

D. 1946

UNSF

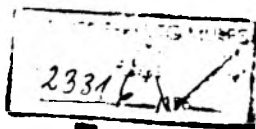
D. (C)

LINII FUNDAMENTALE DE  
SEMILOGIE ȘI PROPEDEUTICĂ  
GYNECOLOGICĂ-OBSTETRICALĂ

DE

**Dr. CONSTANTIN STANCA,**

MEDIC PRIMAR LA „SPITALUL DE FEMEI”  
DIN CLUJ, FOST ASISTENT DE CLINICĂ  
GYNECOLOGICĂ-OBSTETRICALĂ.



50 AUG 1973

D.

20 DEC 1980

C L U J.  
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL.  
STRADA MEMORANDULUI 22-1924.

56/21

8 DEC 1958

≡

UNSF

1946

## Întroducere.

Examenul ginecologic și cel obstetrical așa, cum se practică astăzi, este de fapt o „invenție” a veacului XIX și XX. Deși invenția aceasta își are originea vagă în cursul veacurilor trecute, totuși în complexitatea ei de astăzi n'o putem caracteriza altfel de cât cu vorbele lui Schroeder, că este „copilul veacului al XIX-lea”.

Și e foarte nimerită aceasta caracterizare! Este într'adevăr copilul secolului al XIX-lea, copil care azi, la începutul secolului al XX-lea, ne apare aproape om matur!

Metodele de examinare ginecologică din timpurile trecute erau foarte șubrede. Lăsând la o parte faptul, că numai unele somități medicale din antichitate aveau curajul de a se ocupa de organele genitale femeiești, putem afirma, că din punct de vedere medical, femeia era cu totul părăsită. Moșitul ca artă sistematică, științifică, nu se cunoștea. Moașele cu puține cunoștințe emperice ajutau la nașteri, iar medicii, cari erau chemați să dea ajutor vreunei femei în pericol, n'aveau nu numai instrumentele necesare pentru de-a putea ajuta, dar nici măcar cunoștințe din fiziologia sau patologia obstetricală.

Soranus - sec. II. d. Chr. — cunoștea examenul digital, îl practica des, deosebia precis uterul de vagin. Avea și un instrument care să poate asemăna cu sonda de azi, dar pe care îl introducea numai în vagin. Se folosea și de valva așa numită „dioptrismos”, cu care putea diferența, dacă sângerarea vine din uter sau din vagin. Făcea diagnosticul diferențiar dintre sarcină și ascită.

Aceste cunoștințe, fiind personale ale unuia sau a mai multor medici erudiți și talentați, nefiind răspândite și practicate pe toată linia, în curând s'au pierdut.

Abea târziu în secolul al XVII-lea începe în Franța un curent mai senătos în aceasta privință. Medici erudiți au rupt cu obiceiurile vechi de-a lăsa în taină boalele femeii

„nefiind decent a te ocupa de ele“. Acești medici au declarat ginecologia de specialitate. În felul acesta ginecologia prinde tot mai multe rădăcini luând de aci încolo o dezvoltare din ce în ce mai mare.

Trebuie să ne mire faptul, că chiar și metoda combinată de examinare — pe care noi o credem cu totul nouă — era cunoscută deja unor medici de talia lui Puzos, Levret, Baudeloque, Jörg și Smitt.

Adevărata valoare și-o câștigă însă numai în a 2-a jumătate a secolului al XIX-lea.

Examenul prin instrumente l'a început Soranus. A fost apoi continuat, dar după lungi pauze de secolii, de medicii de mai târziu. Dezvoltarea mai științifică a medicinei a îndemnat pe mulți medici talentați să inventeze diferite instrumente. În privința aceasta istoria ne amintește pe Paul din Aegina, Abulcasem, Rueff, Ambroise Parré. Instrumentele acelea serveau însă numai pentru a putea opera în vagin la embriotomii. Scultetus dă și ilustrațiile acestor fel de valve cu 2 și 3 brațe. Recamier a inventat speculul cilindric care, cu unele modificări (Fergusson) se folosește și azi în practica medicală. Un pas uriaș în dezvoltarea ginecologiei înseamnă apariția sondei în mâna ginecologului. Primul care-a întrebuințat rațional sonda pentru diagnostic este Levret (1771). De aci încolo sonda a rămas un instrument auxiliar foarte prețios și indispensabil în trusa de instrumente ginecologice. Înainte de introducerea examenului combinat sonda era singurul mijloc de a putea constata lungimea și poziția uterului.

O adevărată revoluție au făcut apoi valva lui Sims și a lui Simpson. Cu ajutorul acestora stabilirea diagnosticului multor boale genitale este mult ușurată; afară de aceasta multe din operațiile ginecologice, obstetricale se pot face prin ajutorul acestora cu deosebită ușurință.

Invenția sondei și a acestor valve pentru ginecologia modernă e marcată ca un eveniment mare, căci a făcut o adevărată epocă.

\*

În ceia ce privește trecutul obstetricii putem afirma, că aceasta este cea mai veche specialitate medicală. Ea naște odată cu omul.

Deși facerea este un proces fiziologic, totuși femeia care naște, nici odată nu e lăsată singură. Acum, ca și de-

demult, femeii bătrâne o ocrotesc, o îmbărbătează, o mângâie și o păzesc dela începutul durerilor până la sfârșit. Când nașterea întârzie din vreo cauză patologică, aceste femei, (babele satelar noastre), recurg la toate obiceiurile băbești posibile și numai în extrem cheamă medicul, de care aveau și au o neînțemeiată temere.

Ușor ne putem închipui deci dezastrele consecutive unor procedee aplicate de niște babe, lipsite de orice cunoștințe temeinice.

Din cauza, că medicii din antichitate nu studiaseră o sarcină normală, se înțelege ușor de ce se găesc atâtea neexactități în scrierile lor.

Scrierile lui **Hippocrate**s în ceia ce privește studiul obstetricii, sunt inferioare celor ce se ocupă cu studiul ginecologiei. În primul secol d. Chr., **Corneliu Celsus**, unul dintre cei mai erudiți medici ai școlii ptolemeiene din Alexandria, repară multe greșeli ai școlii hippocratice. El e primul care luptă să scoată din mâna babelor „secretul“ facerii normale. Medicii acestei epoci fac examinări pe gravide, asistă la faceri normale, observă diferitele faze prin care trece facerea dela început până la expulsia placentei; câștigă deci în felul acesta cunoștințe prețioase pe baza cărora mai târziu **Moschion**, în sec. IV. d. Ch. scrie prima carte de moașe, care e păstrată de posteritate. Urmează iarăși un lung șir de secolii fără roade. Până în secolul al XVI-tea nimic nou nu se mai lucrează pentru dezvoltarea și înaintarea științei obstetricale. Prima oară în Franța pornește între medici un nou avânt puternic pentru a pătrunde și medicul în camera de facere.

Deși era foarte greu, nu numai din cauza împotrivirii moașelor, dar și pentru că nici medicii nu erau în deplină concordanță. Unii susțineau, că acest serviciu este pentru medic dejositor („haec ars viros dedecet“) și pe cei ce fără jenă luptau pentru ideia propusă, îi poreclau de „măitres barbiers chirurgiens“. Printre primii și cei mai însemnați medici ai acestei epoci amintim pe **Ambroise Paré**. Rezultatele frumoase obținute în urma experiențelor largi, au făcut din acest simplu barbier, medicul personal al regelui. În urma multor intervenții obstetricale reușite prin diferite metode conservative a ridicat vaza mamoșilor acolo, încât femeii din societatea înaltă, rup cu obiceiul de până aci, angajânduși pentru asistarea la naștere în loc de moașă pe câte-un „acoucheur“. În sec. XVIII-lea apare în Paris primul

institut de Obstetrică „Hotel Dieu“, pentru ocrotirea gravidelor sărace și a primii femeile ce nasc. Cei mai buni obstetricieni ai acestui secol sunt **Mauriceau și Clement**.

Experiențele bogate ale acestora, puse pe hârtie, au ajuns și în țările vecine. Astfel în Germania și Olanda acest curent nou prinde imediat rădăcini. **Deventer** continuă munca începută de Francezi și îmbogățește studiul obstetrical cu „studiul bazinului“ până acum cu totul neglijat. **Harvey** descopere circulația sanghină, **Regner de Graaf** (1650) foliculii în ovare, **Ham** spermatozoizii. În Anglia apare în acest secol **forcepsul**, care mult timp rămâne secretul și monopolul familiei **Chamberlin**.

Perfecționarea metodelor de examinare aparține genialității, ca în Franța **Levret** (1703—1780), în Anglia **William Smellie** (1680—1763). Acest din urmă prin cartea sa intitulată „Anatomia femeii gravide“ a făcut o ade-vărată epocă pe terenul științific.

Până când în statele vecine obstetricienii de un secol deja sunt în plină activitate, în Germania „femeile mai bine mureau, decât să se arate medicului“. Pe când în Paris de mult funcționa Hotel de Dieu, în Lipsca moașele erau examinate în studiul obstetric de soția primarului! **Fried** (1769) a fost primul, care a început lupta pentru ridicarea prestigiului obstetricei în Germania. După el a urmat **Roeder**, care prin o muncă uriașă a ridicat această ramură a științei la nivelul la care se aflau în statele vecine. În curând apar apoi și în Germania institute pentru ocrotirea femeilor în timpul sarcinei, nașterii și a leuziei.

Antisepsia, doctrina lui **Semmelweis și Lister**, a adus apoi roadele binefăcătoare în ceia ce privește sănătatea lăuzei expusă în timpul sarcinei și al nașterii la diferite inconveniente și infecții.

I.

## EXAMENUL GINECOLOGIC.





## I. Anamneza și importanța simptomelor.

În diagnosticul bolilor ginecologice anamneza și simptomatologia constituie capitole importante, cărora medicul practician trebuie să le dea toată atenția.

Luând în considerare simțul de pudoare rareori alterat al femeii, în întrebările și examinările noastre trebuie să fim prudenți, atenți și fără ca să jignim, ne extindem asupra tuturor chestiunilor, cari ar putea interesa boala, ori ar putea lumina întrebările, ce ni le punem.

*Anamneza și examenul general* sunt de o însemnătate considerabilă. Multe boli ale organismului pot avea repercusiuni asupra sferei genitale (tuberculoza, boli mintale etc.) și invers: bolile genitale pot trezi modificări patologice în diferite organe ale femeii.

*Anamneza* poate fi scurtă, dar trebuie să fie precisă. Să fim indulgenți și să ascultăm răspunsurile și plângerile, ce stau în legătură cu boala, dar să evităm cu tact și cu abilitate povestirile uneori lungi, cari n'au nici o importanță.

Pentru a putea proceda după un sistem, e bine să utilizăm o anumită schemă în întrebările noastre. În felul acesta mai ușor putem obține, cea-ce voim. Dacă abandonăm *întrebările sistematizate* ni se poate întâmpla, să trecem cu vederea momente, cari la început ni se pot prezenta, ca banale, mai târziu însă se pot declara de importante.

Trebuie să cunoaștem istoricul bolii.

Să nu fim prea scurți, superficiali și distrași în întrebări, când pacienta î-și pune încrederea în noi și așteaptă dela noi salvarea!

Întrebările noastre să fie în legătură și bine adoptate cu boala. Ele să îndreaptă îndosebi asupra: *emorației, scurgerii și durerilor*, cari pot apare izolate sau asociate. Din răspunsuri să putem construi și stabili cel puțin cu aproximație diagnosticul. Afară de acuzele, ce stau în

directă legătură cu afecțiunea, să dăm atenția cuvenită și acelor fenomene patologice, cari pentru pacientă par îndependente de boala ei genitală, dar cari în realitate stau în directă legătură cu ea

*Simpptomele* produse de maladiile genitale sunt variate. În general pot fi cauzate de:

a) leziuni *locale*, având originea în starea patologică a organelor genitale, și în perturbațiunile funcțiilor fiziologice a acestora.

b) tulburări produse de starea patologică a *organelor vecine* (peritoneu, vesică, uretere, rect.).

c) *generale*, cari se manifestă în organele îndepărtate (sistemul nervos, cord, starea psihică) Aceste din urmă se numesc și *reflexe sau secundare* (dispepsie, meteorism, palpitație etc).

În timpul interogatorului să fim atenți asupra *aspectului general* al bolnavei. Sunt cazuri când o scurtă privire aruncată asupra femeii ne dă deslușiri importante și ne servește, ca fir de conducere.

O pacientă tânără (15—18 ani), palidă, slăbită ne face să cugețăm la *chloroză*. O altă femeie, bine nutrită, în floarea vieții cu aceiași mină, ne face să gândim la *pierdere de sânge* (fibrom, polyp, avort etc.) *Sarcina* o cunoaștem de pe configurația abdomenului, cloasme, ținută. Cachexia ne face să ne gândim la *processe maligne* (cancer, sarcom etc.)<sup>1)</sup>

*Etatea*. În cele mai multe boli genitale poate avea o importanță deosebită.

Iată *șablonul*: Etatea 13—16 ani este epoca, când se ivește menstruația; 17—22 ani vârsta căsătoriei și a inconvenientelor în legătură cu aceasta; 22—42 ani nașterile, 42—48 ani menopauza (climacteriu), 40—60 ani bolile maligne.

Aceste date determină în general deosebitele epoci naturale, prin care trebuie să treacă aproape fiecare femeie. Dela aceasta regulă sunt excepții, cari nu se pot încadra în tabloul de sus: deosebirile individuale, împrejurările sociale, ereditatea etc., le pot declina delă șablonul normal.

2) *Bolile din copilărie* în general n'au mare însemnătate. Poate rahitismul, tuberculoza și syphilisul pot avea oarecare influență asupra dezvoltării mai tardive a organismului și paralel cu aceasta și a manifestațiunilor genitale (Hypofuncție ovariană etc). Alte boli, ca scarlatina,

<sup>1)</sup> Heizmann.

dyphteria, febra tifoidă etc. și consecințele lor (nefrită) au mai multă însemnătate în Obstetrică, decât în Ginecologie.

3) *Menstruația* este un factor, care în datele anamnestice duce întotdeauna rol principal. Turburările ovulației și ale menstruației sunt cele mai dese inconveniente în maladiile ginecologice: deși nu sunt *cauze*, totuși ca *simptome*, sunt de un interes deosebit și de-o importanță primordială. Cunoașterea axactă a tuturor inconvenientelor menstruației și ale ovulației, dă în mâna ginecologului cheia, cu ajutorul căreia se poate apropia de diagnostic. Foarte puține boli ginecologice sunt cari n'au de-a face cu menstruația. Cele mai multe însă au influință desăvârșită asupra acestui fenomen fiziologic, deci trebuie cunoscut cu precizie. Trebuie pusă multă grijă și atențiune în ce privește: *începutul, decursul și cantitatea emorației menstruale. Dacă e regulată sau nu?* Regulată e în majoritatea cazurilor atunci, când se repetă tot la 28 zile și are o durată de 3—4 zile, fără nici un inconvenient. (Sunt femei, cari menstruiază în tot timpul vieții sexuale la 3 săptămâni. În aceste cazuri „individuale” menstruația se poate privi ca regulată). Dacă se prelungeste, căutăm cauza în: endometrite, metrite, maladiile anexelor, retroflexii, parametrite etc. Sunt cazuri, când menstruația fără nici un inconvenient și fără bază pathologică durează 6—8 zile. Afară de bolile susamintite, cari au caracter local, ne gândim și la alte maladii ale organismului cu caracter general: febra tifoidă, gripă etc.

*Durata intervalului menstrual* prea scurtă sau prea îndelungată, deasemenea este un simptom pathologic. Menstruația apare mai des, dacă în organele genitale este vreo boală acută sau subacută. Când intervalele sunt lungi d. e. 2—4 luni: amenoree periodică, căutăm cauza în gradul de dezvoltare al organelor genitate (uter, ovare), cât și în întreaga constituție (anemie, cloroză, tuberculoză, syphilis). Se știe din experiențe, că la *multe femei raportul sexual (căsătorla) poate schimba tipul menstruației*. D. e. o fată, care avea menstruație numai o zi, după căsătorie o poate avea regulată: sau una cu dismenoree, sau cu menoragii, după căsătorie poate avea menstruație cu totul normală.

*Sarcinile și nașterile (avorturi) deasemenea pot schimba tipul menstruației.* Dismenoreele femeilor tinere,

retroflexia, stenoza cervicală, hipoplazia, după nașterea primă de multeori dispar cu totul. În practica de toate zilele însă vedem și contrarul: multe femei sufăr după naștere sau avort de emoragii și dismenoree (endometrită, retroflexii-versii ale uterului „post partum” etc.).

De altfel emoragia formează în ginecologie un complex foarte important de simptome: *menoragia*, *metroragia* și *dismenoreea*. Tot aici se poate trata și fenomenul de *amenoree*.

Caracterele și însemnătatea lor sunt:

a) *Menoragia este tipul menstruației abundente și totodată îndelungate* (10—15 zile). E provocată pe cale fiziologică (ovulație), însă durata ei lungă e patologică. *Boalele uterului* endometrita, metrita, hipertrofia mucoasei uterine, fibrom, retroflexii uterine etc.) și ale anexelor (salpingoovarita, pelviperitonita, tumori anexiali etc.) sunt cauzele acestora. Menoragiile din timpul preclimacteric sau climacteric sunt explicate de unii autori, ca o *funcțiune lezată a ovarelor*. Hormonele ovariene distribuindu-se neregulat și inegal în organism, ar cauza o iritație deosebită, asupra nervilor vasomotrici ai uterului. Alți autori explică aceste menoragii prin *scleroza precoce a vaselor uterine*.

b) *Dismenoreea*.

*Durerile în timpul menstruației* totdeauna sunt patologice. *Menstruația normală* decurge fără nici-un inconvenient. Puține femei (35%) sunt, cari nu simt nici o durere la menstruație. La cele mai multe (65%) auzim acuzând dureri mult sau mai puțin vii în hipogastru, în regiunea inguinală, în șale, în coapse. Aceste le putem privi, ca cele mai ușoare simptome de dismenoree. Pe lângă aceste la multe femei se mai adaugă și alte diferite inconveniente: dureri de cap, amețeli, moleșală, hiperestezie etc.

Când femeia acuză dureri în timpul periodului, trebuie să ne gândim la vre-o modificare patologică a organelor genitale. La *inflamații* acute sau subacute durerile de menstruație sunt continui din ziua primă, până în cea ultimă, uneori accentuându-se cu *crampe*. În cazuri de *hipoplazie genitală*, menstruația deasemenea e foarte dureroasă, îndeosebi în primele zile. Durerile se ivesc uneori

cu 1—2 zile înainte de aceasta. Aci dismenorhea se explică pe baza micimii organelor genitale și în deosebi a uterului (strictura cervicală, tenziunea în păretele uterin). Totașa la stenoze cervicale, retroflexii, hiperanteflexii, polipi, durerile se prezintă cu câteva ore sau zile *mai înainte* de a se ivi emoragia. Interesant e iarăși faptul, că multe boli cronice, uneori și fibromele nu cauzează menstruații dureroase. Așa d. e. vedem fibrome mari, cari nu fac menstruații dureroase, și fibrome mici cari pot fi cauza durerilor și crampelor din menstruație. Dureri în forma de *contractiuni cu emorații* uterine se ivesc, când în cavitatea uterului este vr'un polip fibros sau vreun miom submucos, cari sunt aproape se nască în canalul cervical sau în vagin. În rare cazuri durerile pot să se ivească *către sfârșitul menstruației*, aceste se explică prin faptul, că uterul bolnav se contractează pentru a-și primi iarăși dimensiunile din 'naintea menstruației (involuție postmenstruațională).

Unii autori admit așa numita *dismenoree nervoasă* în cazurile, *când local (obiectiv) nu găsim nici o schimbare patologică*. Aceasta formă de dismenoree survine la femeile cu ocupațiuni fizice și psihice grele: muncitoare în fabrici, studente universitare, guvernante, oficiante (telefoniste, dactilografe etc.)

c) *Metroragiile* se caracterizează prin faptul că, *emoragiile se prezintă independent de menstruație și ovulație*. Căntitatea sângelui pierdut la metroragii poate fi minimală, dar poate fi chiar și periculoasă vieții.

Ea este însă din partea femeilor în foarte multe cazuri exagerată. Trebuie să fim cu rezervă, când femeia declară „emoragie mare”. E bine, ca întotdeauna să accentuăm în întrebările noastre, dacă sângele vine în *chiaguri*? Chiagurile de sânge au o importanță deosebită.

Metroragiile sunt cauzate de o serie de maladii, cari se împart în următoarele grupuri:

1. Tumori.
2. Turburări în decursul sarcinei.

#### 1. Tumori.

a) *Tumorile maligne* cauzează metroragii pe baza arodării capilarelor de către procesul neoplasic. Aceste emorații, independente de menstruație, se ivesc în cursul

celor patru săptămâni, uneori continu, altădată cu mici întârzieri. Îndeosebi cancerul uterin este cea mai frecventă cauză a lor. Apar cu mult timp înainte de simptomele durerii! Cancerul e deja înaintat, când prin o mișcare mai energetică (sărituri, dans, călărit) deodată se produce o sângerare abundentă. De multe ori femeile consideră boala, ca urmarea unor ridicări, eforturi etc. De oarece țesutul canceros, este foarte friabil, se poate rupe la ori-ce mișcare mai violentă. Tot așa trebuie privite, ca foarte suspecte emoragiile consecutive raporturilor sexuale! Deși le întâlnim uneori și la eroziuni ale colului, e bine să fim prudenți față de ele și în cazuri dubioase să facem examenul histologic (Uneori și examenul medical poate provoca sau accentua pierderile de sânge).

Scurgerea poate fi *serosanquinolentă* sau *emoragică*, uneori având un *miros foetid*, acesta caracteristic pentru cancer.

Metroragiile timpului climacteric, apoi cele ce se ivesc în bătrânețe totdeauna sunt suspecte pentru cancer. Afară de cancer, sângeri similare pot fi cauzate de sarcom și de chorioepiteliom, apoi de alte tumori maligne ale anexelor (cancer tubar, cancerul ovarian).

b) *Tumori benigne*. Avem a face aci cu fibromiomul, care însă după unii autori numai atunci cauzează metroragii, dacă e submucos sau când a trecut într'o degenerescență oarecare. Trebuie deci să fim foarte precauți la clăsarea metroragiei fibroamelor. Degenerescența poate fi cu caracter de *necroză* sau chiar *malignă*. Totasemenea precauțiune și examinări istologice se recer și în cazurile de polipi *uterini*, cari deasemeni cauzează metroragii.

*Tumorile anexiale benigne* rareori dau naștere la emoragii mari. În aceste cazuri de obicei avem a face cu *sarcină extrauterină*, sau cu vreo tumoră anexială trecută în *vre-o degenerescență*.

2. *Turburări în decursul sarcinei*: avort incipient sau iminent, placenta previe, sarcină extrauterină etc.

d) *Amenorea*.

Se numește fenomenul, când menstruația din oarecari cauze lipsește. Aceasta poate fi: amenorea din copilărie, explicată prin lipsa ovulației, amenorea din sarcină și lăuzie, amenorea femeilor bătrâne și amenorea patologică.

Din punct de vedere medical ne interesează mai mult amenoreele patologice.

*Aplasia* sau *hipoplasia* organelor genitale sunt cele mai dese cauze ale amenoreii, totaşa şi *atresiile genitale*; cele dintâiu sunt *amenoree definitive*, cele următoare *amenoree provizorii*, căci se pot repara pe cale operativă. *Amenoreele artificiale* sunt cele provocate pe cale operativă, (ovariotomie, histerectomie) sau pe cale radiologică (climax artificial).

Sunt şi alte cauze, cari pot cauza amenoree, aceste sunt aşa numitele cauze *extragenitale*. Aşa d e. *bolile infecţioase* (febra tifoidă, gripa, malară şi îndeosebi tuberculoza, sifilisul) Acestea împiedecând desvoltarea foliculului lui Graaf, menstruaţia nu se produce. Această formă de amenoree se ameliorează sau dispăre în momentul, când bolile susamintite se ameliorează ori se vindecă. *Amenoreea periodică* poate fi cauzată de vreo alteraţie psihică a femeii (dureri sufleteşti, moarte în familie, închisoare, schimbare de aer, bucurii etc.). În războiu s'a observat o formă curioasă de amenoree, care de unii se esplică pe *bază psihică* (grija după soful, care luptă pe front), de alţii pe baza *subalimentării*, iar de alţii din *lipsa raporturilor sexuale*.<sup>1</sup> Alţi agenţi provocatori pentru amenoree pot fi maladiile următoare: Cloroza, diabet, nefrita, leucemia, Basedowul. *Bolile mintale şi nervoase* pot fi şi ele cauza amenoreii. Aşa d e. demenţia precox, tabesul, paralizia generală etc.

*Calitatea sângelui pierdut la menstruaţie* poate contribui uneori la fixarea diagnosticului. Unele femei anunţă o scurgere menstruaţională *seroasă*, altele *serosanguinolentă*. Această modificare le sperie şi le silesc să caute ajutorul medical. Astfel de emoragii se ivesc în cazuri, când femeia e însărcinată, sau e în lăuzie, când e vorba de apropierea stării climacterice apoi în cazurile de insuficienţă ovariană (hipoplasie, extirpaţia incompletă a ovarelor). Uneori sângele menstruaţional are un *miros foetid*, precum e în cazuri de infecţie puerperală (endometrită septică), polypi uterini necrotici, condilome acuminat pe col şi în vagin, cancer etc.

*Termenul ultimei menstruaţii*, formează una dintre cele mai importante întrebări în cursul anamnezei ginecologice.

<sup>1</sup> S'ar putea numi: *amenoreea belica*.

Datele referitoare la o eventuală sarcină în multe cazuri nu sunt destul de clare. Îndeosebi femeile necăsătorite încearcă cu diferite tergiversări să devieze de la întrebările puse. Totasemenea le place să acopere și să nu dea mare însemnătate simptomelor subiective legate de sarcina incipientă („Mi-am deranjat stomacul!"). Altădată subintelența unor femei face, ca să nu știe data ultimei menstruații. Să nu uităm în cursul cercetărilor, că greața și salivația abundentă nu sunt simptome patognomonice pentru sarcină. Totașa nici vărsăturile. Numai atunci pot fi întrucâtva decizătoare, dacă pe lângă acestea se mai adaugă și *lipsa de menstruație*, care până atunci avea curs regulat.

*Câte sarcini au avut femeia și cum au decurs?* Din întrebările acestea putem obține date privitoare la starea sănătății din trecut, apoi asupra eventualelor defecte organice: nefrită, boli de inimă, tuberculoză, sifilis etc. Tot aici ne interesăm de *avorturi* (artificiale sau spontane) *de nașteri cu copii morți. Numărul nașterilor și decursul lor?* (Operații). Îndeosebi data ultimei nașteri este pentru ginecolog de o importanță deosebită, căci un termen vechiu ne dă unele indicații pentru a ne gândi la inflamația cronică a anexelor. (Sterilitate). *Căsătoria fără copii* iarăși este cazul când trebuie să ne gândim la procese inflamatorii ale anexelor în urma cărora concepția nu s'a putut efectui. O perioforită bilaterală împiedecă străbaterea ovulelor la suprafață, sau o atresie bilaterală a canalelor tubare, emigrarea lor în uter. La capitolul acesta de multe ori avem de-a erua antecedentele încă din „săptămâna de miere", în care timp multe femei tinere cad jertfa soțului încă bolnav. (Interogatorul soțului).

Nu e inoportun a ne interesa apoi despre *decursul lăuziei* (febra puerperală, tromboflebite, parametrii) a *lactației* (mastită, subinvoluție uterină etc.).

Să trecem la diferitele *scurgeri* vaginale pentru cari atâtea femei caută ajutorul medical. Acestea sunt de două feluri:

1. cauzate de *maladiile organelor genitale*;
2. cauzate de *alte boli (cauze extragenitale)*.

1. Scurgerea cauzată de *maladiile organelor geni-*



tale poate fi *microbiană* și *amicrobiană*. În categoria microbiană avem de a înșira forma *gonococcică* ca cea mai frecventă, apoi cea *streptostafilococcică* și *saprofitică* în urmă apoi, ca cele mai rare dintre acestea: forma *tuberculoasă* și cea *difteritică*.

Tot aci trebuie să amintim și *scurgerile cauzate de obiecte streine* (pessare). Scurgerea mai poate fi cauzată de o *stază* în organele genitale: Retroflexie-versie, prolaps uterin, fibrome, endometrita glandulară hiperplastică etc.

2. Scurgere cauzată pe bază extragenitală găsim la femeile *clorotice*. Scrofuloza (tuberculoza) deasemenea poate cauza leucoree. Totașa și *anemia pernicioasă*, *leucemia* și *diabetul*. Tulburările în aparatul circular și limfatic deasemenea pot face secrețiune genitală abundentă. *Aproape toate bolile genitale poartă simptomul acesta.*

Avem de a erua: *ce culoare și ce consistență are scurgerea?* Uneori avem de a face cu scurgere fără culoare (femeile îi zic: „ca apă“) cum este în cazul de *hipersecreție* a glandelor uterine fără bază infecțioasă. Sau când avem de-a face cu hidrosalpinxul profluent, când în diferite intervale se scurge din vagin o secrețiune ca apa. La cancerul uterin sau a anexelor aceasta e *sângeroasă*. Culoare albă, de culoarea laptelui (fluor albus, flori albe, scurgere albă, menstruație albă, leucorrhoe, etc.) are scurgerea în cazuri de sarcină (hipersecreția glandelor cervicale, amestecată cu epitel și flora microbilor vaginali). Aceași scurgere se poate vedea la fibrome submucoase, metrite cronice etc. O formă simplă de scurgere albă e „*hidrorhea termală*“, care constă în scurgerea prin canalul genital a unei secrețiuni abundente. Acest fenomen se prezintă cu ocazia tratamentelor balneare termale sulfuroase și durează aproape tot timpul curei.<sup>1</sup>

*Scurgerea galbenă-verzie* este caracteristică pentru endometrită gonoroică. Femeile cari sufar de astfel de scurgere, de obicei acuză *mâncărime și arșături* pe vulvă, *dureri la micțiuni și în jurul anusului*. Scurgerea sanguinolentă ⊥ dupăcum am spus mai sus ⊥ este simptomul neoplasmelor atât uterine cât și anexiale. Pe lângă aceste mai poate fi cauzată de *avort incomplet, polip placentar, eroziuni, ectropiu, endometrită glandulară*

<sup>1</sup> Daniel—Băltăceanu.

*hyperplastică*, etc. Scurgerea întotdeauna i-și lasă caracteristiconul pe albiturile femeii, așa că întrebarea la începutul examinării poate fi condusă și în direcția aceasta. *Cantitatea scurgerii?* În stadiu acut, dar îndeosebi subacut al boalelor genitale scurgerile sunt abundente. În stadiul cronic scurgerea diminuează și din când în când dispăre. Scurgerea poate avea uneori miros deosebit. Când scurgerea e foetidă, totdeauna avem să căutăm cu deamănuntul cauza, care în cele mai dese cazuri este *cancerul* apoi *mionul gangrenat*, *polyp uterin*, *resturi de placentă sau de membrane*.

Având oarecare orientare deja din datele obținute până aci, putem trece la tulburările ce se manifestă în *dureri*.

Simptomul acesta constituie în ginecologie un factor foarte important dar totodată și curios. Sunt cazuri, când obiectiv nu se prezintă nici cea mai mică schimbare patologică în sfera genitală și totuși găsim durerea, ca simpton turbulent (Așa d. e. dismenorea în multe cazuri nu se poate explica pe baze anatomo-patologice). Și invers: câte boli grave ale organelor genitale trec ani de-a rândul fără nici cel mai mic semn de durere. (Chiar cancerul colului în perioada primă nu dă dureri; aceasta probabil din motivul, că colul uterin e foarte puțin provăzut cu nervi sensibili).

*Când se prezintă durerile, cazul de regulă a intrat în perioada inoperabilității*, căci durerile arată trecerea procesului asupra vecinătății uterului bogată în nervi sensibili.

*Durerea din hipogastru* constituie totdeauna un simptom, care trebuie să ne îndrume atenția asupra maladiilor genitale. Localizarea durerilor este de o importanță considerabilă. Când sunt semnalate în mijloc asupra simfizei, avem de a face cu o afecțiune a *vesicei* sau mai des cu a *uterului* (cistita, pericistita, metrita, endometrita, perimetrita). *Durerile în flancuri* indică maladiile *salpingo-ovarience*, *parametritele* sau dacă e în dreapta: apendicita, în stânga *sigmoidita*, care este o maladie mult mai deasă decât se crede încă și azi; aceste două pot imita uneori manifestațiunile bolilor anexiale. Înainte de apendicectomie se impune examenul organelor genitale! Afară de aceasta mai sunt *durerile generale* în loja inferioară abdominală,

cari se bazează de obicei pe *afecțiuni generalizate*, (endometrita cu salpin-goovarita gon., endometrita septică, parametrita bilaterală, pelveoperitonita). *Durerile în șale* sunt cele mai dese inconveniente de cari sufăr femeile. Deși sunt cazuri, când obiectiv nu găsim nimic ce ar putea explica aceste dureri curioase totuși, în cele mai multe cazuri avem de-a face cu diferite *retrodeviații ale uterului, tumori anexiale, exudate pelveoperitonice, adhezii uterouterine sau uterosacrale, neoplasmul anexial, uterul gravid, slăbirea articulației sacroilice după nașteri grele*, etc.<sup>1</sup> Uneori pacienta se prezintă cu simptome schiatice (ischias) iar la examenul genital găsim o tumoră anexială, aderentă pe pereții bazinului, pe organele învecinate, sau pe baza pelvienă, etc. Durerile pot *radia* spre coapse, spre regiunea stomacului, ombilicului, a rinichilor, în torace etc. *Sensațiile de cădere* ce le simt unele femei se bazează pe câte-o retroflexie, retroversie, prolaps, rectocel, ruptura perineală, tumori.

Deosebită importanță are *durerea în timpul contactului*. Contactul nedureros arată, că avem de a face cu organe sănătoase sau cu vre'un proces de mult localizat. Afară de *vaginism* și *erosiunile vestibulare*, cari la înmășie cauzează dureri, avem un șir lung de alte maladii genitale, cari fac contactul imposibil din cauza durerilor. Procesele *acute* ale organelor genitale în totdeauna fac contactul dureros. Endometrita, salpingita, ooforita acută, inflamația jurului uterin deasemenea sunt cauze pentru a fi contactul dureros. Chiar și retroflexia-versia poate uneori cauza dureri la contact. *Simptomele reflexe*, pe cari atât ginecologii, cât și neurologii le întrebunțează cu predilecție în analiza simptomatică a bolilor, nu sunt urmările maladiilor, cari lasă urme obiective în organele din chestiune, ci multpuțin se pot aduce în oarecare *corelație* cu îmbolnăvirea genitalelor. Așa d. e. multe femei sufăr de dureri de cap, amețeli, schimbări curioase de temperatură (căldură, receală), dureri în regiunea stomacului, în spate, în umeri, palpitații, insomnie, greață, constipație, răgăeli etc.

Toate simptomele acestea trebuiesc primite cu multă rezervă și nici când să nu explicăm fenomenele aceste „reflexe“ cu maladia genitalelor înainte de a controla în

<sup>1</sup> În cazuri negative se recomandă și examenul radiologic (sacralizare ?).

cursul examenului și relația posibilă dintre maladia ginecologică și simptomele „reflexe”. Dacă nu putem găsi vre'o relație oarecare între diferitele simptome, trebuie consultată femeia cu un specialist (neurolog, internist). Rezultatul negativ ne poate apoi împuternici a declara relația pozitivă dintre simptomele acestea îndepărtate și organe genitale.

Să nu uităm a ne interesa de capacitatea de lucru: *oare boala actuală de care suferă pacienta noastră o face imposibilă de-a lucra?* Din răspunsul acesta putem face o deducție referitoare la gradul de gravitate al bolii.

E bine să știm *starea generală* de înainte de îmbolnăvire. Așa d. e. dacă putem atinge în posesiunea datelor referitoare la *greutatea corporală* a femeii (pierderi foudroiante sau îngrășare).

Trebuie să eruăm tulburările din partea *vesiceii*: suferă de micțiuni dese *cu urină tulbure* (cistită), sau cu *urina curată* (graviditate în I. II. III., tumoare, prolaps); *incontinența* (tuberculoza, retroflexia uterului gravid, încărcarea tumoralelor); *sângerarea* (cistită acută sau cea tuberculoasă, cancer vesical, polyp sau alte tumori, calculi etc.). Inconveniente din partea *defecației*: dacă e *dureroasă* (nod haemorhoidal, periproctită, pelviperitonită, salpingoovarită, exudat în Douglas); *constipație* (pelviperitonitele în toate fazele, tumoare, retroflexii fixate), *diaree* (disenterie, absces al Douglasului perforat în intestin etc.).

În cele mai sus espuse am încercat a da un tablou despre momentele mai însemnate din anamneza ginecologică. Deosebirea dintre femeie și femeie atât pe teren intelectual, moral cât și social nu permite în cursul examenului generalizare. Întrebările trebuie adresate corespunzător priceperii fiecărei femei. O femeie cu o cultură superioară știe aduna simptomele însemnate într'o grupare din care noi ușor putem scoate ceea-ce ne trebuie. Iarăși o femeie încultă deviază în fiecare moment cu explicațiile lungi și fără nici un rost așa, că trebuie să știm a o ținea în direcția cuvenită cu întrebări intercalate din când în când. Sunt femei, cari fără să aștepte întrebarea, încep istorisirea bolii, din altele iarăși abia poți scoate vreun răspuns hotărât și clar.

Suntem nevoiți în multe cazuri să facem întâiu examenul, apoi să punem întrebările. Aceasta când avem de a face cu femei, a căror inteligență suferă. De iscusința noastră depinde cum să oprim neobservat pe cea vorbăreață și tot dela priceperea și dibăcia noastră depinde, cum să manuăm pe cea tăcută.

Diagnosticul anamnestic este întotdeauna provizoriu, el se confirmă numai după examenul topografic și obiectiv, în cursul căruia complectăm datele ce ne lipsesc, iar pe cele greșite le îndreptăm.

Unii ginecologi sunt foarte scurți în anamneză; ei examinează întâiu, apoi întreabă. Noi credem, că această metodă de examinare nu poate fi admisă. Pacienta numai atunci e liniștită, când a fost întrebată deamănuntul, văzând prin adresarea multelor întrebări interesul medicului față de dânsa și față de boala ei. Încrederea pusă în medic în chipul acesta crește din clipă în clipă, pacienta se supune la toate ordinele și prescripțiile medicale și pleacă liniștită, nemai nutrind nici-o îndoială față de cele ce i-s'au spus.

Să nu uităm nici odată, că încrederea pusă în medic *contribuie* mult la vindecarea bolii.

## II. Examen general.

Ochiul, urechea și senzația palpatorică a degetelor, împlinesc în ginecologie un rol deosebit de însemnat. În cele ce urmează voi face o scurtă analiză asupra acestor mijloace de examinare, pentru ca să avem un tablou clar despre rostul fiecăreia.

### I. Inspecția.

Ochiul îl folosim pentru a *inspecta* terenul, care ne interesează.

Acest teren poate fi o parte din organism, sau chiar întreg organismul. În ginecologie însă, în primul rând, ne folosim de vedere pentru a inspecta abdomenul și organele genitale externe, iar în al doilea rând, organismul în general.

#### A) Inspecția abdomenului.

Abdomenul femeii sănătoase este ușor convex. Această convexitate își are punctul culminant la 1–2 degete sub ombilic, partea supraombilicală fiind mai puțin, iar cea subombilicală mai accentuat înclinată. Dacă convexitatea aceasta este bătătoare la ochiul extinzându-se asupra întregului abdomen (de la simfiză până la apendicele xifoid), trebuie să căutăm cauza acestei mărimi de volum în starea patologică a organelor din cavitatea abdominală. Când însă proemină numai o parte oarecare a abdomenului, trebuie să precizăm *care* organ poate fi interesat îndeosebi.

Această modificare a abdomenului însă nu trebuie privită totdeauna ca patologică.

Între împrejurările fiziologice ce dau naștere la o creștere considerabilă a abdomenului menționăm sarcina. Dacă modificarea e *patologică* trebuie să ne gândim la cauzele ce survin mai des: hernie, chist al ovarului,

fibrom, exudate mari, tbc. al glandelor mesenterale, hidronefroză, echinococoză, etc. Mai rar avem de-a face cu lipom al epiplonului, angiome ale mesenterului sau cu sarcome ale coloanei vertebrale.

Când peretele abdominal este peste toată extinderea lui egal proiminent, avem de-a face cu meteorism, sau grăsime. Persoanele cari sunt prea grase, (steatopygie), de obicei au abdomen cu dimensiuni voluminoase. Grăsimea anormală a peretelui abdominal de multe ori poate fi cauza greșelilor „clasice“ de diagnostic.

Când abdomenul e prea relaxat și ia o formă convexă, avem de-a face cu o stare patologică care interesează de obicei întreg organismul.

Toate maladiile, cari consumă rezerva organismului (tbc., cancer, febra tifoidă, etc.) cu carectizarea întregului organism, aduc și pârtele abdominal într'o stare convexă mai mult sau mai puțin accentuată.

Abdomenul afară de cele descrise mai sus poate prezenta și alte anomalii: așa de ex. vedem de multe ori striile gravidității, cari pot fi confundate cu cele ale ingrașării rapide: exanteme, dilatații de vene (caput medusae) diastaza mușchilor drepți, hernie, mișcarea peristaltică a intestinelor, la sarcină mișcarea fătului. La femeile slabe se mai poate vedea uneori și pulsația aortei abdominale.

## B) Inspecția organelor genitale externe.

Pentru a putea executa ușor acest examen inspectoric, așezăm femeia în decubit dorsal cu coapsele în abducție și flectate pe trunchi. În această poziție apoi putem vedea clar cum se prezintă: muntele Venerii, clitorele, buzele mari și cele mici, introitul uretral și cel vaginal, glandele lui Bartholini și cele parauretrale, starea himenului, a perineului și a anusului. Afară de aceasta, mai trebuie cercetați ganglionii inguinali, cari în unele cazuri de leziuni specifice ale vulvei, sunt tumefiați.

Introitul vaginal cu orificiul uretrei, în cazuri normale are o culoare roză, mucoasa este fină, orificiul glandelor lui Bartholini sunt abia vizibile, ca două puncte mici. Când aceste orificii sunt iritate sau infiltrate și secretă mai abudent, să ne gândim la gonoree («macula go-

noreică\*). Aceste modificări însă nu trebuiesc privite ca exclusiv caracteristice pentru infecțiune gonoroică

Ori ce proces inflamatoric al vaginului sau al uterului poate schimba starea introitului vaginal. Așa d. e. vedem mucoasa vaginală iritată și carunculi himenali infiltrați, când avem de-a face cu o scurgere genoreică. Influențe termice sau medicamentoase deasemenea pot schimba culoarea introitului. (Irigații prea fierbinți sau soluții antiseptice prea concentrate).

Plăgile vulvei sunt în legătură cu unele traumatisme de natură fiziologică (naștere) sau patologică (ulcer moale sau sifilitic). Plăgile de naștere le găsim pe perineu (rup-tura perineală) și în jurul uretrei pe mucoasa buzelor mici. Leziunile în urma deflorării în împrejurări normale, se localizează numai pe membrana himenală. Carunculi himenali sunt rămășițele membranei himenale, distrusă prin una sau mai multe nașteri. Acești carunculi dispar cu totul la femeile bătrâne.

Când introitul vaginal cu toată regiunea înconjură-toare, prezintă o culoare vânătă (culoarea prunei), avem să ne gândim întâi la sarcină; afară de sarcină se mai prezintă ast-fel și în urma unui obstacol în circulația san-guină pelviană, cum e d. e. în cazuri de tumori enorme ale organelor genitale interne sau ale bazinului.

Examenul vaginului aparține tehnicei instrumentare, despre care vom trata în altă parte.

## II. Palpația.

Cu ajutorul tactului, putem — înainte de examenul combinat — să ne facem o idee despre starea fiziologică sau patologică a abdomenului și a organelor intraab-dominale.

Palpația abdomenului deci o facem înainte de-a executa examenul bimanual. E recomandabilă aceasta me-todă din două puncte de vedere: 1. Femeile, care se jenează în fața medicului, mai ușor se supun examenului genital premers de palparea abdomenului 2. Sunt cazuri, când prin palparea abdomenului putem afla unele date ce pot clarifica o eventuală boală genitală sau să o excludă

Ca să evităm ori ce confuzie și greșală de diagnos-tic, e recomandabil între cadrele posibilității, să examinăm



după ce sunt golite intestinele și vezica urinară (aceasta din urmă totdeauna se poate face fără nici o greutate înainte de-a se executa examenul medical). Femeia se așează în decubit dorsal cu coapsele puțin ridicate așa, ca abdomenul să fie relaxat. Mânile reci produc senzații neplăcute bolnavei, deci le vom încălzi, frecându-le una de alta, sau atingându-le de sobă, cuptor, apă caldă, etc. Le așezăm apoi una lângă alta cu fața palmară pe peretele abdominal.

Abdomenul din punct de vedere chirurgical se împarte în două părți mari: 1., regiunea supra ombilicală și 2., regiunea subombilicală.

Când voim să explorăm regiunea supraombilicală, așezăm mâinile astfel, ca vârful degetelor să privească spre stern. Cu alte cuvinte: ne așezăm față'n față cu bolnava. Iar dacă examinăm terenul subombilical, atunci întoarcem mâinile cu vârful degetelor spre simfiză, întorcându-ne cu spatele spre fața bolnavei.

Când în abdomen nu este nimic patologic palpația se face fără inconveniente deși sunt femei cari dela natură fiind hipersensibile, acuză sensibilitate în urma apăsării ori unde pe părțile abdominal. În astfel de cazuri situația medicului e foarte grea și numai datorită unei iscusințe deosebite, poate afla starea adevărată. Când nu ne împiedică grăsimea prea abundentă a părțelui abdominal, putem palpa coloana vertebrală, lângă ea simțim pulsația aortei, poromontoriul, creasta iliacă și linia terminală a strămtorii superioare. Dacă uterul e gravid îl putem simți dela sfârșitul lunei a II ca o rezistență moale așezată înapoia simfizei. Tot așa găsim cu ajutorul palpării multe tumori de origine neoplasică: chist al ovarului, fibrom uterin, osteo-sarcom al vertebrelor sau al basinelului, hidronefroză, hidropisia vesicei biliare, tumori gastrice, lipom mezenterial sau al epiplonului, echinococ.

Tumorile dezvoltate pe bază inflamatorică sunt mai greu de palpat din cauza aderențelor ce se formează între organele bolnave și cele învecinate, cari uneori acopere procesul primitiv. Tot astfel și acelea, cari sunt în tovărășia sarcinelor mai înaintate.

Palpația trebuie să fie — ca toate manoperele medicale, — delicată, îndeosebi la început trebuie numai mascată, ca să câștigăm încrederea necesară și liniștea bolnavei. Cel ce procedează astfel câștigă mult în ochii

bolnavei! Deci la palpație paciința și delicateța să fie prima condiție. Uneori avem de-a face cu un abdomen relaxat, cum e d. e. la femei slabe, sau adesea și la multipare, în aceste cazuri fără nici o greutate putem palpa multe anomalii ce pot proveni din partea organelor intra-abdominale.

De multeori, ne împiedecă în executarea palpației, încordarea părțelului abdominal care însă dispare, dacă bolnava respiră cu gura deschisă sau dacă o ținem de vorbă.

Narcoza o întrebuițăm numai atunci, când suntem împiedecați de-a găsi schimbările patologice din cauza tensiunii părțelului abdominal, meteorism, sensibilitate sau chiar vre-o defansă parțială.

Pentruca palparea să ne poată servi cu date prezice, trebuie să ținem seamă de următoarele:

1. Vezica arhiplină apare ca o tumoră fluctuantă între ombilic și simfiză. În toate cazurile deci când găsim astfel de schimbare în aceasta regiune, avem să ne gândim în primul rând la vezică! Diferențierea se face ușor: facem, ca bolnava să urineze sau sondăm bășica. Dacă tumoora dispare: e vezica, dacă persistă: avem de-a face cu sarcină, chist al ovarului, fibrom uterin, etc.

2. În cazuri de constipație fecalele deasemenea pot face erori de diagnostic, în acest caz avem „tumori” caracterizate prin faptul, că sunt *cilindrice, insensibile, păstoase, mobile, configurabile și dispar după defecație*. Se află îndeosebi în colonul descendent, în porțiunea sigmoidă și rect. E deci de-o importanță cardinală, ca în astfel de cazuri să amânăm deciziunea (diagnosticul) până i-se administreză pacientei purgative sau clismă.

3. Impresie unor tumori ne-o poate da și diferite *organe deplasate*: rinichii, splina, ficatul pe cari le găsim adesea la multipare și femei slăbite, la constituțiuni astenice. Prin deplasarea acestor organe dela locul lor anatomic, se pot ivi foarte multe inconveniente, cu simptome foarte variate.

Afară de aceste organe se mai deplasează și tractul gastrointestinal, care la femei (multipare) neasămănat mai des dislocat sub forma de gastroenteroptoză, decât la bărbați. În cazurile când avem bănuiele asupra acestor inconveniente, e bine să cerem consult cu un internist.

4. *Tumorile p retelui abdominal* (adenome, lipome, angiome, sarcome ale peritoneului parietal, metastase etc.), se mișcă deodată cu păretele abdominal, cele cari pleacă din vreun organ al cavității abdominale, se pot mobiliza sub păretele abdominal, cu alte cuvinte: acest p rele se poate  ncreși peste tumoră. Tumorile concrescute cu păretele abdominal urmează mișcările acestuia.

5. Odată tumora găsită în cavitatea abdominală, cercetăm dacă e: *fluctuentă*. Fluctuație există în cazuri de chist, sarcină, miom (!) și *ascită*.

### III. Percuția.

Percuția deși în ginecologie nu se folosește pe o scară atât de întinsă, ca în medicina internă, totuși în multe cazuri ne dă contribuții foarte prețioase la fixarea diagnosticului. Uneori superficialitatea medicului face, ca abandon nd metoda aceasta at t de practică și de valoare, să trimită specialistului cazuri diagnosticate cu totul greșit (ascită ca chist al ovarului și viceversa).

Ne ajutăm de percuție în toate cazurile, c nd trebuie să diferențiem o tumoră de ascită sau invers.

Percuția trebuie executată cu multă atenție, în felul acesta vom avea satisfacția de a descurca chiar și cele mai grele cazuri.

Se pune întrebarea: lichidul care face să bombeze abdomenul, este liber sau inchistat (ascită, exudat, chist)? Dacă e *liber*, aceasta se vede de pe configurația abdomenului care la ascită e l jit deoarece lichidul, av nd o motilitate liberă, se lasă totdeauna în regiunile inferioare ale cavității abdominale, urm nd a se disloca și așeza în legătură cu mișcările bolnavei sau schimbările ei de poziție.

 n cazul, c nd femeia stă culcată în poziție dorsală, prin percuție găsim suprafața lichidului form nd o curbă a cărei convexitate privește spre simfiză. Punctul cel mai afund al acestei curbe e pe linia mediană, punctele cele mai înalte în flancuri.

Când femeia e în decubit lateral, lichidul liber al cavității abdominale, se așează asemenea unei linii curbe, a cărei convexitate privește spre bazin, punctul cel mai afund afl ndu-se lateral de ombilic, iar punctele mai înalte spre diafragm și bazin.

De la sine se înțelege, că făcând manopera aceasta, trebuie să așteptăm după fiecare schimbare de poziție, așezarea lichidului, care se face cam în 20—30 secunde.

Când lichidul este *închistat*, fie într'o tumoră, fie între aderențe, motilitatea totdeauna se comportă după forma tumorii sau a închistării. De ex. când avem de a face cu un chist al ovarului, matitatea înspre diafragm formează o linie curbă, care privește cu convexitatea spre osul sternal; culcând bolnava pe o lature sau cealaltă, tonul percușii nu se va schimba, va rămâne mat și în flancuri. Se exceptează numai chistele, cari sunt flasce, sau cari prezintă oare cari aderențe cu intestinele din împrejur și dacă aceste aderențe sunt îndeosebi pe părțile anterior sau lateral al tumorii.

#### IV. Măsurarea.

Măsurarea în ginecologie se practică foarte rar. O facem ca un oarecare *control*, când prin tratament conservativ voim să reducem o cantitate oarecare de lichid (ascită, exudat). Aceste măsurări se fac luând ca puncte de reper anumite puncte ale abdomenului.

- a) distanța dintre simfiză și apendicile xifoid,
- b) distanța acestora dela ombilic,
- c) circumferența abdomenului la:
  - a) înălțimea ombilicului și
  - b) la punctul maxim al convexității abdominale.

#### V. Ascultația.

De acest mijloc ne folosim numai în cazurile când trebuie să facem diagnoza diferențială între tumoră și graviditate.

Este de două feluri: *directă* (sau imediată) și se practică numai cu urechea, fără nici un instrument și *indirectă* (sau indirectă) când se face prin ajutorul stetoscopului. Din aceste două feluri de ascultație se preferă cea cu stetoscopul, fiindcă cu ajutorul lui izolăm, limităm, și întărim sgomotele.

### III. Examenul combinat.

Ginecologia, după cum vedem din cele expuse până aci, constituie în medicină un capitol important, deși este poate cea mai tânără între diferitele specialități. Pornirea uriașă spre dezvoltarea culturii generale în secolul XIX, a adus și pentru știința medicală progrese imcomparabile cu al celorlalte secole. Acest secol a rupt și vălul ce acoperea maladiile organelor genitale femeiești și lumea medicală a pornit spre exploatarea unui teren până acuma aproape necunoscut.

Examenul medical în ginecologie trebuie să facă lumină asupra diferitelor acuze aduse de femei în anamneză. Trebuie să clarifice starea organelor genitale externe, să ne dea tabloul organelor genitale interne și a întregii vecinătăți (uretră, bășică, rect, parametre); dar nu numai atât: mai avem a căuta și alte stări patologice ale organismului, cari apoi toate laolaltă cumpănite, analizate, ne dau în mână diagnosticul precis.

\* \* \*

Rezultat bun din examenul medical, numai așa putem avea, dacă femeia e așezată într'o poziție anumită acestui scop.

a) În decursul timpului, medicii pentru executarea examenului ginecologic s'au folosit de diferite poziții: într'un timp femeile erau examinate în *poziție laterală decubit lateral*. În acest mod de examinare trunchiul este culcat pe partea stângă, femurul drept depărtat și îndoit în genunchi, iar medicul se așează înapoia bolnavei. Aceasta este metoda aplicată de *Marion Sims*; în zilele noastre nu se mai practică afară de cazul *când femeia, la facere, e în periodul de expluzie și moașa are să facă apărarea perineului*. Nici aceasta nu e prea simpatizată, fiind prea greoaie. Incontestabil, că pentru controlul perineului metoda aceasta e cea mai perfectă. Trebuie să regretăm, că chiar și cei mai chemați apărători ai metodelor bune, le părăsesc, înlocuindu-le cu altele mai puțin perfecte.

b) O altă poziție de examinare era cea *genupectorală*, care într'o vreme era foarte mult aplicată nu numai de medici, dar și de moașe.

Azi nu se mai practică, afară de unele cazuri excepționale, când avem d. e. *de-a ridica uterul retroflectat și deplasat în Douglas și când această ridicare în decubit dorsal nu ne-a reușit*. În obstetrică se aplică cu avantaj pentru reducerea cordonului ombilical sau a unei mâni prolabate după ruperea apei.

Dintre toate pozițiile, cari sau aplicat și se aplică în ginecologie s'a dovedit ca cea mai practică și cea mai bună, *poziția dorsală (toracodorsală)* sau *decubit dorsal*.

Dacă așezăm femeia pentru executarea unui examen în pat, trebuie împlinite toate condițiile pentru a-o putea examina ușor. Aceasta pe pat nu se prea poate ajunge, deoarece bazinul se cufundă în saltea, sau în somieră; nu e aptă pentru examinări cu speculum, fiindcă nu ne prea putem servi de lumină în acest loc. Un simplu examen digital însă este ușor de făcut, dar nu totdeauna ne dă rezultat bun. Dacă totuși suntem nevoiți să examinăm pe pat, extremitățile trebuie ținute îndoite și coapsele flectate spre abdomen și totodată depărtate; sub osul sacru așezăm o pernă sau o pătură îndoită, ca să nu se cufunde bazinul. Abdomenul se relaxează. Dacă capul și toracele sunt ridicate puțin printr'o pernă.

Când avem de-a face vre'un examen de diferețiere la bolnavă acasă, e bine să ne folosim de o masă din casă pe care așezăm o saltea, iar pentru sprijinirea extremităților inferioare, ne servim de două scaune. Tot așa putem face și când examinăm pe pat prin așezarea femeii transvers pește pat.

În camera de consultațiuni medicale însă trebuie să ne folosim de mese făcute anume pentru cercetări ginecologice. Aceste mese au scopul de-a înlesni examenul și de a înlătura toate piedecile. Pe această masă femeia se așează în poziție dorsală: bazinul să fie scos până la marginea mesei, capul și toracele ridicat, iar coapsele îndoite spre abdomen și depărtate, gamba sprijinită pe un aparat stativ, fixat de masă. În modul acesta musculatura peretelui abdominal se relaxează, presiunea intraabdominală devine minimală și palparea organelor din cavitatea pelviană se va putea face cu cea mai mare ușurință. În general se admit mesele, a căror platformă ajunge până la cotul examinătorului (100 cm.). Bazinul femeii să fie nițel mai ridicat decât partea toraco-lombară așa, ca vaginul să aibă direcția de sus în jos, iar vulva să treacă în afară

de marginea mesei, ca la nevoie să putem folosi speculul sau alte instrumente necesare.

La cercetare trebuie să îngrijim, ca părțile sensibile ale vulvei să nu fie atinse și să fim precauți în ce privește introducerea degetului în vagin: să nu lărgim cu forța și fără nici un rost vaginul, de aceea aproape în toate cazurile *e suficient dacă introducem numai un deget.*

La început, când ginecologia își trăia anii de copilărie, se făcea examenul vaginal numai cu o mână, mai bine zis cu un deget, fără ajutorul transabdominal al celeilalte mâni. Metoda aceasta nu se mai practică, căci ne dă deslușiri insuficiente despre starea aparatului genital intern. Așa medicii bătrâni, în urma acestei metode nu știau mai mult, decât a cunoaște unele modificări a vaginului, a colului și a fundurilor de sac. Incolo întineric.

*Metoda combinată* a rupt vâlul ce acoperea acest întineric și a adus lumină deplină și asupra stării organelor genitale interne.

E perfectă, pentru că *în acelaș timp palpăm prin vagin, (sau rect) și prin peretele abdominal.* O mână se ajută cu cealaltă în cursul examenului genital. Cum am putea oare fără metoda aceasta a cunoaște variațiile deviațiilor, uterului, maladiile salpingelor și ale ovarelor tumorile anexiale, neoplasmale uterului și ale anexelor, starea parametrilor, a ligamentelor, a bășiceii și a rectului?

Insuficiență în sine e și palparea prin peretele abdominal fără controlul digito-vaginal sau digito-rectal.

Palparea în regiunea sub-ombilicală și hipogastrică se obișnuiește de fiecare medic, aceasta însă dă lămuriri foarte vagi asupra vreunei alterațiuni în sfera genitală. În zadar vom apăsa asupra simfizei, ca să găsim uterul. Acesta dacă e normal, se cufundă tot mai adânc sub mâna noastră fără ca să l simțim, afară doar de cazurile, când avem de a face cu o sarcină sau cu tumori mai mari. În zadar vom apăsa asupra regiunii ovarelor și a trompelor, nu putem primi nici un indiciu sigur asupra stării lor patologice. Nici sensibilitatea localizată în regiunea ovarelor nu poate fi decisivă pentru diagnostic, căci această sensibilitate poate fi cauzată de foarte multe maladii (perimetrită, pelvi-peritonită, parametrită, salpingită, apendicită).

*Vedem deci, că pentru a avea o lumină clară despre tabloul întregului aparat genital femeesc, nu e suficientă nici palparea transabdominală în sine, nici separat cea vaginală sau rectală, ci după cum vom vedea mai jos, numai ambele deodată, deci combinate.*

Cum se face acest examen ?

*Examenul combinat are mai multe condiții, care trebuiesc împlinite, altfel rezultatul nu poate fi precis. Bolnava se așează pe masa ginecologică așa, după cum a fost descris mai sus, (abdomenul relaxat, bășica și rectul golite). Aceste din urmă nu totdeauna se pot împlini, însă bășica, dacă e plină, o putem evacua cu sonda.*

*Care mână trebuie introdusă în vagin?*

Aceasta este o întrebare asupra căreia ginecologii și astăzi au discuții :

a) *Sunt unii cari susțin că mâna dreaptă trebuie să fie cea internă, iar cea stângă externă.*

Aceasta nu este întru toate admisibilă deoarece la metoda aceasta mâna dreaptă, care e și mai puternică, va fi în vagin, iar cea care e mai slabă (stânga) va avea de-a lupta cu unele greutateți: a învinge defansul și tensiunea voluntară sau involuntară a musculaturii abdominale. Neavând mâna stângă exercițiul de forță brachială, în curând se va obosi; pentru examinări în serii (în Clinici, Spitale) nu se poate recomanda.

b) *Sunt autori, cari susțin, că mâna dreaptă trebuie să fie mâna externă, iar cea stângă internă.*

Această metodă se bazează pe principiile de mai sus: adică introducând mâna mai slabă în vagin, cu cea dreaptă putem învinge mai ușor greutatețile, pe cari ni le impune musculatura peretelui abdominal. Mâna stângă în vagin, n'are nici o piedică de învins, chiar din contră: sensibilitatea organelor îmbolnăvite cere, ca mâna internă să palpeze ușor. Se impune deci o delicatețe oarecare în modul de a palpa intern și pentru aceasta, mâna stângă corespunde perfect de bine.

c) *Sunt autori, cari susțin, că ambele mâni trebuiesc egal „dresate” pentru examenul combinat: pentru jumătatea din dreapta a organelor genitale interne să ne folosim de mâna dreaptă în vagin, iar stânga în acelaș timp pe abdomen; pentru jumătatea stângă: mâna stângă în vagin, cea dreaptă pe abdomen. În modul acesta se poate pătrunde cu degetul mai adânc în fiecare parte.*

*Câte degete trebuiesc introduse?*

Iarăși o întrebare, care și azi mai dă ocazie la discuții.

a) *Unii susțin, că examenul ginecologic numai atunci poate fi precis, dacă introducem două degete;*



b) Alții sunt de părere, că e suficient și numai un deget.

*Cei mai mulți ginecologi sunt de părerea a doua, căci aceasta e împreună cu cele mai puține inconveniente, se poate introduce ușor în vagin, chiar dacă acesta ar fi de un calibru mai îngust.*

Introducerea celor două degete deodată în vagin în toate cazurile, este o procedură prea brutală, se poate admite numai atunci, când avem de-a face cu un vagin foarte larg (multipare), sau când voim să constatăm starea basinului osos (d. e. conj. vera), sau la ridicarea uterului retroflectat.

### *Cum se palpează?*

Palparea bimanuală trebuie să fie o procedură foarte delicată. Trebuie făcută cu multă grijă și atențiune, căci brutalitatea în ginecologie poate avea urmări foarte grave pentru pacientă. Indesebi se cere multă pricepere și finețe manuală, când avem de-a face cu procese patologice din jurul uterului (absces parametran, pyosalpinx, absces ovarian sau al Douglasului, aderențe recente, infiltrații maligne, exudate, sarcină extrauterină).

Introducând unul sau două degete în vagin, ne convingem întâi despre starea acestuia. Căutăm întrucât se prezintă în stare normală sau patologică întroutul vaginal, frenulul, pereții vaginali, canalul uretrei, colul uterin cu segmentul inferior, fundurile de sac vaginale, țesutul din jurul acestor organe, (chyst Bartholinian, ulcerații, vaginită, uretrită, periproctită, varice vaginale, chyst, lipom, alte neoplasme, absces al Douglasului, exudate, eroziuni ale colului).

În cazuri, când avem de a face cu virgine, la cari membrana hymenală nu permite introducerea degetului, aplicăm mai bine metoda rectală. Tot asemenea procedăm și atunci când vre-o maladie acută e cauza hypersensibilității vaginului și aceasta nu permite introducerea degetului. În cazurile de mai sus însă, când deosebite interese necondiționat cer examenul vaginal, aplicăm totdeauna *narcoza*.

Deodată cu introducerea degetului (sau degetelor) în vagin, așezăm cealaltă mână (de obicei cea dreaptă) pe peretele abdominal, pentru executarea examenului combinat. Scopul acestei metode e de a avea organul ce ne interesează în ambele mâni, pentru ca să putem avea idee

cât se poate mai precisă despre acesta. Mâna externă apasă organele din pelvis spre mâna internă și viceversa. În forma aceasta organele pelviene ajung între mâinile noastre, dacă aceste două conlucrează în aceeași direcție, ajutându-se una pe alta.

La femei de constituție slabă, subalimentate, la multipare, examenul bimanual se face fără greutate. E mai greu la femeile grase și cari n'au fost încă gravide. Dacă peretele abdominal este prea întins, apăsăm cu mâna externă la fiecare expiriu, tot mai afund, până ajungem să apucăm între două mâni organul, care ne interesează.

Ginecologul trebuie să se comporte la orice examen genital după toate regulile aseptice, antisepice și igienice; orice ar spune da'ele anamnestice, *ginecologul totdeauna trebuie să fie pregătit la posibilitatea introducerii vreunei infecții în tractul genital*. Înainte de examen neapărat trebuie să se spele pe mâni cu apă și săpun, eventual mai folosind și alcool sau alt desinfectant. Unghiile trebuiesc tăiate scurt; nimic nu e mai neplăcut pentru femeie, decât unghia lungă și ascuțită a doctorului, care o jenează deja la introducerea degetului în vagin; nu mult mai puține neplăceri îi cauzează mâna externă, când cele cinci unghii, frumos manicurate și bine ascuțite se înfig în pielea subțire a peretelui abdominal. E ridicol să vezi un mamoș — ginecolog încărcat cu inele și cu unghii lungi, ascuțite, „manicurate” după cerințele moderne! Un astfel de medic nu își pricepe rostul și prezintă pentru pacientă de multe ori adevărat pericol. Ginecologul deci întru toate trebuie să se comporte prescrișelor de sterilitate ale chirurgiei.

Îndeosebi trebuie pusă multă grijă pe curejenia mânilor, atunci când avem de a examina mai multe femei una după alta, ca să nu transpunem eventuala boală infecțioasă dela o femeie la cealaltă. Multe decepții și neplăceri se pot înlătura cu precauțiunea aceasta ușoară și neobositoare!

Examenul să se facă întotdeauna cu mâna udă, în forma aceasta se poate abandona folosirea diferitelor uleiuri, a vaselinei, a glicerinei cari pe lângă că sunt microbofoare, mai sunt și neplăcute, căci murdăresc rufe. Aceste materii, dacă voim a le întrebuința trebuiesc deasemenea sterilizate.

### 1. Cum căutăm uterul?

O serie mare de tușeuri vaginale trebuiesc, ca medicul, care se îndeletnicește cu primele studii practice de ginecologie-obstetrică, să fie în fine conștient de cele ce palpează.

*Palparea uterului întreg se poate face numai prin metoda combinată.*

Cercetarea internă se poate face cu ori care mână; e de preferat pentru mâna internă cea stângă, aceasta din mo-

tivele expuse mai sus. După ce femeia s'a așezat în poziția toraco-dorsală mai sus descrisă, introducem în vagin indexul ținut întins în timp ce policile se țin ce poate de îndepărtat de indice, sprijininduse de simfiză, iar celelalte trei degete vor fi îndoite în palmă. Indicele intrând în vagin, trebuie condus până la colul uterin, în timpul acesta mâna externă se așează pe abdomen în regiunea subombilicală, cam la înălțimea promontoriului. (În drum ne-am convins despre starea normală sau anormală a vaginului și a organelor învecinate). Indicele trece înaintea colului, înaintează înspre baza vezicii, în acelaș timp mâna externă, din sus în jos, se îndăună spre cavitatea pelvienă, căutând să se întâlnească cu cea internă. În drumul acesta, când uterul este așezat normal, mâna externă se lovește de fundul acestuia pe care îl și fixează. Având deci (intern) indicele înaintea colului, să zicem : pe suprafața anterioară a uterului, iar mâna externă pe fundul uterin sau mai bine : pe suprafața posterioară a uterului, acesta este prins „între două mâni”. În modul acesta ușor ajungem în posesiunea datelor referitoare la *mărime, consistență, formă, poziție, mobilitate și sensibilitate*.

Cele mai multe greșeli se fac la constatarea mărimii uterului, căci se taxează mai întotdeauna mai mic de cum e în realitate, asemenea greșeli se pot face (se întâmplă cu începătorii) în ce privește poziția, căci în cursul palpării și căutării uterului, ușor se poate întâmpla să fie acesta împins cu mâna înapoi, înainte sau în laturi. (Dacă uterul e în retroversie sau retroflexie, spațiul retropubien îl găsim gol, respectiv simțim uneori vag bășica).

## 2. Cum căutăm anexele?

Înainte cu vreo 8-9 decenii, medicii nu credeau în posibilitatea de a afla prin examen medical ovarele și trompele normale. Se explică prin faptul, că în acel timp încă nu era cunoscută în forma ei de azi, metoda de examinare combinată sau bimanuală. E lucru firesc, ca fiind aceste organe ascunse în cavitatea pelviană, să întâmpine medicul examinator greutăți. Trebuie multă practică și o tehnică desăvârșită pentru a putea fixa exact starea normală sau anormală (patologică) a acestor organe.

*Pentru palparea ovarului ne folosim deci de metoda bimanuală*: trecem cu ambele mâni dinspre uter spre peretele lateral al basinelui, în apropierea liniei arcuate (innominate), ceva mai jos decât aceasta, găsim un organ de mărimea unei prune mai mici, lungureț și lat, de o

consistență aproape elastică și foarte mobil. Se găsește greu la femeile grase, mai ușor la femei gracile, slabe și iarăși mai ușor dacă e tumefiat (ovarită), dacă e chistic degenerat, sau dacă e deplasat în Douglas (descensus, sau sub-luxatio ovarii). Ovarul normal e nițel sensibil, îndeosebi imediat înainte, în cursul și 1—2 zile după menstruație.

*Trompa este un organ, care se palpează destul de ușor cu procedeul combinat.* Între uter și ovar găsim un cordon, aproape de grosimea unui creion, moale, uneori mai întins, altădată sinuos care în apropierea ovarului dispăre. Se poate mobiliza și rula ușor între cele două mâni exploratoare. *Tuba normală nu e sensibilă.*

### 3. Cum palpăm ligamentele ?

Dintre ligamente se remarcă, ca importante: *ligamentul lat, sau parametrul lateral, ligamentul rotund și ligamentul sacrouterin sau parametrul posterior.*

Ligamentul lat și cel rotund se palpează cu metoda combinată. Primul se extinde între uter și peretele lateral al basinului, între canalul tubar și baza pelviană. În cazuri normale nu se simte decât atunci când, în urma vr'unui proces patologic, se tumefiază țesutul dintre cele două foițe peritoneale din cari se compune (exudat parametran, limfangită, infiltrații, „varicocel” al lig. lat etc.). Ligamentul rotund se poate ușor confunda cu trompa, se diferențiază însă prin faptul, că este așezat înaintea acestuia, e mai lung și continuând a-l palpa cu cele două mâni, dispăre abia în apropierea peretelui abdominal. *Ligamentul rotund în stare normală nu este dureros.*

*Parametrul posterior (ligamentul sacrouterin)* deși se poate palpa și pe cale bimanuală, totuși ori de câte ori avem nevoie de a ne convinge despre starea lui normală sau patologică (infiltrații, metastase etc.), întotdeauna e bine să recurgem la examenul rectal, care ne dă deslușiri foarte precise. În cazuri normale abia se poate simți, ca două bande divergente, ce stau slab întinse între colul uterin și partea inferioară a osului sacru. *Nu sunt dureroase.* Importanța patologică a acestui ligament începe, ori de câte ori e vorba de vre-un proces malign al colului uterin. Când acesta pe lângă un cancer al colului

prezintă fenomene de infiltrație dură și dureroasă, cazul de regulă a intrat în stadiul inoperabilității.

Toate organele, atât uterul cât și anexele, se palpează mult mai ușor, dacă sunt tumefiate sau transformate în tumori (anexiale, neoplasme etc.).

4. *Bășica normală și goală nu se simte*, abia în cazurile când femeia are peretele abdominal foarte subțire și fasc. Bășica plină se simte la examenul combinat, ca o rezistență ușor balotantă în forma unui glob, așezat între uter și păretele abdominal. Dacă e arciplină, se poate confunda cu uterul gravid, cu un kyst ovarian etc. Bășica normală nu e sensibilă. (În cazuri de afecțiuni patologice palparea e dureroasă, așa d. e. baza vezicii, când e vorba de o cystită purulentă, tbc.; toată vezica e sensibilă când avem de a face cu cystită acută, pericystită etc.). Cu metoda bimanuală putem ușor găsi dacă în bășică este vre-un corp străin sau vre-o tumoră.

5. *Ureterul* deasemenea se poate palpa cu procedeul combinat, însă în cazuri normale abia se poate găsi. Când însă este apucat în vre-un proces patologic al bășicii sau al parametrelor, se îngroașe și devine senzibil. În cazurile acestea găsim la marginile laterale ale trigonului două cordoane rotunde, care continuă lateral, divergând și se pot urmări uneori bine în scobitura sacroiliacă până la linia arcuată.

#### 6. *Când se face examen rectal?*

Acesta constituie în ginecologie un procedeu foarte valoros. E o călăuză prețioasă îndeosebi când avem de-a face cu vre-o tumoră retrouterină, haematom, sarcină extra uterină. E indispensabil apoi în toate procesele maligne ale uterului, căci cu ajutorul acestui examen decidem asupra operabilității sau inoperabilității cazului. (Controlul parametrelor). Ne mai folosim de acest examen în cazurile, când din oarecare cauză nu se poate face examen vaginal: virgine, acărora hymen nu permite introducerea degetului explorator, atresii hymenale sau vaginale, aplazie vaginală.

Pentru clarificarea întrebării, dacă tumoara e în legătură sau nu cu uterul, ne folosim de metoda lui Hegar, care constă din următoarele: cu o pensă lungă cu dinți (Muzeaux) introdusă în vagin fixăm și tragem colul în jos, iar cu degetul

introdus în rect, controlăm dacă tumoara se mobilizează deodată cu uterul sau între aceasta și uter se desface un spațiu. Căutăm să palpăm dimensiunile, conturul uterului. Aplicarea acestei metode este contraindicată în cazurile când în jurul uterului este vre-un proces inflamator acut, (pelvipерitonită), sau când în imediata apropiere a uterului este vre-o tumoră, despre care se crede, că ar fi un pyosalpinx, un absces parametran, sau ovarian etc.

---



## IV. Examenul instrumentar.

Servește pentru a obține rezultate *vizibile și reale* asupra tractului genital.

În cursul timpului s'a modificat considerabil instrumentarul gineologic așa, că în prezent avem aparate suficiente cu cari putem examina suprafața vaginului, colul, canalul cervical și cavitatea uterină.

Examenului instrumentar aparține :

- a) examenul prin valve,
- b) sondajul uterin,
- c) dilatarea colului pentru scopuri diagnostice,
- d) raclajul explorativ,
- e) excizia, puncția și laparotomia explorativă.

### A) Examenul cu valve.

Pentru a putea *inspecta* vaginul și porțiunea vaginală, ne folosim de așa numitele : *speculi* sau *valve vaginale*.

În practica de toate zilele vedem întrebuițându-se cu predicție trei modele :

1. cilindrice,
2. valva cu 2 sau mai multe clape,
3. valvele lui Sims și alui Simon.

### 1. Cilindrice.

Aceste pot fi de metal, de sticlă, lemn, porțelan etc. (*Ferguson, Meyer*). Se folosesc în practica medicală provincială și cu predilecție de moașe.

La introducerea acestor valve în vagin trebuie o deosebită atențiune și prudență. Regiunea anterioară a întroitului vaginal (orificiul urethrei și clitorele) este deosebit de sensibilă; la cea posterioară (perineu) e mult mai scăzută sensibilitatea și se lasă ușor să fie dilată; la introducere deci așezăm speculul uns cu vaselină, cu vârful conic către comisura posterioară și apăsând către anus dilatăm vaginul așa fel, ca partea anterioară a speculului să între sub urethră fără a-o altera. În forma aceasta putem introduce și cei mai groși speculi.

În cursul introducerii inspectăm pielea vaginalului, care se rupează pe dinaintea ochilor noștri grație introducerii tot mai adâncă a speculului. Toate schimbările patologice a părțelului vaginal, al colului, mai puțin al fundurilor de sac vaginale, se pot vedea imediat. În mâna celor începători sau neobiceiuiți cu acest specul, dă anză la multe dificultăți. Așa d. e. colul nu se angajează imediat în specul, când uterul e în anteversie accentuată. În acest caz, trebuie apăsat nițel spre fundul de sac posterior, ca să se poată vedea marginea anterioară a colului, pe care fixându-l acum cu o pensă, îl putem angaja în lumina speculară.

Acest obiect de inspectare are avantajii dar totodată și desavantajii.

Avantajile: se pot ușor și grabnic steriliza, luciul părțelului intern reflectează bine lumina pe terenul inspektorice, unele intervenții (tratament conservativ) asupra colului se pot efectua cu ușurință etc.

Desavantajile sunt: mâna care este neobiceiuită cu acest instrument, poate cauza bolnavei dureri la fiecare examen, uneori chiar și leziuni. Este greoi și nepractic pentru de a-l putea folosi la intervenții chirurgicale vaginale etc.

Dintre speculii cilindrice să folosesc de obicei două mări: unul cu diametrul de 4, iar altul de 3 cm.

## 2. Speculi cu 2 sau mai multe valve (clape).

Aceste în deceniile trecute erau în folosință generală, acum însă își pierd tot mai mult terenul, deși în unele cazuri pot fi utilizate cu mult folos.

Cunoaștem mai multe soiuri: *Cusco*, *Ricord*, *Nott*, *Chariere*; au avantajul, că să pot introduce cu cea mai mare ușurință, fără a cauza vr'un inconvenient bolnavei. Sunt *automate*, prin urmare nu cer asistența unei a doua persoane și intervenții ginecologice mai mici, asupra colului sau a cavității uterine (scarificații, sondaj, raclaj), se pot face cu ușurință. —, Pentru medicul de provincie sunt deci călduros recomandate.

Introducerea se face cu clapele (valve) închise și astfel, ca cele două clape să stea paralel cu părții laterali ai vaginalului; după introducere trebuie întors așa, ca o clapă să ajungă sub urethra iar cealaltă spre părțile posterior al vaginalului. Deci speculul face o rotație de 90°, cu ajutorul șurubului îl deschidem după cum cere trebuința. Înainte de-al extrage trebuie închis. Aci are desavantajul foarte neplăcut pentru femei, că poate să se prindă între valve o faltă a vaginalului.

## 3. Valva lui Sims și alui Simon.

În ginecologia modernă aceste două valve au cucerit un teren deosebit. Valva lui *Sims* se folosește pentru depărtarea părțelului posterior al vaginalului de cel anterior,



iar alui *Simon* pentru a ridica păretele anterior, deschiz nd astfel vaginul în c t se pot inspecta perfect de bine fundurile de sac vaginale  i colul; iar pentru orice intervenții ginecologice-chirurgicale-vaginale — fie cele mai grele — sunt perfect utilizabile.

Pe lângă acest avantaj, au desavantajul, că e nevoie de 1 sau doi asisten i.

O combina ie a acestor două valve (*Slms*  i *Simon*) prezintă valvele automate ale lui *Neugebauer* cari sunt practice, că fac suferflu ori ce asistenț.  n practica de toate zilele le vedem  ntrebuin ndu-se cu simpatie de dermato-venereologi. — Interven ii operatorii mai mari cu aceste valve nu se pot face.

Cu ajutorul acestor instrumente ne convingem despre următoarele: Starea anat.  i culoarea mucoasei vaginale. Cantitatea  i calitatea secrețiunii ce se află în vagin, ulcera iuni, fistule, neoplasme, varice vaginale, dimensiunile, forma  i culoarea colului, ectropiu, eroziuni, neoplasme; în orificiul uterin căutăm secrețiunea canalului cervical. Uneori găsim o materie cristalină, alteori streb tut  cu mici puncte sau linii de puroiu (endometrite), altădată sânge, polypi placentari, muco i sau fibro i, ovule Nabothiene etc.

---

## B) Sondajul uterin.

Atât canalul cervical, cât și cavitatea uterină nefiind accesibile degetului explorator, afară de cazurile de nașteri sau avort, avem nevoie de un instrument delicat, care să înlocuiască degetul, cu care apoi să putem străbate, fără nici o preparare de dilatare prealabilă în canalul cervical, deci și în cavitatea uterină.

Acest instrument e *sonda uterină*, care pe lângă toată simplitatea ei este de mare valoare în mâna ginecologului. Sondele vechi erau groase, neflexibile, din cauza aceasta întrebuițarea lor era foarte redusă.

Sonda modernă are o grosime de 2—3 mm. și o lungime de 30—40 cm. E construită dintr'un amalgam flexibil, în capăt are un buton de siguranță, pentru a se evita perforările. Datorită flexibilității sale, ginecologul o poate întrebuița în toate pozițiile și flexiile uterine dîndui printr'o simplă îndoitură manuală forma potrivită.

Sonda poate fi, sau nu, provăzută cu gradații pe centimetri. Marcarea aceasta centimetrică trebuie să fie cât mai fină, ca să nu dea posibilitatea depunerii murdăriilor.

Sunt sonde, cari la distanța de 7 cm. au o îndoitură genuniformă fiind și mai groase în acest loc pentru a atrage atenția medicului în totdeauna, asupra lungimei normale a uterului.

Sondarea se poate face cu și fără ajutorul valvelor. Intrucât ne permit împrejurările și cazul, să sondăm totdeauna cu ajutorul valvelor. În felul acesta se asigură nu numai buna dezinfecție a vaginului, dar și controlul fiind vizibil, dă mai multă siguranță.

În decubit dorsal, facem mai întâiu controlul bimanual pentru a ne convinge de starea uterului (poziție, dimensiuni, sarcină) și ale anexelor (inflamații salpingoovariene, gonoree, tumori anexiale, pelvipertonită etc.).

Când nu este nici o contraindicație, sondajul se face în modul următor :

Desinfectăm terenul, fixăm colul (sub controlul valvelor) cu o pensă Muzeaux, introducem ușor sonda (îndoită după cum cere cazul) în canalul cervical. Dacă acest canal este larg și neted, sonda alunecă ușor până la orificiul intern. Aci întâmpinăm puțină rezistență, care prin o ușoară apăsare se poate învinge, trecând sonda de acum în cavitatea uterină până ajunge în fund.

E mai dificil când canalul cervical este stricturat și sinuos. În acele cazuri se pretinde de la ginecolog o deosebită dibăcie manuală, pentru a putea străbate cu sonda în cavitate, fără a produce vre-o leziune.

1. *Indicațiile sondajului sunt multiple:*

a) *constatarea lungimei uterului.*

Lungimea uterului precisă nu se poate constata altfel decât prin ajutorul sondei. Resultatele dobândite prin ajutorul palpării bimanuale sunt dubioase. Dimensiunile uterului, stabilite cu ajutorul examenului combinat, nu corespund totdeauna lungimei adevărate a acestuia. Din acest punct de vedere de foarte multe ori ne poate înșela: un abdomen voluminos, grăsimea excesivă, întestinele pline, vezica, tumorile, deviațiile uterului etc.

Dacă sonda a ajuns deja în fundul uterin însemnăm pe sondă cu degetul până unde a intrat, și o estragem ușor. Trebuie să remarcăm însă un fapt: *Măsurarea lungimii cavității, se face totdeauna în linia mediană a uterului, lungimea normală fiind 7 cm.* Dacă introducem sonda pe coluri, e posibil, ca lungimea să fie ceva mai mare.

b) *Constatarea grosimei peretelui uterin.*

Asemănând rezultatul palpării cu lungimea cavității uterine câștigată prin sondaj, avem aproximativ grosimea peretelui uterin. Ea se mai poate executa deodată cu sondajul, introducând sonda în cavitatea uterină palpând prin paretete abdominal butonul sondei, care se lasă se fie simțit foarte ușor în cazurile când uterul și păretele abd. sunt subțiri. Când însă păretele uterului sau a abdomenului e gros, butonul nu se simte, sau foarte vag.

c) *Constatarea conținutului cavității uterine:* are de scop a controla dacă ea e goală, sau ascunde eventualc. tumori, sau resturi placentare.

Constatarea cavității uterine din punctul de vedere al faptului dacă e goală sau nu, întimpină multe greutăți. De multe ori în uter sunt d. e. coaguli moi de sânge. Prin aceeași sonda trece cu ușurință. Materiile mai rezistente ca d. e. polipi fibroși etc. sunt mai ușor de descoperit. Când cavitatea uterului e strâmtată (goală), sonda stă fixă, dacă însă e lărgită, sonda se poate mișca cu ușurință în toate direcțiile.

d) *Constatarea mucoasei uterine.*

Sonda în cazuri normale, la femei sănătoase, ajungând în atingere cu mucoasa uterină nu produce nici o durere, doar o senzație neplăcută cu iradiații spre lombe. În cazuri de endometrite, ea poate fi foarte sensibilă.

Dacă mucoasa uterină nu este netedă pe toată întinderea ei, cu sonda simțim aceste neregularități.

e) *Constatarea direcției canalului și a cavității uterine.*

Aceasta se face în cazul, când uterul nu este accesibil separat examenului bimanual din cauza vre-unei tumori, în care acesta se pierde.

Când canalul cervical cu anevoie permite pătrunderea sondei, poate fi vorba de *stricturi* sau *sinuosități*. În caz de stricturi avem nevoie de sonde mai fine, cari în mâni neexperimentate sunt periculoase! Sinuositățile le cunoaștem prin faptul, că executând sondajul de mai multe ori, sonda va excuta același mișcări.

f) *Constatarea motilității uterine.*

Procedeele e foarte periculos, și se poate admite numai în cazuri extrem de rare.

2. *Contraindicațiile sondajului:*

a) *Sarcina prezintă totdeauna contraindicație absolută pentru sondaj!* Deci înainte de a face sondajul se cere împetios, ca să ne convingem, *dacă femeia este sau nu gravidă.*

b) *Alte cauze, cari opresc sondajul: toate procesele inflamatorii, acute sau subacute ale uterului și ale anexelor (endometrită, metrită gonorhoică sau de altă natură microbiană, salpingita, ovarita, abscese ale salpingei sau ale ovarelor, absces al Douglasului, pelvipertonite, parametrite, sarcine extrauterine).*

În retroflexia uterului sonda în cursul trecerii prin orificiul intern trebuie ridicată ușor spre simfiză, iar în

anteflexii mai pronunțate, trebuie coborită spre perineu. Uneori trebuie să luptăm cu contracția momentană a orificiului uterin. Așteptând vre-o câteva secunde și apăsând ușor butonul spre orificiul intern, tonicitatea contracțiunii slăbește și sonda alunecă ușor spre cavitate.

O deosebită atențiune se împune când facem sondajul unui uter puerperal. Acesta fiind moale, ușor se poate perfora, dacă nu ținem seamă de dimensiunile corpului uterin ce le-am câștigat prealabil, prin examenul combinat.



### C) Dilatarea canalului cervical pentru scopuri diagnostice.

Atât examenul bimanual cât și cel instrumental, nu este întotdeauna suficient pentru a putea descoperi unele stări patologice, cari interesează *cavitatea uterină*. Pentru a putea obține un rezultat real asupra stării acesteia, trebuie să intervenim în așa fel, ca materia care ne interesează să ajungă înaintea ochilor noștri spre a decide asupra faptului, care este cât se poate de important: este oare o schimbare patologică malignă sau benignă a mucoasei uterine, sau a materiei extrase de pe suprafața acesteia (polip, fibrom submucos, deciduă, molă, epiteliom etc.)?

În favorul diagnozei deci canalul cervical, care în cele mai multe cazuri este închis nu numai pentru deget, dar și pentru instrumente mai delicate, cum este de ex. cureta, trebuie dilatat.

Dilatarea canalului cervical se poate face:

- A) prin incizia mediană sau bilaterală a colului,
- B) prin diferite alte procedee de dilatare.

A) *Incizia mediană sau bilaterală* se practică în cazurile, când este vorba de oarecare urgență, sau când în cavitatea uterină simțim o tumoară, care necesită să fie imediat extrasă. Aceste tumori de obicei dilată orificiul intern și totodată și partea superioară a canalului cervical astfel, încât aceasta intervenție, făcută cu toată arta chirurgicală, nu prezintă nici un pericol pentru femeie.

Se face incizia pe părțile anterioare al colului, după ce prin o incizie transversă făcută în fundul de sac anterior am împins vezica de pe col. Astfel se deschide canalul cervical de o lărgime considerabilă. După ce am extras ceia ce ne interesează, aplicăm vre-o câteva suturi atât pe col, cât și pe incizia transversă, făcută în fundul de sac anterior.

Incizia bilaterală a colului (discissio portionis) este mai puțin practică pentru lărgirea canalului cervical; este mai desavantajoasă fiind pericolul mai mare din cauza emoragiei ce poate urma. (Rămura cervicală a arterei uterine!)

B) *Dilatarea canalului cervical prin aplicarea diferitelor dilatoare.*

1. *Laminaria*: Desinfecțăm terenul, introducem în vagin o valvă, fixăm colul cu o pensă Museaux; introducem, cu ajutorul unei pense lungi, în canalul cervical o laminarie sterilă, care să aibă grosimea cam de 4–5 m/m. și care să fie provăzută cu o sfoară rezistentă, sterilă. Ea trebuie introdusă cu multă grijă și precauțiune și se fie așa de lungă încât 1 cm. din lungimea ei să fie liberă în vagin. Bucata aceasta trebuie învălită cu tifon. În comerț se află laminarii sterilizate, în fiole ermetic închise. Cele ne-sterile se pot steriliza în modul următor: 20 minute în soluție concentrată de amoniu sulfuric, de aci se trece în alcool absolut amestecat cu 1% sublimat. În soluția aceasta se pot apoi păstra timp foarte îndelungat. Laminaria se dilată maximum de 3 ori volumul original, aceasta în timp de 10–12 ore. Extragerea e dificilă când orificiul intern nu s'a dilatat în aceeași măsură ca celelalte părți ale canalului cervical. Uneori laminaria este «încarcerată» din cauza strangulației orificiului intern. În aceste cazuri operatorul trebuie să fie foarte prudent: căci aplicând forță prea mare poate să se rupă laminaria și partea distală să cadă în cavitatea uterină, sau extragându-o prea brusc, să fac leziuni multiple în jurul orificiului intern, cari dau apoi ocazie la emoragii, vindecându-se cu cicatrice, cari deasemeni fac ca pe viitor o eventuală naștere sau o intervenție medicală să fie foarte dificilă.

Ca să nu ajungem în asemenea situații e recomandat să folosim numai laminarii de calibru mic (4–5 m/m). Când e nevoie de dilatări mai mari, nu e nevoie ca numai decât să recurgem la o laminarie groasă, ci e mai consult atât pentru operator și cât pentru bolnavă, să se introducă mai multe laminarii subțiri deodată. Dilatarea se face mai repede și extragerea va fi foarte ușoară, fără inconvenientele amintite mai sus.

Când laminaria se încarcerează sau se rupe și rămâne o bucată în uter, trebuie să facem imediat extragerea aceleia prin o eventuală incizie mediană a colului, pentru a evita astfel alte complicații mai grave.

Laminaria trebuie scoasă după 12—14 ore și înlocuită cu altele, dacă mai e nevoie. Totasemenea trebuie imediat scoasă dacă după vre-o câteva ore se ridică temperatura peste 38° C.

Cu ajutorul laminariei avem posibilitatea de-a dilata canalul cervical în 12—24 ore. Foarte rar e nevoie de 36—48 ore. Pentru raclaj explorativ de multe ori e suficientă o dilatare de 12 ore cu o singură laminarie. Când însă avem nevoie de-a palpa cavitătea uterină, trebuie dilatat canalul în mai multe ședințe cu mai multe laminarii. Desavantajul acestui procedeu este, că dilatarea cu laminarii repetată, în 1—2 zile consecutive, dă ocaziuni la infecții.

### 2. Dilatatoarele lui Hegar.

Formează o serie de dilatatoare dela 1—25, din metal sau sticlă. Cel mai mic are pe diametru 2 mm.; până la Nrul 9 cresc la diametru cu câte 1/2 mm., deaci în sus la fiecare număr cu 1 mm. Cu ajutorul acestor dilatatoare se poate lărgi în 20—30 minute canalul cervical până la calibrul necesar intervenției intrauterine. Este un procedeu dureros, deci se recomandă să se facă în narcoză. Aceste dilatatoare indeosebi cele de calibru mai mare, introducându-le prea forțat, prea brusc, fac rupturi în jurul orificiului intern, cari pot da ocazii mai târziu la cicatrice stricturante.

Pentruca să evităm pe de-o parte narcoza cu toate inconvenientele ei, pe de altă parte leziunile multiple cu cicatrizarea consecutivă a orificiului intern, se recomandă *combinarea celor două metode de dilatare*: laminaria, urmată după 10—14 ore de dilatarea cu dilatatoarele lui Hegar.

3. Dilatarea cu ajutorul meșei este un procedeu greoi și nu se recomandă decât în cazurile, când avem de-a face cu un canal ramolit cum este d. e. un caz de avort incipient, sau la retenției placentare etc. Aduce servicii bune, căci totodată apără și de emoragii.

Pentru a putea introduce cu ușurință o curetă, trebuie canalul dilatat până la 7—9 mm. iar ca să putem introduce degetul (indicele) 16—18 mm.

Dilatarea artificială a canalului cervical este contraindicată în cazurile, când avem de-a face cu *procese acute inflamatorii* ale uterului sau ale anexelor. Chiar și în



cazurile când constatăm prezența vre-unei *alterațiuni cronice* ale anexelor sau a țesutului para-perimetran, e recomandabil să lucrăm cu cea mai mare precauțiune pentru a evita grave consecințe!

#### D) Raclajul explorativ.

Am relevat mai sus, că pentru medicul specialist modern nu totdeauna este complet examenul genital dacă să bazează numai pe rezultatele, ce le obține prin examenul combinat, sau prin sondaj. Sunt unele maladii cari la simpla palpăre prin metoda combinată, nici nu se pot observa, indeosebi emoragiile sau unele scurgeri anormale ne fac a presupune, uneori tocmai în lipsa schimbărilor mai evidențiate ale organelor genitale interne, vre-o maladie a *mucoasei uterine*. Pentru a putea constata aceasta maladie, e necesar a obține în întregime, sau o bucată din suprafața cavității uterine, care apoi are se fie expusă unui examen istologic.

Cel mai apt instrument pentru ecest scop este: *cureta*.

Raclajul se face în cazurile când au eșuat tratamentele emostatice în cazuri de emoragii neregulate, sau când în climacteriu, după o menopausă mai lungă se ivesc iarăși emoragii.

Desinfetăm terenul operatoriu, golind prealabil rectul și vezica. Aplicăm după gradul de sensibilitate sau gravitatea cazului, anestezie superficială cu scopolamină-morfină, analgesie lombară sau chiar narcoză cu aether-choroform.

Cu ajutorul valvei lui *Sims* deschidem vaginul și fixăm cu o pensă *Muzeaux* colul: Controlul uterului prin sondaj! Dilatarea canalului cervical până la Nrul 9 (*Hegar*); alegem o curetă, care se între comod în cavitatea uterului, străbătând ușor canalul.

Introducem cureta deci în cavitatea uterului, ținând totdeauna seamă de:

a) *poziția uterului constatată prin examenul bimanual și de*

b) *lungimea cavității uterine, constatată prin sondajul prealabil.*

Cureta introdusă va racla întâi părțile anterior, începând în linia mediană dinspre fund până la orificiul intern. Trece paralel cu aceleași mișcări, totdeauna ușoare, dar sigure, spre dreapta apoi spre stânga. Intoarcem cureta înspre părțile posterior și îl reclăm în același mod ca pe cel anterior.

În colțurile tubare și pe margini e bine să ne folosim de o curetă mai mică, ca să putem racla și regiunile aceste destul de dificile.

Nu e bine să scoatem cureta după fiecare tragere: prin aceasta pierdem timp și cauzăm dureri superflue femeii. Din când în când însă trebuie să controlăm ce am raclat și bucățile raclate trebuie eliminate fie cu ajutorul însuși a curetei, fie printr-o spălătură intrauterină cu canula Bozemnn-Fritsch sau Budin.

Dacă ne-am convins, că întreaga suprafață endometrială este complet raclată, introducem pe 12-14 ore o meșă în cavitatea uterină pentru asigurarea drenajului. Deși unii ginecologi nu aprobă drenajul susținând, că este superflu, totuși e recomandabil, dacă acest drenaj se face cu puțină meșă, nu prea îndesată, și dacă se estrage după 12-14 ore, sau în caz de temperatură urcată și mai curând. Meșa pe lângă, că asigură drenajul, mai are avantajul, că tamponează ferind de surprinderi cum e d. e. emoragia.

Materialul raclat trebuie ținut vreo câteva minute în ser fiziologic, sau în apă curată, rece, ca să-l putem curăța de sânge<sup>1</sup>, apoi îl așezăm în soluție de formalin 8-10% pentru a fi apoi preparat pentru examen istologic (inclusiv).

*Contraindicațiile raclajului sunt:* inflamațiile acute ale uterului și ale anexelor, piosalpinx, absces al Douglasului și totdeauna când poate fi vorba de cazul unei sarcini extrauterine (!)

<sup>1</sup> Să recomandăm procedeul următor, foarte practic: întreg materialul, cu sânge cu tot, îl adunăm într-o bucată de pânză sau tifon mai des și legând la capăt pânza o așezăm timp mai îndelungat (5-10 minute) sub robinetul de apă. Sângele se spală rămânând materialul curat.

### E) Excisia explorativă.

Excisia pentru scopuri explorative se face numai acolo, unde ochiul și instrumentele noastre pot pătrunde fără greutate. Așa d. e. când avem de-a face cu schimbări patologice ale vulvei, (tumori ale clitorisului, ale labiilor, urethrei, etc.) sau a vaginului și a porțiunii vaginale (colul uterin.)

Excisia explorativă este analoagă raclajului] cu diferența, că avem de-a face cu bucăți de dimensiuni mai considerabile și mai ușor de examinat histologiceste.

Înainte de excizie trebuie se desinfectăm terenul și tot ce ar ajunge în contact cu terenul operativ. Excisia să se facă totdeauna așa, *ca pe lângă țesutul bolnav se excindăm și din cel sănătos vre-o câțiva milimetri*, ca histologul se poată face comparația. Dacă sângerarea în terenul de excizie e considerabilă, aplicăm o sutură, sau dacă e mai mică, tamponăm.

### F) Puncția și laparotomia explorativă.

Ambele se practicau în deceniile trecute cu mult interes de către ginecologi. Azi nu mai au așa mare însemnătate.

*Cel ce știe palpa, foarte rar va ajunge în situația, ca să fie nevoit a le practica.* Poate la maladiile combinate cu ascită.

Lichidul scos prin puncția abdomenului mai de mult era supus unui examen microscopic, bacterologic, istologic și chimic pentru a putea face diagnoza diferențiară asupra maladii (chist al ovarului sau ascită, etc.). Azi toate aceste par iluzorii înaintea specialistului înarmat cu însușiri palpatorice indiscutabile. Azi se bucură de reputație deosebită numai puncția pe cale vaginală. Și aci puncția în mâna ginecologului este o armă, care ajunge la întrebuințare foarte rar; d. e. când are de-a diferenția o tumoră anexială de o sarcină extrauterină întreruptă. Se mai întrebuințează și când avem de-a face cu vr'un absces al Douglasului sau al parametrelor, în aceste cazuri, când puncția rezultă puroi, se face imediat și evacuarea prin colpotomie și drenaj consecutiv.

*Laparotomia explorativă* e indicată numai atunci, când toate examenele făcute asupra bolnavei (narcoză!) nu au adus lumină destulă asupra maladiiei. De exemplu când e vorba de ascită prea mare, pe lângă care însă nu avem semne de malignitate. Sunt iarăși cazuri în cari simptomele cari predomină, ne fac a cugeta la vre-o maladie, pentru care trebuie intervenție laparotomică fără, ca examenul obiectiv să ne fi putut clarifica prealabil situația. (Inodarea spontană a tubei, hemoragia gravă a corpului galben (!) etc., relația inflamatorică între apendice și anexe uterine!). În cazul, când examenele făcute asupra *operabilității* unui cancer uterin n'au putut clarifica situația, iarăși recurgem la laparotomie explorativă.

Laparotomia explorativă deci, în sensul medicinei moderne, este numai o intervenție premergătoare a unei eventuale laparotomii complete.

Ca un fapt istoric și interesant, se mai poate aminti aci exploarația digitală a Douglasului, prin plaga colpotomiei posterioare și metoda lui *Ott* (Petrograd 1903) prin care se făcea *pelviscopie* directă cu ajutorul unei lampe electrice, asemenea cistoscopului. *Ott* se folosea de acest aparat și în operațiile vaginale.

---

II.

EXAMENUL OBSTETRICAL.

Sub numirea de *explorație obstetricală* înțelegem examenul ce-l facem asupra femeii, de câte-ori ni se cere acesta de către o gravidă, născătoare sau lăuză.

*Explorația obstetricală* e de 3 feluri:

1. Explorația externă,
2. Explorația internă și
3. Explorația combinată.

*Explorația externă* are următoarele faze:

- a) anamneza,
- b) inspecția,
- c) palpația,
- d) măsurarea și
- e) ascultația.

*Explorația internă* cuprinde în sine rezultatul palpeului vaginal.

*Explorația combinată* se compune din explorația externă și din cea internă, executate în același timp.

## A) Explorația externă.

### 1. Anamneza.

Examenul obstetrical se începe cu *anamneza*, care cuprinde toate datele individuale și simptomele subiective ale femeii, referitoare la sarcină și tot ceea ce voim se știm în legătură cu aceasta. Deși anamneza, pentru a putea deduce adevărul, este de multe ori insuficientă și inexactă din cauza lipsei de cultură a multor femei, totuși, în cele mai multe cazuri, ne poate oferi date destul de prețioase.

a) *Etatea* femeii în obstetrică constituie un factor foarte important. Femeile între 18—25 ani — în general — nasc ușor, dela 26—27 ani începând, nașterile decurg mai

greu și nu arareori este nevoie de ajutorul medical. Nu numai articulațiile basinelor sunt la etatea aceasta mai rigide, ci și pielea, musculatura, fasciile și ligamentele pelviene.

Atât canalul cervical cât și orificiul uterin, la etatea aceasta se dilată mai greu și de regulă numai după sforțări îndelungate și foarte dureroase. Câte-odată numai prin grave leziuni ale vaginului și ale perineului reușește capul sau altă parte a fătului, se străbată. Nu numai pentru femeia care naște formează diferite pericole inconveniența aceasta, ci și pentru făt, a cărui viață printr'o naștere îndelungată, ușor poate fi periclitată. Sub vârsta de 17 ani deasemenea, deși mai rar, femeile însărcinate pot întâmpina diferite greutăți la naștere (basin încă nedesvoltat).

b) *Ocupațiunea gravidei în unele cazuri este deasemenea un factor însemnat.* Așa de exemplu, femeile cu ocupațiune grea, precum sunt muncitoarele de pe la diferite fabrici și magazine, unde pe lângă sforțare fizică continuă trebuie să lucreze de dimineața până seara într'o atmosferă viciată și în praf, nu pot avea la sfârșitul sarcinii fătul de aceeași greutate, ca una bine situată, scutită de griji. În schimb nașterile decurg mai ușor la acelea, cari desvoaltă multă muncă fizică.

c) *Starea civilă a femeii și dacă e căsătorită: starea sanitară a soțului?* (Alcoolism, sifilis etc.).

d) *Boalele din copilărie.* Dintre toate cea mai importantă e *scarlatina*, care lasă urme în rinichi și poate recidiva chiar și după mulți ani în decursul unei sarcini.<sup>1</sup> Apoi *rahitismul*, care deasemenea lasă urme difinitive în organism.

e) *Prima menstruație și decursul menstruațiilor.* Din datele culese prin întrebarea aceasta putem intrucâtva deduce, dacă organele genitale sunt în stare matură pentru a putea întru toate satisface unei sarcini normale. În regiunile noastre, menstruația se ivește pentru prima oară la vârsta de 12—14 ani. În cazuri normale se repetă la fiecare 28 zile și durează 4—5 zile; cantitatea fluxului menstrual fiind socotită la 150—250 grame.

<sup>1</sup> În anamneza gravidelor cu eclampsie, în cea mai mare parte găsim scarlatina, contractată în timpul copilăriei.

f) *Ultima menstruație*. Când a fost *ultima menstruație* și în ce condiții s'a prezentat? Nu a fost prea puțină sau de o culoare deschisă? Nu arareori menstruația se repetă și în decursul sarcinei în cele 1—2 luni dela început, dar aceasta e mult mai puțină și de o culoare roză și cam apătoasă.

g) *Starea subiectivă*. Dacă presupunem din datele câștigate până acum o *sarcină începătoare*, trecem cu întrebările referitoare la *starea generală (subiectivă)* a femeii. Ne interesăm, dacă are dureri de cap, de dinți, nevralgii, idiosincrasii față de diferite alimente sau mirosuri, plăceri perverse, greață, antipatie față de parfumuri etc., dacă nu suferă de vărsături? Dacă da, stabilim *intensitatea* lor. Dacă se prezintă numai dimineața sau și peste zi, numai după mese, sau chiar și cu stomacul gol? Dacă slăbește femeia sau se îngrășe, suferă de frig, amețeală, lene sau somnolență etc.

Toate acestea simptome sunt numai *auxiliare* în diagnosticul sarcinei și pot proveni și din alte cauze.

E mai ușor a ajunge la un oarecare rezultat la femeile, cari au mai fost însărcinate, cari prin urmare cunosc în scurt timp, că au rămas gravide. În astfel de cazuri cu mare probabilitate poate fi vorba de o sarcină, încă într'un timp, când diagnosticul obiectiv nu se poate încă preciza

Poate fi vorba în unele cazuri numai de o *auto-sugestie* prin care femeia, care voește să aibă copii, sau care a făcut „un pas greșit“, poate imita toate simptomele unui început de sarcină. Se oprește chiar și menstruația. La unele dintre acestea se balonează, treptat—treptat, abdomenul, altele simt chiar și mișcările „fătului“, cari nu sunt altceva decât mișcările peristalice ale intestinelor. Aceste manifestațiuni se dezvoltă la femeile cu constituție nervoasă sau cu alterațiuni histerice și se numesc *sarcini histerice (grosesse nerveuse)*. Nu sunt rare.

Lipsa menstruației se mai ivește uneori după *emoții sufletești* (amenorea psihică): bucurie, necazuri, clima, anotimpul, schimbarea de aer și de locuință, viața închisă în odaie (inchisoare,<sup>1</sup> internate, mănăstiri), diferite boale

<sup>1</sup>) În 1916, când armata Română a intrat în Ardeal, Ungurii au deținut surse de femei Române, le-a aglomerat într'o închisoare din Cluj. Zilnic primeam dintre acestea la Clinica Ginecologică pentru examinare din cauza, că le-a întârziat menstruația. Nici una n'a fost însă gravidă. Asemenea observație am făcut în închisorile din Serbia în anii 1917—18.



cronice, (catar la vârfurile pulmonare, tuberculoza, diabet, anemia pernicioasă, cloroza etc.). Pierderi de sânge din alte părți ale organismului, răniri, accidente, toate pot fi cauza amenoreei. Femeile, *cari alăptează* de regulă nu menstruează până la înjărcare. La unele se prezintă menstruația la 6 săptămâni după naștere, uneori numai pentru odată, la altele — aceste sunt cazuri mai rare — menstruația se repetă la intervale regulate, în tot timpul alăptării.

h) *Intrebări, dacă femeia a mai fost însărcinată?* În cazurile, când femeia a avut și alte nașteri, trebuie se știm cum au decurs sarcinile și nașterile precedente; ce anomalii, complicații, operații a suferit cu ocazia acestora și cum au decurs leuziile? În fine e bine să ne interesăm de starea cordului, a plumânilor și în general, a tuturor funcțiunilor ale organismului (micțiune, defecație). În felul acesta rezultatul cercetărilor referitoare la anamneză, vor fi cât mai complete.

## 2. Inspecțiunea.

Ca se putem avea un tablou cât mai clar și exact despre exteriorul însărcinatei e recomandabil, ca femeia să fie complet desbrăcată. Numai în modul acesta vom putea scăpa de eventuale surprinderi.

a) Cu ajutorul văzului ne convingem despre *constituția* însărcinatei, ținuta și mersul ei, că nu este oare prea mică<sup>1</sup>, nu e șchioapă? În cazuri suspecte vom cerceta urme de rahitizm, la ce etate a început a merge? Cum e configurat capul? Nu e prea mare, cu boșele frontale eșite (caput quadratum), dinții n'au creștături? Sternul nu proemină? Nu sunt noduri la articulațiile condrocostale (mătăniei)? Cum sunt membrele? Nu sunt prea scurte și groase, coapsele și gamba îndoite? N'are oare scolioză, cifoasă sau lordoză, etc?

b) Uneori se schimbă *coloritul pielii*, apar pe față și pe frunte pete galbene-surii (chloasme).

c) Să nu trecem cu vederea starea *mamelelor*. Aceste, în caz de sarcină, devin turgescențe; glandele mamare

<sup>1</sup> Femeile sub 135 cm. au de obicei „bazin pitic” (pelvis nana).

sunt palpabile și dureroase. Mamelonul se excită ușor și este foarte erectibil. Areola mamelonului se pigmentează brun și se lărgeste. Tuberculii Montgomery, cari la virgine abia se observă, formează la femeile însărcinate în jurul mamelonului ridicături ca boabele de orez. Din acești tuberculi mai târziu (în luna 2-3) se poate storce o secrețiune cristalină. Intreaga pie'le, care acopere mamela gravidei, se întinde și adesea apar *vergeturi* vinete-roșietice. Femeia simte dela un timp, că mamelele sunt mai grele. E bine să căutăm, dacă mamelonul e destul de ridicat, deci dacă e apt sau nu, pentru alăptare. Uneori mamelonul e retractat în formă de pâlnie (mamelon areolat). Astfel de mameloane sunt inapte pentru alăptare.

d) *Abdomenul și organele genitale externe.* Abdomenul în sarcină se configurează după poziția fătului.

1. Dacă fătul se așează longitudinal, formația uterului va fi un *ovoid*, cu un pol spre osul sternal și cu celălalt spre simfiză.

2. Dacă fătul e așezat transvers, abdomenul să lărgeste spre laturi, prezentând formația unui *ou*, al cărui poli stau: unul spre dreapta, celălalt spre stânga.

Inspectând mai departe vedem *pigmentația liniei albe*, apoi *tumefierea vulvei*, *culoarea violacee a mucoasei vulvo-vaginale*, aceasta din urmă este cauzată de hiperemia în venele basinului. Mucoasa vaginală e mai suculentă, labiile mari și mici se îngroașe. Constatăm prezența de *varice* la extremitățile inferioare, îndeosebi la multipare. Pielea extremităților inferioare către sfârșitul sarcinei se edemațiază, devine mai albă, mai rece. Schimbările acestea se desvoltă pe bază mecanică. Uterul cu conținutul său greu, apasă pe vasele basinului, cauzând prin aceasta în porțiunea inferioară, o oarecare *stază* venoasă.

În cele mai multe cazuri putem observa atât pe abdomen, cât și pe coapse, *vergeturi de sarcină*, cari la primipare sunt roșietice-violacee, iar la multipare pe lângă, că găsim și de acestea, se mai văd și vergeturile sarcinelor precedente în forma de *cicatrice subcutane albe*, sclipicioase. Uneori dela luna a 5-a, avem ocaziunea de a *vedea* chiar și *mișcările fătului* și *contractiunile ușoare* ale uterului, când apol apar și *conturile* acestuia prin părțile abdominal.

*Ombilicul până în luna a VIII. este neted, dela începutul lunei a IX. începe să proemine.*

Pânțele care *atârnă*, ne atrage atenția asupra basinelui strâmt. Se poate vedea însă și la femeile multipare la cari în urma sarcinilor multe, pânțele abdominal s'a relaxat și și-a pierdut rezistența și elasticitatea; la *primipare însă pânțele care atârnă, totdeauna arată, că avem de-a face cu un basîn vicios.*

### 3. Palpația.

Constituie în explorația obstetricală — îndeosebi în timpul mai înaintat al sarcinei — unul din mijloacele de examinare cele mai importante. Pentru ca să putem aplica acest mod de examinare, culcăm femeia în *decubit dorsal*, cu toracele și capul puțin mai ridicate, pentru ca peretele abdominal sa fie bine relaxat. Vezica și rectul trebuiesc golite. Ne așezăm de obicei la dreapta femeii, față în față cu ea. Începem palparea cu apăsări ușoare, ca sa ne convingem despre *mărimea uterului.*

Prin ajutorul palpației vom putea constata: *volumul, forma și consistența uterului*, dela luna 5-a înainte recunoaștem și *părțile fetale.* Trebuie să ne convingem și despre *grosimea părelui abdominal*, ca să putem deduce mărimea exată a uterului. Delimitarea fundului, care dă și posibilitatea stabilirii vârstei sarcinei, se face în modul următor: Așezăm mâinile, una lângă alta pe abdomen și prin apăsarea degetelor începem dela simfiză și înaintând în sus, spre groapa stomacului, fixăm locul, unde se sfârșește uterul, adică rezistența ovoidă din abdomen. Uterul formează la început o tumoară sferică mai târziu ovoidă, cu pereți netezi, elastici, cari în timpul contracțiunilor însă sunt tari. Tumoara aceasta continuă înspre bazin și de regulă e pe linia mediană, dar la sfârșitul sarcinei puțin aplecată spre dreapta, arareori spre stânga.<sup>1</sup>

Uterul se poate palpa prin pânțele abdominal dela luna 4-a, iar dela începutul lunei a 5-a se pot simți *mişcările pasive ale tătului*; acesta este un semn de diagnostic foarte important, și e numit „*balottement fetal*”

<sup>1</sup> De pe mărimea uterului putem constata cantitatea lichidului amniotic.

sau *plutirea fetală abdominală*. Ca să ne putem convinge despre aceasta, așezăm mâinile pe ambele laturi ale uterului și alternativ apăsăm spre uter cu una și fixăm cu cealaltă. Mâna examinatorului, sub apăsările acesteia simte, cum se izbește un corp de mână, ca se dispare apoi, asemenea unui obiect, care plutește în apă.

Pentru ca să stabilim *vârsta sarcinei*, ne folosim de următorul model care, mai mult sau mai puțin exact, servește la fixarea acesteia.

*In luna I-III.* (1-12 săptămâni). Uterul e în bazin, afară de sfârșitul lunii a III. nu se poate palpa prin abdomen, numai cu ajutorul explorației combinate. Fundul uterului în luna a treia ajunge chiar până la planul strâmtoării superioare.

*In luna IV.* (16 săptămâni). Fundul uterului se află 2-3 degete deasupra simfizei pubiene.

*In luna V.* (20 săptămâni). La mijlocul distanței dintre simfiză și ombilic. Femeia simte mișcările fetale.

*In luna VI.* (24 săptămâni). La ombilic.

*In luna VII.* (28 săptămâni). 2-3 degete deasupra ombilicului.

*In luna VIII.* (32 săptămâni). La mijlocul distanței dintre ombilic și vârful apendicelui xifoid. Păretele abdominal este intins, ombilicul neted. În luna aceasta apar vergeturile sarcinei.

*In luna IX.* (36 săptămâni). Fundul uterului e în groapa stomacului. Femeia respiră greu, are turburări gastro intestinale. Ombilicul începe a proemina.

*In luna X.* (40 săptămâni). Fundul uterului se coboară 2-3 degete sub vârful apendicelui xifoid; după unii autori, la mijlocul distanței dintre ombilic și stern. Respirația se ușurează: în groapa stomacului păretele abdominal e relaxat, moale. Ombilicul proemină.

• • •

Dela luna VIII. înainte, palpația abdomenului servește, pe lângă cele descrise mai sus, pentru a stabili numărul feților, *prezența, atitudinea și poziția fătului*. Pentru stabilirea acestora, stăm cu spatele spre fața fe-

meii, așezăm mâinile pe părțile abdominal în segmentul inferior al uterului, la dreapta și stânga acestuia. Extremitățile digitale sunt îndreptate spre canalul inguinal. Prin apăsarea alternativă cu mâinile, încercăm a pipăi și a căuta, care parte a fătului este la strâmtoarea superioară.

În poziția longitudinală a fătului simțim o *parte mare* la strâmtoarea superioară, în poziția transversă însă aceasta e goală. Dacă fătul se prezintă *cu capul* — atunci simțim o tumoare cam de doi pumni, de o consistență tare (vârtoasă), rotundă, netedă, ireductibilă, uneori este foarte mobilă, alteori fixă. Așa d. e. la *primipare* capul se fixează în strâmtoarea superioară cu 2-3 săptămâni înainte de naștere, la *multipare* numai la începutul nașterii. Dacă fătul se prezintă *cu șezutul*, atunci deasemeni simțim o parte mare la strâmtoarea superioară, care e însă moale, cu o suprafață neregulată, reductibilă, pe lângă aceasta găsim de multeori una sau ambele extremități inferioare. În caz, când poziția fătului e *transversă*, mâna examinatorului poate apăsa părțile abdominal până la promontor fără, ca să afle în cale vre-o rezistență.

#### *Variațiunile prezentărilor:*

1. Când se prezintă *cu capul* vorbim de: *prezentare cefalică sau craniană*, care după poziția spatelui poate fi: *dorsoanterioară, dorsotransversă și dorsoposterioară* dreaptă sau stângă.

2. Dacă se prezintă *cu pelvisul* vorbim de: *prezentare pelviană*, care după poziția spatelui poate fi: *dorsoanterioară-transversă-posterioară* dreaptă sau stângă.

3. Când avem de-a face cu *prezentări umerale sau transverse* găsim: capul spre stânga = poziția I, capul spre dreapta poziția a II. Aceste iarăși pot fi dorsoanterioare și dorsoposterioare.

După examinarea părții fetale dela strâmtoarea superioară, ne întoarcem iarăși spre fața femeii și așezând mâinile pe fundul uterului, căutăm cealaltă parte mare fetală.

Continuăm apoi cu explorația laturilor uterului, unde vom căuta spatele și celelalte părți fetale mai mici. Cu o mână fixăm uterul, iar cu cealaltă prin apăsări ușoare, căutăm părțile fetale: spatele și membrele. Dacă găsim într'o latură o rezistență netedă și lată, aceasta va fi *spina* (spatele) fătului, pe cealaltă parte vom găsi *membrele*, pe cari le putem ușor mișca; uneori le simțim mișcând (lovind) sub mâna noastră. (Ca să ne convingem despre exactitatea celor aflate, e bine să repetăm de mai multeori explorația aceasta)

Adeseori — precum e în caz de hidramnios — nu reușim să găsim spatele, atunci ne mulțumim, dacă aflăm membrele sau dacă într'o parte simțim ceva mai vârtos; presupunem, că e spatele.<sup>1</sup> Complectarea diagnosticului în cazuri dubioase se face apoi prin ajutorul celorlalte metode de explorație, despre cari vom trata mai jos.

#### 4. Măsurătoarea.

Pentru prognosticul nașterii, măsurătoarea formează un capitol deosebit de însemnat atât în explorația externă, cât și în cea internă.

a) În cazurile, când avem de-a face cu o femeie de statură mică, e bine să măsurăm *lungimea corpului*, care dacă e sub 140 cm. ne poate atrage atenția, de cu vreme. spre căutarea unui basîn vicios (îngust), prevenind astfel multe complicații.

b) Pe abdomen se obicinuesc următoarele măsuri:

1. *Distanța fundului uterîn dela simfiză.* (Se face în cazuri dubioase de sarcină: gemeni, hidramnios, molă).

2. *Circumferența abdomenului la înălțimea ombilicului.* (Se aplică la sarcina dubioasă de gemeni și hidramnios). Normal, la sfârșitul sarcinei face 100 cm.

c) *Pelvimetria*, care este de două feluri: *externă și internă.*

*Pelvimetria externă* se face cu ajutorul *pelvimetrului* lui Baudeloque și măsurăm:

1. *Distanța dintre spinele iliace* (normal 24—26 cm.).

2. *Distanța dintre crestele iliace* (normal 27—29 cm.).

3. *Distanța intertrocanteriană* (normal 30—31 cm.)

4. *Conjugata externă* (Baudelocque sau diametrul sacropubian ext., normal 20 cm.). Din conjugata externă dacă se scad 9 cm., obținem adevăratul diametru promontopubian (antero-posterior) sau *conjugata vera* (11 cm.).

5. Se mai obicinuește în unele institute a se măsura și *distanța dela marginea inferioară a simfizei până la*

<sup>1</sup> De multeori femeia însăși ne spune în care parte al uterului mișcă fătul mai mult, altă dată observăm și noi mișcările într'o latură sau alta, din acesia apoi putem deduce întrucâtva poziția fătului.

*vârful coccisului* (diametr. antero-posterior dela strâmt. inferioară, normal 11 cm.) apoi *distanța dintre tuberositățile ishiatice*, (care arată lungimea diametrului transvers al strâmtoarei inferioare, normal 11—12 cm.). Aceste două din urmă, în practica de toate zilele, pot fi neglijate.

Pelvimetria externă nu ne dă tabloul fidel al basinului, ne servește numai pentru a ne putea *orienta*, întrucât avem de a face cu basin normal sau cu unul vicios.

Pentru cunoașterea mai exactă a basinului ne folosim de:

*Felvimetria internă*, care ne dă tabloul clar al canalului osos. Se face — de regulă — cu ajutorul degetelor, însă se poate face și cu un instrument anumit, făcut pentru măsurarea directă a diametrului promonto-pubien. Acest instrument în practică nu se prea obicinuește.

E mult mai bine, dacă ținând seamă de regulile asepsiei, să examinăm cu mâna. Despre modul cum se execută pelvimetria internă (sau digitală), vom vorbi în capitolul explorației interne.

## 5. Ascultația.

Este de două feluri:

a) *ascultația directă sau imediată*, când ascultăm direct cu urechea;

b) *ascultația indirectă sau mediată*, dacă ne folosim de stetoscop.

Cu ajutorul ascultației putem deosebi două feluri de sgomote: *materne și fetale*.

### A) Sgometele materne.

a) *Suflul uterin*, care este un vuet șuerător și se formează în vasele mari uterine; e isocron cu pulsul mamei. Se poate diagnostica dela 12—13 săptămâni înainte.

b) *Bătăile cordului matern*, cari se aud ca un sgomot îndepărtat; este deasemenea isocron cu pulsul radial.

c) *Pulsația aortei abdominale*. Un sgomot puternic, ritmic, isocron cu pulsul matern.

d) *Pulsația arterelor iliace*, cari numai după o practică îndelungată se pot deosebi de alte sgomote.

e) *Sgomotul gazelor intestinale* în forme de chiorăeturi.

## B) Sgomotele fetale.

### 1. *Bătăile cordului fetal.*<sup>1</sup>

Este un sunet dublu și se aseamănă cu tic-tacul unui orologiu de buzunar. Se poate auzi dela luna 5-a. Sunt mai clare și mai accentuate în partea unde se află spinarea fătului. Fătul având în cazuri normale — o poziție de flexiune, spatele este imediat pe părțile uterin. La poziții cu deflexiune însă, auzim bătăile cordului mai bine în partea membrelor, fiind pieptul fătului mai aproape de părțile uterului<sup>2</sup> decât spinarea. Trecând prin lichidul amniotic, sgomotul inimei pierde mult din intensitate<sup>3</sup>. Frecvența sgometelor cordului fetal este 140 bătăi pe minut<sup>4</sup>; îndoit numărului de puls radial matern.

Punctul maxim al sgometelor cordului fetal se schimbă după poziția fătului. Așa d. e. la prezența craniene sgomotul cordului se aude mai accentuat și mai clar pe linia spino-ombilicală stângă sau dreaptă, 2—3 degete sub ombilic. La pres. pelviană, două degete deasupra ombilicului, puțin spre stânga sau spre dreapta. La prezența umerală (poziție transversă) le auzim sub ombilic cam pe linia mediană.

Numărul sgometelor cordului fetal este foarte variat; depinde de diferite cauze, cari pot avea originea la mamă sau la făt, după cum urmează:

#### *La mamă:*

a) *temperatura ridicată* cauzează o frecvență considerabilă în bătăile cordului fetal.

b) *Contrațiunile uterului*: sub influința acestora, sgomotul cordului fetal se rărește, devine însă iarăși normal odată cu încetarea contrațiunilor.

#### *La făt:*

a) *mișcările active ale fătului* accelerează bătăile cordului

<sup>1</sup> Simptom descoperit în 1818 de Dr. Mayer, chirurg în Genova.

<sup>2</sup> În cazuri rare se pot chiar simți cu mâna, transmițându-se prin părțile abdominală (*Schroeder*).

<sup>3</sup> În cazul unui hidramnios, sgomotul cordului fetal abea se aude.

<sup>4</sup> Se ia însă ca normal dela 120 până la 160 pulsații pe minut.



b) *asfixia fetală* poate rări (sub 100) pulzul fetal, dar și al accelera (200) dacă asfixia se menține, în urmă însă devine tot mai rar și aritmic (vagoparalizie).

2. *Sutul cordonului ombilical*. Nu se poate auzi în toate cazurile. Îndeosebi să observă numai, când se ivește vre-o piedică în circulația sângelui în cordon. D. e. dacă cordonul e resucit și strangulat în jurul gâtului, sau dacă cordonul e prins între cap și bazin, spate și părțile uterin. În aceste cazuri auzim un vuet *șuerător, izocron cu bătăile cordului fetal*. N'are mare importanță.

3. *Sgomotul mișcărilor active ale fătului*; aceste se aud deja în luna 4-a, ca niște isbituri ușoare, cari se repetă la intervale neregulate; sunt cauzate de *mișcările extremităților inferioare* ale fătului.

4. *Sgomotul lichidului amniotic*: se poate auzi în formă de plescăituri ori de câteori se mișcă fătul.

## Diagnosticul timpuriu al sarcinei.

1. *Metoda Abderhalden*: Constă în faptul, că din placenta (chiar și cea feartă), care fiind expusă unui proces de fermentare prin prezența unui ser de gravidă, albuminele difuzează prin părțile filtrului și se pot găsi în apa din jurul acestuia, cu diferite metode reactive (biuret, sulfosalicyl).

Este prea dificilă încă de-a se putea practica și de medicul practician. Ea se poate aplica numai în institute, unde stă la dispoziția cercetătorului nu numai material bogat, dar și laboratoarele necesare.

2. *Metoda cu phloridzină*. Aceasta se poate aplica din primele zile ale sarcinei până maximum în a 12 săptămână

Se administrează intramuscular 1 cm<sup>3</sup> din soluția de phloridzină (0.002 gr.)<sup>1</sup> dimineața înainte de a mânca. La această doză femeile gravide prezintă o glicozurie, până când cele negravide nu dau reacția aceasta. Se poate conta pe specificitatea acestei reacțiuni numai, când oul este intact. În cazuri de avort întâmplat, se prezintă acest feno-

<sup>1</sup> În comerțul farmaceutic se află sub diferite numiri „Gravidol“, „Maturin“ etc.

men mai rar și numai până când placenta este încă în contact cu peretele uterin. Din momentul când placenta se expulzează sau se discompune în cavitatea uterină, reacția nu se mai produce. Glicozuria să arată la 1—1½ oră după injecția cu phloridzină. (Proba lui Nylander)

*Modul aplicării.*

1. Injecțiile se fac dimineața (stomacul gol).
2. Se aplică (ori unde) intramuscular.
3. Înainte de injecție femeia urinează, iar după injecție i-se dă 200 cm<sup>3</sup> apă, cafea neagră sau ceai însă fără zahăr.
4. După ½ oră dela injecție, i-se dă femeii iarăși 200 cm<sup>3</sup> apă ceaiu, (cafea neagră) fără zahăr.
5. După injecție femeia urinează la fiecare ½ oră și în cantitățile câștigate se va căuta cu proba lui Nylander, zahărul.
6. Reacția e pozitivă, dacă în una din cele 3 porțiuni ale urinei, găsim zahăr.
7. Să nu folosească femeia înainte de acest examen, medicamente ca: antipirină, acid salicilic, cloralhidrat, zahărină, camfor, cloroform, extract de hipofiză, adrenalină, căci aceste pot zădarnici examenul.

## B) Explorația internă.

Prin examenul intern, care se face cu unul sau două degete, câștigăm cunoștințe despre:

a) *perineu*, dacă e prea înalt, dacă sunt cicatrice, ulcerațiuni, rupturi, sau dacă e prea rigid?

b) *uretră*.

c) *organele genitale externe* (scleroze, cedeme, tumoare etc.).

d) *vagin* (prea îngust, stricturi, atresii, tumori, varice, fistule, cicatrice, anomaliile membranei himenale, cistocel, rectocel etc.).

e) *Orificiul uterului* (la primipare orif. extern e închis până la naștere, la multipare e de 1 deget deschis; căutăm cicatrice în urma nașterilor sau avorturilor decurse).

f) *Colul uterului*, la primipare, către sfârșitul sarcinii dispare, la multipare însă persistă până la naștere.

g) *Mărimea, consistența și forma uterului*. Uterul în luna I. se înmoie și e nițel mărit; la finea lunii a II. uterul e de mărimea unei portocale, iar la finea lunii III. e de mărimea unui cap de făt; fundul e la nivelul planului stâmtoarei superioare. De aci încolo uterul se ridică din bazin în spre cavitatea abdominală; până la luna a V-a e sferic, de-aci încolo are forma ovoidă.

h) *Fundurile de sac vaginale (fornixul vaginal)*; dacă sunt sau nu pline și rotunzite de către partea fetală, care se află la intrare.

i) *Prezentațiunea și poziția fătului*.

j) *Starea pungii (prezența sau absența ei)*

k) *Conformația bazinului*.

l) *În decursul nașterii vom constata prin explorația internă, în care stadiu se află facerea.*

m) Ne vom da seama de *plenitudinea rectului și a vezicii*.

*Regulile explorației interne:* Organele genitale externe trebuiesc șoălate cu apă caldă și săpun, rectul și bășica golițe. Femeia este culcată în decubit dorsal, la marginea patului sau transvers preste pat. Basiful nișel ridicat, membrele inferioare îndoite de la genunchi și îndepărtate. Mănille să fie bine șpălate<sup>1)</sup>, unghiile îngrijite. Așezându-ne la dreapta femeii, cu mâna stângă desfacem orificiul vulvo-vaginal și introducem în vagin indexul dela mâna dreaptă, iar policele se reazămă de simfiză, celelalte trei degete îndoite în palmă se reazămă de perineu. Conducem indexul încet spre fundul de sac posterior, deci îl ridicăm înspre colul uterin, aplecând totodată și cotul cât se poate de afund. Mâna externă fixează fundul uterului și apasă fătul în jos, ca segmentul inferior se poată fi explorat cât mai bine cu degetul introdus.

Prin examenul vaginal, care se numește tact, tușeu sau *palpația digitală*, începând dela a 4-a lună putem observa și *balotarea fătului* (plutirea vaginală) apoi în cazul, când basiful e strâmt, putem se măsurăm direct conjugata vera în modul următor: introducem degetul până la promontor, dacă nu-l ajungem cu indexul, introducem și cel mijlociu. Ajungând acum la promontor, însemnăm cu unghia pe degetul intern locul marginii inferioare a simfizei și după estragerea degetului, măsurăm distanța cu o bandă centimetrică.

### C) Examenul combinat sau bimanual.

Se face în primele luni ale sarcinei, uneori și mai târziu. Dacă partea cu care se prezintă fătul e prea sus sau e prea mobilă. În aceste cazuri ne folosim și de mâna externă cu care fixăm partea care voim se o palpăm.

Prin explorația combinată (bimanuală) pu e n foarte curând diagnostică prezența sarcinei. După cercetările

<sup>1)</sup> 10—15 minute în apă caldă curgătoare (sau de mai multe ori șchimbată). Ne folosim de 1—2 perii șterilizate, în urmă așezăm mânille în șo'ujie de sublimat 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, apoi în alcool abs. — Câștigăm mult timp cu metoda Prof. Dr. Grigoriu (Na iodat + Hydr. Hyperoxid = iod în status nascendi). În soluția aceasta, totdeauna nou preparată, în 2—3 minute mânille devin șterile Șterilitate absolută însă ne ofera numai mânușile de gumă (câuciuc) șterilizate.

făcute de *Hegar*, segmentul superior al uterului unde se află oul e elastic și îngroșat, pe când cel inferior e încă massiv și subțire. Există chiar din luna I.a sarcinei *aceasta disproporție pronunțată între uter și col*. Colul în regiunea orif. intern fiind subțire, la examenul bimanual ni se pare ca și când degetul intern s'ar întâlni cu cel extern. Simptomul acesta, care se numește *semnul lui Hegar*, se află numai la sarcină.<sup>1</sup>

Prin ajutorul *examenului intern și cel combinat* avem un control, pentru confirmarea rezultatului obținut prin *explorația externă*.

În cele următoare vom cunoaște cu ajutorul palpeului intern, semnele caracteristice pentru diferitele prezențațiuni.

*Prezențațiunea occipitală.* Avem în segmentul inferior o parte rotundă, netedă, de consistență tare, osoasă, uneori pergamentoasă (d. e. la feți prematuri sau nematuri). Această parte tetală uneori e fixă, altădată balotează de-asupra întrării.

Dacă orificiul uterin e deschis, pe suprafața cranienă găsim o sutură (sutura sagitală) și dacă o palpăm în ambele direcții, la o parte întâlnim *sutura lambdoidă* sau occipitală, care are două ramuri confluențe cu cea sagitală; în locul întâlnirii acestora e *fontanela mică*, iar dacă urmărim sutura sagitală în cealaltă direcție, întâlnim două alte suturi: *sutura coronară*, care constă din două ramuri și *sutura frontală*. În locul de întâlnire al acestor trei suturi confluențe, este *fontanela mare*. În cele mai multe cazuri greutatea diagnosticului precis constă în faptul, că sutura sagitală se confundă cu sutura lambdoidă. Această greșală se poate evita dacă știm, că *sutura sagitală e dreaptă, pe când cea lambdoidă e nișel convexă și că marginea suturei lambdoide e neregulată. Osul occipital e mai gros, ca cel parietal. Vârful osului occipital în cursul nașterii este mai în toate cazurile împins sub oasele parietale, așa că în locul fontanellei mici găsim o groapă, ca o surpătură cu două margini osoase și o bază deasemenea osoasă, la suprafața netedă.*

Confundarea suturei sagitale cu cea coronară se întâmplă mai rar, dealtfel fontanela mare e atât de caracteristică și destul de ușor de găsit, încât în cazuri dubioase, chiar ea ne dă explicația stării adevărate.

Ar mai fi *sutura frontală*, care dacă o putem urmări ne conduce la glabelă. Nu se poate face diagnoza sigură atunci, când înaintea capului găsim o pungă groasă, ori precum se întâmplă la nașteri prelungite, când pe partea anterioară găsim *bose (umflături) serosangine* (caput succedaneum).<sup>2</sup> Aceste pot fi atât de pronunțate, încât uneori fac

<sup>1</sup> Aci putem aminti și *simptomul lui Piskaček*: în locul unde se împregnează oul, părțile uterin proemină.

<sup>2</sup> Aceste se produc prin transudarea de serozitate sangină în țesutul celular al pielii. Trece peste suturi. Incepe în țesutul celular subcutanat, trece la periost, la os apoi la meninge, uneori chiar și la substanța cerebrală. (Cefalhematomul, față de aceasta, este o emoragie subperiostală, care nu trece nici odată peste marginile suturei).

impresia unei părți moi ale fătului și pot da naștere la diagnostic<sup>ice</sup> greșite. Ca să evităm greșala, trebuie să introducem degetul explorator așezându-l după simțiză, unde palpăm un segment al părții anterioare neschimbată, prin care vom căștiga ușor tabloul exact al prezentațiunii.

*Variațiuni:* Când aflăm *occiputul la stînga*, vorbim de poziția I, care poate fi de 3 feluri: 1. Sutura sagitală în diametrul oblic stîng = P. O. I. S. A. (occipito iliacă stîngă anterioară), 2. sutura sagitală în diam. transvers — P. O. I. S. T. și 3. sutura sagitală în diametrul drept = P. O. I. S. P. (occipito iliacă stîngă posterioară). Aceleași variațiuni, când *occiputul e la dreapta*, (poziția a II).

*Prezentațiunea facială.* Dacă orificiul uterului e destul de deschis pentru introducerea unui sau a mai multor degete, diagnosticul e foarte ușor. Părțile feței sunt atât de deosebite una de alta (ochii, nas, gura cu limba, mentonul), încât greu se confundă cu altă parte fetală. Dacă fătul trăiește. Introducând degetul explorator în gură, îl va suga. E grea diagnoza, dacă nașterea întârzie și dacă s'a format deja umflătura sero-sanguină a feței, căci în acest caz întreaga față își pierde aproape toate caracterele și se poate confunda cu pelvisul.

*Varietățile prezentațiunilor:* Când *mentonul e spre dreapta*, vorbim de prezentațiunea mentoiliacă dreaptă, care este de 3 feluri: 1. M. I. D. P. (cu mentonul la artic. sacroiliacă dreaptă); 2. M. I. D. T. și 3. M. I. D. A. Spatele va privi spre stînga — Când *mentonul va privi spre stînga*, vom avea prezentațiunile: 1. M. I. S. A. 2. M. I. S. T. 3. M. I. S. P. Spatele va privi spre dreapta.

*Prezentațiunea pelviană.* De regulă găsim în segmentul inferior al uterului o parte *marc moale, în dreapta sau în stînga spre excavație găsim osul sacral, apoi orificiul anal, tuberositățile oaselor inchiaticice, iar spre partea contrară al osului sacral, vulva sau scrotul.*

Mai ușor e diagnosticul, când găsim lângă pelvis unul sau ambele membre inferioare (călcăiu) Când mai este încă lichid amniotic, avem simptomul așa numit „balotarea capului”, care se poate observa în fundul uterin.

*Variațiunile obicinuite:* Poziția I. 1. Dacă diametrul bitrocanteric e în diam. oblic stîng, vorbim de prezentația sacro iliacă stîngă posterioară; în diam. antero posterior = S. I. S. T. și 3. în diametrul oblic drept = S. I. S. A.

Aceleași variațiuni în poziția a II.

*Prezentațiunea umerală.* Indată ce degetul intern găsește segmentul inferior și excavația goală, trebuie să ne gândim la prez. umerală. Adesea găsim o mână sau cot de-asupra orificiului uterin, — însă de regulă părțile mari fetale se palpează foarte greu.

*Variațiunile sunt:* cefalo-iliacă (umerală) dreaptă sau stîngă, dorsoanterioară și dorsoposterioară.

*Deosebirea dintre membrele fetale prin palpație.* Mâna fătului o deosebim de picior prin următoarele semne: degetele lungi, foarte mobile, palma lată și tot atât de lungă; talpa piciorului e lungă dar îngustă, degetele scurte și mai puțin mobile. Piciorul face mișcări energice în formă de loviri, până când mâna se mișcă foarte încet. Mâna e în extensie pe antebraț, piciorul însă tormează cu gamba un unghiu cam de 80—90°, sau

și mai mic. Dacă examenul se face în cursul nașterii, atunci găsim umărul angajat în strâmtoarea superioară. Umărul îl cunoaștem de pe groapa axială, în care simțim coastele, apoi apofiza coracoidă și clavicula, uneori palpăm și omoplatul. În cele mai multe cazuri găsim mâna în orificiu sau coborâtă în vagin. Dacă palpăm clavicula înainte și omoplatul înapoi, avem de a face cu o poziție dorsoposterioară, și viceversa).

*Direcția* în care trebuie să căutăm capul o știm dacă introducem degetul în groapa axială. În direcția groapei se află capul.

Care mână e prolabată? Un mod foarte simplu și practic e, de a da mâna cu fătul. Dacă dăm cu mâna dreaptă, mâna care atârnă e cea dreaptă, dacă dăm cu stânga, mâna care atârnă e cea stângă.

În cazuri neglijate când de exemplu s'a dezarticulat sau s'a amputat o mână de către doctor sau moașă<sup>1</sup> s'au s'a rupt trăgând de ea cei ce voiesc a ajuta femeii ce naște,<sup>2</sup> atunci ne servim la aflarea mâinei de imaginație. Substituiem prin gândire corpul fetal cu corpul nostru și comparând, deducem care mână ar trebui să fie.

## Diagnosticul sarcinei prime.

Sarcina este o stare fiziologică, care lasă urme neperitoare în organismul femeii. Aceste urme se schimbă și se accentuează cu atât mai mult, cu cât sunt mai dese și mai multe sarcinile. Urmele aceste sunt atât de caracteristice, încât cu ocaziunea unui examen obstetrical, suntem aproape întotdeauna în situația de a putea spune, dacă sarcina prezentă este prima sau repetată.

a) *Mamela*: Glanda mamelară este rotundă, aproape elastică, pielea întinsă; mamela nu atârnă. Uneori la suprafață se văd ușoare strie vinete. Se pot bine palpa glandele mamelare.

b) *Abdomen*: Păretele abdominal e întins și rezistent. Din cauza aceasta conturile uterului și ale fătului se palpează greu. Se văd vergeturi de sarcină cari sunt de culoarea roșie-vinete. Aceste vergeturi sau strie de sarcină, se formează îndeosebi pe regiunea subombilicală a abdomenului și pe coapse.

c) *Vulva*: Introitul vaginal închis, membrana himenală hiperemiată, prezintă în laturi câte o ruptură (deflorajia) până la păretele vaginului.

d) *Uretra*: Nișel îngroșată, orificiul normal.

<sup>1</sup> În regulile obstetricale formează o mare greșeală tehnică.

<sup>2</sup> Să întâmplă și azi în satele noastre.

e) *Vaglnul*: Strâmt, suprafața pielii vaginale catifelată, *vânăta-roșie*. Se simt bine contracțiunile constrictorului.

f) *Colul*: Moale, ramolit și atârnă spre fundul de sac posterior. Când capul s'a angajat în strâmtoarea superioară, la jumătatea a doua a lunei ultime, dispăre („e șters“).

g) *Orificiul uterului*: Orificiul extern închis, rotund, numai către sfârșitul sarcinei va fi deschis ca de un vârf de deget, marginile netede, regulate. Orificiul intern în lunile ultime ale sarcinei se deschide treptat și se retrage în sus formându-se astfel din canalul cervical un părete, care cuprinde capul sau o altă parte, cu care se prezintă fătul la strâmtoarea superioară. Astfel canalul cervical la primipare seamănă cu o pâlnie așezată cu partea strâmtată (gurguii) în jos.

h) *Fundurile de sac vaginale*: În luna ultimă sunt rotunzite din cauza capului fetal, care s'a angajat deja în bazin. În deosebi fundul de sac anterior este bine rotunzit, împins înainte.

i) *Capul fătului*: În luna ultimă se coboară în bazin, uneori (cap mic) îl găsim în cavitate. În general însă cu 2 săptămâni înainte de naștere capul fătului este deja fixat în bazin. Sutura sagitală în majoritatea cazurilor este mai aproape de simfiză, decât de promontor. (Asinclitism posterior).

Semnele mai sus descrise sunt caracteristice numai pentru cazurile absolut normale, deci trebuiesc privite, *ca semne relative și nu absolute, ale sarcinelor prime*.

Sunt cazuri, când avem de a face cu un bazin îngust, atunci colul nici în luna ultimă nu se retractă, nu dispăre. Tot astfel capul până în ziua nașterii rămâne mobil deasupra strâmtoarei superioare.

### Diagnosticul sarcinelor repetate

La femeile, cari au avut deja una sau mai multe sarcini, în graviditate se văd următoarele semne:

a) *Mamela*: Mamelele sunt atârănătoare, moi și late; pe pielea, care le acopere, se văd vergeturi vechi. Uneori



observăm cicatrice în jurul mamelonului sau la periferi, cari pot fi urmările unei mastite vechi.

b) *Abdomen*: Pielea abdomenului este moale se poate aduna în crețe sub degete; prezintă pe lângă puține vergeturi roșii-vineteii o mulțime de vergeturi albe sclipitoare (sifidii). Mușchii abdominali sunt slabi, subțiri, între mușchii drepti anteriori în multe cazuri diastază. Prin păretele abdominal astfel relaxat, la femeile multipare, să lasă să se facă ușor palparea uterului și diagnosticul poziției fătului. Câte-odată părțile fetale se simt atât de plastice, încât pare, că sunt imediat sub păretele abdominal. Groapa stomacului (*epigastru*) e în tot timpul moale. La primipare e întinsă și numai în luna ultimă se relaxează.

c) *Vulva*: mai mult sau mai puțin întredeschisă (diastasis vulvae), de culoare vineție, moale, uneori ușor oedemațiată, având numeroase varice mărunte sau mai mari. Comisura posterioară lărgită, sau ruptă; urmele de rupturi sau leziuni se prezintă în formă de cicatrice. Membrana himenală aproape dispărută abea uneori se văd jur împrejur niște ridicături mici în formă de negi (carunculăe myrtiformes). Găsim adesea cisto-rectocel.

d) *Uretra*: groasă, orificiul larg, uneori întredeschis, de culoare violacee.

e) *Vaginul*: hipertrofiat, neted, larg. Contractorii vaginali funcționează slab.

f) *Colul* moale, cilindric, scurt.

g) *Oficiul uterului*: prezintă câte-o crepătură transversă, largă, care conduce în canalul cervical spre orificiul intern, care este închis. Se aseamănă unei pâlnii așezate cu partea strâmtată în sus. Marginele orificiului extern sunt neregulate, groase, cicatrizate, spre fundurile de sac laterale adeseori rupte până la păretele vaginal. Dela luna a 5-a canalul cervical permeabil. În luna ultimă se deschide și orificiul intern, ca de un vârf de deget sau chiar de un deget.

h) *Fundurile de sac vaginale* goale, deoarece partea cu care se prezintă fătul, nu e coborâtă și nici nu se coboară, până la naștere.

i) *Capul mobil*, adeseori nițel spre dreapta sau stânga și numai sub influința contracțiunilor uterine se

fixează în ziua nașterii. Sutura sagitală în majoritatea cazurilor este mai aproape de promontor. (Asinclitism anterior).

Mai jos expunem un tabel schematic recapitulativ despre deosebirile mai importante cu cari ne-am ocupat până acum.

**Tabel schematic recapitulativ despre schimbările produse de sarcină.**

Regiune. organe	SCHIMBĂRILE LA:	
	primipare	multiple
Mamela	Rotundă, elastică, glanduloasă, nu atârnă, vergeturi violacee.	Atârnă flasc, moi, vergeturi mixte.
Abdomen	Intins, rezistent. Conturile uterului și ale fătului greu de palpat, vergeturi violacee.	Relaxat. Conturul uterului și al fătului se vede și se palpează foarte bine. Vergeturi mixte.
Vulva	Inchisă, himenul destul de bine conservat.	Întredeschisă. Din membrana himenală se văd numai carunculi.
Urethra	Orificiul normal.	Orificiul ușor întredeschis.
Vagin	Strâmt. Mai mult aspru la suprafață.	Larg, neted, moale, uneori prolabează.
Col	Moale, conic, lungăreț.	Cilindric, scurt.
Orificiul uterului	Inchis, rotund.	Orificiul extern deschis, lat, cicatrizat.
Fundurile de sac vaginale	Umplute la sfârșitul sarcinii.	Goale.
Capul fătului	Se fixează înainte de naștere cu 2—3 săptăm. (Asinclitism posterior).	Mobil până când se ivesc contractiunile de naștere. (Asinclitism anterior).

## Semnele când fătul e mort.

Cel mai sigur semn, că fătul trăește e *bătăia cordului fetal*. Nu putem însă afirma, că fătul e mort, dacă bătăile cordului nu se aud, căci sunt multe cauze accidentale, cari împiedecă de-a putea auzi bătăile. (Hidramnios, sau când spatele stă înspre coloana vertebrală a mamei, sau când sgomotele materne sunt așa de accentuate, încât acopăr bătăile cordului fetal).

*Când fătul e mort, uterul în loc să crească, scade, devine mai moale, femeia simte o răceală în abdomen, mamelele se întăresc două-trei zile, apoi se înmoaie și se scurge din ele lapte. Femeia capătă fiori, gust urât în gură.*

Medicul numai atunci poate afirma moartea intrauterină a fătului, dacă pe lângă semnele de mai sus mai află, prin *examene repetate*, făcute în intervale dese, *absența mișcărilor active ale fătului* (de obicei aceasta e cauza consultului medical) și *absența sgomotelor cordului fetal*.

*Cohnstein* recomandă să măsurăm temperatura canalului cervical și a vaginului; când fătul e viu, *temperatura canalului cervical este mai ridicată* (cu  $\frac{1}{2}$  grad), decât a vaginului. Când însă sunt egale, cu mare probabilitate fătul e mort. În cursul nașterii, dacă fătul e mort, *lichidul amniotic e roșietic sau noroios și uneori fetid*.

Cauzele morții fătului sunt: sifilisul patern, sau matern, deslipirea placentei în sarcină, boale grave febrile, traumatisme exterioare, pierderi de sânge (placenta previa), medicamente toxice etc.

# Tabla de materii.

	Pag.
Introducere . . . . .	3

## PARTEA I.

### Examenul ginecologic.

I. Anamneza și importanța simptomelor . . . . .	11
II. Examen general . . . . .	22
I. Inspecția . . . . .	22
A) Inspecția abdomenului. . . . .	22
B) Inspecția organelor genitale externe . . . . .	23
II. Palpația . . . . .	24
III. Percuția . . . . .	27
IV. Măsurarea . . . . .	28
V. Ascultația . . . . .	28
III. Examenul combinat . . . . .	29
IV. Examenul instrumental . . . . .	39
a) cu valve . . . . .	39
b) sondajul uterin . . . . .	42
c) dilatarea canalului cervical . . . . .	46
d) raclajul explorativ . . . . .	49
e) excisia explorativă . . . . .	51
f) punctia și laparotomia explorativă . . . . .	51

## PARTEA II.

### Examenul obstetrical.

A) Explorația internă . . . . .	55
1. Anamneza . . . . .	55
2. Inspecția . . . . .	58
3. Palpația . . . . .	60
4. Măsurătoarea . . . . .	63

5. Ascultația . . . . .	46
A) Zgomotele materne . . . . .	64
B) Zgomotele fetale . . . . .	65
Diagnosticul timpuriu al sarcinei . . . . .	66
1. Metoda Abderhalden . . . . .	66
2. Metoda cu phloridzină . . . . .	66
B) Explorația internă . . . . .	68
C) Examenul combinat sau bimanual . . . . .	69
Diagnosticul sarcinei prime . . . . .	72
Diagnosticul sarcinilor repetate . . . . .	73
Semnele când fătul e mort . . . . .	76



## Erata:

Pağ.	23	şirul 15	în loc de	<i>carectizare</i>	să se citească	<i>caşectizare</i> .
"	26	" 22	" " "	<i>tumoora</i>	" " "	<i>tumoara</i> .
"	26	" 22	" " "	<i>persiststă</i>	" " "	<i>persistă</i> .
"	26	" 32	" " "	<i>impresie</i>	" " "	<i>impresiu</i> .

## Literatură:

1. *Menge-Opitz*: Handbuch der Frauenheilkunde. Wiesbaden I.
2. *Bumm*: A szülészet alapvonalai, Budapest IV.
3. *Polano*: Geburtshilflich — Gynecologische Propädeutic, Leipzig, III—IV.
4. *Daniel*: Revista „Gynecologie și Obstetrică“, București.
5. *Gheorghiu*: Revista de Obstetrică, Gynecologie și Puericultura. București.
6. *Schroeder*: Lehrbuch der Geburtshilfe, Bonn, XI.
7. *Hofmeier*: Handbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig, XVII.
8. *Drăghiescu-Popescu*: Manual teoretic și practic de arta moșitului.
9. *Heitzmann*: Gynecologie.

