normală.

Propun din nou operațiunea însă nu este acceptată, din care cauză am fost nevoit a 'i aplica un tratament apropiat și să urmăresc consecințele. Tratamentul aplicat constă din drenarea Hematomului, antisepsia vaginului, injecțiuni cu ser fiziologic și la interior medicamente tonice.

În zilele următoare cu totă antisepsia întrebuințată, drenul de tifon se încarcă cu materie purulentă, lichidul sanguinolent devine purulent și cu un miros urit, fecaloid. Bolnava însă nu avea temperatură și nici nu se manifesta fenomene alarmante, până în ziua de 29 Iulie, când începe să apară simptome peritoniale: sughitul, vărsăturile dese alimentare și bilóse, frison, și abdomenul se balonă arătând la percuție timpanism; temperatura însă era aproape normală. Aceste simptome devenind mai complexe, să propun din nou operația, ceea-ce este acceptată și în ziua de 1 August fac laparatomia exploratrice, incisând păretele anterior al abdomenului pe linia mediană pe o întindere de 14 cm.

În cavitatea abdominală constat că peritoneul este intact. În ligamentul lateral drept să vede un chist de mărimea unei nucii pe care îl extirpez împreună cu ovarul corespondent. În foza iliacă stângă să găsească o tumoră voluminoasă de formă oblungă în grosimea ligamentului larg, care este distins enorm. Ovarul și trompa nu s'a putut deosebi de corpul tumorii. Tumoră se întindea din partea laterală stângă a uterului cu care aderă, până în regiunea renală. Jos mai voluminoasă, coprindea o porțiune din foza iliacă, coprinsă între terțul exterior și simfiza sacro-iliacă de aceeași parte. De aici ea începe a se îngusta, trecând în dosul S iliac și a colonului descendent și

devine apoi externă cu cât mergea în sus spre regiunea renală stângă.

Peritoneul care o acoperă este îngroșat și de coloré albicioasă, prin care se deosibează de restul suprafeței sale. Există o peritonită localizată.

Închid cavitatea abdominală, suturând plaga printr'un singur strat cu fire de mătase aseptice, fără a o drena.

Fac apoi o altă incizie longitudinală de 10 cm. în flancul drept, începând la o distanță de 2 degete de la ultima costă. Taiu pe rând pielea cu țesutul celular, aponevroza și mușchii din această regiune a abdomenului, sub care dau de un părete gros, pe care îl incidez și ajung într'o cavitate care merge în jos prin fosa iliacă în uter și apoi în vagin, iar în sus până la rinichiul stâng.

Păretele acestei cavități are grosimea de aproape 2<sup>mm</sup>. Este de o coloré cenușie murdară și cavitatea conține puroi de coloré negricioasă, cu un fel de false membrane care au aceeași coloré. Puroiul are un miros urit fecaloid. În partea inferioară a tumorii, pe cât am putut pătrunde cu degetul, nu am dat de nici o urmă de vas sanguin liber. Se spală cavitatea cu soluție de sublimat corosiv  $\frac{1}{5000}$  gr. de apă sărată, curățind-o apoi bine cu tifon înmuiat și stors în soluție de acid fenic de 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, drenez această cavitate, introducând prin noua deschidere o fâșie lungă și grosă de tifon sterilizat. Unul din extremități îl scot prin uter în vagin, iar pe cel-lalt îl împing în sus în fundul cavității, mijlocul este scos în buzele plăgei. Urmările operației au fost bune, căci din partea laparatomiei nu s'a mai ivit nici o complicație, plaga s'a vindecat *per primam* în timp de 10 zile; iar cavitatea tumorii a dispărut umplându-se cu țesut nou. Bolnava a avut o ridicare de temperatură numai în séra zilei de operație, când a fost de 38<sup>o</sup>, însă a doua zi și în zilele următoare nu s'a mai repetat. De sigur că traumatismul a fost cauza.

Din partea uterului ruptura s'a vindecat și închis bine, fiind-că am prevenit resfrângerea buzelor plăgii și ectropionul

mucóseii uterine. Cicatricea care s'a format în locul cavității a ridicat uterul în sus și a aplecat corpul în partea centrală dreaptă.

Regret că nu 'i-am putut face isterectomia, pe care am găsit'o că trebuie 'indicată în acest cas, pentru a preveni o sarcină ulterioară, fiind lipsit la acest serviciu de cele necesare pentru executarea unei ast-fel de operațiuni. Laparatomia am încercat'o pentru peritonita care părea că se formează, fiind condus de sfatul dat de *Terrillon*<sup>1)</sup> care susține că ar fi de folos bolnavilor atinși de ea. Ea a mai servit la castrarea femeii, cu care s'a putut înlocui istirectomia.

În ziua de 15 Septembrie, bolnava ese vindecată complet.

#### OBSERVAȚIA II.

În ziua de 30 August, întră în căutarea spitalului femeia Sanda P. V. Tóder, în etate de 30 ani, din comuna Pisc.

*Ca antecedente hereditare* nu am putut afla nimic important.

*În antecedentele personale* am găsit că s'a măritat în etate de 20 ani. Menstruația a avut-o regulat la timp, înainte ca și pe urmă după măritiș. A avut 4 faceri normale, copiii trăesc toți. A suferit în mai multe rânduri de friguri.

*Istoricul bôlcii.* Remânând pentru a 4-a oară însărcinată, a dus'o ușor, nu a avut turburări nervóse și gastrice.

A avut însă turburări circulatorii cari s'a pronunțat mai mult către ultimile zile ale sarcinei. Membrele inferioare au fost umflate, edemațiate și mai mult cel stâng, unde la partea internă a còpseii, vena safenă internă ajunsese la o dimensiune egală cu a degetului mic, și ședeau întortochiată ca o șopârlă mare, după expresiunea bolnavei. Odată cu facerea a dispărut tóte acestea.

Acum trei săptămâni a născut un copil viu, de sex feminin, care s'a prezentat cu capul. Nascerea a fost ușoară, însă

1) *Traité de chirurgie.* Gross. Röhmer, T. III, p. 663.

a avut să sufere mult de la ruperea pungei până la expul-  
sarea fătului.

Înainte ca copilul să iasă, a simțit odată o durere în partea  
stângă, din care cauză a leșinat. Această durere a fost mai  
mare ca acele ce le avea în timpul născerii și pe care a  
putut-o deosebi de celelalte. Deși a născut așa de demult,  
a rămas și în prezent umflată în pântec din cauză că nu i  
s'a scurs, după credința bolnavei, tot sângele și că a rămas  
acolo. De la naștere și până la venirea ei în spital a avut ame-  
țelă, dureri de cap, și acum în urmă vărsăturii și leșinurii.  
Are durere în partea stângă unde este umflată și pentru care  
vine în căutarea spitalului.

*Starea prezentă.* Bolnava de constituție mediocră, pelea cu  
țesutul celular gras, puțin dezvoltat. Asemenea și sistemul  
muscular și cel osos. Tegumentul este palid, uscat. Abdo-  
menul puțin balonat. Prin palpație se constată că uterul in-  
volunsă bine și în prezent era în dosul pubisului. În partea  
stângă se simte o tumoră care se ridică din micul basen până  
în fosa iliacă stângă. Ea este dură, face corp cu uterul și are  
o formă oblungă cu extremitatea cea mai îngustă în sus.  
Este dureroasă la presiune. Păreții sunt tari, nu se poate simți  
fluctuația. Păretele anterior al abdomenului era aderent de  
tumoră în partea externă.

Prin tușeul vaginal se găsește fundul de sac lateral stâng  
aproape dispărut, păretele împăstat se întindea foarte puțin spre  
fundul de sac posterior. Prin tușeul se simte puțină fluctuație,  
colul este scurtat. Examinată cu speculul, se vede că în această  
parte mucosă vaginală, are o culoare mai închisă ca în altă  
parte. Introducând ușor istirometrul, găsește cavitatea uterină  
lungă de 6 cm. cu păreții intacti.

Fac o puncție cu siringa veterinară, prin păretele abdominal  
în tumoră și reușesc să scot un liquid de culoare aproape negri-  
ciosă, cu un miros urât fecaloid.

Examenul urinei a arătat că este normală.

Tóte acestea și față de cazul avut mai înainte, m'a făcut să

pun diagnosticul, de *Hematom difus sub-peritoneal puerperal supurat*. Propun operație, familia acceptă, bolnava refuză și cere să fie concediată, ceea ce 'i se admite, și ese în ziua de 1 Septembrie în aceeași stare în care a venit.

### Analizarea faptelor.

Din observația primului cas reese, că la o femeie multipară, s'a produs în timpul travaliului laborios, o ruptură uterină, din cauza presentației humerale. Ruptura a fost spontanee, căci mōșa empirică n'a făcut nici o manevră, după cum a afirmat chiar și bolnava.

Acastă ruptură s'a produs în partea stângă, unde se găsea capul. Partea fetală de sigur că a produs ruptura. Ea fiind dură, în timpul contracțiunilor forți ale uterului, a apăsât asupra părții uterine. Acesta fiind coprins între cap și osul iliac, s'a ramolit și a devenit mai puțin rezistent. Ruptura este laterală, ea corespunde părții fetale din a căruia cauză s'a produs. Atât natura rupturii cât și a locului unde s'a produs, constituie o varietate foarte rară, descrisă în mod cu totul special de *Breus*, sub numele de *usură perforantă a uterului*.

Ruperea de sigur, a început prin col și de aici s'a întins spre corpul uterin pe care l'a interesat în parte, din cauză că a încetat aceste contracțiuni. Ruptura a fost destul de mare, fiind-că a permis pētrunderea mânăii.

Din cauza multelor faceri s'a produs în ligamentul larg din partea stângă un varicocel al plexului venos utero-ovarien, care în periodul de expulzare ajunsese

aşa de dezvoltat, în cât la palpație l'am putut confunda cu o anză intestinală. El în timpul ruperei uterului a suferit leziuni, atât din cauza rupturii uterului și compresiunii din partea capului fetal; cât și din cauza presiunii sanguine mare care era în vase. Presiunea s'a mărit din cauza jenei circulătoare pe care am vădit'o că există aici, din cauza raportului anatomic cu vena renală. Păreții slabi, alterați prin starea lor varicosă anterioară, au cedat acestei presiuni, crăpând în puncte deosebite.

Alcoolismul și impaludismul pe care le-am găsit la aceste bolnave, de sigur, că a avut o înrîurire asupra alterației păreților vasculari. Revărsarea mare de sânge în cazul acesta, a provenit din două locuri: una din sinusurile uterine rupte, iar alta din varicocelul extra-uterine. Aceste rupturi s'a făcut, probabil, în acelaș timp, căci dacă s'ar admite că mai întâiu s'a făcut ruperea sinusurilor, atunci presiunea sanguină ar fi scăzut în venele utero-ovariene cu care comunică și în care circulațiunea sângelui se face în ambele sensuri, neexistând valvule. În cazul acesta varicocelul ar fi fost salvat și hemoragia n'ar fi fost așa de mare. Volumul mare al Hematomului nu admite acesta, deci, ruptura uterină s'a produs o dată cu a varicocelului după cum am găsit'o. Nu tot așa a fost cazul de la observațiunea II-a. Aici hemoragia a fost mai mică și numai din ruperea varicocelului pe care trebuie să'l admitem că a existat, luând în ajutor prezența varicocelilor externe ce a avut această femeie în timpul sarcinei, și pe lângă acesta că Hematomul s'a produs în

partea stângă, unde scim că este o jenă circulatorie. Explicația ruperei varicocelului este ușoră, în timpul unei contracțiuni puternice, sângele din sinusurile uterine a fost alungat în plexul venos utero-ovarien, cu care comunică.

Aici din cauza jenei circulatorie (vena renală) s'a mărit presiunea sanguină și venele s'a dilatat mai mult.

Ele fiind varicoase cu pereții alterați, s'a rupt și s'a determinat o hemoragie. Origina hemoragiei fiind numai din acest varicocel, Hematomul ce s'a format a fost mai mic ca în cazul I-ii, fiind guri mai puține prin care să pótă să ȳasă sângele afară din vase. Hematomul la acest cas nu s'a ridicat din fosa iliacă, însă pare că s'a întins mai mult aici, de cât în cazul din obs. I-a.

Nu s'a făcut în ambele părți în care ar fi fost posibil, ci numai în partea stângă, tot pentru argumentul că în această parte este o stasă sanguină mai mare ca în partea opusă, unde sângele este vărsat în vena cavă inferióră.

În ambele casuri difuzarea sângelui făcându-se numai în părțile laterale, ne probéză că hemoragia a avut loc în anumit timp, când tóte cele-l'alte locuri pe unde ar fi putut difusa erau ocupate, comprimate. Orí acesta nu se póte găsi de cât în perióda travaliului, când micul basen este ocupat de părți fetale care sunt angajate, împinse cu putere și sângele nu s'a putut scobori spre pereții vaginului. Acesta ne explică de ce prin tușeu s'a găsit numai fundul de sac lateral stâng puțin împăstat, iar cele-l'alte libere.

Acesta nu se datoresce de cât faptului că uterul și

vaginul involuând, s'a scoborit în jos spre micul basen și în consecință tumora de unde acea senzație care trăda prezența ei în această regiune.

Forma neregulată sub care s'a manifestat Hematomul în ambele casuri, presintă o importanță mare la diagnosticarea lor și la sediul lor, dacă este sau nu sub-peritoneal:

Pentru Hematomul intra-peritoneal autorii admit o formă regulată, sferică, bine limitată, pentru cel sub-peritoneal tumora este neregulată, mai ales marginea sa inferioară, iar forma sa este oblungă, condițiuni pe care le-am vădut că le-a întrunit ambele casuri.

În ambele casuri s'a vădut că supurația este terminația acestui Hematom. Acesta nu o pot datori de cât cauzelor că este prea întins și conține o cantitate mare de sânge, condițiuni care dacă nu împiedică totuși întârzie mult resorbția. Timpul îndelungat de care se simte nevoie să se facă resorbție, înlesnesce infectarea lor și prin urmare trecerea în supurație.

Agentei patogeni pot veni din afară totuși, cred că se propagă din intestin cu care se află în strâns raport, din care cauză puroiul care se formeză, are un miros caracteristic, fecaloid. Cele 80,000 colonii arătate de *Gilbert* ca existente în intestine nu pot sta impasibile, când aș un mediu de cultură bun în apropierea lor, ci pëtrund și infecțiunea se face în mod tacit și lent. Febra care anunță desvoltarea infecțiunilor, indicând că lupta este angajată între organism și microbi, vedem că nu se arată în timpul supurației Hematomului. În ambele casuri termometrul nu a arătat nici o diviziune



mai mult de cât se vede în starea morală la om. Acesta nu o pot explica de cât că organismul fiind slăbit prin hemoragie, elementele care intră în luptă cu microbii nefiind în condițiuni bune, nu se petrece nici o reacțiune și deci nici o temperatură, microbii fiind puțin virulenți. Acesta constituie încă un caracter care pare a fi special acestui fel de Hematom, iar peritonita localizată îl face benign.

Hematomul se compune din un părete și un conținut. Păretele macroscopicesce se compune din două părți: una exterioră, străină, alta internă proprie. Cea externă, care este păretele primitiv, o formează într'o parte sărósă peritoneală, iar în cea-l'altă diferitele organe care se află în partea unde Hematomul s'a format adică, mușchii și aponevrose. Partea internă este proprie și este formată din fibrina sângelui infiltrată în țesul celular, care dubleză peritoneul și cu care cu timpul se îngroșă mai mult, mai ales când începe supurația. Acesta este cauza de ce Hematomul la început era fluctuent și mai târziu devine tare.

Conținutul Hematomului este format din elementele sângelui, cu sărurile ce le conține, la care mai trebuie de adăugat, când trece în supurație globule de puroi, diferite gaze de discompunere și diferiți agenți patogeni, care au pëtruns fie din intestine fie din afară, când el ajunge să comunice cu exteriorul fie în mod spontan, fie în mod artificial.

Terminația acestui Hematom, după cum am văzut, este tot-d'a-una supurație. Ca atare fiind, dacă nu se

intervine la timp el trebuie să se deschidă în mod spontan prin vagin, mai rar în peritoneu.

Deschiderea în vagin, se face mai repede, din cauză că extremitatea tumorei corespunzând acestui organ, puroiul prin greutatea sa apasă în părțile vaginului care, după cât-va timp, va ceda, formându-se un orificiu pe unde puroiul se va scurge. Nu numai acestea pot fi locurile pe unde se poate duce puroiul. Vasele iliace, triunghiul lui *Petite* pot fi menționate, fiindcă s'a observat în cazuri de abcese ale fosei iliace că puroiul a eșit afară pe aceste căi. Eu am văzut într'un cas de abces al fosei iliace că, puroiul a eșit prin triunghiul lui *Petite* și s'a întins pe sub pielea părțelului anterior al abdomenului până la partea superioară a cōpsei din partea corespondentă.

### Tratamentul.

Din cele arătate mai sus, tratamentul Hematomului difuz sub-peritoneal se comportă după cum să presintă cazul, adică când intervenția trebuie să se facă imediat după accident sau mai târziu.

În primul cas convine a se face isterectomia abdominală. Pe această cale în prima linie se vede leziunile care s'a produs și prin urmare se poate face o hemostasă sigură; apoi ridicându-se și uterul cu anexile sale, se suprimă formarea unei sarcini ulterioare, care de sigur va da naștere unei asemenea complicațiuni.

Pe lângă acesta, fătul fiind încă în uter, se poate aplica metoda cesariană pentru a-l extrage, îndreptând

orî-ce fel de manoperă cu saŭ fără forceps ce ar necesita, dacă fătul s'ar scóte prin vagin și prin care s'ar putea mări pericolul în care se află femeia. Din obs. I, se póte vedea că pacienta putea să suporte acéstă operație. Se presintă însă inconvénientul că nu în tot-d'a-una se póte interveni, femeia fiind în mediuri deosebite, din carî unele puțin favorabile.

Lesiunile întinse ce se determină prin formarea acestuî fel de Hematom, se simte nevoia de a se incisa tumora a parte, în cele două extremități ale sale. Cu modul acesta pe de o parte se póte face scurgerea mai repede, iar pe de alta, cavitatea se póte curăți mai bine de conținutul său și se previne decî o infecție care survine cu siguranță prin faptul că tumora se învecinează prea mult cu intestinele. Decî va necesita o colpotomie și o incisie într'un punct óre-care a părutului abdominal, unde să simte mai apropiat de extremitatea superióră a tumorii.

În cazul al doilea, când a început supurația, se va proceda ca la bolnava din obs. I, adică se va face laparatomie exploratrice, iar Hematomul se va trata ca mai sus, fiind favorisat de un stadiu apiretic în care se află, după cum s'a vădut din observația bolnavelor.

Laparatomia exploratrice are avantajul că amendează fenomenele peritoneale carî se datoresc peritonei localisate, ce se forméază în dreptul tumorii saŭ a celei care începe să se generalizeze.

În acest cas s'ar putea face și isterectomia, însă pe cale vaginală, care se execută mai bine, avënd și cavitatea abdominală deschisă. Uterul trebuie scos prin

vagin pentru a evita vre-o infecțiune a peritoneului prin puroiul care se află în Hematomul supurat vecin. Ovariectomia nu trebuie uitată când nu se poate face isterectomia, căci ea satisface scopul ce se urmărește în acest caz.



## CONCLUSIUNI

---

Din modul cum s'a prezentat și tratat casurile de Hematom difus sub-peritoneal puerperal din perioada travaliului, arătate în Obs. I-iă și II-a, pot trage următoarele conclusiuni:

1. În periodul travaliului se pöte produce un Hematom care este în tot-d'auna lateral și sub-peritoneal.

2. El este förte voluminos întindându-se până în ipochondru și chiar pöte trece pe la vertebrele sacrale în partea opusă, când cantitatea de sânge revărsat este mare.

3. Sângele provine din vasele uterine și utero-ovariene. În mare parte este venos. Ruperea acestor vase se face odată cu ruperea uterului său a varicocelului, care trebuie să existe în ligamentele largi, măi frecuent în partea stângă.

4. Când ruptura uterului se face de partea sa laterală, în ligamentul larg, ea deși interesază colul și corpul, totuși este sub-peritoneal, din care

cauză și Hematomul care se formeză este sub-peritoneal.

5. Hematomul care se produce în perioada travaliului se cunoște după forma sa oblungă, mai boselată la mijloc ca pe lături, cu o suprafață întinsă, cu marginile neregulate și este vecin său intim legat de uter.

6. La început Hematomul are pereții moi prin care se simte fluctuația, cu pereții formați din organele vecine printre cari a pătruns, fără a avea o cavitate proprie, sângele fiind difusat prin țesutul celular sub-peritoneal. Mai târziu se formeză pereții proprii, cu un înveliș format probabil din fibrina sângelui și cu un conținut care are elementele constitutive ale aceluiași liquid, în care se află și false membrane cu diferiți agenți patogeni, veniți din intestin.

7. El se găsește la multipare, la o etate mai mare de 30 ani și la cele cu fătul în presentație umerală sau cefalică, la cari sunt alterațiuni uterine sau există un varicocel al ligamentelor largi. Este frecuent în partea stângă din cauza jenei circulătoare ce se face în venele utero-ovarice, cari se varsă în vena renală.

8. Alcoolismul și Paludismul se găsește în antecedentele femeilor la cari se produc acest Hematom.

9. Terminația acestui fel de Hematom este supurația, din cauza suprafeței lui întinse și a can-

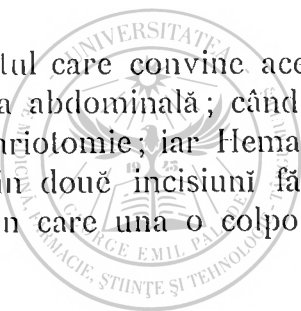
tității mari de sânge ce 'l formeză și a vecinității sale cu intestinele, de unde vine infecțiunea.

10. Hematomul deși ajunge în perióda de supurație, însă evoluiază în mod apiretic.

11. Deși bolnava presintă fenomene peritoniale, ca lesiune, nu se găsește de cât o peritonită parțială, localisată în dreptul tumorii, caracterisată prin o îngroșare, în o stare cronică. Acésta îi dá un caracter benign.

12. Hematomul sub-peritonal difus, se găsește, deși fórte rar, la femeile din populațiunea rurală, la acele cari nu sunt asistate la facere de persoane speciale.

13. Tratamentul care convine acestei afecțiuni este isterectomia abdominală; când acésta nu se póte, atunci ovariectomie; iar Hematomul se tratéză a parte prin două incisiuni făcute la extremitățile sale, din care una o colpotomie.



Tip. GUTENBERG Joseph Göbl, str. Dómnei, 20



4976

46/57