

LUCRARI ORIGINALE

Simfiseotomie pentru a doua oară¹⁾

de

Prof. DRĂGHIESCU

Am avut onoarea a comunica în ședința asociațiunei medicilor Eforiei din anul 1896 o serie de 8 simfiseotomii, dintre care prima practicăată încă din anul 1892 iar ultima în 1895; mi voi permite a atrage atențiunea asupra uneia din acestea și anume asupra celei din urmă care a revenit din nou în *Maternitate* în acest an, gravidă la termen și la care pentru a doua oară s'a practicat aceeași operațiune cu acelaș succes, operatoriu pentru mamă și copil. Ambii copii extrași vii, prin forceps în urma intervențiunei noastre, trăesc și-mi permit a alătura mai jos fotografia mamei și a copiilor.

Ambele intervențiuni au fost urmate de leuzii fiziologice, de reunire prin prima intențiune. Funcțiunile s'au restabilit pe deplin.

Dacă am ținut a prezinta atât observațiunea cât și femea faptul se datorește: rezultatului operator, și faptului că în țară la noi, (după cate cunoastem) este prima simfiseotomizată pentru a doua oară.

Înainte de a atrage atențiunea asupra cător va din particularitățile acestei operațiuni și rezultatelor târzii, voi schița pe scurt observațiunea acestei femei.

1) Comunicare făcută la Asociațiunea medicilor Eforiei din anul 1898.



Revisiune

A umblat pentru întâia oară în picioare la 1 an, are o copilărie presărată cu o mulțime de accidente.—Menstruată la 13 ani, gravidă prima dată la etatea de 18 ani, naște aproape de termen, în Institut un făt viu prin aplicare de forceps, făt care sucombă dupe 11 zile. Albuminurie, 2 accese eclamptice.



În 1889 gravidă la termen pentru a doua oară, vine din nou în serviciu cu un făt în prezența cranienă, se extrage prin cefalotripsie după ce s'a perforat craniul, aplicările de forceps făcute nedând nici un rezultat.

Pentru a treia oară în 1893 gravidă în a VIII-a lună, făt viu. Se încearcă provocarea facerei premature prin procedeul Kiwisch, care nu reușește și apoi prin procedeul Krause, femeia 'și scoate sonda se reintroduce și 36 ore de la prima aplicare, expulsie spontană a unui făt viu de 2600 gr., care sucombă după 3 săptămâni.

În 1895 revine din nou pentru a patra oară gravidă în a IX-a lună cu un făt viu, prezență cranienă OI DP., se fac injecțiuni vaginale ferbinți antiseptice și în urma dilatărei complete, craniul neangajându-se nici spontan nici prin aplicare de forceps, se face simfiseotomia extrăgându-se prin forceps un copil viu care trăeste și astăzi fiind în vârstă de 3½ ani. Urmările primei intervențiuni au fost cât se poate de bune, femeia 'și a reluat ocupațiunile, mișcările revenind din nou în totalitate.

Pentru a cincea oară revine în serviciu gravidă în a VIII-a lună (ultima menstruație sfârșitul lui D cembrie 1897) cu un făt viu prezentație cranienă (de notat ca ultimii 2 copii au fie care alt tată). Pe de o parte noi amânăm provocarea facerei premature, din cauza rezultatului satisfăcător obținut cu prima simfiseotomie, pe de alta femeia fiind foarte nesupusă se concediază, recomandându-i-se de a reveni la finele lunii a IX-a și în momentul când vor apare primele dureri. — Revine în ziua de 30 Septembrie anul acesta. Starea ei este următoarea: O femeie pitică, talia 135 ctm. neprezentând ca configurație externă, nimic particularizat, de cât o ușoară incurbație a tibiilor. Ar fi singurul indiciu a unui rachitism, fără nici un antecedent ascendent sau colateral ca vicii de conformație ale bazinului sau scheletului. Gravidă la termen, uter puțin pendulum, prezentație cranienă OISA., colul lung orificiu permeabil, craniul d'asupra strămoșului superior, lichid abundent. Diametrele bazinului atât înainte de prima simfiseotomie cât și în momentul secunde, aceleași, și sunt următoarele. DS — $18\frac{3}{4}$, ctm. DC — 24 ctm. DB — $17\frac{3}{4}$, DU 8 ctm., din rezultatul comparativ al acestor diametre se constată identitatea și nemodificarea întru nimic priu simfiseotomia anterioară.

Local, o cicatrice puțin neregulată care se coboară până în nivelul clitorisului. Oasele pubiene apropiate în nivelul unghiului superior prin țesut fibros, puțin depărtate în partea inferioară de un centimetru. În timpul mersului foarte puțină mobilitate a pubiselor, dar care nu jenează pe femeie întru nimic.

La ora 10 p. m., 5 ore de la intrare în serviciu, contracțiunile devin spastice, punga amniotică se rupe spontan, colul dilatat cât o piesă de 5 lei, dilatabil însă, se constată o mutare de prezentație în MIDP — Se fac injecțiuni de morfină, clisme cu cloral laudanizat pentru combaterea spasmului uterin și la orele 12 din noapte, femeia fiind cloroformizată se procedează la simfiseotomie și la extragerea imediată a fătului prin forceps. Înainte de aplicarea forcepsului s'a încercat manual, fără rezultat transformarea prezentației faciale în cranienă, în acest moment cordonul ombilical procidează, se reduce și se aplică forcepsul pe față. — Nu voi descrie toți timpul și toate precauțiunile de antisepsie ale intervențiunei, această intervenție fiind astăzi de domeniul general. Voi arăta însă particularitățile și părțile atipice ale intervențiunei noastre.

Incizia tegumentelor s'a deviat în partea inferioară puțin către stânga din cauza țesutului cicatricial consecutiv s'a produs o emoragie venoasă abundentă, care s'a oprit prin tamponare până la extragerea fătului, și după extragere prin introducerea de tifon iodoformat atât în plagă cât și în vagin spre a face o contracție și a opri astfel pierderea de sânge. Secțiunea țesuturilor după introducerea sondei canelate înapoiul pubisului s'a făcut cu bisturiul de dinainte înapoi, în partea superioară a inciziunii țesutul fibros era destul de rezistent, înlocuia în mare parte cartilagiul și producând aderențe destul de întinse cu organele subjacente, care însă au

fost desfăcute cu degetul. În partea inferioară aderente, totuși însă laxe. S'a introdus depărtătorul Farabeuf, distanța obținută între cele 2 ramuri a fost de 5 cm., câștigând astfel 16—18 mm. în plus pentru diametrul antero-posterior al strâmtoarei superioare. Se aplică forcepsul pe față neputându-se face flexiunea și în momentul extragerii capului se sprijină cele 2 ramuri ale pubiselor. Diametrele capului fetal sunt următoarele. OM 12 $\frac{1}{4}$, OF 11 $\frac{1}{2}$, SOB 9 $\frac{1}{4}$, BiP 10 cm., BiT 8 $\frac{1}{4}$, FM. 8 $\frac{1}{4}$, SOM. 11 cm. După extragerea fătului se apropie ramurile pubisului, se suturează cartilagiul, țesutul fibros și pielea prin 4 puncte de sutură cu mătase într'un singur etagiu, alté patru puncte de sutură superficiale pe marginile pielii spre a le menține în contact, prin unghiul inferior al plăgei care nu s'a suturat, se scoate capătul tifonului iodoformat cu care s'a umplut mica cavitate de unde se producea emoragia. Vaginul umplut de asemenea cu tifon iodoformat.—Sondă permanentă în băsică.—Ca aparat contentiv un bandagiu gipsat, apropierea membrelor inferioare și menținerea lor printr'o bandă de tifon. Pentru pansamentele ulterioare, ne-am servit de aparatul Hazebeck pe care Dr. Pr. Severeanu a bine-voit cu multă amabilitate a ni-l împrumuta.

Rezultatele intervențiunii au fost normale. Leuzia fiziologica, tifonul din plagă a fost extras dupe 24 ore, fără a se mai introduce punctele de sutură au fost scoase a 10-a zi, reunire prin prima intenție. După 26 zile femeia face primele mișcări, dupe 30 zile de la intervenție umblă pentru prima oră. Mișcările revenite în totalitate după cum vă puteți convinge prin examinarea femeii după a 2-a simfiseotomie mersul a fost mai dificil și mai tardiv ca dupe prima.

Cazurile de simfiseotomie astăzi sunt destul de numeroase, indicațiunile și contra indicațiunile acestei operațiuni destul de precise spre a mai putea da loc vre-unei discuțiuni, totuși în țara ia noi numărul intervențiunilor este destul de limitat și nu-mi amintesc a fi văzut altele publicate în afară de cazurile noastre (Veți Archives de Médecine 1896). Cât privește intervențiunile pentru a doua oară la aceaș femeie cred că la noi și aceasta este prima.

Din observațiune vedem, 2 faceri premature și 3 la termen. În cele premature ambi copii sucombă de debilitate generală. Din cele 3 la termen, la una am fost nevoiți a face cefalotripsia (înainte ca simfiseotomia să-și fi reluat locul meritat) și 2 simfiseotomii, ambele cu rezultat perfect pentru mamă și copil-

Chiar numai din această observațiune s'ar putea constata în strâmtoările medii de basîn superioritatea rezultatelor

intervențiunei asupra provocărei facerilor premature. Și să nu vă surprindă faptul că insist asupra acestui punct, căci nu sunt nici 2 ani de când *Academia de Medecină din Paris* propune ca subiect al premiului **Dubreuil**, comparația statistică ca rezultat operator între simfiseotomie și provocarea facerilor premature. **Audebert** într'un studiu amănunțit arată mortalitatea enormă a copiilor în facerile premature 37%; chiar **Zweifel** din Leipzig mărturisește că pe un număr destul de mare de copii, nu a constatat de cât un singur caz de viațuire peste 1 an, (cu toate îngrijirile ce se dau actual cu ajutorul *conveuselor*).

Printre complicațiile simfiseotomiilor se prenumără:

1. Emoragiile, cari pot fi de natură venoasă ca în cazul nostru și care s'a oprit prin tamponare, sau arterială, care une ori e așa de puternică încît a produs moartea, și dacă n'ași cita de cât 2 cazuri ar fi suficient. Unul al lui **Treub** (1802) și altul al lui **Tellier** (1893) or cit de minimă ar fi această complicație trebuie să ne preocupe mai ales că se pot ivi complicațiuni ulterioare, ca inerție uterină post partum, și cari pot determina prin repetare sleirea repede a femeii, ca în cazul lui **Treube** (moarte $\frac{1}{2}$ oră după intervenție).

În cazul nostru eram îndreptățiți a ne aștepta la emoragii destul de serioase prin aderențele și țesutul cicatricial retropubian, emoragie care s'a oprit destul de repede prin tamponare.

2. Aderențele și alterațiunile simfisei une ori sunt foarte mari după prima simfiseotomie. **Siebold**, **Zweifel** și **Küster** au întâlnit chiar cazuri de osificare totală a cartilagiului așa că a fost nevoie de a se secționa și tăia cu dalta și cu foarfecele lui **Mac Even**. În aceste cazuri nu se poate incrimina că a mers în țesutul osos de ore ce erau deja preveniți, și anume **Zweifel** era prevenit prin cazuri anterioare. În cazul nostru nu am avut aceste inconveniente, țesutul cartilagos și fibros retropubien nu ne-a opus rezistențe prea mari, și aderențele cu organele retropubiene au putut fi desfăcute cu oare care dificultate fără a provoca rupturi ale bășiceii sau emoragii prea intense.

3. Ruptura părților moi vulvo-vaginale este singurul

pericol. Cazurile de această complicațiune sunt destul de numeroase. **Neugebauer** 'l notează de 29 ori și într'o statistică publicată în *Archives de Tocologie* pe o serie de 120 se citează 40. Rupturile pot să intereseze numai părțile vaginal în toată întinderea lui saă chiar și bășica. In cele 29 de cazuri ale lui **Neugebauer** această complicațiune de ruptură a bășicei o regăsim de 8 ori. **Zweifel** crezând că este datorită prin distensiune bruscă produsă de cap și mai ales de forceps, a renunțat la extragerea imediată a fătului, lăsând să se efectue facerea spontan eu și numai supraveghind'o. La femeia noastră în ambele intervențiuni am extras imediat fătul și totuși nu am avut nici o complicațiune din partea părților moi, de oare-ce luasem toate măsurile; apropierea marginelor osoase, tamponarea plăgei și nu vedem de ce am risca viața copilului prin o expectație neexplicabilă. In ultima simfiseotomie prezentația facială ar fi putut predispu ne mai mult la această complicațiune.

La congresul de la Moscova s'a formulat următoarele propozițiuni. 1) O simfiseotomie vindecată prin prima intenție nu aduce nici o modificare în sarcinile și facerile ulterioare.

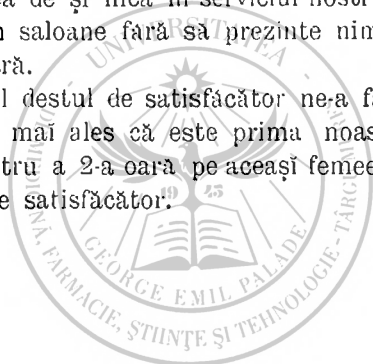
2-a) Operațiunea se poate face fără greutate de mai multe ori pe aceeași femeie

3-a) Nu e demonstrat până acum că simfiseotomia mărește ulterior diametrele basinelui. Intru cât ne privește, considerând rezultatele operatorii și observațiunile comparative în cazul nostru suntem cu totul de acord în veracitatea acestor propozițiuni. Graviditatea și facerea nu a fost întru nimic modificată prin prima simfiseotomie. Operația nu a fost modificată prin prima intervențiune.

Cât privește a 3 a propoziție adică mărirea diametrelor transverse susținută mai ales de **Zweifel** care acuză o mărire de 5-10 mm. și care afirmă că facerile ulterioare se pot efectua spontan eu. In cazul nostru și a 2-a oră am intervenit tot prin simfisiotomie, diametrele nu au fost modificate întru nimic nici cel util nici cele lalte. Se poate întâmpla însă în cazuri de diametre variând de la $8\frac{1}{2}$ la $9\frac{1}{2}$, să avem alternativ, faceri spontanee și cu aplicări de forceps, dar variațiunile acestea nu par intru cât ne privește

a depinde de mărirea diametrelor, ci alți factori tot atât de importanți se pot prenumăra: așa facerile premature, deci micșorarea diametrelor capului fetal și în specie a biparietalului, mărirea fătului care poate varia foarte mult și starea suturilor, adică reducerea lor sub influența tracțiunilor uterine, sau osificarea timpurie, (cazuri rare neobservate la noi). În observațiunea noastră de față se poate constata același lucru, o facere spontanee, una efectuată prin forceps, și totuși ultimele 2 faceri (copii fiind la termen) cu neputință de a se efectua spontan dar nici chiar cu aplicări de forceps. Cât privește rezultatul operator al intervențiunei, și restituțiunea totală a mișcărilor au fost perfecte. Femea de și încă în serviciul nostru, totuși umblă toată ziua prin saloane fără să prezinte nimic deosebit de starea anterioară.

Rezultatul destul de satisfăcător ne-a făcut să prezintăm acest caz mai ales că este prima noastră simfiseotomie făcută pentru a 2-a oară pe aceeași femeie, și cu rezultat cât se poate de satisfăcător.



Spălătura cavității abdominale prin vagin cu serum artificial ¹⁾.

de

Dr. RACOVICIANU - PITESCÎ.

În anul 1895 am publicat pentru prima oară în „Presa medicală română” un articol, în care arătam că apariția fenomenelor septice în urma intervențiilor pe cale vaginală pot fi combătute în mod eficace prin spălarea marelui cavități abdominale cu serum prin plaga vaginală creată de operație.

Arătam atunci că Jullien cel d'întâi spălase cavitatea abdominală cu serum pentru a combate peritonita. În serviciul D-lui prof. Severeanu, în anul 1893, obținusem un rezultat splendid, spălând peritoneul cu serum.

Cea ce m'a condus a face spălăturile pe cale vaginală, în loc de a deschide peritoneul pe linia mediană, a fost :

1) temerea de a mări traumatismul și crearea unei noi porți de infecțiune și

2) declivitatea plăgei vaginale.

Acest articol era bazat pe două observațiuni. În același an, în ziua de 28 Decembrie 1895, am avut onoarea a comunica în „Adunarea generală a medicilor Eforiei” rezultatul ce obținusem prin spălarea marelui cavități peritoneale cu serum pe calea vaginală la 7 pacienți.

Astăzi vă comunic rezultatul obținut la 27 bolnave tratate prin spălături vaginale. Am făcut aceste spălături

1) Comunicare făcută la Adunarea generală a Medicilor Eforiei, 1898.

atât pentru fenomene septice bine caracterizate, cât și atunci când bănuiam posibilitatea ivirii de accidente peritoneale, fără ca ele să se fi manifestat.

Jullien este cel d'întăi care a încercat spălarea cavității abdominale cu serum și a obținut bune rezultate.

Conduita sa a fost urmată mai de toți chirurgii, mai ales în cazurile desperate.

În 1895 prof. Pozzi a pus la ordinea zilei în „Societatea de chirurgie” cestiunea tratării septicemiei post-operatorie prin injecțiuni de serum în vene, care a fost în mare parte combătută, prevalând ideea injecțiilor cu serum în țesutul celular subcutanat.

Până astăzi nu a rămas în vigoare pentru a combate fenomenele septice post-operatorie de cât injecțiunile subcutanate cu serum artificial, care ar lucra în două moduri:

- 1) prin ridicarea tensiunii vasculare și
- 2) prin difuzibilitatea și diluarea toxinelor.

Mai adăogăm că injecțiunile abundente determină evacuări alvine numeroase și fetide, mod prin care se face eliminarea toxinelor.

Credem că mărinind acțiunea fiziologică de rezistență a celulei, se opresce dezvoltarea și înmulțirea microbienă.

Am indicat atunci modul nostru de a face, pentru care trimetem a se vedea lucrările Adunării generale a medicilor Eforiei pe 1895 (pag. 98-99).

Avem ca obicei ca, după toate hysterectomiile vaginale sau dupe elitrotomie, să spălăm plaga cu serum artificial, lăsând a se scurge lichidul în afară, chiar când am deschis colecțiuni purulente sau când câmpul operator a fost inundat de puroi.

Din nenorocire la ultima pacientă Miță Măntulescu, operată în ziua de 9 Decembrie, 1898, pentru pelvi-celulită supurată; fiindu-mi teamă de a nu împinge puroiul, (care se scurgea continuu și după terminarea operației), în marea cavitate peritoneală, ne-am limitat a șterge ușor plaga cu listere sterilizate și a o drena cu tifon iodoformat sterilizat.

După 2 zile au apărut fenomene peritoneale generalizate grave și pacienta nu a revenit de cât grație asocierii

spălăturilor peritoneale pe cale vaginală și injecțiunilor subcutanate cu serum artificial.

Această observație, fiind foarte importantă, o voi pune pe larg.

Spălăm imediat ce am terminat intervenția și reîncepem spălăturile după 48 ore, când ridicăm pensele.

Dacă totul merge bine și nu ne este teamă de ivirea unei complicațiuni, ne limităm a spăla vaginul cu acid boric până ce lichidul iese curat — irigatorul fiind ținut la înălțimea patului — și fundul plăgei, cu serum artificial sterilizat.

Repetăm aceste spălături zilnic până ce pacienta se vindecă.

Când presupunem că s'ar putea ivi fenomene peritoneale septice, chiar de nu au apărut, spălăm vaginul până ce lichidul iese curat, apoi plaga; dilatăm orificiul plăgei cu tige de Hégár sterilizate, spălăm din nou până ce lichidul iese curat, apoi introducem prin plagă în marea cavitate abdominală o sondă de sticlă sterilizată și lăsăm să se scurgă în peritoneu serum până ce tensiunea abdominală devine dureroasă.

Retragem canula, dăm scurgere în bună parte lichidului ce am introdus și terminăm prin a drena plaga cu o fascie de gaz iodoformat.

În zilele următoare spălăm din nou plaga fără a mai repeta spălarea cavității abdominale, bine înțeles dacă fenomene nu s'au manifestat.

Ast-fel ne am comportat la Vasilichia Ioan, operată în ziua de 18 Februarie 1895 și la Paulina Andreescu, operată în ziua de 6 Maiu 1895.

Când apar fenomene septice evidente, ca puls frecuent (120-140), temperatură 38-39°, vărsături poracee, sughituri, balonament abdominal, constipație și facies peritoneal, nu ezităm de a spăla cavitatea peritoneală de 2 ori în 24 de ore până ce fenomenele septice dispar.

Ni s'a întâmplat la unele bolnave să facem 10—16 spălături intra-abdominale.

Am avut cazuri foarte curioase.

Ast-fel a fost Cornelia Munteanu, operată în ziua de

4 Noembrie, 1895, la care fenomenele septice au apărut de a doua zi; au părut că cedează dupe câte-va spălături; temperatura însă s'a ridicat din nou, fenomenele septice au reapărut și n'au cedat de cât la noui spălături intra abdominale asociate injecțiunilor subcutanate.

La densa aceleași fenomene s'au reprodus de 4 ori consecutiv și au cedat în totdeauna în urma aceluiași tratament.

Un caz mai curios am avut la pacienta Anica Scaia, operată în ziua de 8 Aprilie, 1898, pentru sarcină extra-uterină și intra abdominală.

La densa am practicat timp de 14 zile spălături abdominale de 2 ori pe zi cu serum artificial și în cele din urmă, pentru a combate o supurație intra-pelvienă extrem de abundentă, am făcut injecțiuni cu sublimat 1‰, cu hypermanganat de potasiu, precedată de o spălare cu acid boric și urmată de una cu apă sărată.

Cantitatea de serum sterilizat ce introducem în cavitatea abdominală la fie-care spălare variază între 5-12 litri.

În urma spălăturilor observăm ca accidente: senzație de tensiune abdominală, dureri și jenă respiratorie.

La o singură femeie, hysterică am observat fenomene de afazie tranzitorie.

Bolnavele sunt slabe și acuză dureri generale, care se calmează cu încetul.

Nu am remarcat de cât la o singură pacientă accidente pulmonare, pe care le atribuim mai mult infecțiunei și poziției în decubitus dorsal al bolnavei de cât spălăturilor intra abdominale.

Rezultatul ce ne-au dat spălăturile, este următorul: pulsul scade, își perde frecvența, devine plin și vibrant, constipația cedează, une-ori survine o diaree seroasă abundentă și extrem de infectă. — Abdomenul devine moale, tensiunea dispare și nu mai ste dureros la presiune. — Caracter remarcabil: faciesul se schimbă, perzând cu desăvârșire aspectul abdominal. — Dacă temperatură este ridicată, scade; dacă există hipothermie, se ridică; dese-ori temperatura nu cedează de cât la mai multe spălături.

Sughițurile și vărsăturile dispar cele d'întăiu și pacientele recâștigă apetitul reclamând a fi nutrite.

Ca indicații ale spălăturilor abdominale, numai la 2 paciente (Paulina Andreescu și Sahly Hermanu) le-am făcut ca preventive; în toate cele lalte cazuri, ceea ce ne-a condus a face aceste spălături, a fost apariția fenomenelor septice și mai ales discordanța între puls și temperatură, care după noi, este un indiciu puternic de infecțiune peritoneală și poate primul fenomen-simptom.

Iată cazurile în care am făcut spălătura cavității abdominale prin vagin în urma hysterectomiei vaginale.

1. Beri Berta, operată la 20 Ianuarie, 1895, a fost spălată de 3 ori, în urma cărora au cedat toate fenomenele septice.

2. Vasilichia Ioan, hypothermie, a fost spălată o singură dată, temperatura s'a ridicat și constipația a cedat.

3. Carolina Steinberg, operată la 3 Martie, 1895, abdomen balonat, dureros, sughițuri, vărsături, constipație, puls 140, facies peritoneal. Ii s'au făcut 3 spălături, în urma cărora fenomenele au cedat.

4. Lina Gheorghe, operată la 22 Aprilie, 1895, apar fenomene peritoneale, cari cedează în urma a 5 spălături. La dînsa am notat o scurgere sanguinolentă din cavitatea abdominală.

5. Maria C. Radu, operată la 20 Aprilie, 1895; la 22 temp. 38°, puls 108, balonament abdominal; toate fenomenele au cedat în urma a trei spălături.

6. Tudora Tănase Petre, operată în ziua de 26 Octombrie, 1895; i s'a făcut o singură spălătură intra-abdominală.

7. Cornelia Munteanu, operată în ziua de 4 Noembrie, 1895; i s'au făcut, pentru fenomene peritoneale intense, spălături zilnice până în ziua de 12 Noembrie, când fenomenele au cedat pentru a nu mai reveni.

8. Paulina Andreescu, dublă salpingită supurată, a fost operată în ziua de 6 Mai, 1895, deși n'a avut nici un fenomen peritoneal, i s'au făcut 3 spălături; a părăsit serviciul vindecată, la 4 Iunie, 1895.

9. Sahly Hermann, dublă degenerescență sclero-chistică, a fost operată în ziua de 27 Octombrie, 1895; i s'au făcut 2 spălături, deși nu apăruseră fenomene peritoneale, a părăsit serviciul vindecată. la 10 Noembrie, 1895 Revăzută în 1898.

10. Dumitra Vasile, fibro-miom uterin, a fost operată în ziua de 2 Februarie, 1896; au apărut fenomene peritoneale, i s'au făcut 4 spălături în cavitatea abdominală și a părăsit serviciul vindecată, la 22 Februarie, 1896.

11. Anica Petrescu, dublă salpingită supurată, a fost operată în ziua de 12 Iunie, 1896; apărind fenomene peritoneale, 'i s'au făcut zilnic spălături intra-abdominale, în urma cărora accidente au dispărut și a părăsit serviciul vindecată la 12 Iulie, 1896.

12. Aristida Niculescu, dublă salpingită supurată, operată în ziua de 9 Septembrie, 1896; a doua zi discordanță între puls și temperatură (temp. 39°), tensiune abdominală; spălături abdominale de la 10—15 Septembrie și apoi spălături vaginale. Vindecată la 4 Octombrie, 1896.

13. Maria Ștefănescu, cancer uterin, operată la 16 Decembrie, 1896. S'a spălat cavitatea abdominală 4 zile consecutiv, în urma cărora fenomenele peritoneale au cedat; vindecată la 27 Februarie, 1896.

14. Lina Bentza, cancer uterin, a fost operată la 22 Ianuarie, 1897. În ziua de 22 Ianuarie temperatura 38°, grăță, sughițuri, vătășături. 'I s'au făcut 2 spălături intra-abdominale și a părăsit serviciul vindecată la 14 Februarie, 1897.

15. Tudorina Niculescu, dublă salpingită supurată, a fost operată la 5 Februarie, 1897. Apărând fenomene peritoneale intense, hipothermie, s'au făcut 6 spălături intra-abdominale; fenomenele au cedat și pacienta a fost concediată vindecată la 27 Februarie, 1897.

16. Mița Coșoreanu, metrită cronică, anteflexiune forțată, a fost operată la 9 Mai, 1897; 'i s'au făcut 2 spălături intra-abdominale prin vagin; a părăsit serviciul vindecată, la 9 Iunie, 1897.

17. Rosa Petre, cancer uterin, a fost operată în ziua de 24 Iunie, 1897; discordanța între puls și temperatură ne-a forțat a'i face o singură spălare intra-abdominală.

18. Floarea P. Anghel, cancer uterin, a fost operată în ziua de 9 August, 1897. Fenomene peritoneale puțin intense, mai mult peritonism; s'au făcut 4 spălături intra-abdominale; a părăsit serviciul vindecată în ziua de 31 August, 1897.

19. Șari Steinberg, 50 ani, prolaps uterin, a fost operată în ziua de 12 Noembrie, 1897; 4 spălături intra-abdominale; a eșit vindecată în ziua de 13 Noembrie 1897.

20. Anica Ioan, 37 ani, cancer uterin, a fost operată la 27 Ianuarie 1898; 'i s'au făcut 12 spălături intra-abdominale pentru peritonită, în urma cărora accidente au dispărut și a părăsit serviciul vindecată la 2 Martie, 1898.

21. Aneta Totulescu, peri-metro-salpingită, a fost operată în ziua de 27 Februarie, 1898; 'i s'au făcut 8 spălături intra-abdominale; temperatura 39° — vindecată la 2 Martie 1898.

22. Maria Dumitru, cancer al colului, a fost operată în ziua de 21 Aprilie, 1898; din cauza infecțiunii locale s'au făcut spălături vaginale cu hipermanganat de potasiu și intra-abdominale cu serum în număr de 8; vindecată la 6 Mai, 1898.

23. Anica Scaia, scrcină extrauterină în a IV-a lună, operată la 8 Aprilie, 1898; s'au făcut timp de 14 zile spălături intra-abdominale de două ori pe zi; spălând o supurație abundentă, 'i s'au fă-

cut spălături intra-abdominale abundante cu soluție horicată urmate de serum. Nu s'au făcut injecțiuni sub-cutanate cu serum. A părăsit serviciul vindecată la 8 Maiu, 1898.

24. Paraschiva P. David, cancer uterin, a fost operată la 17 Aprilie, 1898; 'i s'au făcut 7 spălături intra-abdominale și a părăsit serviciul vindecată la 28 Maiu, 1898.

Revăzută, am constatat apariția neoplasmului în rinichiul stâng, de și local nu exista nici o recidivă.

25. Sanfira Nicolae, cancer uterin, a fost operată la 29 Maiu, 1898. Fenomene de depreșiune, tensiune abdominală pronunțată, 9 spălături intra-abdominale; s'a produs o fistulă uretero-vaginală stângă. A părăsit serviciul la 6 Iunie, 1898, păstrând fistula.

La 8 Octombrie, 1898; reintrând în serviciu, 'i s'a făcut uretero-cysto-neostomia prin procedeu propriu; a fost arătată Societății de chirurgie și a părăsit serviciul vindecată, la 9 Decembrie 1898. Local nu s'a produs nici o recidivă.

26. Joița Adam, cancer uterin, a fost operată la 5 Decembrie, 1898; 'i s'au făcut trei spălături intra-abdominale și a părăsit serviciul vindecată la 23 Decembrie 1898.

27. Mița Măntulescu, salpingită dreaptă, ulceratii ale colului, intră în spital la 22 Octombrie 1898.

Antecedentele neînsemnate.

Boala pacientei datează de doi ani, când a avut un avort în a IV-a lună. În acest timp a avut intervale de apirexie, alternând cu accese de exacerbațiuni, dureri mari în timpul acestor accese, însoțite de ridicare de temperatură; tot în timpul acesta, bolnava a observat turburări în menstruație. Fluxul menstrual pierduse din regularitatea lui în atâta, în cât bolnava era menstruată la o lună și jumătate, une-ori la două luni, sau de trei ori în două luni.

De notat e faptul că cu două luni înaintea venirii sale la spital, nu mai avea regulele.

În sfârșit starea aceasta o hotărăște să intre la spital, și fiind-că e de meserie prostituată, e adusă în Serviciul de boale venerice din spitalul Colentina. Sta în timp de două săptămâni în acest serviciu, unde 'i s'a pus vesicatorii, în ambele regiuni hypogastrice, și 'i s'a făcut zilnic spălături fierbinți cu hipermanganat.

Se vede că tratamentul acesta nu prezintă destule garanții de vindecare. Starea bolnavei nu s'a ameliorat și din Serviciul veneric este trimisă Serviciului nostru pentru a fi operată.

În serviciul nostru, 'i s'a făcut îndată de la intrarea sa, tratamentul medical, așa după cum se obicinuește a se face: antipirina, spălături fierbinți repetate de două ori pe zi, clisme fierbinți etc.

Starea sa ne ameliorându-se, se decide intervenția chirurgicală.

Starea prezentă. Constituția bolnavei debilă, tegumentele anemiate. Sistemul osos și muschiular mediocru dezvoltate. — Are dureri mari ce le acuză în hypogastru cu iradiațiuni în lombe membrele

inferioare și vag în tot abdomenul; temperatura ridicată, pânțele dureros la presiune, mai ales în hipogastriu.

Se face examenul vaginal și se găsește; colul uterului foarte puțin hipertrofiat, orificiul colului întredeschis transversal, prin el se scurge o materie muco-purulentă nu prea fetidă, însă destul de abundentă; corpul uterului asemenea pare puțin mărit de volum. extrem de aderent, nu putem să-l imprimăm nici un fel de mișcare, și toate manoperile întrebuițate pentru acest scop, n-au făcut altceva de cât să determine dureri pe care bolnava nu putea să le suporte.

Fundul de sac anterior liber; în fundul de sac lateral drept se percepe o tumoare enormă, culcată pe latura corespunzătoare a uterului, ocupând tot fundul de sac drept și o parte din acel posterior. Tumoare moale, fluctuantă, dureroasă la presiune, fundul de sac posterior liber în jumătatea sa stângă; asemenea cel stâng e ocupat de o tumoare mai mică ca în dreapta, și nu așa de dureroasă.

În urma tratamentului medical, ce s'a făcut bolnavei, se părea că tumoarea din stânga se rezorbise în bună parte.

Starea bolnavei mergând rău, durerile exacerbandu-se; se decide intervenția și în ziua de 25 Noembrie 1898 i se face *Elitrotomie posterioară*.

O incizie transversală, de 3—4 centimetri în fundul de sac lateral drept, dă scurgere unui puroi galben, bine legat și destul de abundent, se drenează capilar cu tifon iodoformat: tot în aceeași se-dință i-s'a făcut și raclagiū uterin pentru metrita sa.

De atunci a început a i se face spălatura, schimbându-se drenul în fiecare zi. Aceasta s'a urmat timp cam de vr'o 10 zile, când puroiul a încetat să mai imbebe meșa iodoformată, și când incizia fundului de sac începuse a se închide. În tot acest timp bolnava s'a simțit foarte bine, temperatura scăzuse, durerile diminuase mult, bolnava avea poftă de mâncare, în sfârșit o ameliorare era vizibilă.

Îndată însă, după ce incizia s'a închis, a început să revie din nou turburări, aceleași dureri ca și mai înainte, și curba termometrică începuse din nou o ascensiune pronunțată spre 38⁵—39°. Atunci începem a dilata, cu dilatatorul cu trei ramuri al cavității uterine, plaga operatorie și observăm din nou că puroiul pe care-l socoteam complet evacuat, începe să-și facă din nou apariția: în acelaș timp colul uterului începe să se exulcereze și de jur împrejurul orificiului său, se observă o ulceratie foarte pronunțată ce sângeră la cea mai mică atingere: se părea că colul în întregime se hipertrofiase mult, câștigând dublu din volumul său normal.

De și puroiul se scurgea neconținut prin plagă, totuși încep din nou turburări, dureri destul de pronunțate, lucru care alăturat stărei și aspectului ce-l luase colul, hotărăște hysterectomia vaginală, de și supurația nu încetase și de și eram convinși că trebuie să mai existe încă mult în salpinga sa dreaptă.

9 Decembrie 1898. Se face, ca de obicei, hysterectomia vaginală totală, aplicându-se pense pe ligamentele largi.

Singura deosebire la această bolnavă a fost că, în loc de a se spăla plaga ca de obicei, de teamă de a nu împinge puroiul care se scurgea încontinuu și după terminarea operației, în marea cavitate peritoneală, ne-am limitat a șterge plaga cu listere sterilizate și a o drena cu gaz iodoformat sterilizat.

10 Decembrie 1898, orele 4 p. m. Se scot pensele, spălând numai vaginul, fără a spăla plaga.

De la această dată apăruseră semne, că peritoneul se va prinde. Intr'adevăr spre seară temperatura este 38⁰⁴, abdomenul devine sensibil și ușor balonat.

11 Decembrie, 1898. N'a dormit toată noaptea, fiind foarte agitată. Temperatura 38⁰, tensiunea abdominală pronunțată, dureri vii, spontanee și la presiune, sughițuri, vărsături poracee. Puls mic, frecuent, precipitat, 130 pe minut. Ne limităm din nou a spăla numai vaginul.

Seara temperatura 37⁰⁶, fără ca starea să se fi modificat.

12 Decembrie, 1898. Insomnie completă, facies abdominal, durerile intolerabile, vărsăturile continuă.

Hypothermie, 36⁰², puls 130, mic, filiform. Injecții sub-cutanate ether și cafeină.

La vizită, starea bolnavei fiind desperată, pentru a nu continua cu nespălarea plăgei, se spală larg vaginul cu soluțiune de acid boric și plaga cu serum artificial, până ce lichidul iese curat.

Cum plaga avea tendință a se strânge și nu mai lăsa lichidul a pătrunde în profunzime, s'a dilatat gradat cu hegare până la No. 24, apoi cu dilatatorul cu 3 ramuri. S'a spălat din nou plaga, până când lichidul a ieșit curat sub presiune slabă. Prin plagă s'a introdus o sondă vaginală de sticlă sterilizată până în cavitatea abdominală și s'a lăsat să curgă în peritoneu 9 litri serum artificial, lăsându-l să scurgă înapoi prin plaga larg deschisă.

În urma se introduce o meșe subțire de tifon iodoformat sterilizat până în cavitatea abdominală, fără a se tampona vaginul.

Injecție sub-cutanată cu 600 gr. serum artificial.

La orele 4 p. m. se spală din nou, sub presiune slabă, cavitatea abdominală cu 6 litri serum artificial. drenându-se ca mai înainte.

Temperatura de seara 37⁰², puls mic, filiform.

Injecție sub-cutanată cu 600 gr, serum artificial.

13 Decembrie 1898. Noaptea liniștită. Temperatura de dimineață 37⁰⁸, puls 125, mic, filiform. — Tensiune abdominală dimineată, dureri slabe.

Injecție sub-cutanată cu 700 gr. serum artificial.

Se spală ca în ziua precedentă cavitatea abdominală cu 6 litri serum artificial.

Temperatura de seara 36⁰⁷, puls 110, mai plin.

Injectie sub-cutanată cu 600 gr. serum artificial.

14 Decembrie 1898. Noaptea liniștită. — Tensiunea abdominală și durerile dispărute. — Temperatura de dimineață 36^{0a}, puls 118, plin. — Injecțiune sub-cutanată cu 600 gr. serum artificial. — Spălături intra-abdominale cu 3 litri serum artificial,

La 4 ore p. m. din nouă spălătură intra-abdominală cu 3 litri serum artificial.

15 Decembrie 1898. Noaptea foarte liniștită, bolnava se simte destul de bine, nu mai acuză nici o durere, tensiunea abdominală cu totul dispărută. — Temperatura de dimineață 36^{0a}, puls 110, plin. — Starea generală fiind bună și plaga vaginală strângându-se, nu s'a crezut necesar a o dilata din nouă și s'a întrerupt spălăturile intra-abdominale, urmându-se numai cu spălături vaginale.

Injectie sub-cutanată cu 500 gr. serum artificial.

Temperatura de seara 37², puls 100, plin.

16 Decembrie 1898. — Starea generală s'a îmbunătățit, cu toate acestea pacienta este într-o stare de debilitate așa de mare, în cât suntem nevoiți a o schimba de mai multe ori în pat, dându-i pozițiuni diferite, pentru a nu face decubite.

Spălături vaginale.

17 Decembrie 1898. Dispnee intensă, raluri crepitante la baza ambilor pulmoni, temperatura 38^{0a}. La examenul matinal se constată existența de congestiune pulmonară, mai pronunțată în stânga.

Local merge bine. — Spălături vaginale.

Poțiune cu digitală și cafeină, ventuze uscate. — Temperatura seara 37^{0a}.

18 Decembrie 1898. Noaptea agitată, dispnea continuă, temperatura 37^{0a}. — Spălături vaginale, se repetă tratamentul.

19 Decembrie 1898. Starea se agravează, dispnea ajunsă la maximum de intensitate (între 50 și 60 respirațiuni pe minut). Ambii pulmoni prinși aproape în totalitate.

Tratament: poțiune, ventuze uscate și 4 ventuze scarificate, chinină, sinapisme.

Injectie sub-cutanată cu 500 gr. serum artificial.

20 Decembrie 1898. Starea ușor ameliorată.

Tratament: poțiune, ventuze uscate, chinină, sinapisme.

21 Decembrie 1898. Ameliorarea merge progresând. Totuși își se face o injecțiune sub-cutanată cu 200 gr, serum artificial.

Zilnic starea bolnavei se ameliorează, forțele revin, pacienta începe a părăsi patul, reclamându-ne că alimentuțiunea este nesuficientă.

Plaga merge strângându-se din ce în ce, și peste 14—15 zile va părăsi serviciul vindecată.

După cum se vede din aceste 27 observațiuni, mai ales din ultima, rezultă că astăzi putem afirma, ceea ce nu în-

drăsneam a face în 1895, că spălăturile intra-abdominale pe cale vaginală cu serum constituie un bun remediu contra septicemiei operatorie.

Bine înțeles că în cazurile grave asociem spălăturilor injecțiunile sub-cutanate cu serum, pentru a combate cu multă siguranță fenomenele septice. Prin ele singure putem combate cu eficacitate infecțiunea când intensitatea fenomenelor nu este prea mare.

Din 27 cazuri nu am crezut necesar a asocia spălăturile cu injecțiuni sub-cutanate de cât în 3 cazuri, de și în toate apăruse fenomene peritoneale.

Creдем că rezultatele bune nu le-am datorit în mare parte de cât acestor spălături.

Și dacă spălăturile nu ar face de cât să ridice ușor toate produsele septice locale, tot aș un avantaj enorm asupra tendinței ce aș chirurgii de a șterge plaga iritând țesuturile.

D. Dr. Nanu (din Câmpu-Lung) îmi spunea că într'un caz de angină difterică la un copil, de și făcuse injecțiuni cu serum antidifteric și cauterizase local cu antiseptice puternice, temperatura se menținea. — Atunci d-sa se gândi a face local, în istmul gâtului înainte de a cauteriza, spălături largi și observă că după fie-care spălătură temperatura scădea cu câte $1\frac{1}{2}$ grad, pentru a se ridica din nou. Repetând spălăturile, a observat producându-se aceleași fenomene în tocmai ca într'o experiență de laborator.

Terminând, declarăm că devenim din ce în ce partizan al acestor spălături, lăsând de o parte teamă de propagarea infecțiunei la marea cavitate peritoneală, care teamă e mai mult chimerică de cât justificată.

Nu vom mai face apel la confrății de a ne urma în această cale, fie-care având opinia sa bine stabilită.

Vom căuta însă a arăta acelor ce ne înconjoară beneficiile ce pot rezulta din aceste spălături, lasându-i ca singuri să-și formeze opiniunea și să vadă ce e mai bun, a abandona plaga la natură saă a o curății spălând-o.

Sarcomul Pleoapelor

de

D-rul N. D. STAICOVICI

Dintre toate tumorile maligne ale pleoapelor, sarcomul pare a fi cel mai frecuent.

Forțe rare ori însă, după de Wecker ¹⁾ în mod cu totul excepțional, această neoplazie este primitivă, adică de la început dezvoltată numai în pleoape; de cele mai multe ori, ca și în cancer, sarcomul palpebral nu este de cât o propagare, o extensiune la pleoape a unei degenerescențe sarcomatoase din părțile vecine și în special din orbită, din conjunctivă saă din țesuturile regiunii peri-orbitare.

Cu toate acestea sunt autori cari au descris sarcomul primitiv al pleoapelor ca neoplazie limitată, primitiv dezvoltată numai în pleoape. Ast-fel: Schirmer în 1867, Liliensfeld în 1875 și 1876 Proult și Bull în 1879, Richet, și alții a'e căror observațiuni au fost în parte analizate în 1887 de către Van Duyse și Cruyl ²⁾ și mai aproape de noi de către Fage ³⁾ care nu a găsit în literatura oftalmologică până în prezent, de cât 15 cazuri autentice, bine constatate prin examenul histologic, examen care nu permite a se confunda aceste neoplazii, ast-fel localizate, cu alte producțiuni patologice.

La acestea putem adăoga două noi cazuri ce am avut ocaziunea să observăm anul trecut, în spitalul Colțea și

¹⁾ De Wecker et Landolt. *Traité complet d'ophtalmologie*, t. I. p. 114. 1880.

²⁾ *Annales d'Oculistique*, t. 98. p. 112, 1887

³⁾ *Archives d'ophtalmologie*, t. 18, p. 298, 1898

Brancovenesc, la doi bolnavi, ale căror observațiuni credem nemerit a le face cunoscute.

În primul caz este vorba de o femeie A. M., în etate de 65 ani, intrată în cura spitalului Brancovenesc, în serviciul distinsului nostru șef, D-nul Profesor Manolescu, în luna Maiu 1897 pentru a fi debarasată de niște tumori sarcomatoase cari ocupau pleoapele stângi și pleopa inferioară dreaptă.

Din spusele pacientei am putut afla că boala a debutat în mod insidios, sunt acum 4 ani, printr'o tumefacție mică cât un bob de porumb, situată în grosimea pleopei inferioară dreaptă.

Această tumefacție indolentă n'a făcut de cât să crească treptat până când a dobândit volumul unei nuci. Cam în același timp bolnava ne spune că și în pleopa superioară dreaptă s'ar fi dezvoltat un mic nodul, care nu numai că nu a crescut, din contră s'a resorbit.

După trei luni alte tumefacțiuni, analoge cu cea din pleopa inferioară dreaptă, apar, în mod succesiv, și în pleoapele superioară și inferioară din stânga, tumefacțiuni, cu totul indolente, dar cu tendințe manifeste la dezvoltare.

Femea A. M. se bucură de alt-fel de o sănătate generală perfectă, nu prezintă nici o altă localizație neoplazică, și dacă n'ar fi fost jenată în mișcările pleoapelor de aceste tumori, pôte că n'ar fi venit să reclame ajutorul medical.

La intrarea în spital iată ce constatăm:

Neoplasmele ocupă pleopa inferioară dreaptă, și pleoapele superioară și inferioară stângi într'un mod cu totul manifest; în pleopa superioară dreaptă, unde bolnava pretinde că ar fi observat apariția unei nodozități, nu constatăm nimic.

Tumora care ocupă pleopa inferioară dreaptă este cea mai voluminoasă, volumul ei se poate compara cu acela al unei nuci mari; ea ocupă toată pleopa. Privită de față, tumora oferă o formă oblongă, de profil forma ei este hemisferică. În mersul ei a împins pe pleopa inferioară înaintea și conjunctiva înapoi, fără însă ca să prezinte în acest nivel vre-o pediculizare.

Plea care acoperă tumora este întinsă, netedă dar mobilă d'asupra ei, ea este brăzdată de câte-va vene dilatate.

Tumora de aspect neted, oferă la palpație ușoare neregularități la suprafață; este de consistență tare, indolentă și mobilă împreună cu pleopa. Această neoplazie este *absolut limitată numai în pleopa, nu prezintă nici o conexiune cu organele vecine.*

Globul ocular nu prezintă nici o alterațiune.

Nu constatăm tumefacțiuni ganglionară nici înaintea tragusului nici în alte regiuni.

Conjunctiva hiperemiată și puțin îngroșată.

În pleoapele superioară și inferioară stângi constatăm prezența a două tumori, mult mai mici ca cea din pleopa inferioară dreaptă;

de volumul unei boabe de fasole, de consistență dură, de aspect uniform, fără neregularități, absolut indolente formând relief manifest sub pleoa sub care se mișcă. Aceste tumori sunt *net limitate numai în pleoapa, în nici un punct nu putem constata cea mai mică continuare cu țesăturile vecine.*

Tegumentele ce le acoper sunt normale; pleoapele 'și conservă mișcărilor lor, oare-cum limitate prin prezența tumorilor.

Nu există adenopatie preauriculară nici de această parte.

Operație (14 Mai 1897). Anestezie cu cocaînă în injecțiuni hipodermice. Se procede la extirparea tumorii din pleoapele ochiului stâng. Pentru aceasta se inciziază pleoa transversal urmând diametrul median al tumorilor. Să de-părtează marginile pelei, se disecă și depărtează fibrele muș-chiului orbicular, cea ce ne permite a descoperi capsula care înfășură tumora în partea anterioară. Se degajază lambourile cutanate în sus și în jos, și după tăere cu foarfecile curbe a bridelor celuloase care fixează neoplazia înaintea tarsului, tumora s'a ridicat în totalitatea ei.

Acest mod de extirpare s'a făcut la ambele pleoape. Am putut constata că tumorile nu aveau conexiuni cu țesuturile vecine.

S'a spălat plaga cu soluțiunea de sublimat și s'a aplicat câte 2 fire de sutură de fie care parte. Pansament iodoformat ușor compresif și oclusif. Reunirea plăgei prin primă intenție a fost repede obținută fără nici un incident. Pleoapele 'și-au reluat mobilitatea lor.

La 20 Mai 1897, șase zile după prima intervenție se procede într'un mod analog la extirparea tumorii din pleoapa inferioară dreaptă.

Extirpația a fost făcută cu multă îngrijire de D-nu profesor Manolescu mai cu seamă din partea tarsului, care a putut fi deslipit de tumora cu care contracta câteva aderențe intime. Și aci am putut constata lipsa totală de conexiune cu organele vecine. Pansament iodoformat. Re-unire prin primă intenție.

La 1 Junie bolnava părăsește serviciul vindecată; pleoapele având mobilitatea lor aproape normală.

Am avut ocaziunea să revăd această bolnavă în ziua de 24 Septembrie 1897, adică patru luni după intervenție, când am constatat o recidivă survenită în pleoapa inferioară

dreaptă. În adevăr în grosimea pleoapei am găsit o tumoră analogă cu cea ce extirpasem, însă mai mică, de volumul unei alune. S'a extirpat cu ușurință și obținut vindecarea repede.

La 16 Iunie 1898, după un an de la prima intervenție am revădit din nou bolnava, de astă dată cu o altă recidivă în pleoapa superioară stângă. Tumora recidivată avea mărimea unei amigdale, tot indolentă. Am propus extirparea dar pacienta n'a acceptat.

În Decembrie 1898, bolnava se prezintă din nou în serviciu pentru a fi scăpată de tumora din pleoapa stângă care s'a mărit mult de volum, și care actualmente atarnă în jos acoperind globul ocular.

Al doilea caz l'am observat în spitalul Colțea tot în serviciul D-lui profesor **Manolescu**.

Acest caz se raportă la un adult, D. M., de 40 ani, de profesie plugar, intrat în serviciu la 2 septembrie 1897, pentru a fi operat de o tumoră ce purta în pleoapa superioară dreaptă, tumora ce ar fi apărut în luna lui Ianuarie, sub forma unui mic nodul indolent. În cetul cu încetul tumora a crescut până a căpăta volumul unui ou de găină; în mersul ei pelea a fost cotropită și ulcerată.

La intrarea în serviciu constatăm: În pleoapa superioară dreaptă, și făcând corp cu aceasta, prezența unei tumori de mărimea unui ou de găină, de formă ovală, tare la pipăit, indolentă și puțin ne regulată.

Pelea este aderentă în mod intim cu neoplazmul; ea este acoperită de venozități, și în partea cea mai proeminentă a tumorii ea este ulcerată. Această ulceratie de întinderea unei piese de un leu, are marginile neregulate, iar fundul ridicat prin substanța neoplazică care proemină ca o ciupercă.

Tumora nu face proeminență în spre conjunctivă, *nici nu oferă conexiuni cu vecinătatea.*

Pleoapa imobilă; globul ocular nu prezintă nici o alterațiune. Nu există ganglioni preauriculari.

Operația (3 Septembrie 1897). S'a extirpat neoplazmul împreună cu pleoapa. Enuclearea tumorii a fost imposibilă din cauza contactului intim ce se stabilise între aceasta cu țesuturile pleoapei cotropite de neoplazm. Nu s'a recurs ulterior la blefaroplastie, restul de tegumente servind la acoperirea globului ocular.

De alt-fel și bolnavul se opunea; el a părăsit serviciul vindecat; dar de atunci nu am avut nici o știre despre dânsul.

Examenul microscopic, făcut în laboratorul de histologie, dirijat de D-nu Prof. Obreja — căruia îi adresăm viile noastre mulțumiri — pentru amabilitatea ce tot-deauna ne a arătat — ne a arătat că în ambele cazuri ne am aflat în prezența unei tumorii de natură sarcomatoasă. Din preparatele noastre am putut crede că aveam a face cu un sarcom nepigmentat, format de mici celule, dezvoltat în primul caz în țesutul conjunctiv care separă tarsul de muschiul orbicular, iar în al doilea caz în această regiune de unde s'a infiltrat în toate țesuturile pleoapei în afară de tars și de conjunctivă.

Din cercetarea diferitelor observațiuni privitoare la aceste neoplazii reese că sarcomele palpebrale se pot dezvolta la tineri ca și la bătrâni, fără vre-o predilecțiune pentru o pleopă sau alta. În imensa majoritate a cazurilor sarcomul nu ocupă de cât o singură pleopă, mai rar sau mai bine excesiv de rar el se observă la două sau la toate pleoapele.

Cazul lui Schirmer¹⁾ publicat în 1867, în care era vorba de un bătrân de 70 ani, atins la cele 4 pleoape de sarcom, este, până în prezent unic în literatura oftalmologică. Tot excepțional este și cazul femeii noastre cu sarcom primitiv ocupând trei pleoape.

În cazurile noastre tumorile dezvoltate, în mod insidios, în grosimea pleoapei, sub forma unor noduli mici, s'a mărit de volum în primul caz într'un timp relativ lung, în al 2-lea mai repede. De alt-fel evoluția lentă a acestor neoplazii pledează în favoarea unei slabe malignități. Tumorile care se dezvoltă repede, care 'și măresc volumul în mod excesiv și într'un timp relativ scurt, sunt cele mai de temut. Acest fapt a fost pus în evidență de toți autorii care au studiat această cestiune și demonstrat de anatomo-patologiști care în toate cazurile clinicește maligne, au constatat la microscop că se găseau în fața formelor de sarcoame

¹⁾ Schirmer, Klin. Monatsblit. f. Aug. 1867.

maligne ca: mixo-sarcomul, sarcomul embrionar, sarcomul pigmentar etc.

Modul de dezvoltare al tumorilor, precum și punctul lor de plecare trebuiesc luate în considerațiune când este vorba de a stabili un diagnostic precis.

Clinicește se știe că sarcomele palpebrale — al căror punct de plecare poate fi în toate țesuturile pleoapei — se prezintă sub formă de proeminență în afară, sau către conjunctivă.

În primul caz tumora s'a dezvoltat sau în pielea cu care se nîșcă, sau sub piele unde i se poate imprima mișcări, sau în fine în cartilagiul tars și atunci este fixă sub tegumente — aceste de alt-fel alunecând d'asupra.

În al 2-lea caz, când tumora proemină către bulb, când are tendințe la pediculizarea, sediul primitiv al neoplaziei este în conjunctivă. Modul acesta de dezvoltare într'o direcție sau într'alta este impus de către tars care formează prin țesătura lui strînsă o piedică destul de rezistentă.

În cazul femeii H. M. tumora prin caracterele ei clinice s'a dezvoltat, sub mușchiul orbicular, în țesutul celular de dinaintea tarsului, în cazul al doilea însă tumora căpătase o dezvoltare prea mare, cotropise toate țesuturile așa că nu puteam stabili în ce anume parte a fost punctul de plecare. În tot cazul însă el nu a fost în conjunctivă.

Diagnosticul în anumite cazuri se impune, așa la bolnavii noștri caracterele obiective nu ne lasă nici o îndoială.

Când tumorile sunt de volum mic, o eroare de diagnostic poate avea loc. Așa se poate confunda un sarcom fie cu un chalazion fie cu orî ce altă producțiune inflamatorie banală.

Și asupra acestui punct D. Fage¹⁾ atrage atențiunea asupra importanței examenului microscopic pentru stabilirea unui diagnostic precis.

Orî care ar fi forma neoplazmului recidiva este aproape regula, cu toate acestea sunt autori ca Fage cari a vădut menținându-se o vindecare perfectă, doi ani după

¹⁾ Fage. Soc. d'ophtalmologie de Paris 1895.

extirpare; într'alte cazuri ea a survenit tardiv, după 18 luni; în cazul nostru, deși nu ne aflăm în prezența formelor maligne ale sarcomului, totuși am azistat la o recidivă după 4 luni, urmată de alta după un an.

Inutil de a spune că în aceste neoplazii conduita oftalmologilor trebuie să fie aceea de a proceda cât mai urgent la extirparea largă, mai cu seamă atunci când neoplazmul infiltrează toate țesuturile pleoapei, în toate cazurile ori care ar fi forma anatomică a tumorei.

În tabloul aci alăturat, împrumutat dintr'o lucrare a D-lui Fage, complectat cu observațiile noastre, se poate vedea în scurt toate cazurile de sarcome ale pleoapelor localizate numai în pleoape.



Tablou de sarcomele primitive ale pleoapelor

Autorul și indicarea bibliografică	Sex, etate, pleoapa, bolnavă	CARACTERE CLINICE	Examen microscopic	Terminația
Schirmer, Klin. Monatsb. f. Aug. 1867.	B. 70 ani la 4 pleoape	Tumorile elastice, ușor mamelonate, ocupau cele 4 pleoape, acoperind pleoapele superioare în toată întinderea lor. Dezvoltarea a fost lentă (2 1/2 ani la stânga, 1 an la dreapta).	Sarcom cu celule mici.	Morte prin propagare la parotidă și la ganglionii submaxilari.
Lilienfeld, Klin. Monatsbl. f. Aug. 1875 și 1876.	F. 76 ani P. S. D.	Tumora atârând până la 1/2 obrazului, cât un măr; s'a dezvoltat repede. Ablațiune. După 6 zile recidivă locală. Nouă excizie.	Sarcom foarte vascular cu predominanța de celule fusiforme, cu punct de plecare în piele.	
Froult și Bull, Arch. f. Augenh., t. VIII, 1879.	F. 18 ani P. f.	Tumora localizată la partea externă a pleoapei inferioare ocupând conjunctiva și tarsul, întinzându-se de la marginea pleoapei la fornice și în afară dincolo de comisură.	Sarcom cu celule rotunde, nepigmentate, cu degener. amiloidă.	
Richet, Mouvement médical, 15 Febr. 1887.	?	Tumora cu aparență negricioasă în oricare puncte, luând naștere din conjunctiva palpebrală. Ganglionii parotidieni par prinși.	Sarcom melanic fasciculat.	
Blanch. Rec. d'oftalm, Octobre 1882.	F. 56 ani P. S. D.	Tumora cu sediul în conjunctiva palpebrală, de mărimea unui bob de fasole, cu suprafața neregulată și pigmentată. Euclearea tumorii.	Sarcom globo-celular melanic, pornit din conjunctiva palpebrală și interesând și tarsul.	N'a recidivat, 2 luni după operație.

Autorul și indicarea bibliografică	Sex, etate, pleoapa, bolnavă	CARACTERE CLINICE	Examen microscopic	Terminația
Eperon. Arch. d'ophtalm. Mai, Iunie 1883.	F. 32 ani P. I. S.	Tumoarea evoluând repede, volumul unui mic ou de găină, ocupând partea internă a pleoapei inferioare și regiunea saculul lacrimal. Fără ganglionii. Ablație. Autoplastie.	Sarcom globo-celular nepigmentat. a luat naștere în țesutul celular al mușchilor cari acoperă unghiul intern.	N'a recidivat, 4 luni după operație.
Galenga. Gazz. dell clin., 1884.	F. P. S. D.	Tumora negricioasă debutând în mijlocul marginii ciliare. Extirpată, recidivează și crește cât o alună înconjurată de mici noduli.	Sarcom pigmentat în celule rotunde și fusiforme, născut în tars și cotropind orbicularu	
Van Duyse. Ann. d'oculist. Sept.—Oct. 1887, și Mai—Iunie 1889.	Fată, 7 ani P. S. S.	Tumora apărută după o lovitură, a crescut cât pumnul într-o săptămână. Extirpată în Iulie 1887, conservând pelea și conj. Recidivă în Octombrie. Ablația pleoapei până d'asupra sprincenei. A 2-a recidivă. În Febr. 1888, vidarea orbitei. Tumora a umplut din nou orbita. Mărtă în August 1888.	Myxosarcom născut în țesutul lax pre-tarsal. Inglobează toate țesuturile, nepigmentati.	Moartă după un an de la apariția tumorii care a recidivat pe loc, în 3 rinduri.
Van Duyse. Ann. d'oculist., Sept.—Oct. 1887. Wilmer. Soc. d'ophtalm., America, Mai 1894.	B. 48 ani P. I. S, F. 30 ani P. I.	Tumora cât o boabă de fasole ocupând mucoasa pleoapei inf. Extirpație. Tumora dezvoltată în 8 luni. Extirpație.	Sarcom melanic fu-so-celular. Myxosarcom alveolar melanic.	Recid. după 7 luni.

Autorul și indicarea bibliografică	Sex, etate, pleoapa, boală	CARACTERE CLINICE	Examen microscopic	Terminația
Zimmermann Ophthalmic, Revi. 1894.	B. 50 ani P. S. S.	Tumora mică, neagră, boselată, aderentă cu pelea, situată în jumătatea externă a pleoapei. Extirpație, blefaroplastie.	Sarcom melanic cu celule fusiforme, părănd a lua naștere în glandele lui Moebomius.	N'a recidivat, 18 l. după operație.
Lagrange. Soc. fr. d'opht. 1891.—Fromaget și Cabanes. Soc. d'ophtalm., Bordeaux, 1894.	B. 70 ani P. S. S.	Tumora neagră, făcând proeminență sub pleoapa sup. Cât o nucă; fără adenopatie. Extirpată în 1890. Recidivă locală după câte-va luni și apariția altei tumori în pleoapa infer. În 1894 excizia ambelor tumori, în 1895 în două rânduri, extirpația altor două tumori dezvoltate în fundul de sac inferior.	Sarcom melanic cu mici celule rotunde și fusiforme, a cărui origină a fost țesutul celular lax al pleoapei.	Trei recidive.
Fage. Soc. fr. de oft. 1893.	F. 49 ani P. S. S.	Tumora de forma și volumul unei jumătăți de nucă, ocupă toată pleoapa sup. Adenopatie preauriculară. Ablațiunea pleoapei și ganglionului. Reproducție de neoplazie în regiunea preauriculară și parotidiană, foarte repede.	Sarcom embrionar cu celule rotunde, nepigmentat, dezvoltat în țesutul conjunct. prefarsal. Glandele Moebomius sunt intacte.	Moarte cu metastaze și cachexie.
Guiberh. Soc. de ophtalm., Paris, 1896.	R. 48 ani P. I. S.	Tumora neagră, dezvoltată lent pe marginea pleoapei, se întinde spre nas și la pleoapa superioară. Fără adenopatie. Ablațiune.	Sarcom melanic format de celule rotunde și fusiforme.	

Autorul și indicarea bibliografică	Sex, etate, Ț pleoapa, bolnavă	CARACTERE CLINICE	Examen microscopic	Terminația
Fage. Soc. de ophtalm. Paris, 1896.	F. 37 ani P. I. S.	Tumora cât o boabă de fasole, dezvoltată lent în grosimea porțiunii externe a pleoapei, fără adenopatie. Extirpație. Blefaroplastie.	Sarcom nepigmentat cu celule rotunde și fuziforme, dezvoltat între tars și orbicular.	N'a recidivat 2 ani după operație.
Staicovici Soc. de chir. Buc. 1898.	B. 40 ani P. S. D.	Tumora cât un ou de găină, ajunsă la acest volum în timp de 9 luni; ocupă grosimea pleoapei. Neregulată, pielea ulcerată în partea cea mai proeminentă. Nu există adenopatie. Extirpația tumorii împreună cu pleopa. A refuzat blefaroplastia.	Sarcom nepigmentat, cu celule rotunde mici, pare a fi luat naștere în țesutul conj. dinaintea tarsului.	
Staicovici Soc. de chir. Buc. 1898.	F. 65 ani P. I. D. P. S. S. P. I. S.	Tumora din dreapta de volumul unei nucii, celelalte 2 cât un bob de fasole. Evoluție lentă, în 4 ani. Nu se întinde în vecinătate, sunt ușor mobile d'asupra tarsului. Nu există adenopatie. Extirpată în 1898 conservându-se pleoapele în integritate. După 4 luni recidivă locală în pleopa inf. dreaptă. Nouă extirpație. După un an o altă recidivă în pleopa sup. stângă; acest neoplasm se mărește și în Dec. 98 avea volumul unei alune mari.	Sarcom globo-celular nepigmentat, al cărui punct de plecare a fost țesutul celular lax, dintre tars și mușchiul orbicular; acesta era distins cu fibrele disociate.	Două recidive la 4 luni și la 12 luni după operație.

Una din cauzele vărsăturilor incoercibile ale gravidității și tratamentul lor.

de

Prof. DRAGHIESCU și Dr. CORNELIU CRISTIAN.

Graviditatea, unul din actele fiziologice cele mai importante ale vieții omenestii, poate să prezinte în decursul său o serie de complicațiuni, unele benigne, altele cu un resunet mai adânc atât asupra mamei cât și asupra produsului concepțiunii, complicațiuni, care une-orî pot pune în pericol existența ambilor prin intensitatea și acuitatea manifestațiunilor.—Printre aceste multiple complicațiuni, atragem atențiunea asupra uneia din acestea și anume asupra vărsăturilor. Acest fenomen este destul de frecuent la femeile gravide prezentându-se de la forma cea mai ușoară, ca ușoare grețuri, vărsături pituitare, vărsături alimentare, anorexie, și mergând crescînd, pot ajunge până la vărsături, ce s'au numit incoercibile, din cauza neputinței absolute de a se putea nutri prin alimente solide sau lichide, de unde o denutriție continuă, o deperdițiune a forțelor, o inanițiune complectă și punerea în pericol imediat nu numai a existenței fătului dar mai ales a mamei.

Autorii au divizat vărsăturile gravidității în ușoare, medii și grave, diviziune care corespunde clinice, dar care nu poate fi țărnută. Prognosticul nu se poate determina, terminațiunea nu se poate prezice și mai ales tratamentul cauzal și simptomatic este așa de nesigur în cât spre a preîntîmpina sfârșitul, une orî letal suntem nevoiți a provoca abortul, spre a scuti pe mamă de denutriție și nu tot d'auna putem obține acest rezultat, adică încetarea acestor vărsături și deci pericolul pentru mamă. Vom avea ocaziunea a cita un caz de această natură.

Epoca ivirei, vărsăturilor este cât se poate de varie,

¹⁾ Comunicare făcută la Asociațiunea Medicilor Eforiei, 1898.

pot apare la primipare în marea majoritate de cazuri, pot apare la multipare și anume numai la una din faceri oricare ar fi și apoi să fie urmate de faceri normale lipsite de orice complicațiune, sau chiar pot apare regulat la fiecă sarcină, punând în pericol viața femeii, ca la una din bolnavele noastre, Rachela M, care pentru a 5 oară întră într'un serviciu de nașteri spre a se îngriji de vărsături. Cât privește epoca, adică în ce moment al gravidității se iveste, este foarte variu, așa: în marea majoritate a cazurilor se manifestă ca unul din simptomele de prezumpțiune ale sarcinei, în prima $\frac{1}{2}$ cu durată mai mult sau mai puțin lungă, cu intensitate varie, se pot continua sub aceiași formă în tot timpul sarcinei, sau cea ce e mai frecuent încetează cam pe la a 2^a lună și jumătate.

Cauzele sunt cât se poate de diferite, o mulțime de păreri unele mai deosebite de cât altele, fie-ce leziune, fie-ce anomalie, orice maladie lungesc peste măsura lista cauzelor prezumtive, ne vom permite de a cita o parte din ele culese din tratatele clasice de nașteri. Metrita colului îndurație, rigiditate, ulceratie a colului, deviațiunii uterine, gastrite, ulcer simplu stomacal, cancerul stomacului, tuberculoză, hernie epigastrică, aderențele stomacului, tumori de vecinătate, inflamații de intestine, viermi intestinali, tuberculoza intestinelor, albuminurie, tuberculi ai creierului, și chiar varicele membrelor inferioare. Lista ar fi prea lungă și ne pare ne folositoare, ne vom permite însă a cita părerile în afară de cazul când o maladie concomitentă ca tuberculoză, cancerul unuia din organele abdominale și cari prin prezența lor pot determina vărsături fie chiar incoercibile independent de sarcină, păreri, care ni se par pentru noi mai aproape de adevăr fiind acele lui Auvard care o numeste cauza negăsită și care dice: „e probabil, că în cazurile în care nu se poate determina în afară de graviditate nici o leziune, fie în timpul vieții, fie după moarte, e probabil că în aceste cazuri, alterațiunea sângelui prin retențiunea produselor toxice sunt cauzele vărsăturilor incoercibile, în afară de o stare specială a uterului prin acțiune reflexă“. Pinard presupune o intoxicațiune, rezultând

din reaua funcționare a ficatului său poate prin o otrăvă secretată sub influența gravidității.

Din toată această lungă serie de cauze reese necunoștința adevăratei cauze și consecutiv neputința tratamentului, că: în astăzi aproape în toate tratatele clasice se indică tratamentul simptomatic, fără mare rezultat și în cazuri desperate se intervine ca ultima ratio provocarea abortului, ridicarea cauzei eficiente, deci încetarea varsăturilor; cu toate că se citează cazuri, și unul de ale noastre e probă că aceste varsături incoercibile pot continua și dupe golirea uterului tot cu aceiași intensitate.

Vom schița o observațiune, culeasă din oraș a unei doamne care a fost îngrijită de către noi în timpul gravidității sale sunt acum 7 ani și care a prezentat fenomene clasice de varsături incoercibile.

La Doamna D. C. în prima luna se ivesc grețuri varsături care cresc în intensitate cu o repeziciune foarte mare, devin aproape incoercibile în timpul celei de a 2^a lună, varsături așa de frecvente că nu se mai pot număra, varsă chiar fără să ia nimic, varsă continuu, în cât ajunge aproape scheletizată, a fost un moment, când ne-am gândit să provocăm abortul. Temperatura cu ascensi spre seară, și se află în așa grad de slăbiciune, că nu se mai putea întoarce singură în pat.

Urina diluică, cam 250 gr., foarte concentrată cu săruri abundente, toate tratamentele întrebuințate au rămas fără nici un efect și cele mai variil tratamente au fost întrebuințate. — Au încetat spontan eu la a 4^{1/2} lună, apetitul a revenit, însă avea un somn irezistibil după masă, dormea imediat ori unde se găsea, un somn adânc care se prelungea toată noaptea.

Cea ce este particular în această observațiune sunt antecedentele; tatăl gutos, cu accese de gută poliarticulare clasice în timpul iernii, consecutiv arterio-sclerozei generalizată, sucombă de angina de piept după al 3^a acces. Mama gutosă dispeptică. O soră sucombă acum 6 ani de stenoză congenitală a arterelor pulmonare prezentând deformațiunile și simptomele clasice; fratele prezintă un început de reumatism articular. Din partea colateralilor tatălui fenomene de calculi biliari, nodozități articulare, metroragii, accese reumatismale, migrene.

În fața acestui caz, am fost îndreptățiți a considera legătura ce există între antecedente și între varsături.

O familie întreagă prezentând un același caracter, o aceeași predispoziție. În rezumat o familie cu manifestatii

clasice și varii de artritism sau herpetism al lui **Lancereaux** și în aceste condiții am fost nevoiți a face o legătură firească între vărsăturile incoercibile și artritismul moștenit de la ascendenți.

Graviditatea în termen general predispune la o micșorare a asimilării, la o modificare a combustiei, la o modificare a întregului organism și în special a ficatului și rinichiului. **Bouchard**, în tratatul său asupra maladiilor produse prin încetinirea nutriției, descrie în mod magistral toate cauzele și rezultatele produse prin predispoziție individuală, cum și leziunile diferitelor organe.

Lancereaux, în clinicile sale de la spitalul Pitié și Hotel-Dieu, atrage în deosebi atențiunea asupra manifestărilor varii și modului brusc uneori de a izbucni fenomene care sunt sub dependența unei constituțiuni generale, herpetismul.

Graviditatea este una din acele cauze, care modifică profund organismul femeii, și putând produce alterațiuni manifeste ale întregii economii la unele durabile, la altele trecătoare, de nu am cita de cât influența asupra maladiilor de cord, asupra stărei psihice (manii puerperale), asupra tuberculozei, ar fi suficient. Suntem în drept a ne întreba, dacă graviditate prin modificarea și schimbarea ce imprimă profund organismului nu redesteaptă diateza artritică, micșorând pe de o parte dezasimilarea produselor de combustie, încetând eliminarea lor, de unde o acumulare în organism de substanțe incomplet comburate, de substanțe toxice; de unde necesitatea organismului de a se scăpa de aceste produse, deci eliminare prin compensațiune, a ureei prin mucoasa gastrică, bucală, și ca corolar iritațiunea acestor membrane și consecutiv grețuri și ptialism ivite mai ales dimineața, vărsături alimentare dimineața și mai târziu incoercibile probabil produse prin eliminare locală a ureei și produselor incomplete de combustie, mărite prin modificarea funcțională a ficatului.

Iată atâtea cauze care ne ar putea explica pentru noi suficient origina vărsăturilor de la formele cele mai ușoare până la acele incoercibile — și dacă nu ar fi de cât să facem o comparațiune între aceleași fenomene ivite la diferite ma-

ladii fie de domeniul obstetricii, fie făcând parte din patologia medicală, am găsi aceeași cauză, am constata aceleași efecte; eclampsia, uremia. Lipsa sa și insuficiența de toxine, de substanțe incomplet comburate prin neputința de eliminare, produce aceleași rezultate, vărsături. Toată cestiunea nu depinde de cât de intensitatea, de continuarea lor, de gradul leziunii ficatului sa și rinichilor sa și ambelor organe. Vă veți întreba poate de ce nu toate femeile gravide au vărsături simple și nu incoercibile. Acelaș lucru s'a și întrebat alții în alte direcțiuni, așa de ce nu au delir toți aceia cari au temperatură. Cauza poate rezida în o predispoziție individuală, în condițiunii speciale, în o mulțime de alte cauze, a căror ființă azi nu se cunoaște destul de bine.

Ast-fel fiind cestiunea — pentru noi — ar trebui să constatăm eliminarea de uree prin mucoasa gastrică și bucală, ar trebui ca tratamentul instituit în conformitate cu diateza să dea rezultate satisfăcătoare, încetând vărsăturile.

Vom relata aci cele 3 observațiuni cari au însoțit comunicarea noastră:

Femeia Rachel M., de 28 ani, intră în serviciu, la Oct. 15, 1897, cu vărsături incoercibile. Histerică. Trei aborturi provocate în a II-a lună, 1 la Iași, 2 în maternitate la noi. Din aceeași cauză vărsături și ptialism, însoțindu-se de icnături dese. Foarte indocilă. Actual e gravidă în a II-a lună.

Din momentul concepțiunii, vărsături, ptialism foarte abundent, 500—1000 gr. salivă în 24 ore. Voește cu orî-ce preț să-i se provoace abortul. Se plînge mereu de dureri la epigastru, abia poate reține 500 gr. lapte, varsă și scuipă toată ziua. Se încearcă spălătura stomacului, fără rezultat, căci bolnava trage sonda cu mîna și e cu neputință de a o face să se supună. În salivă se constată urme de uree. Se încercase deja în oraș toate tratamentele posibile fără nici un rezultat, după 3 zile, spre încercare se dă poțiuni calmante cu apă cloroformată și cocaină cum și 1 gr. beladonă, se continuă în zilele următoare. În același timp se fac băi generale, călduțe, se administrează la interior carbonat de lithină, câte 4 gr. zilnic, ape alcaline. Vărsăturile și ptialismul diminuează după 7 zile, de unde urina era 300 gr. în 24 ore, se ridică la 1200—1500, de culoare galbenă, mult mai încărcată de săruri și bolnava mănâncă și cere mereu. Spre a vă face o idee, mănâncă în o zi: 3 litrii de lapte, 2 supe, 5 fripturi de pul, 500 gr. de pâine, 500 gr. vin și tot mai cere. În total a stat în Serviciul nostru 11 zile. Fenomenele de greață, vărsături,

ptialism dispărute complet. Bolnava ese în această stare, nemulțumită că nu 'i s'a provocat abortul. După 3 săptămâni revin din nou fenomenele, chemați în oraș să o vedem, o sfătuim să revină în serviciu. Refuză. A abortat spontan eu sau 'i s'a provocat abortul artificial? Nu știm. Faptul este că nu dorea să se supue din nou acestui tratament, care ne dăduse așa de bune rezultate.

Acest an revine din nou gravidă în a II-a lună, cu fenomene identice, cu vărsături și ptialism aproape continuu, scuipe o salivă spumoasă, filantă, care conține urme de uree 100 miligr. la litru.

Intrebuințăm același tratament, de asta dată însă starea pacientei mult mai gravă; debilitată, ia foarte anevoie medicamentele sau nu le ia de loc. Urina variază între 400—500 gr. zilnic, cu *depozit abundant* de urat de soda; puține cristale de acid uric, cu urme de sero-albumină, fără glucoza. Indicanul și urobilina crescute. Considerând starea destul de rea a pacientei, ne hotărîm a 'i provoca abortul care se efectuează după ce s'a luat toate măsurile de precauție. S'a preparat colul prin laminare, s'a dilatat apoi cu dilatatorul Hegar și s'a răznit cu lingura Volkman, de alt-fel aceasta este în general procedeul serviciului.—Lehuzie fiziologică.—Se constată un lucru, cu cât cantitatea de salivă crește, cu atât a urinei scade, în același raport se află și vărsăturile. După 2 zile de la provocarea abortului, vărsăturile și salivația dispar cu totul, cantitatea urinei crește de la 350—450 la 1500. Bolnava se hrănește bine, a 9-a zi se coboară din pat. A 10-a zi însă vărsăturile reîncep. Urina diminuează brusc la 600 gr., de asemenea și salivația reîncepe. Femeia refuză de a mai sta în serviciu și se concediază după cererea sa și a bărbatului său.

Acest caz prezintă o deosebită importanță din următoarele cauze. 1. Toate graviditățile încă din primele zile s'a 'au însoțit de vărsături și ptialism, cazuri rare, căci Tarnier abia citează 2 cazuri; la penultima vărsăturile au încetat cu tratamentul nostru. Au revenit e drept, dar spre a 'și produce efectul dorit trebuia să se continue același tratament, ceea ce femeia nu dorea, și al 2, vărsăturile credem că erau sub influența nu a sarcinei, ci a unei cauze mai generale, căci ar fi trebuit să cedeze golirei uterului. Aci au revenit a 10-a zi cu destulă violență și suntem îndreptățiți a crede că sarcina nu a fost de cât cauza ocazională care a produs izbucnirea unei alte diateze a artitismului sau herpetismului.

Al treilea caz este al unei femei de origină bulgară de loc din Rusciuk. Ca antecedentefacere laborioasă prin forceps. Sarcina și lehuzia fiziologice. Actual gravidă de 5 săptămâni. Greață anorexie, încă de la început, de 14 zile vărsăturile au devenit incoercibile, amețeli, nu poate digera nici un aliment lichid sau solid. Varsă toată ziua, vărsături bilioase. Ca stare generală, debilă. Urina 340 gr. în 24 ore, aspect turbure. Pigmenți biliari măriți, indican mărit, creatinină urme, albumină urme *foarte mici*, urobilina urme, urați de sodiu și potasiu foarte numeroși. Se institue același tratament în afară de beladonă. Se administrează carbonatul de lithină câte 4 gr. zilnic și ape alca-

line, a 12-a zi vărsăturile dispar cu totul. Bolnava se hrănește cât se poate de bine, se plimbă, umblă prin curte. Urina se mărește ca doză la 1500—2000 gr. zilnic, indicanul și creatinina dispar; se liberează din Serviciu a 19-a zi complet vindecată.

Dacă cazurile cari ar putea adevăra veracitatea părilor noastre nu sunt mai numeroase, cauza este poate și raritatea vărsăturilor ajunse în starea aceasta. Totuși am putea număra și altele, însă au intrat în serviciu în o stare atât de înaintată de debilitare și inanție, în cât erau aproape muribunde. Nu ne am crezut îndreptățiți a întârzia singurul ajutor ce l puteam încerca, adică provocarea artificială și urgentă a abortului.



Un caz de Uretero-cisto-neostomie¹⁾

de

Dr. RACOVICĂANU-PITEȘTI

Mă voi ocupa de astă dată numai de cestiunea imbucării ureterului în bășică, lăsând de o parte studiul atât de important al cestiunei chirurgicale a ureterelor.

Imbucarea ureterelor în bășică, poate fi făcută imediat primitivă și tardivă, după cauzele, scopul sau complicația ce a determinat secțiunea ureterei.

Ea mai poate fi împărțită după calea ce urmăm pentru a imbuca uretera la bășică în *intra-abdominală* și *transperitoneală*, *tranzvesicală* și *extraperitoneală*.

Să explicăm pe fie-care în parte:

Când în cursul unei laparatomii făcută pentru o tumoare pelvienă, se secționează unul sau ambele uretere, este o indicațiune absolută de a coase capătul superior în bășică, după cum a făcut Pozzi în 1895, Penrose 1895 și Schwartz în 1896.

În cazul când avem o tumoare vezicală care a prins ureterul, primitiv decidem a urma calea vezicală descrisă de Clado și Bazi, și ne ducem să detașem de la început ureterul pentru a-l fixa la bășică dupe ridicarea tumoarei. Aceasta este calea zisă *transvesicală*.

Putem interveni tardiv, dupe ce s'a stabilit fistula ureterală și în special ureterò-vaginală.

Pentru a face această intervențiune tardivă, putem a ne adresa calei abdominale transperitoneale dupe cum a fă-

¹⁾ Comunicare făcută la Societatea de chirurgie din București.

cut Rouffard, Bazi, Van Hooek, Israël, saū calei extraabdominale și extraperitoneală, după cum am făcut o noi.

Maī înainte însă de a trece la studiul amănunțit al ces-tiunei, voiū face în câte-va cuvinte istoricul acestei inter-vențiunii.

Incă din anul 1851 I. Simon cel d'ntăiū, a făcut imbucătura ureterelor în intestinul cel gros pentru a combate extrofia bășicei și a fost urmat în această cale de Kraske, care a imbucat ureterele în rect.

Rezultatele fiind defavorabile, metoda lui Simon, a cădūt în desuetudine, abandonându-se până și principiul interven-țiunei.

De la această dată, numai în 1892, Chaput, citează la Societatea de Chirurgie, din Paris, observația unei bolnave, care în urma unei hysterectomii vaginale pentru supurația anexelor, ureterul stâng fiind lezat, a intervenit secundar, făcând imbucarea în colonul pelvien.

Rezultatul obținut a fost foarte bun, pacienta nu a avut fenomene de infecție ascendentă, însă avea de patru ori pe zi scaune lichide.

Cu această ocaziune Bazi, care este chemat a face darea de seamă a acestei observațiuni, reproșează lui Chaput, că nu indică punctul unde era lezată uretera și că nu a cusut uretera la bășică; — Bazi susține că infecțiunea ascendentă de la intestin la ureteră, nu poate fi evitată, apoi crede că micțiunile frecvente, dacă nu devin nuisitile constituesc o infirmitate și conchide că la cea maī mică infecție renală trebuie a se face nefrectomia. — În aceeași ședință, Routier, citează un caz de fistulă ureterală în care a încercat auto-plastia și nerezūșind a fost silit a face nefrectomia.

De la această dată începe studiul maī aprofundat al acestei chestiuni pe animale.

Tuffier secțiunează și recoase uretera în întregime: rezultatele ce obține sunt defavorabile din cauză că în punctul suturat se produce strāmtorarea calibrului ureterei, ce poate merge până la obstrucția complectă; — nereunirea și infiltrația de urină sunt frecvente și firele abandonate pot da naștere la calculi; această manoperă n'a fost nici odată întreprinsă la om.

Kelly încearcă invaginarea capului superior în cel inferior printr'o despicătură făcută în lumenul segmentului inferior: rezultatul obținut a fost bun.

Cu toate acestea posibilitatea ca împrejurul firelor să se dezvolte calcule, cele mai de multe ori, imposibilitatea de a se găsi capătul inferior și întinderea plăgei necesară pentru terminarea intervenției, a făcut-o să cază.

Alți autori au căutat să fixeze capătul superior la păretele abdominal (**Billroth**), în vagin, uretră și în fine în bășică.

Invaginarea în bășică a fost demonstrată ca posibilă prin experiențele lui **Paoli**, **Bursaki**, **Novaro**, **Van Hooek**, **Rudinger** (1894); cari toate au dat rezultate încurajatoare.

Bazi descrie îmbucarea ureterelor în bășică sub numele de „**Uretero-cysto-neostomie**“; — **Rouffard** din Bruxelles, **Clado Pozzi**, **Van Hooek**, **Israël**, urmează același mijloc de imbucarea ureterei în bășică, dând naștere la diferite procedee.

În „*Archivele provinciale de chirurgie*“ (No. 6 din Iunie 1897). **P. Delagenière** din Tours, într'un articol intitulat: „*Chirurgia Ureterelor*“ la capitolul: „**Ureterocystoneostomie**“, descrie diferitele procedee citate mai sus.

Nu vom descrie procedeul lui **Clado** nici al lui **Bazi** transvezical, nici al lui **Van Hooek** ce se găsesc descrise pe larg în această lucrare. — Vom lua ca tip, două procedee transperitoneale: unul primitiv al lui **Pozzi**, altul tardiv al lui **Rouffard** și le vom compara cu ceea ce am făcut noi prin procedeul extraperitoneal.

1) **Pozzi** în cursul unei laparatomii pentru tumoare a ovarului, lezînd ureterul stîng și ne mai găsind capătul inferior al ureterului, a introdus o sondă de gumă în bășică cu care a ridicat peretele vesical; — pe porțiunea ridicată a făcut o incisiune; a prins mucoasa bășiceii cu pense și a cusut-o la mucoasa ureterală prin 5 puncte de mătase; — în urmă a cusut tunica externă a ureterei de aceea a bășiceii prin cusături Lambert și a terminat operația prin drenajul **Miculicz**.

2) **Rouffard** la 26 N-brie 1894 a intervenit pentru o fistulă uretero-vaginală. Era vorba de o femeie de 25 ani, care fusese operată prin hysterectomie vaginală pentru o dublă

salpingită supurată și rămăsese cu o fistulă uretero-vaginală.

De notat că această femeie suferise o a doua laparotomie pentru fenomene de ocluzie intestinală. **Rouffard** face a treia oară laparotomie desface aderențele intestinale, rupând intestinul, secționează peritoneul pe traectul ureterului, pe care 'l simte cu o sondă introdusă prin vagin, deslipește țesuturile împrejurul ureterei, — secționează capătul inferior aderent la vagin și printr'o deschizătură în bășică 'l introduce în această cavitate cusându l cu mai multe puncte separate, coase apoi peritoneul despicat, de pe bășică cu cel de pe incisiunea pe ureteră, ast-fel că plaga devine extraperitoneală, termină operația făcând drenajul **Miculicz**.

Adăogăm că **Rouffard**, are și un procedeu transvezical ce se apropie de acela al lui **Clado**.

Procedeul *extraperitoneal* făcut de noi este următorul.

Am secționat tegumentele, făcând o inciziune analoagă aceleia pentru legătura arterei iliace interne, prelungind'o în sus și în afară până la spina iliacă anterioară și superioară, în jos paralelă cu arcada lui Fallope, — am secționat tegumentele făcând hemostaza până la peritoneu, — cu degetele și sonda lată canelată, am deslipit peritoneul până dincolo de artera și vena iliacă internă. — Prin vagin, introdusesem prealabil un stilet fin prin orificiul fistulei în ureteră, care a fost menținut tot timpul de un ajutor.

Cu degetele am simțit în profunzime uretera, am avut o dificultate enormă de a deslipi țesuturile mai ales în partea inferioară, unde aderan de vagin și vezică; hemoragia în profunzime era abundentă, — a trebuit să aplic mai multe pense și să fac o compresiune prelungită. — Am apucat cu o pensă de **Museux** bontă, uretera împreună cu stiletul, am deslipit păretele lateral al bășicei în toată întinderea extrăgând stiletul din ureteră, am secționat aderența de la păretele vaginal; — am impins cât mai departe disecțiunea ureterei, ast-fel că am avut un canal lung de 6 ctm.

Cu pense model **Severeanu**, am apucat aproape de bază bășica și cu un bisturiu am făcut o butonieră oblică. — Apucând cu o pensă **Péan**, extremitatea terminală a urete-

reî, am introdus-o în cavitatea bășiceî și prin mai multe puncte circulare, am fixat uretera în bășică.

Asupra musculoaseî bășiceî cu un ac curb, am introdus un fir împrejurul uretereî, pe buzele secționare ale bășiceî, cele două capete le-am strâns în bursă atât cât a fost necesar de a alipi țesuturile fără a le strângula.

În plagă am fost nevoit a abandona timp de 24 ore, patru pense asupra vaselor ce sângerau.

Plaga am burat-o cu gaz iodoformat.

Tratamentul ulterior a fost acela al plăgilor deschise.

Rezultatul obținut este perfect — Urina 'și-a luat cursul normal, dispărând ast-fel cu desăvârșire infirmitatea de care suferea bolnava.

Operația am făcut-o tardiv pentru o fistulă uretero-vaginală stângă consecutivă hysterectomiei vaginale făcută pentru cancer uterin.

Un al doilea procedeu extraperitoneal, mult mai simplu, și mai puțin complicat ca al nostru, pe care nu-l cunoaștem până acuma este cel făcut de Mayo din Chicago în 1895.

Era vorba tot de o femeie care rămăsese cu o fistulă uretero-vaginală dreaptă în urma hysterectomiei și pe care dânsul a combătut-o în modul următor:

A făcut o inciziune pe buza internă a fistuleî, care a prelungit-o înăuntru pe vagin, a disecat cu degetul țesuturile și a atras perețele lateral corespondent al bășiceî în plagă, a fixat marginea fistuleî de perețele veziceî și a așteptat până ce s'a făcut cicatrizarea, — a introdus în urmă o sondă metalică fină dar rigidă în bășică și a făcut-o să proemine în apropiere de fistulă, în acest punct a secționat bășica și prin orificiū a respins în afară sonda pe care a introdus-o în fistula ureterală.

Cu pensa a îndepărtat buzele plăgeî vezicale, a avivat cu bisturiul țesuturile în jurul orificiului fistuleî de partea ce nu adera la bășică, a atras în jos aceste părți, ridicând peste iele buza inferioară a plăgeî vesicale pe care a cusut-o prin două rânduri de cusături la țesuturile avivate din jurul fistuleî. Peste această cusătură a reunit mucoasa vaginală, acoperind cu desăvârșire orificiul fistuleî și suprafața câmpului operatoriu.

Rezultatul a fost bun de oare-ce pacienta s'a vindecat complet.

Nu am nevoie a insista asupra superiorității acestui procedeu și mai ales asupra inocuității lui.

Și în calea abdominală transperitoneală și în cea extraperitoneală, rezultatul a fost același, vindecarea bolnavilor.

Rămâne a vedea care din aceste procedee oferă mai puține pericole.

Calea abdominală 'mi pare mai periculoasă căci deschidem peritoneul; suntem siliți a face drenagiul marelui cavități peritoneale și dacă unirea n'ar avea loc, ar da naștere la complicații grave, chiar mortale. Această cale e mai facilă, de oare-ce grație planului inclinat putem vedea ce facem și avem câmpul operator larg deschis, expus continuu vederii.

Calea transvezicală nu poate fi discutată, căci ea 'și are indicațiile proprii în care nu putem face în alt-fel de cât să urmărim singurul drum posibil de a combate leziunea.

Calea extraperitoneală. Este mult mai puțin periculoasă, de oare-ce peritoneul este lăsat intact și chiar dacă re-unirea n'are loc, se stabilește o fistulă inguinală posibilă de a fi atacată din nou, fără a pune în pericol viața bolnavului, chiar când plaga supurează. Dificilă ca operație; căci dezlipirea peritoneului se face greu, peritoneul poate fi interesat, lucrăm în profunzime, avem hemoragie abundentă, aproape că disecăm într'un lac de sânge, avem expuse sub degetele noastre și la diferitele manopere ce întrebuintăm, vase a căror leziune ar fi fatală bolnavului; — din contra bășica apare larg dezlipită și nu mai avem trebuință de a face manopere intravezicale pentru a expune pârreții.

Imbucarea ureterului în bășică și fixarea lui, e dificilă, dar nu imposibilă.

Ast-fel fiind, de o parte pericolul ce amenință viața bolnavului, pe de alta numai dificultatea operatorie, cară nu înseamnă nimic când chirurgul are experiența cerută, fac acest procedeu superior celui intraabdominal.

Intru cât privește faptul că unii autori aplică puncte de cusătură asupra mucoasei, pe urmă asupra seroase (Pozzi), că alții despică oblic pârreții vezicali făcând ca ure-

terul să urmeze un drum pieziș în țesuturile bășiceî (Rouffard), nu știu cum au făcut-o, 'mî pare greu de a mai constata diferitele straturi ce constituie aceste organe.

Israël taie lumenul ureterului oblic „en bec de flûte”: noi l'am secționat transversal și am avut o enormă dificultate de a constata cavitatea ureterului de și anterior introdusesem un stilet.

'Mi pare că cusătura asupra mucoasei, apoi asupra seroasei este mai mult fictivă de cât reală.

'Mi-ar mai fi frică de a aplica ca Pozzi, puncte cu mătase asupra mucoasei, ca firele să nu cadă în bășică și să fie punctul de plecare al calculilor vezicale.

Noi aplicând puncte cu mătase, în afară de cavitatea vezicală, riscăm ca aderențele să nu se facă, dar cum plaga este larg deschisă și reunirea se face secundar, ansele de mătase cad în afară și sunt expulzate împreună cu secrețiunile plăgei.

Bine înțeles că atunci când uretera este secționată sus, nu ne mai putem adresa îmbucătorei în bășică, și e de preferat, cu tot pericolul ulterior, a face fixarea la intestinul gros.

Neapărat, că atunci când leziunea este făcută în cursul unei intervențiuni intra-abdominale, nu o să ne mai ducem să facem altă deschidere, și vom aplica îndată îmbucarea ureterului în bășică.

Intervențiunea extraperitoneală nu 'și are aplicarea de cât numai în fistulele uretero-vaginale post operatorii, sau când uretera se deschide anormal în părății vaginali sau vezicali.

Iată observația pe care bazăm spusesele noastre:

Zamfira Niculae, de 40 ani, româncă din comuna Otopeni jud. Ilfov, — a intrat în spital în ziua de 24 Maiu 1898, pentru hemoragie. Antecedentele hereditare puțin importante.

Menstruată la 12 ani, a urma regulat la epoce fixe, până la etatea de 19 ani, când s'a măritat.

A avut 10 nașteri normale; de la a treia naștere epocile catameniale au început a deveni neregulate, dureroase, foarte frecvente.

Pentru aceste metroragii a fost îngrijită de D-nu D-r Kiriak, unde i s'a făcut raclagiul uterin din serviciul căruia a eșit mult ameliorată.

Scursoarea de sânge apărând din nou, vine la consultațiile

gratuite din spitalul Colentina, unde se încearcă un tratament medical, care nereușind, a fost recomandată serviciului nostru.

Bolnava debilă, cu tegumentele palide, acuză ușoare dureri abdominale.

Prin examenul vaginal constatăm :

Colul uterin hipertrofiat, toată suprafața lui ulcerată, neregulată și indurată, sângerează cu înlesnire la cea mai mică atingere.

Corpul pare mărit de volum și puțin mobil.

Se pune diagnosticul de cancer uterin și în ziua de 29 Maiu 1898 facem hysterectomia vaginală.

Aplicând pensa din stânga, scapă și suntem siliți din cauza hemoragiei să punem o a doua pensă în masă. Pentru un moment hemoragia se oprește,—se face toaleta bolnavei ca de obicei prin spălături cu apă sărată și se pansează.

Când voim a o transporta în salon, hemoragia revine. cea-ce ne silește a desface pansamentul și a aplica o a treia pensă cât mai sus posibil în care s'a prins ureterul stâng.

După operație, grație injecțiilor cu ser artificial des repetate, pacienta se vindecă.

La căderea escarelor, în stânga, o scurgere de urină incontinuu prin vagin,—lăsăm ca plaga să se cicatrizeze și congediăm bolnava recomandându-i a veni peste câte-va luni.

În ziua de 8 Octombrie s'a prezentat din nou în serviciul nostru pentru fistula post-operatorie uretero-vaginală.

În ziua de 10 Octombrie, am recurs la operația ce am discris mai sus, care a isbutit complet și astăzi bolnava este vindecată și de fistula ureterală și nici neoplasmul n'a recidivat încă.

În cursul îngrijirilor ulterioare, i s'a întâmplat un accident. Din cauza hemoragiei foarte abundente, făceam încontinuu compresiunea asupra țesuturilor și la pansarea plăgei, am uitat în adâncime o compresă ce cântărea, când am scos-o, 35 grame și avea 18 cm. lungime pe 12 cm. lățime.

Plaga a supurat abundant primele zile, a lăsat chiar să treacă urina timp de 4 zile, după cum ne-am convins, administrând albas tru de metil și apoi totul părea că intră în ordine.

A 15-a zi, a apărut prin vagin filamente din compresă, cari apucându-se cu o pensă, a putut fi extrasă în totalitate; — în urmă plaga a mers repede spre cicatrizare, și astăzi bolnava este complet vindecată.

Procedeul lui Bassini pentru cura radicală a herniilor inguinale.

de

Dr. E. JUVARA.

Procedeul lui Bassini e încă puțin cunoscut și cei mai mulți chirurghi practică sub acest nume, operațiunii care nu se aseamănă într'u nimic cu aceea care a făcut gloria profesorului de la Padova.

Aceasta m'a hotărât a reveni asupra tehnicei acestei operațiuni pe care o voi descrie, așa după cum o practic însoțind'o de numeroase figuri explicative.

Spălătura regiunii. — Antisepsia sau asepsia cea mai riguroasă e absolut necesară, căci cura radicală de hernie fiind operațiune plastică, înainte de toate trebuie ca plaga să nu supureze. Curățirea regiunii e făcută cu cea mai mare grijă, și nu e exagerat, ca operatorul însuși să-și spele și să prepare bolnavul. — Pubisul fiind bine ras, regiunea inguinală, scrotul, penisul, vor fi bine spălate cu apă caldă și cu săpun, frecându-le cu o perie nu prea aspră. Trebuie săpunut de 5-6 ori și limpezit la fie-care dată cu apă caldă sterilizată. Se termină printr'o abundentă irigație cu sublimat cald 1‰, și se acoperă provisoriu, partea spălată, cu o compresă groasă sterilizată muiată în sublimat. Se trec de desubtul bolnavului mai multe cearșafuri calde.

Se dă cloroform sau eter, după obiceiul fie-căreia. Bolnavul fiind adormit se isprăvește aseptisarea câmpului frecându-l cu un tampon de gază sterilizată îmbibat cu alcool, apoi cu eter și în fine stergându-l din nou cu tampon muiate în sublimat. Pentru mai multă siguranță se freacă

locul incisiunii cu un mic tampon imbibat cu o soluție de sublimat 1% sau cu acid fenic 5%.

Câmpul operator ast-fel curățit, e limitat cu comprese sterilizate ne lăsând descoperit decât porțiunea strict necesară diferitelor manevre chirurgicale.

Instrumentele necesare sunt următoarele: bisturiul, fôrfece drepte și curbe, o pereche depărtătoare Farabeuf, o sondă canelată rigidă, o duzină de pense hemostatice, 2 pense cu brațele lungi și elastice zise „longuete“, 2 pense de disecat, una cu dinți și alta fără, 2 ace de Reverdin, unul drept și altul curb. Se pot întrebuința și acele chirurgicale ordinare curbe sau drepte, care vor fi conduse cu un port-a, sau mai bine acele de mână ale lui Doyen. Pentru cusut se întrebuințează firul de coardă No. 0, 1 și 2, și firul de mătasă mijlocie.

Operatorul se așează în aceeași parte cu hernia, ajutorul în față. Un singur ajutor e mai mult ca suficient pentru cazurile obișnuite și nu va avea nimic alta de făcut decât să tamponeze plaga, care e exangă dacă hemostoză a fost bine făcută, și să ție un depărtător în timpul cât operatorul se va ocupa de reconstituirea păretelui posterior.

I-ul timp. — Incisia tegumentelor, deschiderea canalului inguinal. — Incisia trebuie să fie făcută la nivelul canalului inguinal și destul de lungă pentru a-l deschide bine pe toată întinderea lui. Pentru ca să îndeplinească prima condițiune ea trebuie să fie făcută pe *peretele abdominal* imediat deasupra arcadei crurale, care, știm că formează limita inferioară a canalului inguinal. Cât pentru a doua condițiune trebuie să se aibă în vedere că orificiul extern al canalului inguinal corespunde puțin mai în afară de mijlocul arcadei crurale, iar cel intern corespunde spinei pubiene.

Recunoașteți deci prin palpație, în afară, *spina iliacă supero-externă*, înăuntru, *spina pubiană*, și întinsă între amândouă, sub formă de coardă, *arcada crurală*. În jumătatea externă arcada crurală e greu de simțit, în schimb însă în jumătatea sa internă e ușor de simțit, și vârful degetelor o poate agăța. De alt-fel numai această jumătate interesează în procedeul lui Bassini. — La o lărgime de deget deasupra arcadei și paralel cu ea faceți o incisie care

incepe la trei laturi de deget înăuntru spinei iliace antero-superioară și care se isprăvește la o lărgime de police în afara liniei mediane. Incisia va avea în mijlociū, o lungime

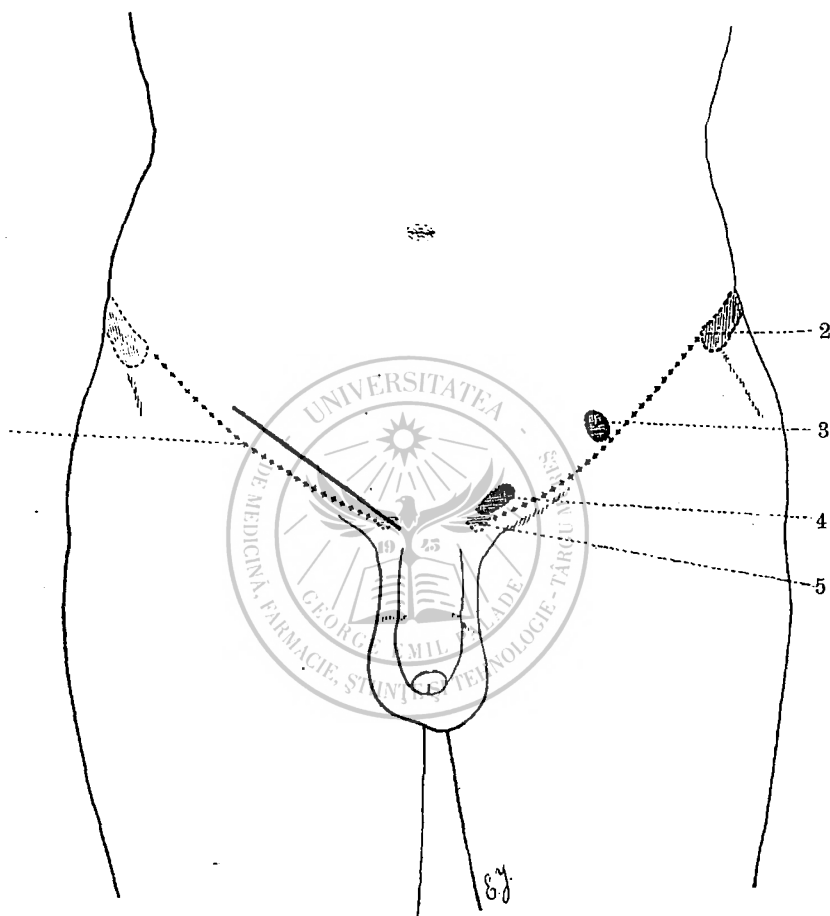


Fig. 1. — Figură schematică arătând locul exact, și direcțiunea unei bune incisiuni. 1. arcada crurală. — 2. spina iliacă antero-superioară. — 3, locul orificiului inguinal extern. — 4, locul orificiului inguinal intern. — 5, spina pubiană.

de 8-10 cm. — Tăiați pielea și fascia sub-cutanată groasă și căptușită de grăsime în partea ei pubiană. În drum incizați între pense vasele ce întâlniți: artera și vinele abdominale sub-cutanate și rușinoasele supero-externe. Procedând ast-fel

veți avea un câmp operator absolut exang, și întreaga operațiune nu va costa pe bolnav de cât câte-va picături de sânge. — Ajunși pe aponevroza marelui oblic pe care o recunoașteți după albeața și strălucirea fibrelor ei, puneți-o bine în evidență în toată lungimea plăgei, răzuind'o ca să zic așa, cu degetele îndoite în cârlig, de țesuturile care o acoper. Ea va rămânea în toată puterea cuvântului albă și lucitoare ca sideful. Înainte de a merge mai departe scöteți pensele legând diferitele vase cu coardă No. 0. — Recunoașteți fibrele arciforme, câte odată mult împinse în afară, și cu vârful sondei canelate despărțiți marginea lor internă de tunica cea mai externă a sacului, foarte groasă și resistantă în cazurile de hernii vechi. Luați o pensă „longuete“ și împingând unul din brațele ei în canalul inguinal prindeți *stălpul inguinal superior*. Cu o a doua luați în același fel *stălpul inguinal inferior*. Cu modul acesta ați însemnat și țineți cei doi stâlpi ai canalului inguinal, ceea ce ușurează sutura lor ulterioară. Cu foarfecelă conduse pe vârful degetului crăpați în afară părțile anterior al canalului inguinal până la unghiul inciziei cutanate. Dedesubtul aponevrosei oblicului mare cădeți pe marginea inferioară a oblicului mic, pe care îl veți isola cu vârful sondei sau cu degetul dându-l sub un depărtător care îl trage în sus. Sub dînsul găsiți cordonul în care va trebui să disecați sacul.

Al II-lea timp. — Disecția și tratarea sacului. — Felul în care diferiții chirurghi se comportă cu sacul e variabil. Vom da descripția celor mai obișnuite.

a) *Disecția și rezecția totală a sacului.* — E metoda cea mai des întrebuintată. Ea consistă în disecția completă a sacului, legarea lui cu un fir imediat deasupra gâtului șeu și în secționarea lui imediat dedesubtul legăturii. Pentru aceasta, cu vârful sondei rupeți pe o lungime de mai mulți cm. tunica fibro-celuloasă comună care învelește ca un deget de mînușă cordonul și testiculul. Prin această deschizătură, disociind ușor elementele cordonului recunoașteți sacul după culoarea lui albicioasă. Prindeți-l cu o pensă cu dinți și deschideți-l delicat cu vârful foarfecelă. Vă veți convinge imediat că l'ați deschis după aspectul special și ca-

racteristic al seroasei peritoneale. Luați buzele acestei mici deschizături cu 2 pense hemostatice și cu vârful foarfeceilor, pe deget ca conductor, desecați sacul în sus și în jos pe o lungime de câți-va cm. Pe aci, examinați interiorul lui, reduceți intestinul sau epiploonul dacă există. Dacă cădeți pe aderențe epiploice, secționați-le după ce mai întăiți le ați legat atentiv. Prin deschizătura ce ați făcut sacului, introduceți în interiorul lui vârful indicatorului stâng, pe care ca pe un conductor îl disecați, despărțindu-l de țesuturile perisaculare. Dacă urmăriți de aproape perețele sacului, disecțiunea lui, afară numai de casuri rare, se face cu *cea mai mare ușurință*, căci există în totdeauna un plan de clivagiū între pereții lui și țesuturile care 'l înconjoară. Observați ca vârful pensei să nu apuce vre-una din vinele cordonului și să o rupă. Veți avea după importanța vinei sau o hemoragie imediată pe care o veți opri cu ușurință punând o pensă, sau o hemoragie tardivă după ce veți reconstitui canalul inguinal. Atunci circulația venoasă fiind împedată prin strâmtorarea canalului, vinele rupte pot da producând un hematom, complicațiune care să știe atribui procedeuului lui Bassini iar nu ne atențiunei operatorului.

Izolarea canalului deferent se face cu ușurință afară numai la nivelul coletului, pe o mică întindere pe partea lui postero-internă unde normal peritoneul îi aderă. Pentru ca să se poată secționa sau rupe acest important organ, complicațiune foarte gravă, trebuie ca operatorul să pue prea multă bună-voință. Știu că mi se va răspunde că chirurghi foarte abili au tăiat canalul deferent, dar aceasta se întâmpla în alte timpuri, când încă puțin siguri de antisepsie, căutau să disece sacul fără ca să-l deschidă. — Se poate diseca sacul, fără ca testiculul să iasă de la locul lui plimbându-se în toate părțile. În sus disecția trebuie împinsă cât mai departe în abdomen. Trebuie să amintesc că în unele hernii congenitale, sacul, mai cu seamă, în regiunea coletului, e de o fineță extremă și se poate întâmpla chiar chirurgilor celor mai experimentați să-l rupă în unul sau în mai multe locuri.

Sacul disecat, încredințați-l ajutorului care-l trage înainte, în timp ce îl legați cu un fir așezat cât mai

sus posibil. Trebuie observat ca în acest timp sacul să fie gol căci ar fi o mare greșală de a strânge în fir vr'o ansă intestinală sau chiar epiploonul. Puțin dedesubtul nodului sacul e rezecat. Dacă coletul sacului e prea larg va trebui legat cu un fir dublu încrucișat, sau făcând nodul lui Tait.

b) *Disecțiunea și înodarea sacului.*— Vechii mei șefi Duplay și Cazin au avut ideea de a închide sacul printr'un nod făcut din el însuși. Iată cum fac. Sacul e disecat subțire, împingând disecția cât mai sus pentru a trage în afară peritoneul abdominal pe o întindere de 2-3 cm. Se încredințează apoi sacul, ajutorului care îl întinde în timp ce operatorul face cu totalitatea lui, un nod pe care îl împinge cât mai sus posibil, *deasupra orificiului inguinal extern.*

Autori dau o mare importanță acestui din urmă punct, adică repet, de a împinge nodul cât mai sus, căci dacă se face nodul prea jos, dopul obținut din înodarea sacului nu se reduce, pe cât timp e absolut necesar pentru acești chirurgi, ca pediculul sacului să se găsească complet îndărătul planului abdominal. Pentru ca nodul să nu se deslege, se mai face în același fel încă unul sau două, apoi tăind sacul în 2 fâșii se înoadă acestea de 2—3 ori de-a-rëndul. Pentru mai multă siguranță se poate trece pe rând fie-care din capete într'o crăpătură făcută celuilalt. Dacă capătăele sacului sunt destul de lungi, această manoperă poate fi practică de mai multe ori de-a-rëndul.

În cazurile de hernii vechi cu sacurile îngroșate se începe prin a despica sacul în 2 fâșii care se leagă apoi împreună de 2—3 ori. Într'un caz sacul fiind extrem de gros autorii l'au despicat în 4 fâșii pe care le-au împletit înodându-le 2 câte 2, obținând astfel o ocluzie perfectă.

De la începutul publicării lor, am iurebuițat procedeul Duplay Cazin pe care însă 'l execut după cum urmează; disec sacul subțire și cât mai sus posibil, apoi 'l despica în toată lungimea lui în două fâșii (fig. 2) pe care le înod împreună strângându-le cât pot, pentru ca nodul să se ridice cât mai sus îndărătul peretelui abdominal apoi leg cele două fâșii cu un fir de catgut No. 0 și dedesupt le resec (fig. 2 3 și 4). Avantagiile pe care le au căutat autorii mai sus numiți, în procedeul lor, era de a obține ocluzia perfectă a sacului

fără a pune vr-un fir, apoi de a utiliza sacul la consolidarea p retelui abdominal, form nd cu el deasupra inelului inguinal extern o masă obturatoare, în dop ca i în procedeul lui Macewen.  n plus, înodarea sacului, dacă nodul e împins destul de sus, determină o tensiune a peritoneului  i disparițiunea or -cărei înfundătură care ar putea servi la nivelul orificiului inguinal de punct de plecare unui nou sac. F c nd după cum procedez, sunt sigur de a lega întotdeauna sacul c t mai sus, chiar în cazurile în care disecțiunea nu a fost împinsă cu mult deasupra orificiului inguinal. Cu c t se str ng f  iele sacului cu at t peritoneul se despică mai sus; ob in nd ca  i prin procedeul primitiv a lui Duplay tensiunea  i nivelarea peritoneului av nd  i siguran a că în prind în coletul sacului vr un organ oare-care, epiploon sau intestin, care sunt respinse, prin felul chiar în care se face oclusia sacului.  n plus, pun nd un fir de catgut subțire pe c p  eele sacului nu mai am grija că nodul se va desface.

Fig. 2. — Sac despicat, de la fund  i p n  la colet în două f  i.

c) *Legătura coletului fără disecția  i extirparea sacului.* — Pentru ce se rezece sacul într'o cură radicală de hernie? Anatomiceste se poate înlătura sacul herniar, suprim nd prin tr un mijloc oare care comunicarea lui cu cavitatea abdominală. Sacul r m ne astfel la locul lui însă nelocuit, si cu timpul se va mic ora, se va atrofia, afară numai dacă suprafața lui internă secretă liquid transform nd astfel hernia în hidroc l. Dacă această complicațiune nu survine, bolnavul profita, căci operațiunea făcută astfel e mai simplă, mai expeditivă  nl tur ndu-  unele din complicațiunile care pot urma disecția sacului mai cu seamă hematomul burselor. La aceasta se p te obiecta următoarele : legătura simplă a coletului fără re-

zecția sacului e mai ales indicată în herniele mici cu sacul

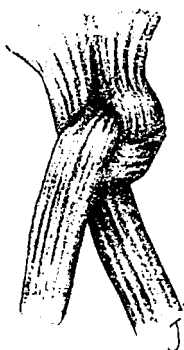


Fig. 3. — Cele două fâșii sunt înodate

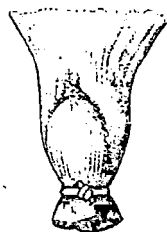


Fig. 4. — Fâșiile sacului înodate și legate cu un fir de cârdă, au fost tăiate dedesubtul legăturii.

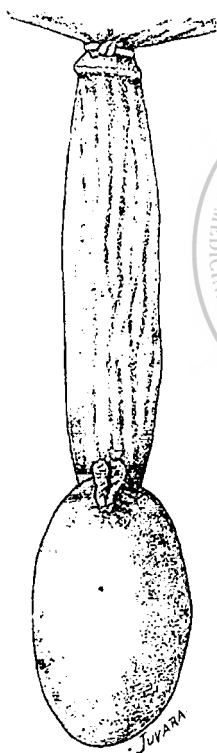
subțire, acelea în care disecția și extirpația totală a lui se face cu ușurință și e mai puțin indicată în herniele cu sacuri mari și pereți îngroșați tocmai acelea în care disecțiunea lui e cu mult mai anevoioasă.

Iată tehnica acestui mod de a face. Se începe prin a deschide sacul și a-l diseca în vecinătatea orificiului inguinal extern de jur împrejur și pe o lărgime de 2—3 cm. împingând disecția pe cât e posibil în sus spre abdomen. În timp ce ajutorul trage de sac în afară, operatorul îl strânge într'un fir de coardă, sau de mătăsă, împins cât mai deasupra planului abdominal. Puțin mai jos se așează un al doilea fir și între ele cu foarfecele se retează sacul. Se poate face și mai simplu punând numai un singur fir, și tăind sacul dedesubtul lui sau chiar lăsând sacul întreg fără a-l mai tăia. Cuvintele pentru cari secțiunea sacului e necesară sunt următoarele: obstrucția obținută prin strângerea sacului într'un singur fir nu pare să fie de o mare soliditate, așa încât să poate întâmpla ca această cicatrice fiind forțată cu timpul, hernia să recidiveze în propriul ei sac; pe cât timp secționând sacul dedesubtul legăturii se întrerupe orîce continuitate a lui cu abdomenul.

c) *Eversiunea sacului.* — Deja din 1897, imediat după ce Doyen a publicat procedeul lui de cură radicală a hidrocelului prin eversiunea vaginalei, am avut idea de a trata sacul în herniele congenitale testiculare în același fel,

adică de a-l desființa întorcându-l pe dos, eversându-l. Am procedat ast-fel în 4—5 cazuri. Ca și mai sus se recunoaște, și se deschide și se disecă sacul pe o mică întindere la nivelul orificiului inguinal extern, apoi se închide strângându-l într'un fir de catgut. Se continuă a despica sacul în jos cu foarfecele, conduse pe virful degetului introdus în interiorul lui până aproape de marginea superioară a testiculului. În sfârșit se întoarce sacul pe dos și prin câte-va puncte de coardă se coase îndărătul cordonului cele 2 buze ale inciziei lui.

d) *Rezecția parțială a sacului.* — În câte-va cazuri de



1 Fig. 5. Tratarea sacului într-o hernie congenitală testiculară. O fâșie din sac e păstrată în lungul cordonului, prin grosimea căreia se zăresc elementele lui; În sus sacul a fost legat cu un fir în jos s'a reconstituit vaginală.

hernii congenitale peritoneo-vaginale am disecat sacul în parte. Iată cum am procedat. După ce am găsit, deschis și disecat sacul pe o mică întindere la nivelul orificiului inguinal, cu un ac Reverdin bont, am trecut imediat sub foița profundă a lui acolo unde el e în raport cu cordonul, un fir, de cârdă No. 1, care trece, cum e ușor de imaginat, între foița sacului și elementele cordonului. Sacul fiind foarte subțire aproape transparent, acul poate fi condus cu cea mai mare ușurință. Strâng și înod firul împins cu degetul cât mai sus deasupra planului abdominal. Apoi despici sacul de sus în jos până deasupra polului superior al testiculului și disec pe rând cu pensa și pe deget ca conductor, fie-care din părțile lui până unde el intră în raport cu cordonul. Cu foarfecele urmând marginele cordonului croesc de sus în jos sacul care e astfel despărțit în 3 suvițe, una rămânând aderentă cordonului și două altele laterale care nu mai țin decât prin capetele lor inferioare (fig. 5).

Deasupra testiculului aceste două

șuvițe sunt legate în preună cu un fir subțire de coardă și rezecate imediat deasupra. Acest fel de a face mi se pare cel mai bun pentru herniile congenitale peritoneo-testiculare, căci dintr'o dată se închide și sacul, se reface și vaginala și nu se poate aduce nici un prejudiciu elementelor cordonului de îndată ce se păstrează porțiunea din sac care îi corespunde. E procedeul ce recomand pentru aceste cazuri și de care mă servesc ori de câte ori ocazia se prezintă.

Înainte de a trece la reconstituirea canalului inguinal e bine de a reface cordonul disociat prin disecția sacului cusând cu un fir de coardă OO ruptura făcută fibro-celuloasă comună.

Torsiunea sacului.—După ce s'a deschis și disecat sacul e prins cu o pensă puțin deasupra coletului. Imprimând pensei o mișcare de rotație, de trei sau patru învârtituri, coletul se răsucesce ca și o coardă. Cu un ac Reverdin se trece un fir luând deoparte porțiunea răsucită a sacului iar de altă parte peretele abdominal; se strânge și înoadă firul deasupra căruia se rezecă sacul. Acest fir are de scop de a opri desrăsucirea sacului. În procedeul lui Bassini firul cel mai extern aplicat pe peretele posterior, va trece în același timp și prin coletul sacului răsucit, așa în cât nu mai e necesar a trece un fir special pentru dânsul.

Acest procedeu îndeplinește calitățile de a fi ușor și rapid ca execuție, de a realiza o perfectă ocluzie a sacului determinând în același timp o bună tensiune și nivelare a peritoneului în dreptul orificiului inguinal.

Al III-lea timp.—**Refacerea përetelui inguinal posterior** (fig. 6).—Acest timp e cel mai delicat și de la precizia cu care va fi executat depinde cu drept cuvânt, *cura radicală a herniei*. Ajutorul trage în sus cu un depărător cordonul și buza superioară a plăgei descoperind larg ochilor përetele posterior al canalului inguinal. Luați stilpul inferior între policele și indicatorul mânei stângi și întorceți'l ca să vă arate fața lui profundă, și marginea posterioară a arcadei. Cu acul curb a lui Reverdin treceți primul fir, cel mai extern, la nivelul mijlocului arcadei, ca să dați përetelui posterior o întindere suficientă. Pentru aceasta luați în jos marginea posterioară a arcadei, pe o lărgime de 2-3 milimetri;

în sus adunați cu acul pe o lărgime de 1 cm. jumătate și mai mult dacă se poate, foita destul de subțire, care reprezintă aponevroza transversului, sau fibrele carnoase inferioare ale acestui mușchi. Ajutorul încarcă acul cu un fir de catgut No. 1.

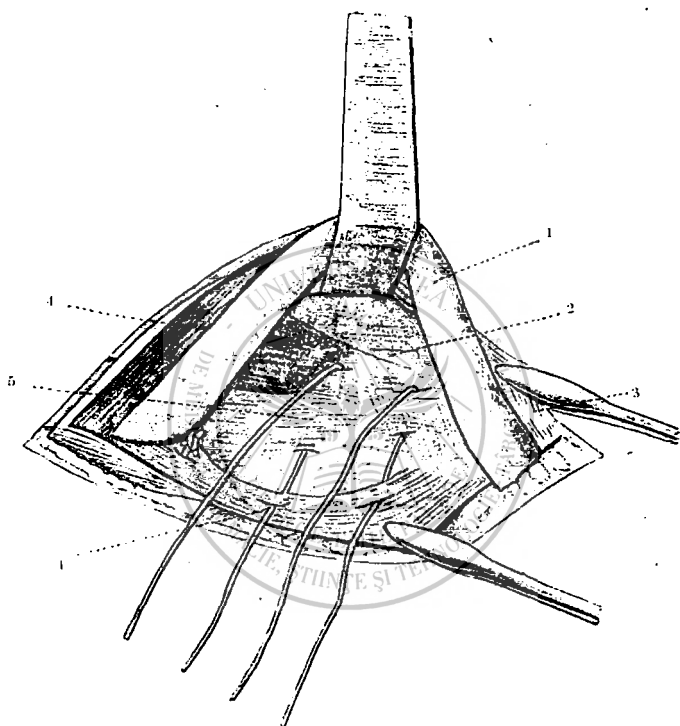


Fig. 6. Reconstituirea peretelui posterior a canalului inguinal.

1. Cordonul; 2. Muschiul drept văzut prin transparentă; 3 stâlpu inguinal superior; 4. arcada crurală; 5 planul transversului, porțiunea zisă tendonul conjoint; 5. micul oblic.

Un depărtător trage cordonul și buza sup. a plăgel descoperind larg peret. post. a canalului inguinal.

Strângeți și înodați acest fir, destinat se formeze marginea internă a noului orificiu inguinal extern. Trecând acest fir, trebuie se observați ca nu cum-va, luând arcada să aveți mâna prea grea și înfingând acul prea adânc se înțepați artera sau vena femorală sau să străbateți vena circumflexă iliacă anterioară care urmează arcada și pe care o puteți

vedea prin transparență. S'ar putea să înțepați chiar vasele epigastrice. Puțină atențiune și nu prea multă stângăcie și toate aceste complicațiuni cari pot deveni grave vor fi înlăturate. Dacă se întâmpla vre-una din acestea, va trebui să faceți hemostaza nu aruncând pensele la întâmplare ci căutând să vedeți izvorul hemoragiei și să puneți pensa direct pe dânsul.

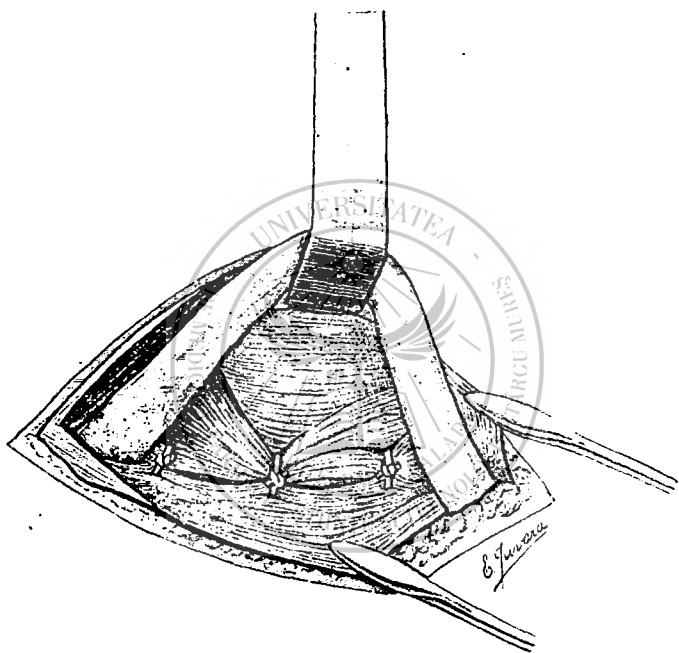


Fig. 7.—Aspectul peretelui posterior după înodarea firelor.

La un cm. mai înăuntru puneți în același fel un al doilea fir. În jos treceți acul prin marginea arcadei, în sus adunați cu dânsul acea porțiune întărită a aponevrozei de inserțiune a transversului numită *tendonul reunit*; strângeți și înodați firul. Mai înăuntru, la un cm. în afară spinei pubisului, treceți al treilea fir, trecând în jos prin marginea arcadei crurale prin acea porțiune a ei care poartă numele de ligamentul lui **Gymbernat**; în sus luând marginea externă a dreptului anterior care să recunoaște foarte bine cu pulpa degetului său se vede prin transparență.

În majoritatea cazurilor, cu aceste 3 fire, păriletele poste-

rior, e bine făcut. Câte-odată însă se mai pot adăoga unul sau chiar două puncte suplimentare. Astfel reconstituit peretele posterior e solid, rezistent, căci o nouă porțiune mai groasă, mai puternică a muschiului transvers a fost adusă în contact cu arcada crurală.

Al IV-lea timp. — Reconstituirea peretelui anterior. —

a) *Sutura micului oblic.* (Fig. 8.) — Trageți micul oblic înaintea cordonului și cu 4 sau 5 puncte, uniți marginea lui inferioară cu arcada crurală. Luați cu acul pe de o parte arcada pe de alta micul oblic înțepându-l la o mică lărgime de deget deasupra marginii lui inferioare. Sutura micului oblic de arcada crurală e o perfecțiune a procedului lui Bassini pe care am introdus-o în tehnica acestei operațiuni încă din 1896. Din nenorocire acest timp operator nu pôte fi executat în toate cazurile, căci sunt multe subiecte la care marginea inferioară a acestui muschiu se găsește la câțiva c.

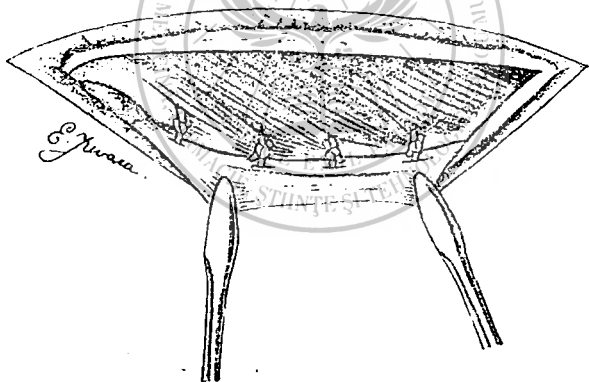


Fig. 8.—Micul oblic scoborit înaintea cordonului, marginea sa inferioară e suturată de arcada crurală.

m. deasupra arcadei așa în cât nu poate fi apropiat și cusut de ea. În unele din aceste cazuri am despicat muschiul la 4—5 cm. de asupra marginii lui inferioară, despărțind astfel o fâșie pe care am putut-o scobori și sutura de arcadă. Recomand acest mod de a face în toate cazurile de perete prea slab.

b) *Sutura stâlpilor inguinale.* Prin 4—5 puncte separate, uniți cele 2 buze ale despicăturei făcute aponevrozei

marelui oblic. Cu acul **Reverdin** înțepați mai întâi stâlful inferior la câți-va milimetri de marginea lui liberă, apoi treceți prin stâlful superior. Treceti, strângeți și înodați firul. Veți întrebuința ca și pentru përetele profund coarda No. 1. La o lărgime de deget mai înăuntru treceți în acelaș fel un al doilea fir, apoi un al 3-lea și așa mai încolo. Firul cel mai intern e așezat pe partea externă a noului orificiu inguinal, care trebuie pastrat destul de larg pentru ca cordonul să poată trece liber și fără ca circulația lui să fie împedicată câtuși de puțin. În unele cazuri aponevroza marelui oblic e prea largă, lăbărtată, așa în cât pentru a da mai multă soliditate përetelui trebuie scurtată. Se poate ajunge la acest scop prin rezecțiunea unei porțiuni prin încrețirea ei sau prin imbricarea stâlpileor așa după cum face **Lucas-Championniere**. Nu ne vom ocupa de cât de aceste două din urmă procedee. Pentru a scurta aponevroza oblicului încrețindu-o, treceți acul înțepând fie-care stîlp de 2—3 sau chiar de 4 ori de-a rândul. Înțepați stâlful inferior la 1 cm. de marginea lui, străbateți-l din nou cu acul

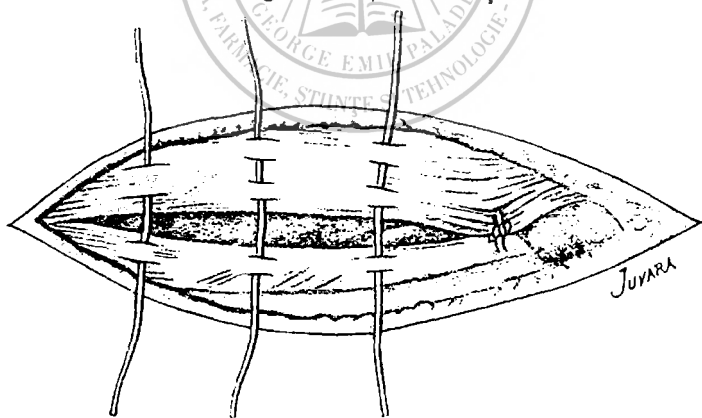


Fig. 9. — Modul de a trece firele pentru a încreți și scurta aponevroza marelui oblic.

la 2—3 milimetri mai sus, apoi din nou, și de astă dată de la suprafață la profunzime aproape de marginea lui liberă. Luați în acelaș fel stâlful superior pe care îl atacați, cum e ușor de înțeles, la câți-va milimetri deasupra marginii lui inferioare. Trageți și înodați firul, aponevroza se pli-

caturează constituind înaintea canalului inguinal o coardă destul de groasă. Puneți în acelaș fel, punctele necesare, pentru a închide despicătura făcută përetelui inguinal. (Fig. 9)

În procedeul prin imbricare se acoperă stâlpul inferior trăgând și suturând deasupra lui stâlpul superior. Cu un ac **Reverdin** străbateți de la suprafață la profunzime stâlpul inguinal superior cam la 1 cm. deasupra marginei lui inferioare. Luați în ac și stâlpul inferior pe care îl atacați de la profunzime spre suprafață aproape de marginea lui superioară; încărcăți și treceți un fir de catgut No. 1. La un cm. mai înainte treceți din nou și în acelaș fel, adică, străbateți mai întâi stâlpul superior apoi pe cel inferior. Încărcați și trageți capătul inferior al aceluiaș fir, aveți astfel un fir în U pe care strângându-l așezăți marginea superioară a stâlpului inferior cu fața profundă a stâlpului superior. Mai înainte treceți în acelaș mod un nou fir în U



Fig. 10.—Sutura celor doi stâlpi ai aponevrozei marelui oblic.

și așa mai încolo. În general 3 fire ajung. Complecțați imbricarea stâlpilor suturând prin puncte separate marginea inferioară a stâlpului superior cu arcada crurală sau chiar cu aponevroza crurală. Se crează astfel înaintea cordonului un plan aponevrotic dublu, deci pe atât mai rezistent. Se poate executa imbricarea stâlpilor printr'un procedeu cu mult mai simplu. În loc de puncte separate în U, se face o cusătură continuă; ajunși la nivelul orificiului pubian, tot cu aceleaș fir se coase și de astă dată dinăuntru în afară margina inferioară a stâlpului superior de arcada crurală.

Al 5-lea timp. Sutura pielii. a) *Sutura țesăturilor subdermice.* (Fig. 11) Această cusătură are de scop de a apropia fața profundă a celor 2 buze ale pielii de fața anterioară a aponevrozei oblicului; făcându-le astfel solidare nu numai că

se întărește cicatricea peretelui inghinal dar se înlătură orice spațiu său interstițiu în care s'ar putea aduna sânge. Cu acul curb a lui Reverdin începând din unghiul extern al plăgei, înțepați marginea buzei inferioare imediat sub derm și urmați grosimea ei până la nivelul bazei sale unde scoateți vârful acului. Impingeți acum acul spre buza superioară și în drum luați odată său de 2 ori aponevroza obliculă. Atacați buza superioară a pielii înfigând acul la nivelul bazei ei și scoțându-l în margina ei imediat sub derm. Încărcați și trageți un fir de catgut No. 0, pe care îl strângeți și înodați. La un cm. mai înăuntru treceți un al doilea fir, și așa mai departe. Veți face astfel 5—6 puncte.

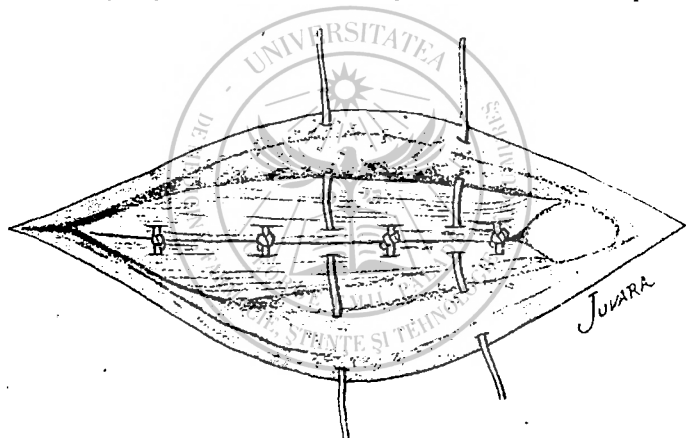


Fig. 11.—Trecerea firelor sub dermice.

b) *Sutura buzelor pielii.* Deja prin punctele subdermice plaga e aproape închisă și în unele cazuri e perfect afrontată. Se termină sutura plăgei apropiind buzele ei prin câte-va puncte separate sau mai bine printr-o cusătură pe mușchi, cu catgut 00.

Pansamentul. Imprejurimile plăgei curățite de orice urmă de sânge cu un tampon îmbibat în sublimat sunt apoi bine uscate. Plaga e acoperită cu o compresă sterilizată groasă și largă sau cu gază iodoformată, după obiceiul fie-căruia. O pătură de vată și o fașă moderat strânsă în formă de spică, luând rădăcina coapsei din partea herniei completează pansamentul, care pentru mai multă si-

garanță ca urina să nu'l pôtă îmbiba e protejat cu o bucată de gutapercă, găurită de un orificiū prin care trece penisul.

Bolnavul va trebui să păstreze repaosul absolut. Conduita ce-î trebuie impusă e aceea ce se cuvine orî-căruî operat. Intins pe pat, va avea genunchiī flexați și rezemați pe un sul.

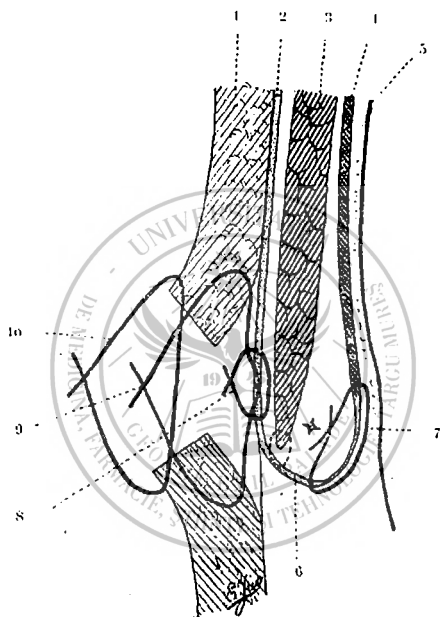


Fig. 12.—Figură schematică arătând pe o secțiune verticală modul cum se reconstituiesc diferitele planuri prin procedeul lui Bassini.

1. Pielea și grăsimea subcutanată. 2. Aponevroza marelui oblic. 3. Micul oblic. 4. Transversul. 5. Peritoneul. 6. Arcada. 7. Firul profund trecut prin planul transversului. 8. Firul trecut prin aponevroza marelui oblic. 9. Firul trecut prin țesăturile sub-dermice. 10. Firul pus pe buzele cutanate ale plăgei. + însemnă cordonul.

A opta saū a zecea zi se desface pansamentul și dacă s'a întrebuințat catgutul pentru sutura pielii nu vor fi nici fire de scos. Se face un nou pansament protector saū se acoperă cicatricea încă proaspătă cu o pătură de colodium ricinat

Bolnavul va sta culcat în pat 20 sau 25 de zile după care timp va începe să meargă cu precauțiune, căci trebuie cel puțin o lună, pentru ca cicatricea canalului inguinal să fie bine constituită și suficient de solidă pentru ca să nu pătă fi forțată. Găsesc puțin prudentă conduita unor chirurghi, cari permit operațiilor să se scoale și să umble după zece zile, de la intervenție.

Procedeul lui Bassini executat cu fire temporare.

În timpii din urmă un mare număr de chirurghi și din cei mai eminenti, au încredințat firele pierdute de matasă,

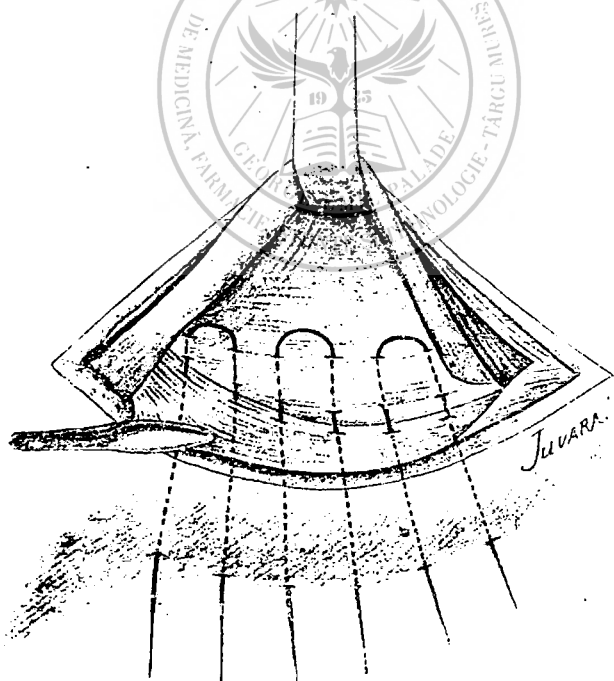


Fig. 13.—Trecerea firelor profunde în procedeul Bassini executat cu fire temporare.

chiar și acelea preparate și întrebuințate după principiile a-sepsiei celei mai riguroase, de posibilitatea de a se auto-infecța

mai mult sau mai puțin târziu după operație. Astfel se poate întâmpla ca un individ operat și complet vindecat, într'o bună zi să resimtă o durere la nivelul cicatricii și să vadă formându-se un mic abces care nu întârzie să se deschidă lăsând în urma lui o fistulă prin care mai de vreme sau mai târziu se elimină de la sine un fir de matasă sau pe care chirurgul trebuie să-l scoată făcând mici operațiuni complimentare. Se cunoaște chiar observația unui bolnav care fiind operat de o hernie, cât-va timp pe urmă, a fost apucat de tulburări urinoase. I s-a făcut talia hipogastrică și i s'a extras un calcul care avea ca sâmbure un fir de matasă, unul din firele puse pe părății canalului inguinal. Cu toate că numărul bolnavilor care sufer asemenea complicațiuni nu e prea mare, totuși de îndată ce există, mulți chirurghi au căutat mijloacele de a le evita. pentru ca în fine un individ vindecat de operațiune și de hernie să nu mai fie amenințat de nimic imputabil operațiunei. Mijloacele pentru a evita eliminarea tardivă posibilă a firelor pierdute sunt: a) întrebuințarea firelor rezorbabile printre

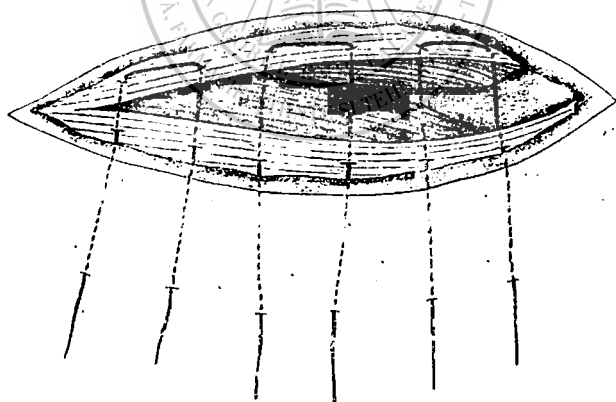


Fig. 14.—Trecerea firelor superficiale.

care cel mai comun și mai bun e coarda; b) întrebuințarea de fire temporare, de obicei în argint, care trecute într'un mod deosebit, lăsate numai un timp ce se consideră ca suficient pentru crearea unei cicatrice solide, sunt apoi scose. Vechii mei șefi Duplay și Caz'n au publicat în „La Semaine Médicale” un procedeu de a executa operațiunea

lui Bassini cu fire temporare. Pentru aceasta trec două rînduri de fire. Un rînd profund format din trei fire în formă de U, ale căror căpete sunt scoase prin piele dedesubtul arcadei. Ele străbat pielea la o lărgime de deget dedesubtul buzei inferioare a inciziei cutante. Se ia, cum e ușor de văzut pe figura 13, mai întâi arcada crurală apoi pîretele posterior al canalului inguinal. Strîngînd și învîrtînd capetele fle-cărei anse pe o perniță de gază sterilizată se apropie și se afîrontează destul de bine planul transversului de arcada crurală. Pentru a reface pîretele anterior, Duplay și Cazin trec un al doilea rînd de fire care străbat, pe rînd buza superioară a pielei, stîlpul inguinal superior, stîlpul inguinal inferior și în fine buza inferi-

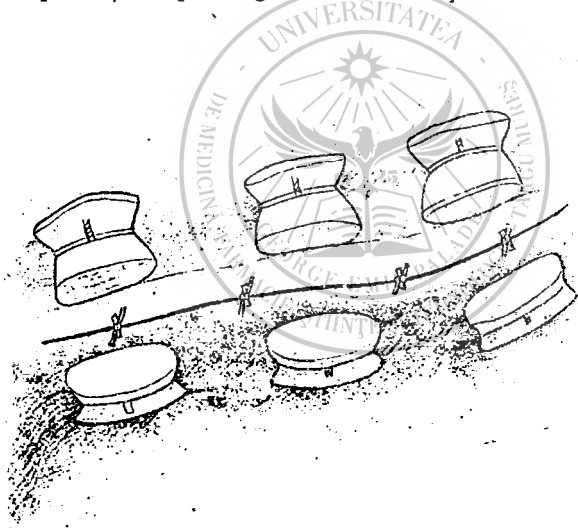


Fig. 15. — Modul de a lega firele metalice pe mici perinițe de gază sterilizată. Perinițele inferioare servesc pentru firele puse pe peretele posterior; cele superioare pentru firele puse pe peretele anterior.

oară a pielei. Trec ast-fel numărul de fire necesare pentru ca plaga să fie bine afîrontată. Pentru a uni mai regulat aponevroza oblicului, cred că e mai bine de a proceda în modul următor (fig. 14). La o lărgime de police deasupra buzei cutan ate superioare spre unghiul extern al plăgei, înfigeți acul, tre-

cându'l prin stâlpul superior la câți-va mm. de marginea lui liberă apoi prin stâlpul inferior pe care bine înțeles îl străpungeți de la profunzime la suprafață. Trageți acul încărcat cu un fir de argint. La o lărgime de deget mai înăuntru treceți-l din nou și în acelaș fel și scoateți capătul inferior al firului de adinioarea. Aveți astfel un fir în U, de căpătăele căruia dacă trageți vedeți unindu-se și în modul cel mai exact buzele aponevrozei marelui oblic. Mai înăuntru treceți în acelaș fel un al doilea fir. Veți trece ast-fel 3 fire, cel din urmă fiind așezat la nivelul orificiului inguinal extern. Să strâng și se răsucească cele 2 capete ale fie-cărui fir ca și pentru firele puse pe părțile posterior pe pernuțe mici de gază sterilizată (fig. 15). Se isprăvește operația afrontând buzele pielei cu câte-ve puncte separate sau cu o cusătură continuă.

Operațiunea lui Bassini executată cu fire temporare prezintă pôte avantajii asupra aceleași operații executată cu fire pierdute de matasă, firele odată scoase bolnavul fiind scăpat pentru totdeauna de orî-ce supurațiune posibilă. Are în schimb dezavantajul de a nu permite o reconstituire perfectă așa cum poate fi executată cu firele pierdute. Firele temporare în schimb nu pot avea nici cel mai mic avantaj asupra firelor rezorbabile de coardă, cu o singură condițiune ca acestea să fie bine sterilizate.

Rezultatul tratamentului prin acid arsenios (metoda Czerny și Truneczek) în diferitele varietăți de carcinome ¹⁾.

de

D-r. AL. COSTINIU

De la apariția articolului în *Sem. Medicale* din 5 Mai 1897 asupra vindecării cancerului epitelial prin acid arsenios de Czerny și Truneczek s'a observat atât la noi cât și în revistele străine publicate numeroase cazuri de vindecare prin acest tratament. Având ocaziunea de a aplica în serviciul D-lui D-r. Turbure de la Spitalul Pantelimon acest tratament în mai multe varietăți de cancer, cred folositor a le face cunoscute. Observațiile și concluziile ce le tragem de și nu pot fi definitive, dat fiind numărul puțin de cazuri, totuși cred că vor putea servi.

Voiu descrie dar varietățile de cancer pe care le-am observat.

1) *Epitelioma nasului* a) Femeia Tudora de 39 ani, intrată la Spitalul Pantelimon serviciul D-lui D-r. Turbure la 17 August 1897. Nimic de notat în antecedentele ei hereditare.

Ea însăși în tot deauna sănătoasă, afară de variola la 15 ani. Nu este sifilitică.

Sunt doi ani, în urma unei sgărieturi, apăru pe nas, o mică tumoră ușor dureroasă. Incetul cu incetul, tumora care era situată la stânga pe aripa nasului, se mări, se ulceră.

De atunci se mări de volum continuu, întrecu linia mediană și se întinse și la aripa dreaptă a nasului, având tendința a se ridica către rădăcina nasului, și către unghiul intern al ochiului. La epoca intrării bolnavei în spital, totă partea cartilaginasă a nasului era formată de o tumoră ulcerată, cu baza murdară, mamelonată și sângerând la cea mai mică atingere.

¹⁾ Comunicare făcută la asociațiunea Medicilor Eforiei.

În drépta tumora se ridică mai sus de cât la stânga, ea se întinde până la unghiul intern al ochiului, dar nu este ulcerată.

Starea generală a bolnavei bună, diversele organe nu prezintă nimic anormal.

La 18 August 1897 se începe tratamentul cu acid arsenios.

La stânga unde se formase crusta și căzuse de 2 ori în interval de 18 zile, tumora a dispărut complet, lăsând în locul său o cicatrice roșietică, cu o mică pierdere de substanță în vecinătatea cloazonului.

În drépta vindecarea merge mai anevoios, și am fost nevoit a ridica proeminența, cu bisturiul. Examenul microscopic făcut de D-l Robin, șeful laboratorului Spitalului Filantropia, confirmă diagnosticul de epitelioma pavimentos. La finele lui Februarie 1898, vindecarea este completă de amândouă părțile. Și la drépta există o pierdere de substanță aproape de cloazon.

Aici s'a întrebuințat numai soluția de $\frac{1}{150}$.

Bolnava ese la 15 Martie 1898, vindecarea menținându-se.

b) *Epitelioma aripei stângi a nasului* la femeia Leanca de 80 ani. Intră în serviciu la 15 Ianuarie 1898 — Se observă la ea ușor ramolismen cerebral, vorbește cam încurcat și fără șir.

Nu se observă nimic anormal în celelalte organe.

Nu ne poate comunica nimic despre antecedentele familiare și personale.

Pe aripa stângă a nasului, anume în unghiul naso-genien se observă o tumoră de mărimea unei alune. Nu ne poate da nici o deslușire asupra datei apariției acestei tumori.

Tumora e de formă ovalară, ne ulcerată, culóre roșie închisă.

Până în luna Martie 1898, această tumoră nu și-a schimbat de loc nici caracterul, nici volumul. De la 15 Martie începe să se ulcereze foarte puțin la partea ei culminantă și să sângereze puțin.

Ulcerarea fiind prea mică, iar pe de altă parte voind a ne da séma prin examenul microscopic de natura ei, la 20 Martie se excizează o parte dintr'însa — Examenul microscopic ne arată epitelioma.

De la 20 Martie se fac badijonări zilnice cu soluții alcoolice și apă de $\frac{1}{150}$ grm. și se formază o crustă destul de grósă.

La 27 Martie se încep badijonări cu acid arsenios $\frac{1}{50}$ gr.

În urma acestora bolnava acuză dureri și în acelaș timp a apărut o roșată ușoară în jurul tumorei.

La 30 Martie roșata perzistând, nu se mai badijonează.

Crusta a ramas pe loc, era mai groasă; iar de la partea inferioară și de desubtul ei se observă o ușoară scurgere purulentă.

La 13 Aprilie se reîncepe din nou badijonarea cu soluție de $\frac{1}{50}$ gr. și se continuă până la 27 Aprilie, când crusta cade și în locul ei rămâne o mică cicatrice roșietică. — Această bolnavă a stat în serviciu până la 4 Septembrie 1898, vindecarea s'a menținut și necunoscându-se aproape nici locul tumorei.

Vindecarea aici s'a obținut în 38 zile.

În aceste două cazuri am urmat în tocmă metoda descrisă de autorii acestui tratament.

La primul bolnav în partea unde a fost ulceratie și emoragie, vindecarea s'a obținut lesne și repede; în partea dreaptă însă unde exista proeminente, de și făceam scarificații pentru a avea sînge prós-păt în contact cu medicamentul, totuși vindecarea nu a început de cît după excizarea acestei proeminente.

La a doua bolnavă cred că grație exciziei, cît și faptului că soluția a fost mai concentrată, vindecarea s'a obținut atît de repede.

Prima bolnavă a fost revăzută în luna Octombrie a. c. și vindecarea se menține.

II-a *Varietate. Cancer fungos la partea anterioară stîngă a toracelui* la un bărbat Vasile A. de 60 ani. Intră în serviciu la 18 Noembrie și mîre la 13 Decembrie 1897.

Din copilărie ne spune, că a avut în partea stîngă anterioară și superioară a toracelui un *nevus* care cu timpul a crescut și do la 1 Aprilie 1896 a început să se ulcereze și să ia proporții mari.

A fost la spitalul Colentina unde i s'a excizat tumora, care recidivând s'a cauterizat cu Paquelinul.

La intrare în serviciu s'a constatat o tumoră cancerosă fungoidă avînd ca dimensiuni $20/15$ c. m. și o periferie de 30 c. m., cu muguri exuberenți și sîngerânzi. Ganglionii sub axilari prinși.

În serviciu i s'a făcut în mai multe rînduri cauterizări profunde cu termo-cauterul și s'a răzuit exuberentele cu Volkman, totuși tumora se întindea mai mult și emoragia a fost de multe ori așa de abundentă, că cu mare anevoință s'a putut opri. În același timp mirosul ce l exala tumora infecta tot salonul.

La 30 Iunie 1897 pe lîngă regimul tonic, se începe și badijonările cu acid arsenios $1/160$ gr. După vr'o 15 zile se observă că la extremitățile tumorei a început procesul de cicatrizare.

Crusta ce se forma era foarte subțire și la fie-care pansament se ridica și ea. Hemoragia din cînd în cînd apare, une-ori și mai abundentă ca înaintea aplicării tratamentului.

Cînd se badijonază, bolnavul simte dureri foarte mari, care nu țin mult.

Mirosul urît dispărut aproape cu totul.

După 30 de zile de aplicare a tratamentului, cicatricea de la margine, prea puțin mărită. Mugurii de la centru tot perzistă, fără nici o ameliorare. Se lasă bolnavul în repaus 10 zile.

Se reîncepe din nou, tot cu aceeași soluție timp de o lună. Se observă prea puțină modificare în bine, emoragiile tot se mai ivesc, bolnavul slăbește din ce în ce. Se suspendă tratamentul din cauză că nici bolnavul nu vrea să se mai supuiască și noi eram cam descurajați de acest rezultat așa de neînsemnat. Bolnavul mîre emaciat la 13 Decembrie 1897. Autopsia nu i s'a făcut, căci a fost reclamat de familie.

Aici din cauza marelui suprafețe ce ocupa tumora, după ce fă-

ceam badijonarea, o lăsam în contact cu aerul vr'o 5 minute și apoi aplicam un pansament compresiv de frica emoragiei.

III-a Varietate e Cancerul uterului.

a) Femeia Maria G. de 46 ani intră la 2 Mai 1898 și sucombă la 22 August 1898. La intrare avea faciesul unei cancerose foarte slăbită.

Spune că e bolnavă de 2 ani.

Ca antecedente nimic de notat. A avut 5 copii. Examinându-se organele genitale se observă că prin vagin se scurge un lichid sanguinolent, murdar și icoros. Prin examenul cu speculul se observă că colul uterin e aproape cu totul distrus și înlocuit cu muguri cărnoși, cari sângerează la cea mai mică atingere. Nu se observă nici un fel de fistulă.

De și bolnava e foarte slăbită și bôla de dată veche, totuși ne propunem a întrebuița badijonările cu acid arsenios $\frac{1}{150}$ gr.

În fie-care zi, după ce se făcea largi spălături antiseptice, și se ștergea bine, badijonam și în urmă după 5 minute, tamponam vaginul. După 8 zile, observăm că mugurii sunt distruși în cea mai mare parte, după alte 15 zile, scurgerea sanguinolentă a mai încetat și uterul e aproape cu totul curățit de muguri. În locul lor a rămas o plagă roșie, vie, însă puroiul din canalul cervical se scurge mereu.

Durerile pe care bolnava le acuza la intrare sunt mult mai mici, însă slăbiciunea e foarte mare. La 2 August survine o diaree foarte abundentă, care s'a menținut până în ziua morții, neputându-se opri cu nici un fel de medicament.

La autopsie se găsesc organele din cavitatea toracică normale. Cavitatea abdominală plină cu puroi. Peritoneul prezintă false membrane, iar intestinalele ici și colo aderente între ele. În pelvis, uterul precum și rectul înotă în puroi, uterul prezintă pe fața sa posterioară și superioară, o perforație comunicând cu vaginul. Tâind uterul în două, găsim cavitatea căptușită de muguri canceroși. Intestinul gros către rect foarte congestionat și mucoasa prezintă mici ridicături, unele ca boba de mazăre.

b) Ana P. 40 de ani. Intrată la 13 Sept. 1898, morâtă la Sept. a. c. *Cancer uterin.*

A fost operată în alte servicii. Venită într'o stare de cachexie foarte înaintată. Se observă abdomenul bolonat, ascită. Examenul genital ne arată colul cu totul distrus, mugurii foarte exuberenți scurgere murdară. Dureri teribile. Insomnie. Bolnava de abia se pôte mișca.

Facem și aici același lucru. D-l Dr. Turbure îmi atrage atențiunea ca acidul arsenios să lucreze mai bine, trebuie să vie direct în contact cu aerul de afară și pentru acesta ar fi mai bine să introducem un specul Ferguson, pe care să'l ținem în vagin câte-va minute, după badijonare, ceia-ce și fac și în urmă tamponez vaginul.

De și s'a făcut aici puține badijonări, totuși local s'a observat distrugerea mugurilor în mare parte și diminuarea mirosului. Bol-

nava din cauza stărei cachectice sucombă. Autopsia nu s'a făcut din cauza opunerii familiei.

Dacă numărul cazurilor de cancer epitelial vindecate prin acest procedeu este destul de mare ; nu se poate spune același lucru de celelalte varietăți de cancere, unde s'a făcut prea puține încercări. Se înțelege, că nu putem trage concluzii definitive, numai din examinarea acestor puține cazuri, mai ales că se știe în ce condițiuni se trimet bolnavii la Pantelimon, atunci când bolnavul a cutreerat toate celelalte spitale, și când medicii văzând că nu mai e nimic de făcut cu ei, îi trimet la acest ospiciu spre a-și da obștescul sfârșit.

Dacă în asemenea condițiuni fiind puși, vedem că la bolnavul Vasile A. (cancer al toracelui), mersul bôlei s'a oprit, cicatrizarea a început, însă bóla fiind prea înaintată o vindecare numai era posibilă.

Asemenea și la cele două femei cu cancer uterin, de și bóla era de dată veche, la femeia Maria G. am putut observa eliminarea mugurilor aproape total, iar la Ana P. numai în cate-va zile de tratament, eliminarea mugurilor s'a făcut.

Dacă în asemenea cazuri desperate, am putut obține o ameliorare a stărei locale, nu am fi în drept să ne așteptăm, și chiar în cancere de cea mai rea natură, însă recunoscut și aplicat acest tratament de la început să dea rezultate bune ?

Nu știu până la ce punct autorii acestui tratament au dreptate, când spun, că medicamentul trebuie să stea în contact cu aerul, fiind-că în cancerul uterin la femeia Maria G., eliminarea mugurilor s'a făcut foarte lesne, fără a mai lăsa vaginul deschis prin specul, iar pe de altă parte am observat o diminuare a unui cancer faringien și cădere limbei atinsă de cancer la doi bolnavi din oraș. Cred că contactul cu aerul nu este absolut indispensabil. Ceea-ce este interesant e faptul că suprafața tumorei să fie sângerândă, iar când excrescențele sunt mari, trebuie excizate, cum a fost nevoie să procedăm la cele 2 femei cu cancer epitelial al nasului.

Ceea-ce are remarcabil acest tratament, este că nu atacă

de cât părțile bolnave, după cum am putut să mă conving în toate cazurile observate; că durerile nu sunt așa de mari în cât să fie nevoie a se aplica și substanțe anesteziante ca cocaină, orthoformul, după cum recomandă unii autori. La bolnavul cu cancerul toracelui, dacă durerile erau mari, cred că trebuie atribuit suprafetei prea mari.

Și dacă n'ar fi de cât faptul, că curăță plaga, face să dispară mirosul urit, și oprește în loc mersul bôlei, încă acest tratament merită atențiune.



FAPTE ȘI OBSERVAȚIUNI

SPITALUL COLȚEA

Serviciul clinico-chirurgical al D-lui Prof. Toma Ionescu.

Un nou caz de kist hidatic al ficatului

tratat prin procedeul Thornton

de

M. COHN

Intern al serviciului

În No. 11 și 12 din 1898 al acestei *Reviste*, Domnul Profesor **Toma Ionescu** a publicat un studiu complet asupra noilor procedee de tratament în kistele hidatice abdominale în genere și în special ale ficatului.

În acest studiu sunt enumerate toate cazurile publicate până atunci, relative la acest subiect, iar două cazuri personale sunt descrise mai detaliat. **Bobroff** este numai amintit, numărul cazurilor operate de el ne fiind încă cunoscut. De atunci acest din urmă autor și-a publicat procedeul și cazurile operate de el.¹⁾ Până în 1895 **Bobroff** făcea injecțiuni de glicerină iodoformată, având însă a deplânge fenomene grave datorite rezorpției iodoformului, dânsul a înlocuit injecțiunile de glicerină iodoformată în punga chistului prin injecțiuni de clorur de sodiu.

Trei bolnavi au fost tratați prin această metodă; punga golită de conținutul ei și bine curățită s'a umplut

¹⁾ *La Presse médicale*, 17 Dec. 1898, p. 351 după *Khirurgia*, 1898, vol: III, No. 13, p. 3.

cu clorur de sodiu și apoi cusută complet; în urmă s'a închis și plaga abdominală.

Urmările operatorii au fost perfecte și cicatrizarea s'a făcut prin prima intenție.

Incurajat de aceste rezultate, **A. Bobroff** s'a hotărât să simplifice și mai mult metoda, ne mai făcând nici o injecțiune, mulțumindu-se cu sutura simplă a pungei kistice, după evacuarea hidatidelor. Operațiunea ast-fel modificată și care se apropie mai mult de ideal, a fost practică pe 4 bolnavi, unul atins de kist hidatic al pancreasului și 3 de kiste ale ficatului. În nici unul din aceste cazuri autorul n'a observat retențiune sau acumulare de vre-un lichid în pungă. Din aceasta conchide el că transudarea către sacul vid n'are loc de cât când punga este lăsată deschisă, când se face marsupializarea sau drenagiul. În celelalte cazuri pereții kistului deșertat se aplică perfect unul către celălalt. Chiar într-unul din cazuri în care conținutul kistului era deja purulent, vindecarea a fost repede și fără nici un accident.

Autorul își propune să aplice acest procedeu chiar în cazurile de supurație, afară numai când puroiul va fi de rea natură sau când bila se va scurge în momentul chiar al intervențiunii, cum îi s'a întâmplat aceasta odată. Pentru a evita supurațiunea posibilă sau acumularea de bilă în sacul deșertat, s'ar putea fixa ficatul prin unul sau două puncte pentru a stabili ast-fel un paralelism între plaga abdominală și hepatică. Autorul se grăbește să adauge, că această din urmă modificare nu trebuie să devie un principiu, căci se stabilesc ast-fel aderențe supărătoare între ficat și peretele abdominal, aderențe nu se stabilesc după suturile ordinare ale plăgei ficatului, după cum s'a constatat la o necropsie.

În ultimul timp domnul Profesor **Thoma Ionescu** a mai operat un caz prin acest procedeu, cea ce face un total de 3 cazuri, toate cu succes. Iată și cazul din urmă.

Ana St., de 40 ani, căsătorită, bulgară, muncitoare, intră în serviciu la 26 Noembrie 1898.

Din partea antecedentelor hereditare n'avem nimic important de notat.

Din copilăria ei nu știe să fi fost bolnavă

Menstruată pentru prima oară la 14 ani, a avut menstruația în totdeauna regulată, durată de 4—5 zile, fără dureri. S'a măritat la 18 ani, a născut 13 copii, din care 7 au murit de mici, 6 trăesc și sunt sănătoși. Ultima facere acu 6 luni; a venit în serviciu cu sinul îngurgitat.

Istoricul. Bolnava spune că din Aprilie 98 a simți o umflătură în ipocondrul drept, fără să aibă dureri în acea regiune. Se simțea totuși bine, așa că și în vara asta a putut să ia parte la munca câmpului. Prin August abea a constatat că umflătura a crescut, ocupând partea superioară a abdomenului; de atunci a început să aibă și dureri, suportabile de alt-fel, în ipocondrul stâng. Nici odată aceste dureri nu s'au iradiat, nici în umărul drept, n'a avut vărsături, a conservat pofta de mâncare, are însă desgust pentru carne și în genere pentru grăsime.

Bolnava trăește în Dobrovia, spre granița bulgărească, de friguri n'a zăcut nici odată. Anul trecut a fost bolnavă de tifos.

Starea prezentă. Starea generală relativ bună, e de constituție debilă, tușește din când în când câte puțin, mai ales noaptea. La pulmonii câte-va raluri umede diseminate. Puțină arteriosclerată, timpul al doilea la aortă eclatant. Examinând abdomenul se constată o tumoră, puțin proeminentă care ocupă toată regiunea epigastrică și ipocondrul drept, întinzându-se în jos până sub ombilic. Tumora această e mată, fluctuantă la mijloc. Spre dreapta tumora se întinde până în flanc, pe care-l ocupă aproape în întregime, în jos merge până aproape de creasta iliacă, ear spre linia mediană trece mai jos de ombilic cu două laturi de degete. Immediat sub partea proeminentă a acestei tumori se simte o margine netedă, tăioasă, așezată transversal, probabil marginea inferioară a ficatului. Întreaga această tumoră, care ocupă ipocondrul drept și regiunea epigastrică formează un tot, la care se transmite mișcarea respiratorie a pulmonului. În sus matitatea ficatului are o întindere normală. În părțile chiar unde tumora e mai fluctuantă nu se percepe fremisment.

La stânga liniei mediane, ocupând ipocondrul stâng se găsește o tumoră lipită la cea descrisă mai sus, ast-fel că pare a forma una singură, în toată porțiunea de deasupra ombilicului, fără nici o linie de demarcațiune între ele. În dreptul ombilicului există între ele un unghi și imediat de desubt tumora din ipocondrul stâng devine liberă, se termină la 4 degete sub ombilic printr'un virf ascuțit, sub care se poate introduce mâna, când se simte o față convexă, care bombează liber în cavitatea abdominală. Virful terminal al acestei tumori se poate chiar îndoi și răsturna spre față superficială. În toată partea subombilicală tumora această prezintă spre linia mediană o margine subțire, tăioasă, în direcțiune longitudinală, care pare a fi în continuitate cu marginea tăioasă transversă descrisă mai sus. În afară această tumoră stângă se întinde până în flancul stâng fără să-l ocupe, prezentând aici o margine groasă care se pierde în

profunzime. În definitiv, tot ce se simte în partea superioară a abdomenului formează o singură masă, care se poate deplasa puțin în sensul lateral și care se coboară și se urcă cu mișcările respiratorii ale diafragmului.

Loja splenică e sonoră, rinichiul nu se simt.

Aspectul general al tumorii are mai mult aerul unei spline enorme, care s'a dezvoltat mult spre dreapta confundându-se cu ficatul.

O puncțiune făcută în regiunea epigastrică, în partea cea mai fluctuantă, a dat lichid limpede ca apa de stâncă.

Operația. La 30 Noembrie se face laparotomie mediană supraom-bicală, prelungită puțin și sub ombilic.

Se găsește un ficat enorm. Pe fața inferioară a lobului stâng un enorm kist hidatic, cu un perete în afară din substanța hepatică, proeminând și bombând liber în cavitatea abdominală. Un al doilea kist ocupă lobul drept la mijloc, proeminând puțin pe fața convexă, atingând suprafața ficatului într'un loc limitat.

Se incizează kistul de pe lobul stâng pe o întindere de vr'o 5 cm., se găsește numai lichid limpede în mare cantitate, fără vezicule fiice, se golește lichidul, se scoate membrana germinativă în întregime, se curăță punga cu tamponare storsă uscată, nu se produce nici cea mai mică hemoragie. Se închide punga printr'o sutură continuă de catgut în 2 etaje, învaginând prima linie de sutură pusă pe marginile de inciziune ale pungei.

Se trece la al doilea kist și se tratează la fel. Incizia se face pe fața convexă a ficatului, lungă de 4 cm., dar pentru a ajunge la punga kistului se taie în substanța ficatului pe o grosime de 4 mm. Și această pungă conține numai lichid simplu, fără vezicule; se tratează în același mod și se închide cu o cusătură continuă de catgut. Din substanța ficatului hemoragia a fost neînsemnată.

Abdomenul se închide cu fire temporare de argint puse în 2 etaje, cel profund cu ansele firelor pierdute, cel superficial cu ansele în afară.

Pelea se coase cu setolină.

Mersul ulterior a fost din cele mai simple, la 8 Decembrie se scot firele de setolină, la 13 Decembrie se scot firele de argint, reu-nirea s'a făcut per primam. La această dată bolnava a fost complet vindecată, a fost reținută în serviciu până la 26 Decembrie 98 pentru a fi prezentată la ședința societății de chirurgie din 23 Decembrie 98.

La rădicarea celui de al doilea pansament, adică 14 zile de la operație, nu exista nici o tumoră în ipocondrul stâng, lobul stâng al ficatului dispăruse sub falsele coste, rezultatul a fost surprinzător. La dreapta, lobul drept era puțin micșorat, la eșire din serviciu se retractase până în dreptul ombilicului. Diferența aceasta se explică lesne. Kistul care ocupase fața inferioară a lobului stâng, avea un perete liber, în afară de substanța ficatului. Iată ce punga a fost golită, acest perete inferior a fost împins în sus de ansele intesti-

nale, a mers să se aplice de celă-l'alt perete și punga a dispărut complet, odată cu aceasta lobul sting al ficatului și-a reluat proporțiile normale. La dreapta lucrurile s'au petrecut alt-fel. Aici kistul ocupa mijlocul lobului, în plină substanță hepatică, punga odată golită, pereții nu se pot apropia imediat, trebuie să intervie un alt factor, re-tracțiunea substanței hepatice; aceasta însă se face cu încetul așa că dispariția pungei cere un timp mai mult sau mai puțin lung. Deja această retracțiune a început, căci tumora a diminuat și de sigur că va continua.

SPITALUL BÂRLAD ȘI ELENA BELDIMAN

Serviciul D-lui Doctor Cerchez

Un caz de strangulație intestinală

produsă prin ciupire laterală a intestinului

de

I. NEGRUZZI

fost intern al serviciului

În ziua de 9 Decembre 1897, s'a prezentat la consultațiile gratuite ale spitalului, bolnavul Ion Lupan, în etate de 54 ani, de profesiune lampagiū, din comuna Bârlad, cu fenomene peritoneale acute, pentru care a fost internat în spital.

Nimic interesant în antecedentele hereditare și personale.

Istoricul maladiei. Bolnavul spune că în noaptea de 7 spre 8 Decembre, a fost apucat prin somn de dureri și tăeturi prin pân-tece, cari au crescut continuu neputându-se liniști toată noaptea, apoi greață, sughiț și vărsături alimentare. A doua zi a avut un scaun solid, de atunci n'a mai eșit afară, nici n'a eliminat gaze prin anus.

Odată cu aceste fenomene a fost prins de un fior de frig, apoi de febrințeală și sudori cari nu s'au mai repetat.

Starea prezentă. Pacientul de constituție debilă, e foarte abătut, nu se poate ține pe picioare de cât susținut; facies caracteristic—ochii infundați, vederea turbure, nasul ascuțit, răspunde anevoe la întrebări și figura lui exprimă durerea.

Se plânge de dureri vagi prin abdomen și junghiuri, sughiță continuu, are vărsături alimentare, rare și haleră fetidă.

Respirația frecventă scurtă, frecvența bătăilor cordului, puls mic depresibil; anorexie și sete mare.

Abdomenul balonat, foarte sensibil la presiune. Prin percuțiune găsim sonoritate (timpanism) pe linia mediană și la epigastriu, iar în

flancuri și la hipogastru matitate, ale cărei limite nu se pot preciza bine din cauza sensibilității abdominale. Cea mai delicată palpațiune exasperează durerile, cari par mai intense în regiunea epigastrică. Bolnavul ține coapsele flexate pe basin. El spune că i se lăsa câte odată vătămătura în stinghi, cât un ou. Totuși explorând regiunile inguinale, nu găsim nici o tumoare sau împănare marcantă; orificiile externe a canalelor inguinale par a fi libere. Sub arcadele crurale nu găsim asemenea nimic aparent. Prin tușeul rectal nu se găsește nici o tumoare.

Urina turbure, galbenă roșie și în mică cantitate.

S'a administrat bolnavului imediat dupe intrare în spital un purgativ: Calomel 0,80 ctgr., divizat în două pachete, fără să producă vr'un efect, și un Prsnitz pe abdomen. Seara i s'a făcut un lavement cu soluție de acid-boric și glicerină, care a fost dat afară imediat împreună cu puține materii solide. Temperatura 37°.

10 Decembre. Aceiași stare de depresiune; în timpul nopții nu s'a putut liniști de loc, sughiță continuă și are vărsături bilioase murdare. N'a avut nici un scaun, nici gaze. Abdomenul mai balonat și mai sensibil. Temperatura 36°.

I se face un lavement cu o sondă exofagiană, însă fără nici un rezultat. Se aplică pe abdomen Unguent cinereu beladonat și Prsnitz. La interior o potiuune cu apă cloroformată 200 grame Laudanum XXX gute.

Seara temperatura 37°.

Pe la ora 10 seara, începe a avea vărsături fecaloide lichide, și în timpul nopții a vărsat de patru ori.

Diagnosticul. În fața acestui cortegiu simptomatic pe care îl prezintă bolnavul, s'a pus diagnosticul de ocluzie intestinală și am decis operația.

11 Decembre, *Operația.* Anestezie cu chloroform.—Plan orizontal.

Laparotomie pe linia mediană, sub ombilicală. Incizia de vr'o 10 c.m.

Din cavitatea peritoneală se scurge un lichid citrin, clar ca și urina, fără nici o odoare.

Parte din acest lichid s'a scurs singur prin incizia noastră, iar restul a fost absorbit cu comprese de tifon sterilizate calde, dupe cum se prepară în acest serviciu ¹⁾.

Masa intestinului subțire distinsă de gaze, e foarte congestionată mai ales în partea inferioară a abdomenului către arcada cru-

¹⁾ Pentru a realiza o bună antisepsie în lipsă de un autoclav sau etuvă necesară pentru acest lucru, se pun comprese de tifon în sublimat 1:1000, apoi se storc și se așează în oale bine smălțuite, cari se pun în cuptorul mașinei de bucătărie a spitalului, unde se țin câte-va ore până când pătura de vată și compresa de d'asupra au devenit de culoare brună închisă.

Atunci tot lichidul rămas în comprese, dupe stoarcere s'a evaporat, rămânând compresele uscate, calde și perfect sterilizate.

rală stângă, unde se găsește o ansă intestinală (ileon) aderând într'un punct la peretele abdominal.

Examinând cu atențiune și trăgând ușor de această ansă în apropiere de punctul aderent, observăm că ea e prinsă lateral pe oarecare întindere într'o fosetă peritoneală, prin aderențe cari se desfac ușor. Această fosetă peritoneală parietală, situată d'asupra și către mijlocul arcadei lui Faloppe, are forma unui degetar, de mărime mijlocie, înconjurat de un inel de culoare albicioasă scleroasă, care e aproape sfacelat în jumătatea infero-externă.

Ea prezintă raporturi de vecinătate cu elementele cordaului, cari pătrund într'un orificiū situat puțin mai sus și în afară.

Porțiunea de intestin desfăcută din această fosetă, prezintă la nivelul strangulației un cerc roșu inflammat, care nu se întindea de cât pe porțiunea de intestin liberă și opusă inserțiunei mezenterului, limitând o mică borsuflură sau tumoare edemațiată, de colorațiune violacee, de mărimea unei alune mari, care s'a deformat dupe ce a fost liberată.

Dupe ce am șters cu o compresă mușată în sublimat 1‰ foseta descrisă și intestinul strangulat, am aplicat cu acul mic Reverdin, trei puncte de sutură cu coardă No. 0, trecând peste marginile inelului acestor fosete, în așa fel că strângând firele, porțiunea inflamată, sfecelată, a coletului a devenit extra peritoneală, iar foseta s'a obliterat complet.

Absorbind cu comprese și ultimele rămășițe de lichid din peritoneu, am procedat la închiderea abdomenului, punând o sutură pe muche cu coardă pe peritoneu, apoi pe aponevroze și mușchi puncte întrerupte cu matasă și în fine puncte separate pe piele.

Pansament antiseptic cu tifon iodoformat pe plagă, apoi vată sterilizată.

Durata operațiunei a fost de 25 minute.

Urmările post operatorii. Dupe 3 ore de la operație a avut o vărsătură lichidă, sughițul însă a dispărut, și a început a elimina gaze prin anus. Starea generală pare a nu mai fi îngrijitoare—pulsul frecuent 124, însă plin. I se dă o porțiune de Todd 200 gr., Cafeină 1 gr. și bucăți de gheață. La ora 5 p. m. a avut un scaun abundent semi lichid, și până la ora 8 seara încă alte trei.

Abdomenul se simte sub pansament că a devenit mai flasc, dar e tot sensibil. Seara temperatura 38°.

12 Decembre. Noaptea a dormit liniștit, n'a mai avut sughiț nici vărsături. Temperatura 37° Puls 104. Starea generală bună, privirea mai vie, mai expresivă.

Acuză încă dureri prie abdomen, însă nu ca mai înainte. Cere să mănânce. I se dă lapte, și ca medicament următoarea porțiune: Apă cloroformată 200 p. Laudanum XV picături. Seara temperatura 38. Puls plin, frecuent. A avut încă un scaun lichid, fără să i se administroze purgativ.

13 Decembre. Starea generală satisfăcătoare, temperatura scă-

zută la 37² D. 37⁴ seara. Puls regulat bun. De aci înainte n'a mai avut nici un fenomen alarmant, totul a intrat în stare normală. Temperatura a oscilat între 36⁸ și 37⁴ până a 6 și seara, când a avut 38⁰, dar a doua zi a scăzut din nou la normal.

19 Decembre. A opta zi de la operație s'a ridicat pansamentul și s'a găsit trei din punctele de sutură de la mijlocul plăgei supurate, cari au fost ridicate împreună cu cele alte fire, restul plăgei era perfect cicatrizat. S'a spălat cu sublimat 1:1000 partea supurată, și s'a aplicat un pansament cu gaz iodoformat și vată sterilizată, care s'a schimbat regulat la 2 zile, până la complecta cicatrizare bolnavului a fost congediat din spital în ziua de 10 Ianuarie 1898 complet vindecat.

Strangularea intestinală prin ciupire laterală a intestinului (pincement lateral) deși frecventă are fără îndoială o importanță destul de mare, atât prin modul de producere cât și prin rapiditatea cu care evoluează leziunile intestinului în acest caz.

Descrisă încă de chirurgii cei vechi ca **Fabrice de Hilden**, **Littre**, **Ruisch**, **Richter** ș. a. existența ei a fost contestată în timpii din urmă de unii, mai ales de **Roser** în 1886, care nu admite posibilitatea hernierei și a strangulărei numai a unei porțiuni din circumferința intestinului, restul calibrului rămânând liber și putând da trecere uneori materiilor. El atribuie descrierea lor unei greșeli de observațiune din partea chirurgilor.

Experiențele lui **Sachs Willy**¹⁾ demonstrează până la evidență posibilitatea acestui fel de strangulare, așa că nu mai există îndoială asupra existenței lor, și pune ca factor determinant al strangulărei presiunea intra abdominală, care ar distinde peste măsură porțiunea herniată, dând naștere strangulărei. Pentru unii ca **Benno Schmidt**²⁾ aceasta ar fi datorită unor aderențe primitive între sac și un punct al circumferinței intestinului, părere care nu se confirmă prin faptele observate de chirurgi. **Albert**³⁾ în urma cercetărilor elevului său **Lorenz** admite două feluri de hernii: unele hernii parietale în cari porțiunea de intestin intră și iese din

¹⁾ W. Sachs.—Centr. fur chirurgie No. 39 pag. 737 din 1890.

²⁾ Duplay.—Traité de chirurgie, vol. VI, pag. 583.

³⁾ Albert.—Traité de chirurgie clinique, vol. IV.

sac e liberă, dar cari se pot strangula, și alte hernii parietale strangulate de la început odată cu formarea lor. Observațiunea noastră confirmă părerea lui **Albert** în sensul că sacul herniar și hernia decî, erau preexistente și fără aderențe primitive, și că strangularea s'a produs în mod accidental.

Rapiditatea cu cari evoluează leziunile intestinului în acest caz, dând naștere la fenomene de perforațiune și peritonite, e cu mult mai mare ca în strangularea unei anse complete cu mezenter. În primul caz, după cum observă **Lorenz** vasele sunt mai superficiale și decî mai ușor pot fi comprimate, pe când în al doilea caz când e herniată o ansă completă cu mezenter, vasele au ca protector perinița de grăsime a mezenterului cari le protege.

Importanța observațiunii noastre reese din mai multe puncte de vedere.

Mai întîiu prin faptul că ea e concludentă în ceea ce privește existența acestui fel de strangulare. Apoi prin rezultatul operatoriu așa de satisfăcător, în raport cu starea rea în care se găsea bolnavul.

Coexistența fenomenelor de peritonită cu cari a debutat boala, cât și lipsa de o tumoare aparentă din cauza micimei ei, arată dificultatea unui diagnostic precis dela început asupra naturei și locului strangulărei, dificultate care justifică întîrzierea intervenției chirurgicale, până la apariția altor simptome tardive mai pozitive ca vărsăturile fecaloide, agravând însă prognosticul.

În fine din cele observate în acest caz, nu era vorba de aderențe primitive între intestin și sacul herniar cari să explice strangularea, după cum pretinde **Benno Schmit**.

SPITALUL VIDRA (PUTNA)

Endometrita dureroasă

cu spasm al orificiului intern al colului uterin. -- Dilatațiune mecanică cu tampoane de tifon iodoformat. — Vindecare.

de

Doctorul A. KOSLINSKY

Șeful serviciului.

Credem interesant a publica acest caz de actualitate gynecologică, de oare-ce prin excluderea simptomelor nevropatice pe de o parte, și al inflamațiunilor uterine de altă parte, formează un grup aparte de afecțiuni de adăogat la grupul Endometritelor cunoscute astăzi. De curând încă un medic rus D. Snéguirev, profesor de obstetrică și gynecologie dela facultatea din Moscova, a atras atențiunea asupra existenței la unele femei, a unei sensibilități excesive în o regiune limitată a uterului; lucru care fiind bine cunoscut de gynec logiștii moderni, totuși nu i se atribuia de ordinul nici caracterul, nici importanța unui sindrom clinic autonom, de oare-ce se considera ca făcând parte din grupul nevralgiilor pelviene în legătură cu leziunile banale ale uterului, sau mai dese ori cu acelea al nevropatiilor generale cum ar fi hysteria.

După cum ne arată în „Semaine Medicales“ din 8 Februarie a. c. D. Snéguirev bazat pe mai multe observațiuni a putut complecta studiul acestei afecțiuni sub punctul de vedere atât semiologic, cât și terapeutic, și căreia din cauza predominărei fenomenelor dureroase asupra simptomelor de catar, la bolnavele sale observate, i'a dat numirea de *Endometrită dureroasă*.

Prezentându-se în serviciul spitalului nostru de curind, o bolnavă care prin simptomele și examenul său, prezintă multă analogie și ar confirma cele relatate de D. Snéguirev, de oare-ce prin tratamentul operatoriu descris de dînsul și aplicat de noi, în cazul de față, bolnava a eșit pe deplin vindecată din spital. Vom relata deci aci această observa-

țiune menită poate a mări contingentul observațiilor acestei afecțiuni.

Femeea Elena Antochic, de ani 19, măritată, intră în serviciul nostru la 11 Ianuarie a. c. Ca antecedente atât hereditare cât și personale, nimic însemnat. A fost pentru prima oară menstruată la 15 ani, a avut atunci dureri înainte și în timpul menstruelor.

Menstruele erau puține, însă au continuat a reveni regulat la fie-care lună. Un an dupe ce s'a măritat a avut o naștere la termen, nu singur făt. În urmă a avut o scurgere albă, și tot de atunci a rămas cu dureri mari în tot timpul, dureri ce se iradiau prin coapse și lombe, dureri continue, atât ziua cât și noaptea și chiar în momentul micțiunii o silește a intra în cura acestui spital.

Stare prezentă. Pacienta de constituție robustă, ni se plânge că suferă de dureri în regiunea hypogastrică cu iradiațiuni în tot basinel. Aceste dureri continue le are și noaptea, și sunt mai mari când este nevoită să 'ucreeze ceva, în timpul menstruelor și al micțiunii.

Examinând pe bolnavă, constatăm prin palpație că pacienta acuză dureri mai mari, mai ales când apăsăm cu degetele d'asupra simfizei pubiene în spre străntoarea basiniului, și imediat ce ajungem cu mâna în contact cu fundul uterului, bolnava simte o durere care o face să strige. Palpațiunea bimanuală și tușeul rectal, ne confirmă localizațiunea acestei dureri exagerate în fundul uterului.

Explorând cu spéculul, nu constatăm nici o alterațiune sau secrețiune patologică din partea vaginului. Colul uterin foarte puțin congestionat, este mic, nu este de loc modificat, nici în forma sa, nici în consistență. Orificiul colului întredeschis, nu prezintă nici o ulceratiune sau alterațiune morbidă. Nu constatăm de cât o ușoară secrețiune clară din orificiul acestui col. Nu constatăm de asemenea nici o stare de versiune sau flexiune a uterului.

Explorând cavitatea uterină prin ajutorul isterometrului, observăm cum se oprește în dreptul orificiului intern al colului, din cauza unui spasm ce survine în acest loc. Contactul isterometrului în acest loc devine foarte dureros și provoacă chiar convulsii bolnavei.

În afară de o sensibilitate excesiv de mare a fundului uterin, atât anexele și chiar uterul sunt cu totul sănătoase.

Observând dar la pacienta noastră, mai ales cele două puncte dureroase, adică punctul pubien și punctul crural, puncte ce le am găsit explorând sensibilitatea pântecelui și care puncte corespund exact imergenței fibrelor nervoase descrise de curând de D. Snéguirev ca patognomonice, lucru ce ne a făcut ca să putem afirma că avem aface în cazul de față cu o endometrită dureroasă. Ast-fel că ne de cidem a aplica tratamentul operator indicat chiar de Snéguirev pentru această afecțiune.

Operațiune. La 5 Februarie a. c., se face operațiunea subt clo-roform, luându-se toate precauțiunile asepto-antiseptice obicnuite. Se

face dilatația colului uterin cu ajutorul dilatatorului lui *Dolérís*, se tamponează uterul cu gaz iodoformat, și se tamponează ușor cavitatea vaginală.

La 7 Februarie se fac spălături vaginale cu sublimat, și se scoate drenul uterin de tifon iodoformat. Se pune un tampon în vagin.

La 9 Februarie, se spală din nou vaginul cu soluțiune de sublimat, scoțându-se tamponul vaginal. Bolnava se simte foarte bine nu mai are dureri în pânțele, ne spune că poate dormi liniștită și micțiunile nu 'i mai sunt dureroase.

La 11 Februarie pacienta e din spital complet vindecată.

Această afecțiune denumită endometrită dureroasă, nu ar fi pentru D. *Snéguirev* decât o leziune a mucoasei uterine de origină inflamatorie localizată mai ales la nivelul orificiului intern al colului, la fundul uterului și al orificiilor tubare, dând astfel loc din cauza unei predispozițiuni nevropatice a bolnavei, la fenomene de spasm dureros asemănător cu acelea ce provoacă fisurile la anus. De aceea se recurge pentru tratamentul acestei afecțiuni, la aceleași intervențiuni, cari se aplică și la alte spasme dureroase, adică dilatațiunea uterină și tamponarea lui cu tifon iodoformat.

SOCIETATEA ȘI SAVANTE

Societatea de Chirurgie din Paris. Ședința de la 23 Decembrie 1898
— (urmare) —

Fistulă stercorală. Monod relativ la observațiunea D-lui Lejars, adusă în ședința precedentă, raportează cazul unei fete care la etatea de 3 ani a avut un abces în fosa iliacă stângă rămânându-i o fistulă stercorală, care a fost operată dupe un an, obținându-se vindecarea dar după 4 ani fistula reapăru, perzistând pînă la adolescență, cînd D-sa a operat'o, în 1896, circumscriind fistula prin două incizii curbe, disecînd în profunziune, pînă ce a j crezut că a ajuns pe intestin și suturînd în mai multe etaje. Dupe 13 zile fistula reapăru dar se vindecă dupe numeroase pansamente. În Noembrie 1896, bolnava părea vindecată, rezultatul menținându-se în tot timpul anului 1897, dar în 1898 fistula reapăru.

D-sa crede că aci că și în cazul d-lui Lejars nu a închis orificiul intestinului ci numai anticamera lui, și că ar trebui ca intestinul să fie liberat și scos prin plagă, spre a se putea închide onficiul, și a se obține astfel rezultatul dorit.

Isterectomie abdominală totală pentru Cancer al gîtului uterului Piqué observă că din cazurile prezentate de Mauclair, într'una recidiva s'a produs dupe 4 luni, iar în cele lalte două, în care femeile erau în etate de 63 și 55 ani, moartea s'a produs prin infecție, care este cauza cea mai frecventă a morții în urma extirpării cancerului uterin pe cale abdominală și pe care spre a o evita trebuie să se modifice tehnica, adică după ce uterul a fost izolat pe cale abdominală, să se scoată prin vagin, curățându-se bine basinul de ganglionii infiltrați și cauterizându-se orificiul vaginal cu termo cauterul. În cas de recidivă, în statisticile viitoare trebuie să se noteze în ce punct s'a produs neoplazmul, în dreptul colului, sau în ganglionii dinainte invadați și care s'aū extirpat.

Ședința de la 4 Ianuarie 1899. *Apendecita.*

Routier expune cite-va regule pe care le urmăze în practică. În apendecita cronică sau recădere intervine fără febră.

Dificultatea însă este apendecita acută unde conduita trebuie să varieze cu cazul, precum zice Reclus. Cu toate acestea ten-

dința este a se interveni cât mai curînd posibil căci temporizarea poate deveni regretabilă, pe cînd intervenția repede nici o dată.

Cînd apendicita evoluează spre abces se poate spera vindecarea. În acest caz se va extirpa apendicele, afară dacă aceasta nu prezintă dificultăți și pericolul de a respîndi puroiul în abdomen prin ruperea aderențelor care îl izolează. Extirparea se poate face chiar dupe ce s'a format o fistulă care conduce la apendice.

Momentul pînă în care tratamentul medical singur poate fi urmat, și cînd operațiunea devine absolut necesară, este greu de determinat. Frecvența pulsului și încetarea expulziunii gazelor prin anus sunt semnele ce indică necesitatea imediată a operațiunii, însă deciziunea nu se va lua de cit în fața unei totalități simptomatice, așa cînd pe lîngă reacțiunea peritoneală, contractarea musculară, puls repede, oprirea gazelor, dacă este temperatură sau fiori, trebuie operat numai de cit, amintindu-se de remisiunea aproape constantă ce prezintă cazurile grave în a 3-a zi a evoluțiunii boalei.

Reclus întreabă pe Routier dacă dupe intervențiunea făcută în cursul febrei se produce eventrațiune ca în atermie și dacă inciziunea are vre-o importanță în această privință.

Routier răspunde că a observat foarte puține eventrațiuni; inciziunea o face în lungul marginii externe a dreptului și strabate direct în abdomen. Drenează în febră, cînd operează în atermie suturcă abdomenul, afara de cazurile prea laborioase.

Bazy este de asemenea pentru intervenție.

Cît despre eventrație n'a observat-o de cit pe un singur bolnav operat în febră și un copil la care a observat eventrația aproape de ligamentul lui Faloppe, punct care după Roux ar fi cel mai puțin expus eventrației.

Tillaux nu acceptă părerea emisă de un orator într'o ședință anterioară ca: *«cu un bun diagnostic, cu o operațiune făcută după regulile artei nimeni nu trebuie să moară de apendecită.»*

O astfel de afirmațiune primită de familii, nu poate să se întoarcă în caz de nereușită de cit în contra chirurgului care a operat dupe toate regulile artei, dar precum s'a văzut din ultima observațiune a D-lui Routier unde diagnosticul a fost făcut și operația bine făcută, si totuși bolnava a sucombat. Aceasta se poate întîmpla de multe ori și de aceia protestează contra propozițiunii enunțate în urmă la Academie.

Paralizie radiculară totală a plexului brachial prin căderea pe umăr
Tuffier prezintă un caz cu această afecțiune care a fost studiată în urmă în două memorii foarte remarcabile, unul al profesorului Raymond (Leçons cliniques de la Salpêtrière, 1898) care a stabilit variațiile de paralizii traumatiche ale plexului brachial și a demonstrat originea lor radiculară, contrariu părerii admise mai înainte; celalt memoriu al lui Duval și Guillani (Archives générales de médecine, 1898. Août, este un model de critică și de experimentațiune anatomică, în cazul prezentat, important este că în urma unei simple căderi pe

virful umărului, toate rădăcinile plexului brachial s'aũ rupt; sutura nervilor rupti este o operațiune indicată în acest caz, a cărui observațiune este pe scurt următoarea:

Bărbat de 60 ani, la 28 Octombrie fiind beat, cade de pe pragul casei cu umărul drept pe pământ, rămânând două ore în nesimțire; după redeșteptare ce s'a făcut cu încetul și în care timp a fost transportat în pat, simte că nu poate mișca și nu simte mâna dreaptă dar în dreptul umărului avea o durere destul de vie. Un practician ce este chemat declară că umărul este eșit, dar nu-l reduce de cât după 5 zile, ceia-ce s'a făcut ușor și durerea din umăr a încetat, dar paralizia și anestezia membrului perzistă, ceia-ce 'l face să intre în spital unde imediat i se pune diagnosticul de *paralizie radiculară totală a plexului brachial, de origine traumatică*, diagnostic confirmat de Babinski. Masagiul electricitatea n'aũ dat nici un rezultat timp de 2 luni, și afecțiunea a fost declarată incurabilă de către Picqué care a încercat reacțiunea electrică.

În prezent bolnavul prezintă: 1^o *paralizia* complectă a tuturilor muschilor membrului și pe care bolnavul știe bine că a observat-o îndată după traumatism, și nu în urma reducerii luxației; 2^o *anestezia* întregii suprafețe a membrului, afară de partea internă a brațului și o parte din aceia a ante-bratului, unde pielea este sensibilă la înțepătură; 3^o *turburări trofice* musculare și cutanate: flascăditatea și atrofia muschilor, starea scuamăosă a palmei și edematăosă de pe fața dorsală a mâinei; 4^o *înțepeneala articulară* a umărului, care nu datăză de cât de câte-va săptămâni.

Schwarz relatăză că a văzut un caz aprăpe identic în care se făcuse diagnosticul numai de *elongațiune*.

Pseudo-hermafrodit masculin. Harimann raportăză un caz trimes de Delagènière (Tours). Subiectul este de 27 ani, trece drept femeie și are un vagin de 5 cm. profundzime, terminându-se în fund de sac. Prin laparatomia făcută în scopul restabilirii continuităței canalului, nu s'a găsit nici uter nici ovare, dar aprăpe de inelele inguinale s'aũ găsit două micș organe care prin examenul istologic s'aũ constatat că sunt testicule.

Rezețiunea femurului pentru sarcom. Schwarz prezintă un caz în care a făcut rezețiua regiunei condiliene pentru un sarcom cu mie loplaxe. Vindecarea durăză de 4 ani.

Ședința de la 11 Ianuarie 1899.

Epiteliom papilar al basinetului. — Albaran prezintă un bolnav căruia i-a pus diagnosticul de epiteliom papilar al basinetului, grație cateterismului ureterului, prin care a scos câte-va fragmente care aũ fost examinate la microscop. Bolnavul este operat de șeaso luni și merge bine. Într'un alt caz în care examenul s'a făcut în a-

celeași condițiuni, diagnosticul a fost confirmat prin operație. Aceste 2 cazuri sunt singurile în știință în care s'a făcut diagnosticul clinic al papilomului ureterului său basinetului.

Pneumatocel al craniului consecutiv unei otite medii. Malapert (Poitiers) și Gobillot (Trimouille) prezintă observațiunea unui bolnav ce are de 4 ani un pneumatocel al capului, d'asupra urechei drepte, această tumoare gazoasă, intermitentă, este consecutivă unei otite medii supurate.

Tratamentul apendicitei. — Broca. În dezbaterile deschise înaintea societății de chirurgie asupra apendicitei, punctele asupra cărora s'a discutat cu deosebire, sunt următoarele:

1. Trebuie să operăm când s'a diagnosticat o peritonită generalizată?

2. Trebuie să operăm totdeauna imediat fără a încerca tratamentul medical?

3. Când s'a deschis un abces cald pericecal, trebuie căutat tot atunci și apendicele spre a-l rezeca?

4. Care este manualul operator cel mai convenabil pentru a căuta apendicele bolnav?

Voiu rezuma ceea ce am conchis în privința acestor puncte, din 180 bolnavi ce am căutat.

Intervențiunea chirurgicală, în caz de peritonită generalizată de origină apendiculară, îmi pare actualmente admisă de toți chirurgii. În cazurile vindecate însă s'a discutat dacă era vorba de o adevărată peritonită totală, sau de ceea ce Jalaguier numea marea peritonită închistată. Dezbaterile în care Reynier și Routier susțineau păreri contrarii, pare a nu fi conchizătoare, căci cazurile în care Routier pare a triumfa, rămân îndoelnice vindecarea excluzind proba necropsică.

Adevărul însă este că clinicianul găsește în unele cazuri, toate simptomele peritonitei generalizate: puls mic, piele viscoasă și puțin retractilă, meteorism, față gripală, iar prin operație se găsește puroriu esind dintre toate ansele neaderente, și cu toate astea prin drenarea largă, se obține vindecarea. Aceste cazuri sunt rare fără îndoială și de cele mai multe ori operația nu împiedică mărtea. Dar fie-care am avut câte-va succese de acest fel, așa eu am observat 4 cazuri ceea-ce este puțin, căci am văzut 27 sucombând în aceleași condițiuni. Acești bolnavi morți de peritonită generalizată, trecuseră mai toți printr-o perioadă în care infecțiunea fiind localizată la apendice, era decă curabilă. Așa dar s'ar părea foarte rațional la prima vedere ca îndată ce am pus diagnosticul, să operăm. Ca și Jalaguier și Brun însă, cred că acest argument simplist este greșit.

La început, aveam și eu tendința de a opera orice caz, apoi încetul cu încetul am constatat că dacă individul nu este încă în pericol de a face o peritonită generalizată, și dacă pe de altă parte nu se găsesc semnele locale ale unei colecțiuni purulente, este folo-

sitor de a institui mai întâi tratamentul medical; dietă, gheață pe pânțele, medicațiune opiacee și ast-fel se vede adesea febra scăzând brusc și exudate une-orî considerabile, rezorbindu-se în câte-va zile. Prin această conduită încă, fără îndoială ne expunem a lăsa să evolueze un abces, ce ar putea infecta brusc marea seroasă. De obicei însă acesta nu se întâmplă unui chirurg experimentat, obicinuit a observa dimineața și seara, pulsul, pânțele și temperatura bolnavului. Ast-fel bolnavii pe care i-am operat dupe formarea peritonitei și cure au sucombat, au fost căutați zile și chiar săptămâni de vre-un medic care lăsase să evolueze abcesul și nu se gândise la operațiune de cât prea târziu, și acesta mi s'a întâmplat atât în oraș cit și în spital. Abcesul clasic al fosei iliace drepte astăzi trebuie să fie diagnosticat repede și precis, în unele cazuri însă sediul neobicinuit a abcesului poate da loc la erori. Ast-fel, aflându-se la stânga, este uneori greu de cunoscut, totuși se găsesc simptomele peritonitei închisate, suficiente spre a justifica intervenția. Abcesele pelviene sunt mai puțin rare de și tot așa de greu de descoperit prin tușeul recta când sunt sus situate. Așa mi s'a întâmplat de 3 ori să operez prea târziu bolnavi cu asemenea abcese, de și îi avusesem sub supravegherea mea, căci colecțiunea fiind puțin accesibilă scăpase investigațiilor mele.

Pe de altă parte este interesant a aștepta ca pungile pelviene să se apropie de perete sau ca să putem ajunge la ele prin ansele aderente și nu prin porțiunea de seroasă liberă căci în acest caz în fecțiunea mortală a seroasei ar fi de temut. Poate că în cazurile când s'a pus un diagnostic precis, ar fi folositor a face o mică incizie, foarte jos așezată, prin care să pătrundem în micul basîn și deslipind peritoneul să mergem pe sub el până la punga purulentă ce aderă de el. Eu am încercat acest lucru odată cu deplin succes, la o fată, la care abcesul se deschisese incomplet în rect, avînd în urmă fenomene grave de septicemie.

Cred că, cit timp peritonita nu amenință, este bine să instituim tratamentul medical, căci în principiu îmi pare greșit a mări deschizătura abcesului spre a căuta și extirpa apendicele, când se prezintă în plagă, se înțelege că îl rezec, dar de obicei nu se vede nu se simte de cât desfăcând aderențele care sunt scăparea, afară de această inciziunea simplă scapă aproape totdeauna viața bolnavului.

Totuși nu sunt așa de optimist ca Reclus, și mai bine cred ca și Brun că apendicele lăsat pe loc poate produce accidente, de sigur nu totdeauna, căci de cele mai multe ori se retractează, se sclerozează rămîind totdeauna astfel. Așa în mai multe cazuri operând a doua oară pentru eventrații consecutive, am găsit apendicele redus la un mic cordon scurt, alb, indurat, așa că l'am respectat și nu m'am căit în urmă. Această vindecare definitivă se observă de exemplu în urma scoaterii unui calcul stercoral găsit imediat sau

câte-va zile după operațiune. Poate că tot asemenea se obține retractarea apendicelui în cazurile când se scurge prin incizie materiile fecale cât-va timp, de și aceasta nu prea corespunde cu teoria ca vităței închise. De mai multe ori însă operând pentru eventrație am găsit apendicele îngroșat, inflammat, uneori chiar perforat, gaura fiind astupată însă prin vre-o aderență epiploică. Alte-ori rana rămâne fistuloasă sau se formează abcese succesive.

În total am operat 19 eventrațiuni consecutive primei intervențiuni; în 4 din aceste cazuri am rezeccat apendicele bolnav; alte 4 în care nu se formase eventrație, dar perzista o fistulă, într'unu din aceste cazuri apendicele eșea prin fistulă. La primul bolnav, la care fistula apărea periodic, am amânat intervenția de oare ce accidente erau neînsemnate, dar pe neașteptate s'a format o peritonită fulgerătoare, prin perforația intestinului în dreptul unei bride epiploice.

Operind în afară de febră, rezeccând apendicele și cosind bine pereții abdominali, se previn recidivele și eventrațiunea cu siguranță și operațiunea în aceste condițiuni este destul de benignă, asupra acestui punct toți sunt de acord și este inutil a insista. Cu toată benignitatea însă eu nu consiliesc de a opera ori-ce bolnav după o singură criză. Dacă tumefacțiunea și durerea la presiune nu perzistă, cred că se poate aștepta până la a doua criză, după care indicația devine formală.

Procedeul operator clasic, prin incizia directă a peritoneului, mi-a părut în totdeauna cel mai bun. Deslipirea peritoneului fosei iliace trebuie rezervată numai pentru abcesele pelviene. Inciziunea iliacă a lui Roux am întrebuințat o mult timp, de cât-va timp fac incizia prin teaca mușchiului drept anterior, dar alit pe o cale cit și alta am găsit în totdeauna în dată apendicele.

Ricard răspunde că nu trebuie a opera în toate cazurile de apendicită acută, fiind foarte variate. În apendicita perforantă supra-acută cu peritonită difuză, în periapendicita supurată cu abces iliac, toți convin că trebuie să operăm. Dar cazurile de intensitate mediocră sunt de discutat. Crede că mai întâi trebuie încercat tratamentul medical, observind riguros pulsul, temperatura, funcțiunea intestinului și toate simptomele a căror agravațiune pot dicta intervenția. Dacă fenomenele se mențin sau rămâne vre-o turburare în fosa iliacă, intervine dar în afară de febră cea ce este mai preferabil. Dacă toate fenomenele dispar după prima criză, intervenția trebuie amânată pentru a doua criză. — În fine sunt cazuri ușoare descrise de Talamon sub numele de *colici apendiculare*, în care tratamentul medical este suficient.

Rezeccia apendicelui trebuie făcută ori de câte ori se poate, obținându-se mai totdeauna un rezultat definitiv, dar ar fi imprudent a-l căuta atunci când manipulațiile necesare ar deveni periculoase.

Cât despre procedeul *a posteriori* al lui Poirier, este un procedeu

folositor, mai ales în cazurile de împăstare difuză și îndurațiune a întregii fose iliace. Este un procedeu prețios, dar excepțional și în cea mai mare parte din cazuri, inferior deschiderii largi a seroasei, deschidere care permite de a vedea, judeca și lucra în cunoștință de cauză.

Eventrațiunii n'a avut nici odată în cazurile când a operat în afară de febră, dar a observat în câte-va cazuri unde am făcut drenagiul. Inciziunea ce întrebuințează este aproape aceea ce se descrie pentru legătura iliacei externe. Sutura pereților abdominali o face într'un singur strat cuprinzând toate planurile.

Potherat crede că trebuie intervenit în ori-ce apendicită acută îndată ce a fost recunoscută, exceptându-se colicile apendiculare, care însă repetându-se, operația trebuie făcută după căderea febrei, ca și în urma unui atac de apendicită repetată. În apendicita acută intervenția trebuie să fie cât de timpurie de oare ce leziunile sunt mult mai grave de cât s'ar presupune, procesul ulcerativ este foarte întins și temporizațiunea nu ar face de cit să aducă moartea. Ca și Poirier și Routier, nici odată n'a regretat că a intervenit și încă mai puțin că a intervenit prea de timpuriu, dar a regretat de multe ori că a intervenit prea târziu.

Ruptura nervilor. Poirier dorește a cunoaște rezultatul operațiunei ce Tuffier a făcut bolnavului căruia îi diagnosticase smulgerea rădăcinilor plexului brachial, caz care s'a comunicat în ședința precedentă. În legătură cu acest caz comunică că de curând a îngrijit un bolnav ce fusese lovit de un proiectil de mitraieză; proiectilul a intrat pe marginea posterioară a trocanterului drept, a trecut prin ischion, rect și fesa stângă, eșind puțin înapoia trocanterului stâng. Imediat bolnavul avu paralizia membrului inferior drept producându-se reacțiunea de degenerescență după câțva timp. Trajectul fistulos ce devenise fetid și da febră hectică, a fost curățit și atunci s'a văzut că sciaticul drept, era comprimat de o gangă densă și anemiă, câteva fibre din partea posterioară care fuseseră rupte de proiectil, au fost suturate. Durerile violente dinainte au dispărut; în aceeași zi bolnavul a început să miște degetul mare, și cu încetul toate mișcărilor membrului au revenit, contribuind la aceasta și masațiunile și electricitatea. Acest fapt probează că compresiunea energetică a unui nerv, poate da aceleași simptome ca și distrugerea sa.

Tuffier descrie operațiunea făcută bolnavului prezentat în ședința trecută și care avea de două luni paralizia completă a brațului fără a se putea vindeca prin nici un tratament, reacțiunea de degenerescență era completă.

Incizînd pe marginea posterioară a sterno-cleido-mastoidianului mai întîi pielea și apoi cele două aponevroze, se disecă cu sonda 5—6 perechi de nervi fuzionate, urmărindu-l pînă la apofizele transverse. Descoperind scalenul pe a cărui parte anterioară se află ner-

vul frenic, îl dăm înainte și înăuntru, împreună cu pachetul vasculo nervos pe care nu-l vedem.

Rădăcinile nervoase superioare ce sunt puse astfel în evidență servesc ca reper pentru descoperirea celor inferioare. Dedesubtul celei de-a 9-a se leagă artera cervicală transversă profundă. Vertebrala se vede înapoi și subclaviculară înainte, iar vârful pleurei în unghiul inferior al plăgei. 1-a pereche radiculară se caută pe gâtul coastei înainte tendonului scalenului posterior. Pentru a descoperi porțiunea rachidiană a nervilor superiori, se dezinserează scalenul anterior și se taie cu o pensă tuberculii anteriori ai apofizelor transverse.

Rădăcinile sunt scoase afară din șanțul osos și examinate. În cazul citat rădăcinile erau groase, albe și tari în segmentele extrarachidiene, mai ales ale primelor 3 perechi. Segmentele rachidiene ale celor 5-a, 6-a, și 7-a pereche erau strangulate în dreptul tuberculilor, și în sus și jos de strangulație aveau câte o umflătură. Rădăcinile erau complet insensibile, neproducându-se nici o reacțiune în membru la excitațiunile mecanice sau electrice. Urmările operatorii au fost simple, nici o schimbare nu s'a produs în paralizia și anestezia membrului, dar faptul este instructiv căci va contribui ca în alte cazuri analoge să se intervie mai de timpuriu.

Coxa vara. Brun prezintă un caz.

Pilorectomie pentru cancer. Hartmanu prezintă un caz operat după procedeul lui Kocher.

Kist hidatic al ficatului. Delbet prezintă un caz în care a închis punga prin capitonagiu și imediat pereții abdominali. Este al 6-lea caz ce a tratat astfel, evitând fistulele ce adesea rămân după marsupializațiune.

Hipospadias.—Tuffier prezintă un caz operat prin procedeul Nové-Josserand, adică prin ajutorul avivării urmate de apoziția de grefe după metoda lui Thiersch.

Nefrectomie pentru hematurie consecutivă traumatismului. — Reynier prezintă un caz în care a făcut nefrectomia pentru a opri accidentele grave de hamaturie.

Sedința de la 18 Ianuarie 1899

Apendicita. — Schwartz. Convine a se interveni în afară de febră în apendicitele repetate, dar nu și în cele acute, de oare ce a văzut peste 30 cazuri vindecate prin tratamentul medical, și în unele din acestea intervenind după trecerea febrei, n'a găsit de cit leziuni puțin însemnate de și dedeseră simptome alarmante.

În cazurile cînd în fosa iliacă există sonoritate trebuie intervenit, fiind un abces gazos, de asemenea în peritonita generalizată.

Cînd toate turburările trec, nu trebuie intervenit, dar dacă rămîne durere, constipație etc. atunci intervenția este indicată.

Inciziunea ce preferă este cea a lui Max Schuller.

Nu a observat de cît două eventrațiuni consecutive drenagiului. Incizia întrebuițată fusese aceea a lui Roux.

În două cazuri n'a putut extirpa apendicele din cauză că tot cecul era cuprins într'un țesut fibros greu de disecat.

Intr'un caz mortal a observat hematemeze și hemoragie în plagă, fără să-și explice cauza.

Guinard nu admite aforismul lui Dieulafoy și Poirier că orîce apendită trebuie operată. Examinează următoarele trei puncte: 1. Cînd trebuie intervenit? În cazurile de apendicită supra-acută sau abces, toți sunt de părere să se intervină. În toate celelalte cazuri însă, la începutul crizei tratamentul medical cu opiu și ghiață înconjură adesea accidentele grave; de altfel trebuie supravegheat riguros bolnavul și dacă supravin accidente se va opera imediat altfel se va aștepta rezoluția completă spre a se interveni în afară de febră.

2. În afară de febră, cînd trebuie operat? Dacă toate turburările au trecut, unii așteaptă a doua criză, dar trebuie intervenit chiar după primul atac, de oare ce există o dispozițiune congenitală sau cîștigată care favorizează dezvoltarea inflamației.

3. Trebuie să ne temem de eventrațiuni? Acestea se observă după inciziunile făcute în timpul febrei, cînd trebuie să facem drenagiu, în operațiunile făcute în afară de febră dacă nu este supurație și nu întrebuițăm drenagiul, eventrație nu se produce.

În rezumat, afară de formele supra-acute și abcesele pericecale este mai bine să se opereze după trecerea febrei dar să nu se aștepte o a doua criză.

Reynier protestează asemenea contra aserțiunei lui Dieulafoy și Poirier de a se opera ori ce caz de apendicită. Sunt cazuri unde intervenția ar fi prea gravă, precum a observat la o femeie diabetică ce avea puls filiform și vărsături fecaloide și totuși prin tratamentul medical s'a vindecat pe cînd prin operațiune ar fi avut tot atîția șorți de moarte ca de reușită. Graba prea mare ar putea face încă ca unele colici nefretice sau hepatice să fie luate drept apendicite.

Intervenția se va face pe cît se poate în afară de febră.

Căutarea apendicelui trebuie să fie prudent făcută, spre a nu difuza leziunile.

Rezecția apendicelui este preferabilă, dar recidiva nu a observat-o de cît în $\frac{1}{7}$ cazuri; în restul cazurilor apendicele se atrofiază.

De altfel cazurile benigne se vindecă orîc cît se intervine curînd orîc mai tîrziu dar în cazurile grave tratamentul este dificil: dar aceste cazuri devin tot mai rare de oare-ce astăzi apendicită este mai cu îngrijire cîntată de la apariția sa. În 7 cazuri grave a inter-

venit imediat, în 3 cazuri perzid bolnavii. în celelalte 4 a întrebuintat mai întâi tratamentul medical, ghiață, morfină și când bolnavii au devenit mai rezistenți a intervenit cu succes. Așa dar trebuie să se țină foarte mult cont de starea generală a bolnavului, în apendicite supra-acute.

Lejars observă antiteza că un medic autorizat reclamă intervenția în toate cazurile de apendicită, pe când cei mai mulți chirurși se abțin, ceea ce era contrariu acum citi-va ani. Poate că astăzi se cunosc mai bine cazurile insidioase ce înainte scăpau observației medicilor. Nimeni nu discută eficacitatea operațiunii în afară de febră, nici nu se abține a interveni în formele supra-acute, dar între aceste cazuri extreme se află cele mai multe și greutatea este a se ști în care trebuie așteptată trecerea febrei.

De altfel în ambele categorii de cazuri operațiunea are caracterul de urgență. Astfel, cum vedem o împăstare iliacă unită cu durere și febră, conchidem că este supurație profundă și deschiderea este indicată după datele cele mai elementare ale chirurgiei. Trebuie adăogat încă că palparea nu dă totdeauna indicație precisă asupra mărimei colecției purulente ce uneori este enormă.

Afară de aceste cazuri unde intervenția este de urgență, mai sunt cazurile de apendicită infecțioasă cu mers de septicemie de la început și aci se înțeleg nu numai apendicitele perforante, sau peritonitele septice difuze, în care intervenția este mai totdeauna prea târzie, ci acele cazuri de o aparență benignă, cu un mers mai puțin repede dar al căror finit nu este mai puțin grav. Așa dar este foarte mare responsabilitatea ce și-o ia un chirurg pentru a lăsa să se răcească unele apendicite. Cînd mersul nu este pur inflamatoriu, cînd rămâne indoeli, trebuie operat de urgență.

Kist dermoid al ovarului la o copilă de doi ani. Hue (Rouen) comunică observațiunea cazului operat cu succes.

Pilorectomie pentru cancer. Tuffier crede că toate tratamentele care permit vindecarea repede a acestor leziuni aseptice, suprimînd drenajul cu supurațiunile nesfîrșite, sunt preferabile. Astfel a tratat un caz de chist hidatic retrovezical pe care l'a diagnosticat, prin metoda lui Bobroff. Printr'o incizie hipogastrică, aplecînd vezica într'o parte, a deschis pe sub peritoneu chistul ce avea mărimea unui cap de copil și conținea o mulțime de hidatide fice. După ce a răzuit ușor pereții, i-a sters cu o compresă muată în sublimat 1/1000 lăsînd ca 10 c. m. c. din lichid înăuntru, apoi a închis pereții chistului printr'un dublu surjet, apoi inciziunea hipogastrică fără drenaj. După 12 zile bolnavul a plecat vindecat. După trei luni de cînd l'a operat n'are nici o urmă de recidivă.

Paralizia plexului brachial prin ridicarea brațului. Tuffier anunță că bolnavul ce a prezentat și căruia i s'a pus un prognostic grav, pre-

zintă atrofie musculară și leziuni trofice progresive, al căror mecanism este încă discutat.

De curind a observat un al doilea caz, împreună cu Fauvel (*Haure*). Individul în cestiune, de 60 ani, cu început de arterioscleroză dîndu-se jos din trăsura, pe cînd aceasta era încă în mișcare, se apucă cu mîna remînînd atîrnat cu brațul drept ridicat, fără a se lovi sau cădea pe umăr. După o oră Fauvel constată paralizia și anestezia membrului; bolnavul cu mare greutate putea mișca numai estremațea indexului. Tot-deodată exista și o luxațiune subcoracodienă a umărului, care fu redusă foarte ușor în al 2-lea timp al manevrei lui Kocher. A doua zi instituindu-se tratamentul electric și masajul, de la a 6-a zi a început să revie mișcarea și sensibilitatea membrului; a 9-a zi, deltoidul și zona radialului erau încă paralizate și contracțiunile produse de curenții faradici în aceste regiuni deveneau din zi în zi mai slabe, pe cînd în restul muschilor membrului din contră; acest caz ca și cel comunicat mai înainte sprijine lucrările lui Duval și Guillaîn, care au demonstrat că simpla ridicare a brațului poate produce elongațiunea și paralizia tuturor ramurilor plexului brachial.

(După *Presse médicale*).

Dragoșescu

Societatea de chirurgie din București. — Ședința de la 23 Decembre 1898

Simfisiotomia practică pentru a doua oară la aceeași femeie. D. Prof. Drăghiescu prezintă o femeie de statură pitică, avînd basînul strîmătorat de 7 $\frac{1}{2}$ —8 c.m., și căreia în anul 1895 d-sa ia făcut prima simfisiotomie, cu succes atît pentru mamă cît și pentru copil. Acum o prezintă dupe a doua simfiseotomie. Femeea intrase în Iunie trecut, cu o sarcină în a 6-a lună, pentru care i se propuse a i se provoca o naștere prematură, dar femeea refuză, eșînd din spital. În Septembrie intră cu sarcina la termen; fătul prezîntându-se cu craniul, transformându-se apoi în prezentație cu fața, avînd și procidentă cordonului. S'a făcut simfiseotomia cu bun rezultat.

D. Cristian citește observațiunea femeii prezentate de d. Drăghescu. (Vezi pag. 2. No. 1, 1899).

Discuțiune. D. Bădescu întreabă cîte cazuri de simfiseotomie repetată se cunosc în știința. (Se răspunde 8).

D. Severeanu întreabă dacă nu s'a încercat a se menține depărțarea obținută între oasele pubiene în urma simfiseotomiei, printr'o grefă osoasă.

D. Andronescu răspunde că s'a încercat de un autor rus, dar cum grefa n'avea o grosime mai mare de 9 c.m., la a doua sarcină a trebuit a se face din nou simfiseotomia, (*Semaine médicale* 1883).

Tratamentul chistelor hidatice ale ficatului. D. Ionescu prezintă o bolnavă operată la 30 Noembre de chist hidatic al ficatului, prin pro-

cedeul lui Thornton, ce a fost întrebuințat până astăzi numai de 32 ori. Acest procedeu constă în a incisa și goli punga, fără a exciza membrana generatrice, a o sutura și a o părăsi în abdomen, cusând peretii abdominali complect. D-sa a întrebuințat în 4 cazuri acest procedeu.

Bolnava prezentată avea o tumoare ce se întindea până în ipocondrul stâng. În prezent nu se mai simte nimic.

Bilroth întrebuința un procedeu aproape identic, introducând iodoform în punga chistului.

El a aplicat de 7 ori acest procedeu și aproape în toate a obținut succes. Acest procedeu însă nu s'a generalizat, căci introducerea iodoformului în punga chistică nu este justificată, căci dacă conținutul este aseptice, nu se va produce supurație, sau dacă acesta preexistă, nu se produce din cauza lipsei de asepzie, iodoformul nu o va vindeca.

Prin urmare, prin punga este util când chistul este mare.

Contra indicațiunile a acestui procedeu: 1^o supurația, 2^o hemoragia, 3^o comunicațiunea cu căile biliare. În prezența contra indicațiunii, nu putem face de cât să întrebuințăm alt procedeu ca marsupializațiunea sau altul. Hemoragia se poate opri cu o bună hemostază. Comunicațiunea cu căile biliare se poate opri printr-o cusătură făcută prin interiorul pungei chistului.

D. Prof. Ionescu prezintă o *stricture inflamatorie*. A 2-a bolnavă ce prezintă o stricture, a fost operată la 27 Noiembrie pentru o stricture rectală de inflamațiune. Rezultatul este perfect. Acum 3 ani, d-sa a avut rezultatul obținut în trei cazuri de extirpare a rectului pe o inflamațiune. În tratatul lui Quènu și Hatmann se află 38 de cazuri, singurele, din care se vede că rezultatul nu este tot-d'una perfect, fiind deci o operațiune destul de dificilă.

Sifilis testicular. Prof. Ionescu mai prezintă al 3-lea bolnav, ce este afectat de testicul sifilitic, și care a fost văzut și de d. Prof. Petrin-Galați. Important la acest bolnav este că acum 4 ani a avut hidrocel care a fost punctat, și acum venind la spital a adus și pe fiul său care are un hidrocel dublu datorit sifilisului ereditar, și care probabil ar putea produce mai târziu testicul sifilitic ca și la tatăl său.

D. Prof. Severeanu prezintă două cazuri de tumori ale testiculului, în primul caz diagnosticul de testicul sifilitic s'a făcut ușor, bolnavul mai având și alte manifestări sifilitice, anume gome ulcerate pe gambe, și care în prezent sub influența injecțiunilor de calomel merg spre vindecare ca și testiculul. Acest bolnav a avut șancăr fără babon, la etatea de 18 ani, și acum un an a avut o blenoragie în urma căreia testiculul a început a se tumefia.

Ședința de la 13 Ianuarie 1899

Prezentare de bolnavi. — Sutura rotulei. — D. Duma prezintă un individ căruia ia făcut sutura rotulei la 8 Octombrie 1897. Fractura se produsese prin lovire directă, în căderea dintr'o săritură gimnastică cu genunchiul pe dunga unei scânduri. Fragmentele erau depărtate de un lat de deget, părând a se putea vindeca prin aplicarea aparatelor vechi, umând însă pe Prof. Championnière a deschis articulația ce era plină cu sânge, sinoviala era congestionată; fibrele tendinoase ale quadricepsului, care de obicei se interpune între fragmente erau rupte pe același linie cu osul. A spălat cu sublimat $\frac{1}{1000}$ și fenol 5%, s'a pus 2 fire de argint pe fragmentele osoase, după metoda lui Championnière, părțile fibroase s'a cusut cu catgut, sutura tegumentelor s'a făcut cu setolină, s'a pus câte un tub de guta pe cele două extremități ale plăgii, și piciorul în gutieră. Urmări membrului de ple. A 8 a zi s'a scos tuburile și firele, s'a suprimat gută, fine lucrările lui. 8 zile bolnavul a început să umble cu un baston, ar care a brațului țin înțepenită, dar în curând mersul a devenit normal. 100 zile plexului brațului 98 a făcut o excursie de 35 km. pe jos. În pr atrofie a membrului. Deschiderea articulației pentru este o operațiune gravă precum a susținut Clado

Dragoșescu

Discuție. — D. Racoviceanu felicită pe d. J. la 23 Decembre 1897. Alta-
tul obținut, dar crede că soluția de fenol 5% ară la aceeași se: arti-
culația, irita seroasa și ar fi de preferit apa tică, având basin.

D-sa a observat în 1894 un caz de frac-d-sa ia făcut r care frag-
mentul inferior fiind mic a suturat numai și pentru ce din prejur
cu catgut.

Sutura rotulei se face azi de 1899 se propusă, Championnière
care la început era adversar, azi est 1899, fiind din ent adept.

Nu înțelege de ce s'a pus drenuri înându-a plăgii operatoare.

D. Angelescu spune că Perrier este cel înd reconizat trecerea
firului metalic pe d'asupra fragmentelor rotuite. 1899 este fracturată
în multe părți.

La al doilea bolnav diagnosticul este mai dificil de stabilit căci
n'are nici o altă manifestare sifilitică; forma globulară neregulată a
tumorii se apropie de un testicul sifilitic. Iodurul de potasium ce s'a
dat bolnavului face ca boala lui să se amelioreze.

(Va urma)

Drăgoșescu.

N 1117.9.011 66

13.0.99