FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAŞI

No. 320

TRATAMENTUL CHIRURGICAL
AL
PROLAPSULUI UTERIN
LA
FEMEILE BĂTRÂNE

TEZA

pentru Doctorat în Medicină şi Chirurgie

Prezentată şi susţinută în Ianuarie 1909

de

ROSMAN AVRAM

Fost extern şi intern al Eforiei Spitalelor Civile din Bucureşti.
Fost medic de Plasă.

IAŞI
TIPOGRAFIA H. GOLDNER, STR PRIMARIEI
1909.

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAȘI

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

AL

PROLAPSULUI UTERIN

LA

FEMEILE BĂTRÂNE

TEZA

pentru Doctorat în Medicină și Chirurgie

Prezentată și susținută în Ianuarie 1909

de

ROSMAN AVRAM

Fost extern și intern al Eforiei Spitalelor Civile din București.
Fost medic de Plasă.

IAȘI
TIPOGRAFIA H. GOLDNER, STR. PRIMARIEI
1909

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAŞI

Decan D-nul Prof. Doctor G. SOCOR.

CORPUL PROFESORAL

CATEDRELE		D-NII PROFESORI
Anatomia patologică	D-l Dr.	V. Negel
Patologia chirurgicală / Bandaje şi aparate de fracturi	„ „	C. Bottez
Clinica I chirurgicală	„ „	L. Seuly
Fiziologia umană	„ „	G. Socor
Clinica medicală	„ „	L. Russ
Terapeutica	„ „	E. Riegler
Patologia generală	„ „	C. Thiron
Medicina legală şi Toxicologia	„ „	G. Bogdan
Teoria şi clinica obstetricală	„ „	V. I. Bejan
Histologia şi Embriologia	„ „	E. Puşcariu
Zoologia şi Botanica medicală	„ „	N. Leon
Patologia şi clinica infantilă	„ „	M. Manicatide
Anatomia topografică şi clinica II chir.	„ „	E. Juvara
Clinica şi teoria oftalmologică	„ „	G. Socor
Clinica dermato-syphilitică	„ „	G. Demetriade
Fizica medicală	„ „	I. G. Stravolca
Medicina operatorie	„ „	I. Bălăcescu Agreg.
Chimia medicală	„ „	C. Şumuleanu „
Patologia Medicală	„ „	C. Bacaloglu „

Docenţi insărcinaţi de cursuri

Anatomia descriptivă	D-l Dr.	I. Tănăsescu
Farmacologia şi materia medică	„ „	I. Teodorescu
Clinica boalelor nervoase şi mentale	„ „	P. Zosin
Hygiena	„ „	Al. Lambrior
Bacteriologia	D-l Prof. Dr.	E. Puşcariu

Docenţi in exerciţiu

Chirurgia Genito-urinară	D-l Dr.	Stefănescu-Galaţi
Patologia medicală	„ „	S. Possa
Obstetrica	„ „	C. Andronescu
Medicina legală	„ „	N. Stoenescu
Patologia externă	„ „	P. Anghel
Clinica boalelor nervoase şi mintale	„ „	A. Brăescu

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte Dl. Prof. Dr. E. JUVARA

Membri
- „ „ „ C. Bottez
- „ „ „ V. I. Bejan
- „ Agreg. „ I. Bălăcescu
- „ Docent „ I. Tănăsescu

Membru suplinitor D-l Docent Dr. P. Anghel

Facultatea consideră cele expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a da nici aprobare nici desaprobare.

Memoriei

Mult regretatului meu tată

Dedic această lucrare
O lacrimă pe mormântul lui.

Mamei mele

Iubire și devotament nemărginit.

Logodnicei mele

Dragoste nețărmurită.

Preşedintelui meu de teză

D-lui Prof. Dr. E. Juvara

Profesor de anatomie topografică şi de clinică chirurgicală. Director al Institutului anatomic.

Pentru distinsa onoare ce-mi faceţi primind preşidenţia tezei mele inaugurale; pentru preţioasele sfaturi ce mi-aţi dat în alcătuirea ei, vă rog a primi asigurarea recunoştinţei mele şi a profundului respect ce vă păstrez.

Onor. Juriului de Promoţiune

Omagiu de stimă şi admiraţiune.

Fratelui meu Lazăr Rosman

Te-ai purtat față de mine ca un tată. Îți voi fi in totdeauna recunoscător.

Surorilor și Fraților mei,

Cumnatelor mele

Iubire frățească.

Celor ce au dorit să ajung aici și m'au iubit,
colegilor și prietenilor mei

Sinceră iubire

Doamnei Ghisela Gropper

iubire și respect.

PREFAȚA

Ajuns la finele studiilor mele medicale, nu-mi e cu putință a părăsi lunga-mi viață de student, atât de frumoasă și bogată în emoțiuni, fără să arunc înapoi o privire către aceste timpuri, când, a trăi însemnează a munci și cugeta.

E dorul călătorului, care după ce a văzut locuri minunate, își întoarce privirea la orice cotitură a drumului, lacom de a fi întotdeauna sub influența impresiunilor frumoase care l'au fermecat.

Nu ușor îmi voi uita când timid, începând studiile medicale la facultatea din București, avusei norocul de a întâlni pe Dl. Dr. E. Juvara, pe atunci azistent la clinica D-lui Profesor Dr. Thoma Ionescu, și astăzi unul din falele facultății de medicină din Iași. Prieten în adevăratul înțeles al cuvântului, plin de inimă, de un altruism desinteresat și știind să inspire celor dinprejur entuziasmul pentru muncă cinstită.

Când din diferite împrejurări rătăcind, am continuat studiile mele la această facultate, am întâlnit acelaș far ce mi-a dirijat pașii.

A fost dat ca Domnia-Sa, care cel intâi m-a învățat să stau lângă bolnav, să-mi sugereze și subiectul tezei mele inaugurale, călăuzindu-mă în mod așa de priceput în alcătuirea ei.

Greutatea cea mare ce am întâmpinat, a fost

lipsa de numeroase observaţiuni, căci întru sprijinirea procedeului operator adoptat de Dl. Profesor Dr. Juvara în tratamentul prolapsului uterin la femei bătrâne, prin cloazonarea vaginului, nu avem decât patru cazuri, din care trei operate de D-sa şi unul de Dl. Dr. Docent P. Anghel, însă cu rezultat destul de remarcabil.

In schimb norocul ne a slujit ca să putem prezenta două din aceste bolnave, asupra cărora se aplicase înainte alte procedee operatoare pentru afecţiunea lor, şi care căzând în recidivă li s'a aplicat procedeul ce-l recomandăm prin această lucrare.

E adevărat că, cazurile de prolaps uterin la femei bătrâne nu sunt rare; din contra ele sunt destul de numeroase, dacă ţinem samă de starea anatomică a organului la această vrâstă. Ele însă nesimţind nevoia unei operaţiuni, nu se prezintă la chirurg, şi numai întâmplarea a făcut ca să fim în posesiunea acestor trei cazuri.

Am crezut că procedeul pe lângă că e simplu, apoi e cât se poate de bun şi practic.

Făcându-l cunoscut prin această lucrare, credem că contribuim şi noi la prelungirea lungului lanţ ce-l formează nenumeratele procedee operatorii, ce zilnic se imaginează în diferitele afecţiuni chirurgicale.

Pentru tratarea succintă a acestei chestiuni am împărţit lucrarea în următoarele capitole:

I. Introducerea.
II. Tratamentul profilactic.
III. Tratamentul chirurgical şi diferitele procedee operatorii la orice vârstă
IV. Tratamentul chirurgical la femei bătrâne.
V. Observaţiuni clinice.
VI. Conclusiuni.

Pentru demonstrarea cazurilor am reprodus în

text fotografii luate înainte şi după operaţii, precum şi planşe reprezentând timpurile operatorii, planşe puse la dispoziţiunea noastră de talentul artistic al D-lui Prof. Dr. Juvara.

S'a stabilit un obicei de a mulţumi părăsind facultatea, celor ce într'un fel sau altul te-au ajutat şi te-au învăţat. Văd isvorul acestei practici într'un sentiment de omenie şi de bună creştere. De acea nu eu voi strica datina.

Nu pot uita că începutul studiilor mele medicale le-am făcut la facultatea de medicină din Bucuresti. Onoratului corp profesional al acestei facultăţi îi datoresc baza cunoştinţelor mele medicale. Imi îndeplinesc o sfîntă datorie arătându-le recunoştinţa mea şi respectoasele mele mulţumiri.

D-lui Dr. Vlădoianu medic primar al spitalului de copii din Bucureşti, îi datoresc mult din timpurile cât am servit ca extern sub Domnia-Sa.

D-na Dr. Olga Sacara Tulbure, fost medic al sanatorului maritim de la Tichir-Ghiol, unde timp de doi ani am funcţionat ca intern, a fost pentru mine mai mult o mamă de cât un şef. Cu larga sa vedere m'a învăţat să cunosc lumea şi mi-a deschis adevărata cale ce trebue să urmez. Îi voi păstra o sfântă şi veşnică amintire.

Timp de aproape doi ani am funcţionat ca medic de plasă în jud. Tecuci. Dl. Dr. C. Petraş medicul primar al acelui Judeţ mi-a arătat întotdeauna o mare solicitudine ; suflet înalt şi generos mi a dat cu prisosinţă tot ce mi-a putut da. Imaginea sa îmi va servi ca idol, căruia veşnic îi voi inchina devotamentul şi respectul meu.

D-nii Profesori ai facultăţei de medicină din Iaşi, mi-au complectat educaţia mea medicală. Cu respect

şi admiraţiune se va gândi întotdeauna copilul de suflet către părinţii săi adoptivi.

D-lui Dr. Apotecher medicul secundar al clinicei a II-a chirurgicale şi D-lui Doctorand Ţaicu internul serviciului, le prezint mulţumirile mele sincere.

O plăcută amintire voi păstra corpului medical al Spitalului Israelit, precum şi tuturor prietinilor colegi din Iaşi, cari au contribuit cu mult pentru a-mi face plăcută şederea în acest oraş şi la vremuri de restrişte m-au povăţuit. În fruntea lor stă bunul meu amic Dr. Louis Mendel căruia îi păstrez o veşnică prietinie.

Cu dragoste mă voi gândi la D-ranzii A. Spirt şi H. Rosenthal.

CAPITOLUL I

INTRODUCERE

Prolapsul uterului sau Hysteroptoza de la grecul υστερα (uter) πτωσις (cădere), este o afecţiune ce se caracterizează prin deplasarea de sus în jos a uterului.

Observat din cea mai înaltă antichitate, căci: *Hippocrate* în *De natura mulierum*, *Aristotel* în *Historia animal.* (lib. VII cap. I), *Aretheu*, *Aspasia*, *Soranus*, *Antilus* ne pomenesc de el în lucrările lor.

Tatăl medicinei se exprimă astfel când ne vorbeşte de prolapsul uterin: «Când o femee imediat după facere ridică greutăţi prea mari pentru dânsa, când sparge lemne, când aleargă sau face orice acţiune de acest fel, mitra este foarte mult expusă să cadă, câte odată chiar cu ocaziunea unui strănut».

Denucé în a cărui monografie găsim acest citat, crede că Hippocrate înţelegea vorbind ast-fel, de inversiunea uterină. Noi credem că avea în vedere prolapsul uterin, căci mai departe adaugă: «Câte odată orificiul matricei ese afară din părţile genitale, precum şi gâtul matricei; el se pune în contact cu vulva ce pe măsură se lărgeşte».

«Acest incident se întâmplă mai de obicei în afară de naştere, şi provine mai în totdeauna în urma oboselilor. Femeia obosindu-se, mitra se încălzeşte şi produce abundente secreţiuni. Orificiul matricei

împreună cu gâtul, găsindu-se într'un loc mai umed, mai alunecos şi mai cald ca mai înainte îşi părăseşte locul, şi când acest efect se produce, orificiul matricei ducându-se către exterior unde e mai răcoare, se găseşte ast-fel eşit cu totul afară. Dacă femeia e îngrijită la timp se vindecă, dacă din contra e părăsită devine sterilă».

«Orificiul atunci rămâne îngroşat la exterior, iar o humoare câteodată vâscoasă, altă dată infectă, începe a se scurge—mai ales la epocele menstruale—dacă femeile sunt tinere şi au încă luna. Cu timpul această afecţiune devine incurabilă, iar femeia îmbătrâneşte cu mitra eşită afară».

Aretheu (1730) zice în mod clar: «Câteodată mitra în totalitatea ei îşi părăseşte locul şi cade între coapse. Aceasta provine din cauza relaxărei membranelor ce se inserează la oasele iliace şi care servă de ligamente fibroase uterului. Toate aceste ligamente cedează când mitra cade la exterior».

Alţi autori considerau afecţiunea ca un animal viu eşit din organism, şi puneau femea pe vine şi aprindeau diferite substanţe puturoase, alţii puneau să umble şoareci şi şopârle pe uter doar l-o face să se tragă înapoi.

Moriceau în veacul al XVII şi *Levret* în veacul al XVIII arătară adevărata definiţiune şi etiologie a prolapsului uterin, precum şi gradul leziunilor ce odată cu el se produce.

Huguier în 1860 prezintă academiei de medicină memoriul său asupra prelungirei hipertrofice a colului uterin, în care el neagă existenţa prolapsului.

După dânsul prolapsul nu este de cât o hipertrofie a colului uterin, pe când corpul şi fundul său, au rămas în cavitatea pelvienă, deşi odată cu tumoarea ce era destul de lungă încât atârnà înafară de vagin între coapse, atrăgea după dânsa şi peretele vaginului. El adaugà: «Nu se găseşte în nici

un uvragiu, dovada netăgăduită, semiotică și anatomo-pathologică a existenței căderei complecte a uterului».

In discuțiunea ce-a urmat atunci la academie, *Depaul* combătu acest mod de a vedea și demonstră că prolapsul uterin este o afecțiune relativ frequentă și că exemplele de procedență complectă nu sunt rare.

Alți autori au căutat să facă o analogie între prolapsul uterin și o hernie inguinală, susținând că după cum intestinul, pentru a forma o hernie trebue să învingă canalul inguinal pentru a eși din abdomen și a descinde până în scrotum, deasemenea uterul nu poate să easă din abdomen fără să învingă canalul vaginal, pentru a face apariția sa în vulvă, apoi între coapse.

Bazați pe conformațiunea anatomică și pe raporturile uterului, autori ca *Pozzi* și *Trélat* au conchis că nu este posibil ca, dat fiindcă, uterul cu anexele lui, vaginul și rectul cu vesica, formând un complex de organe, în care există continuitate și legătură, să nu se solidarizeze în căderea lor, și l-au descris sub această numire de „prolaps al organelor genitale ale femeei".

In starea în care se află astăzi cunoștințele asupra acestei afecțiuni, cele ce descriu autorii de mai sus nu sunt de cât niște variante ale prolapsului, sau mai bine zis niște comlicațiuni.

Astfel cum e azi descris, prolapsul uterin e foarte rar la fetele tinere, autorii citează numai două cazuri și aceasta din cauza atât a micimei organului, cât și din cauza strâmptimei canalului vaginal la vrâstele tinere.

Unul e al lui *Puech*, care ne vorbește de o tânără fată de 20 ani, virgină, care făcând un sfort pentru a ridica o greutate, a simțit o durere

în basin. In urmă uterul se prezintă la vulvă făcând hernie prin himenul întins.

Al doilea e al lui *I. Veit*, care citează un prolaps la o fată de 14 ani, nemenstruată încă.

Dl. Dr. I. Kiriac a găsit un prolaps însoţit de hipertrofie a colului la o femee măritată de 2 ani, care însă spunea că ea-l avea înainte cu 4 ani de a se mărita.

El e puţin frequent la nullipare, des la multipare şi foarte des la femeile bătrâne multipare.

ETIOLOGIE

Nu vom intra în descrierea amănunţită anatomică a aparatului genital femeesc.

Vom spune numai că uterul e suspendat aproape în centrul bazinului, deşi adesea e mai apropiat de sacrum de cât de pubis. E menţinut într'o axă paralelă cu aceia a strâmtoarei superioare a lighianului şi perpendiculară cu aceia a vaginului, formând cu a-easta un unghiu drept.

Mijloacele lui de fixitate şi suspenziune fiind laxe şi flexibile, rezultă că acest organ înoată, pentru a zice astfel, în cavitatea pelviană şi poate să execute în toate direcţiunile, mişcări mai mult sau mai puţin întinse.

Natura, într'adevăr, a avut grijă ca uterul să-şi poată îndeplini bine rolul său, pentru care el trebue cu uşurinţă să-şi schimbe locul şi să se mărească.

Cauzele care pot provoca deplasările uterului şi pentru cazul nostru în special, scoborârea lui în jos, prolapsul uterin, sunt multiple.

Prolapsul brusc fiind excepţional, nu ne vom ocupa de el. In cazul însă când prolapsul se constitue lent, avem: Cauze predisponente, determinante şi ocasionale.

Cele mai importante ss adresază mijloacelor de fixitate ale uterului, apoi cauzele provenind din vagin. abdomen și în fine din uter însuși.

1). ***Cauze predisponente.*** Unele vin din uter și anexe. Congestiunile repetate ale uterului, stările patologice ale acestui organ ca: metrite, tumori fibroase, polipoase, cancerul etc.; sarcina în primele luni, toate măresc greutatea organului, îi schimbă direcția și-l predispun la prolaps. Dimensiunile prea mari ale bazinului, sarcini repetate, abuzul raporturilor sexuale, scurtimea congenitală a vaginului, flegmasia cronică și relaxarea naturală sau accidentală a expanziunilor peritoneale, care fixează matricea de bazin, de rect și de vesică. In fine o leucoree veche și abundentă, un temperament limfatic, șederea într'un aer prea umed și slăbiciune generală. Apoi ascita, distensiunea vesicei și a rectului, care măresc presiunea, schimbă direcția uterului și întind ligamentele.

2). ***Cauze determinante.*** Am zis mai sus că ligamentele care fixează acest organ sunt laxe și flexibile. Sunt însă anumite stări morbide și fiziologice, care contribue ca aceste ligamente să-și mărească elasticitatea lor; printre acestea, sarcina și parturițiunea stau în primul rând.

Scanzoni a dovedit prin numeroase lucrări că parturițiunea laborioasă și repetată are o influență mare asupra formărei prolapsului uterin. Din 114 femei cu prolaps observate de el, numai 15 au fost nullipare. La femei tinere nullipare prolapsul este chiar rar.

Lipsa de tonicitate a pereților abdominali și regresiunea țesutului celulo-adipos conținut în regiunea periuterină, constitue deasemenea o cauză de a prolapsului. De aceia se observă că femeile bătrâne și slabe sunt mai expuse la această afecțiune. Absența

grăsimei slăbeşte mijloacele de fixitate şi produce o relaxare a ligamentelor.

Bornes a insistat asupra acestei cauze, precum şi asupra perderei tonicităţei, pe care o sufere conductul vaginal la femei în vârstă.

Incontestabil că vaginul constitue unul din mijloacele de fixitate ale uterului; când acest suport nu mai există, când planşeul pelvi-perineal este distrus, prolapsul se produce în mod lent şi sigur. Pe când la cauzele care ţin de uter însăşi, ele sunt numeroase: Toate circumstanţele care măresc greutatea şi volumul organului, favorizează prolapsul.

Am arătat mai sus toate afecţiunile organului, care pot înlesni scoborârea lui.

Cu drept cuvânt *Dr. Pichevin.* (in gazeta, La Semaine Gynécologique No. 4 din 1903) zice: „Prolapsul uterin este rezultatul unei serii de leziuni, care ating aparatul de susţinere al uterului. Planşeul pelvian este nesuficient, aparatul ligamentos nu este la înălţime pentru a-şi îndeplini sarcina sa; muşchii, ligamentele, ţesutul conjunctiv, ţesutul elastic sunt atinse. Uterul rău susţinut se scoboară».

3). ***Cauze ocazionale.*** Sunt asemeni numeroase. Această afecţiune e mai comună în clasele inferioare ale societăţei, unde femeile stau mai mult în picioare, umblă mai mult şi sunt nevoite a lucra chiar îndată după facere, atunci când ligamentele nu-şi au consistenţa lor normală.

In fine toate mişcările ce aduc o contracţiune tare şi adesea repetată a diafragmului şi muşchilor abdominali ca: defecaţiunea, vărsăturile, micţiunea, tusa, strănutul, cântul, dansul, luptele, saltul, călăria etc. Avorturile dese, tracţiunile şi manoperile imprudente exercitate pe matrice pentru a extrage fătul sau placenta.

S'a observat cazuri de prolaps în urma unei căderi violente şi care au putut fi imediat reduse.

Whitehead a observat un astfel de caz și ce-e de mirat la o fată de 15 ani. Explicația fiziologică în acest caz, credem că este dificilă.

Mecanismul producerei prolapsului uterin.

Când, asupra mecanismului cum s'ar produce prolapsul, s'ar putea explica în modul următor:

Presiunea intra-abdominală caută să deplaseze uterul în jos, într'o parte sau în alta, dacă mijloacele de fixitate îi permit.

In timpul mersului, uterul reprezintă o piramidă cu baza în sus, dar în'r'un echilibru nestabil. Axa lui formează cu aceia a vaginului un unghiu deschis înainte. In direcția laturei superioare a acestui unghiu se află uterul, în acelei inferioare vaginul. Din cauza acestei direcții legea gravităței și aceia a planurilor înclinate va solicita uterul de sus în jos și dinainte îndărăt, iar vaginul de sus în jos și d'indărăt înainte.

Dacă dintr'o slăbire a ligamentelor, uterul se pune în retroversiune sau retroflexiune. atunci el găsindu-se în aceiași linie cu vaginul, ambele vor fi solicitate în aceiași direcțiune. Pe când până acum presiunea se exercita asupra a două puncte, se descentraliza și unghiul se opunea căderei, acum toate acestea sunt schimbate, presiunea se exercită numai asupra unui singur punct al perineului, spre partea lui cea mai declivă.

Organele fiind în starea patologică mai sus descrisă uterul se va angaja în vagin, care asemene va fi atras și va constitui unul din felurile de prolaps ce vom descrie mai jos.

Diviziunea şi simptomatologia

Noţiunile de anatomie patologică pe care le expune Pozzi în lucrarea sa, sunt foarte importante. Ele conduc în acelaşi timp la studiul cauzelor şi mecanismului cum prolapsul se produce, şi ne arată în acelaş timp şi varietăţile de prolaps ce putem observa.

Nu vom admite diviziunea acelor autori cari ţin seamă de varietăţile de prolaps uterin complicate cu cistocel şi rectocel, formând din acestea varietăţi aparte.

Nu întotdeauna prolapsul uterin e însoţit de prolapsul vesicei şi a rectului.

Aceste varietăţi constitue nişte complicaţiuni şi nu de ele vom ţinea seamă în clasificaţiunea noastră.

Vom avea în vedere numai starea anatomo-patologică a uterului cu vaginul, şi după raportul în care se vor găsi aceste organe vom face diviziunea acestei afecţiuni.

Vom avea dar:

I). ***Scoborârea simplă***, în care uterul umple porţiunea superioară a vaginului, fară să apară in vulvă.

In acest caz nu este de cât o simplă scoborâre începândă a matricei care descinde până în mijlocul vaginului, pe care-l lărgeşte puţin câte puţin.

Bolnavele se plâng de dureri surde în regiunea lombară şi în şolduri. Ele simt o presiune care creşte şi devine dureroasă când stau mult în picioare, sau când umblă mult.

II). ***Semi-prolapsus.*** (Procidenţa uterului) în care uterul umple jumătatea sau totalitatea canalului vaginal şi apare chiar în vulvă.

In cazul când matricea se prezintă în mijlocul vulvei ca se sprijină in toată întinderea sa pe peretele posterior al vaginului, care se găseşte complect

obturat şi din care adesea două treimi superioare sunt întoarse ca un deget de mănuşă pe vârful său.

Uterul poate fi cu uşurinţă ridicat cu un deget la întrarea vaginului, însă cade earăşi cu uşurinţă îndată ce încetează de a-l susţine.

Prolapsul e recunoscut prin alungirea colului, care e câte odată foarte considerabilă (col hipertrofiat). In această perioadă, simptomelefi zice sunt mărite prin compresiunea ce o exercită matricea pe păreţii vaginului şi a organelor vecine, mai cu seamă asupra vesicei şi a rectului.

Aceste accidente dispar îndată ce bolnava ia o poziţiune orizontală, ele cresc când începe a umbla.

Accidentele survin încetul cu încetul, când deplasarea uterului se face în mod lent, pentrucă organele s'au obicinuit încetul cu încetul cu noua lor situaţiune; ele sunt mult mai grave când prolapsul se face subit. In casul acesta avem chiar sincope, perderi uterine abundente, dureri vii în bazen, vărsături şi câte odată o peritonită chiar intensă.

Bolnavele au dureri în şolduri, lombe şi regiunea hipogastrică, o senzaţie de greutate către anus, perineu şi vulvă. Ele îşi dau seamă, simt o tumoare care ameninţă să iasă din vulvă.

Intocmai ca la o femee gravidă prezintă fenomene generale reflexe, ca greaţă, vărsături, etc. Apoi constipaţie, disurie, care sunt determinate prin compresiunea ce tumoarea exercită asupra vesicei şi a rectului, cu cât uterul descinde din bazen.

Situaţiunea anormală în care se găseşte uterul în acest al doilea grad, obstacolul ce el singur îşi formează circulaţiunei sale, dau loc adesea la o inflamaţiune însoţită de o roşeaţă vie şi o tumefacţiune mai mult sau mai puţin considerabilă.

Femeile tinere pot rămânea gravide şi în timpul sarcinei uterul întrând în abdomen, acordă un

armistiţiu prolapsului, care îndată după facere va începe a cădea din nou.

III). ***Prolapsul complect.*** (Precipitaţiunea uterului) în care uterul a trecut vulva, atrăgând după dânsul vaginul, şi ia înfăţişarea unei tumori ce atârnă între coapse.

In această perioadă, simptomele cauzate de compresiune dispar şi când vesica împreună cu rectul nu însoţesc prolapsul, micţiunea şi defecaţiunea se fac cu înlesnire. In schimb, extenziunea peste măsură a ligamentelor aduce după ea o mare durere.

Proeminenţa ce organul formează în afară e câte odată de 8—10 degete (*Mauriceau, Saviard, Ruich, Haim,* citează observaţiuni de prolaps complect care forma o tumoare ce se prelungia până la partea mijlocie a coapsei).

Tumoarea e strangulată, ovoidă sau globuloasă, mai adesea conoidă, cu baza largă şi umplând tot orificiul vulvar. Colul are orificiul foarte strâmt, rotund sau semilunar, lasă se se scurgă din el un lichid mucos. Tumoarea e mai întotdeauna spalată de urină, care se prelinge pe ea. Iritată de frecarea coapselor şi a vestmintelor se umflă, se excoriază şi câte odată întră în cangrenă în parte sau în totalitate

Saviard citează un caz în care o femee cu un prolaps uterin complect cronic, la care mucoasa vaginală luase aspectul pielei, şi fusese crezută hermafrodită, atât mitra luase aspectul unui organ viril.

Chirurgul lui Carol IX, *Ambroise Paré,* narează cum o femee pentru a excita mila, simulase un prolaps complect al uterului, cu ajutorul unei băşici umplută cu sânge, pe care o fixase în vagin cu ajutorul unui burete de care o suspendase.

Unde mai punem complicaţiunile ce această stare poate aduce: Endometrite, Peri-metrite.

Cistocelul e una din complicaţiunile frequente

ale prolapsului uterin în al treilea grad. Fundul vesicei aderând la colul uterului se găseşte atras de prolaps şi formează înaintea tumoarei, dedesubtul canalului uretrei, o cavitate accesorie a cavităţei vesicale, care se găseşte astfel bilobată. Aceasta se constată lesne cu ajutorul unei sonde, care după ce străbate meatul urinar, îşi schimbă direcţiunea în jos, în direcţiunea tumoarei.

In mod analog se produce o altă complicaţiune, rectocelul, dar care e mai rar de cât cistocelul.

Dutauzin a găsit din 12 prolapsuri uterine, 11 cu vesica prolabată, numai 4 cu rectul.

Chaput în 32 disecţiuni, n'a găsit de cât cistocele.

In modul acesta se explică de ce la aceste bolnave tumoarea e mereu udată cu urină; bolnava când simte nevoia de a urina, apasă asupra tumoarei vesicale, urina neputând fi aruncată la distanţă se prelinge pe tumoare.

Un medic englez citează un caz când trigonul vesical fiind deplasat, a comprimat ureterele contra simfizei pubiene, dând naştere unei hidronefrose mortale.

CAPITOLUL II

TRATAMENTUL PROFILACTIC AL PROLAPSULUI UTERIN.

De oarece în lucrarea noastră am descris toate felurile de prolaps ce se pot întâlni, fie la femei bătrâne, fie la femei ce mai au încă menstruaţia mai pot rămânea gravide, vom arăta în scurt şi tratamentul în general, înainte de a ajunge la descrierea părţei ce ne interesează: tratamentul chirurgical al prolapsului uterin la femei bătrâne.

Tratamentul este de 2 feluri: paliativ şi curativ.

Tratamentul paliativ se face prin mijloace protetice, cel curativ prin mijloace chirurgicale.

In tratamentul paliativ avem două indicaţiuni principale. Intăi este de a pune organul in poziţia lui naturală, a doua este de a-l pune în imposibilitate de a se mai deplasa.

In general e uşor a se redresa uterul în situaţiunea sa normală, când e vorba de procidenţa de întâiul grad, sau al doilea grad, în afară de complicaţiuni bine înţeles.

Pentru aceasta ajunge a se aşeza bolnava pe spate, aşa ca bazenul să fie mai rădicat ceva de cât toracele şi muşchii abdominali să fie în cea mai mare stare de relaxare. Organul gestator ia atunci poziţia sa normală şi reducţiunea se face mai uşor dacă se introduce 2 degete în vagin, şi se împinge în mod lent colul uterin în cavitatea pelviană.

După aceasta se fac injecţiuni astringente reci, două, trei pe zi. Se mai prescrie băile reci în timpul verei, duşuri şi injecţiuni sulfuroase care vor consolida vindecarea.

De obicei la consultaţie se prezintă rar bolnave cu un prolaps în primul grad. Femeia stăpânită de un sentiment de pudoare, nu cere la început ajutorul medicului, şi lasă naturei sarcina de a o vindeca. Cum însă desordinele survenite fac să progreseze leziunea, răul se agravează şi din o simplă scoborâre în fundul vaginului, ne pomenim cu un adevărat prolaps în afară, cu toate simptomele lui alarmante.

La femei bătrâne mai ales prolapsurile de I-iul grad se observă mai rar, cele mai multe sunt de al II-lea şi al III-lea grad. Ele suferă foarte mult înainte de a se arăta medicului şi atunci când se prezintă la consultaţii, infirmitatea lor nu se mai poate reduce, fie că viscerele au contractat aderenţe, fie că o inflamaţiune a cuprins acest organ.

Cum se procedează însă cu un prolaps de al III-lea grad, ce se poate reduce?

Mai întâi facem să urineze femeia, şi la caz de nu se poate, vidăm vesica printr'un cateter, şi rectul cu ajutorul unui lavment. Dacă avem de a face cu o tumoare iritată, se va aplica pe ea cataplazme emoliente, se va combate inflamaţiunea, până ce se va aduce organul c'n ondiţiune de a fi redus.

Se va da bolnavei poziţiunea ce am arătat mai sus şi după ce s'a uns tumoarea cu o substanţă grasă, îi se va imprima mişcări uşoare de rotaţiune cu mâna dreaptă, apoi uşoare mişcări de râdicare şi scoborâre şi urmând axa strâmptorii inferioare a bazenului o împingem în interior, în timp ce mâna stângă va depărta marile buze pentru a facilita întrarea. Indată ce porţiunea superioară a matricei

care prezintă cea mai mare dimensiune a trecut vulva, restul organului întră cu ușurință și-și reia cu încetul poziția lui naturală.

E de notat că nici odată nu trebue să ne silim a reduce o tumoare ce opune rezistență, sub pedeapsă de a provoca bolnavei peritonite, metrite acute etc. Dacă bolnava nu primește intervenţiunea, ne vom mărgini a-i aplica un suspenzor, care să protejeze tumoarea contra efectelor frecărei.

Pesariile

Tumoarea odată redusă trebue să-o menţinem în loc. Aceasta se făcea de mult și se face și astăzi prin ajutorul pesariilor.

Pesariile de la πεσσος, πεσσειν (a ţinea în loc) sunt instrumente destinate a fi așezate în vagin pentru a menţine și a împedica căderea uterului, după ce a fost redus.

Uzagiul pesariilor în deplasările organelor genitale femeești se urcă la cea mai înaltă antichitate.

Egiptenii, grecii, romanii, arabii și toţi medicii vechi de la Hippocrate se foloseau de ele mult mai mult de cât noi acuma, pentru că le întrebuinţau nu numai ca mijloace mecanice și chirurgicale, însă chiar ca medicamente topice, pe care le schimbau după afecţiunea ce aveau să combată.

Așa, fabricau pesarii ce serviau ca emoliente, tonice astringente, emenagoge, antihemoragice etc. Cu timpul însă uzagiul lor terapeutic medicamentos cum îl înţelegeau cei vechi a căzut, și azi nu se mai întrebuinţează de cât ca mijloace mecanice, pentru a susţine deviaţiunile organelor genitale interne ale femeei

Cei vechi făceau pesariile din diverse substanţe ca: lână, foi de plante, scamă sau pânză strânsă și

legată cu un fir de care trăgeau pentru a le scoate din vagin. Mai târziu se făceau din gume, rezine, ceară, dându-le forma cea mai convenabilă.

Arabii se serveau de o băşică de miel umplută cu aer, pe care o introduceau în vagin.

Alţi autori au sfătuit a se introduce în vagin un burete cilindric sau ovular îmbibat cu un corp gras şi menţinut cu un bandaj,

Rând pe rând s'au confecţionat apoi pesare din lemn de plută, de tei, apoi din substanţe de origină animală ca ivoriu, coarne, piele; în fine din metale, mai cu seamă din aur, argint, cupru, plumb, şi cositor.

Arta perfecţionându-se, aceste substanţe au fost apoi asociate. Pesariile de plută, de şi uşoare, având însă inconvenientul de a se îmbiba cu secreţiunile din vagin, care apoi rămânând în ţesutul lemnului se descompuneau producând un miros neplăcut, s'au acoperit cu un strat de ceară.

Roussel citează un caz când îngrijind o femee bolnavă, bătrână, suferind de o lesiune a vesicei şi a uterului, a găsit cu surprindere în unul din fundurile de sac bucăţi de plută putrezită, urme ale unui pesariu, pe care femeea îşi amintea că l'a întrebuinţat cu 18 ani în urmă.

Sabatier raportează cazul unei femei ce a purtat trei ani un pesariu de plută, fără să'l scoată şi care luase aspectul şi consistenţa unui calcul, şi n'a putut fi scos de cât cu mare greutate.

Acoperindu-se cu un strat de ceară sau de lac pesariile de lemn sau plută, se îndepărtează aceste incoveniente.

Metalele erau foarte grele şi supărau pe femei, deosebit că provocau şi leziuni străine, de aceia pentru care erau întrebuinţate.

Cu timpul s'au fabricat pesarii de gumă elastică, sau mai bine din mătasă ţesută, îmbibată cu gumă

topită. Şi acestea însă aveau inconvenientul de a se acoperi prea curând de încrustaţiuni calcare, capabile de a determina o inflamaţiune a vaginului şi a matricei.

Doamna Rondet o moaşă din Paris, este cea dintâi care a întrebuinţat cauciucul pentru confecţionarea pesariilor.

Doctorul *Rognetta* le-a perfecţionat, dându-ni-le uşoare cu cavitatea umplută cu aer. Acestora din urmă li s'a ataşat apoi nişte lame perpendiculare pe ele, de care erau prinse nişte centuri, cu ajutorul cărora sunt menţinute pe loc.

In ce priveşte forma ce li s'a dat, distingem: pesarii rotunde, cilindrice, ovale, cilindrice cu resort şi mai multe altele.

Alegerea lor se face după sfatul medicului, care trebue să ţină seamă de conformaţia vaginului, a fundurilor de sac şi a colului uterin. Cele mai întrebuinţate sunt cele inelare cunoscute sub numele de *Dumontpallier* sau ale lui *Gariel*. Unele se introduc complect în vagin luând punct de sprijin pe periferia lor (pesariile lui *Hodge, Dumontpallier, Meigs, Hewith-Smith-Thomas*). Altele sunt atât interne cât şi externe. O cuvetă suportată pe o ramură externă, care se fixează la o centură, primind colul uterului în concavitatea cuvetei (pesariile lui *Grandcollut, Cutter-Bornet*). Aceste instrumente sunt numite *isterofore* de către Pozzi, iar Auvard le propune numirea de vagino-abdominale. Condiţia esenţială a unui pesariu e de a fi simplu, solid şi eftin.

Femeea cu un catar uterin sau vaginal nu va purta presariul până ce nu se va vindeca de aceste afecţiuni. Prezenţa instrumentului în vagin nu face decât să agraveze răul.

Nu trebue să uităm preceptul pe care-l recomandă *Boyer*: «atât timp cât nu suntem convinşi că simptomele ce prezintă bolnava nu depind de

altă maladie de cât de o deplasare a uterului, nu trebue recomandată purtarea pesarului».

Pesariile trebuesc rădicate seara, după care femeea îşi face o injecţiune vaginală, având precauţiunea de a spăla instrumentul înainte de întrebuinţare şi de a-l schimba cel puţin la trei luni, dacă nu după fiecare menstruaţiune. Ori-care ar fi pesariul ce se întrebuinţează, el determină mai întotdeauna o iritaţie mai mult sau mai puţin vie

Presiunea ce el exercită asupra organelor din cavitatea pelviană, se opune funcţionărei regulate a acelor organe mai cu seamă la defecaţiune şi la micţiune.

Uitarea acestor pesarii în cavitatea vaginului, şederea lui prea îndelungată acolo, face ca suprafaţa lui să se altereze şi să se acopere de incrustaţiuni calcare, devenind astfel o cauză de iritaţiune permanentă, determinând inflamaţiunea şi alteraţiunea ţesuturilor, dând naştere la vegetaţiuni purulente, care exhală o odoare respingătoare. La bătrâne mai ales unde ţesuturile sunt mai puţin nutrite, ele devin supărătoare.

In clasele bogate, unde nevoia face pe femee de a purta pesariu, accidentele ce survin, nu sunt de natură de a-i face rău. Pusă într'o bună condiţiune de trai, ea poate să le schimbe la nevoe, să le scoată şi să le spele zilnic. Bine înţeles când afară de prolaps ea mai sufere şi de o altă afecţiune ce-l complică, pesariul este contra-indicat.

Dar cum prolapsul uterin e mult mai frequent în clasele de jos şi sărace, care trebuesc să muncească şi să alerge toată ziua, întrebuinţarea pesariilor aduce numai inconveniente. Ele nu au timpul să le păstreze curate—condiţiune principală pentru evitarea relelor,—nu se pricep de a le aşeza, cele mai multe se mulţumesc că medicul le-a pus pesariul, şi nu-l mai scot de teamă că nu-l vor mai pu-

tea pune la loc. Il lasă astfel în fundul vaginului, şi în loc să-i aducă serviciu, ne vin după aceia cu complicaţiuni ivite din cauza pesariilor. Afară de aceasta, la bătrâne mai ales, perineul ne mai prezentând destulă rezistenţă, la cea mai mică storţare, pesariul esă prin vulvă.

Lucrurile stând astfel, credem că pentru femeile bătrâne, care nu mai continuă firul vieţei de cât pentru datoria de a trăi, ele şi-au îndeplinit rolul lor în societate, cura radicală, intervenţiunea chirurgicală, e singura care e de preferat, şi care le mai dă posibilitatea de a trăi mai puţin chinuite.

CAPITOLUL III

TRATAMENTUL CURATIV SAU CHIRURGICAL.

Dacă în ce privește tratamentul prin mijloace paliative, părerile nu sunt atât de împărțite asupra tratamentului chirurgical, această desbinare există într'un mod întins. Și această divergență de opiniuni nu provine de cât din aceia că s'au propus a se trata prolapsul prin intervenţiuni care nu erau suficiente în raport cu complexitatea leziunilor.

Să nu uităm, că nu e mult de când această afecţiune se clasa printre cele incurabile. Și, multiplicitatea procedeurilor operatorii, însamnă tocmai desarmarea în care ne găsim față de ea. Chiar astăzi, deși foarte multe din recidive și insuccese se datoresc unor intervenţiuni insuficiente, totuși nu trebue să perdem d'n vedere cât e de rebel organismul, când nu mai voeşte să-și adăpostească părţile lui componente.

Inainte de a aborda chestiunea diferitelor procedee operatoare imaginate, vom zice câte-va cuvinte asupra masagiului, cauterizărilor și amputaţiunea colului, întru-cât și cele două dintăi sunt niște manopere din domeniul patologiei chirurgicale și cea de a treia fiind ea însăși o intervenţiune.

Masagiul e întrebuinţat pentru a combate îngurgitaţia părţilor. *Brand* a propus masagiul în doi. Un operator cu un deget sau două rădică uterul, celalalt introduce mâinile pe lat între simfiză și uter,

apăsând cât mai adânc pe peretele abdominal; apoi le rădică şi iar apasă, în total de vre-o zece ori. O şedinţă pe săptămână e suficientă.

Cauterizaţiunea a fost propusă de *Gérardin*, cu scop de a se produce un ţesut nodular, aducând un retrecisment al vaginului şi mărind rezistenţa pereţilor. *Vulpeau* şi *Laugier* l-au aplicat, dar au văzut că e puţin îndestulător şi chiar periculos.

Amputaţiunea colului se face cu scopul de a favoriza reducerea uterului, atunci când colul este lung şi hipertrofiat. Huguier amputa colul resecându-l cât mai sus posibil, între vesică şi rect, şi nu se mai îngrijia de reunirea consecutivă.

Pentru ca cicatricea ce se va forma, să nu astupe orificiul, trebue să ţinem seamă de modul cum va trebui să urmeze cicatrizarea.

Pentru aceia din ambele buze se fac un lambou conoid şi se afrontează mucoasele. Rănirea vesicăi se va evita, conducându-ne de o sondă bărbătească întrodusă în vesică şi pe care o menţine un ajutor. Rectul şi peritoneul îndărăt, încă nu vor fi interesate, dacă se dirige tăiuşul cuţitului către partea ce se rădică.

O sutură uneşte mucoasa vaginală cu aceia a colului. Aceasta nu va fi posibil, dacă se rădică un segment prea mare din col. Când avem de a face cu un uter ce va trebui încă să funcţioneze, trebue să ţinem seamă că amputaţiunea chiar mică, aduce după ea o involuţie a organului; nu vom recurge deci la amputarea prea întinsă a colului.

Thomas a propus de a se face injecţiuni de chinină la baza ligamentelor largi, cu scop de a determina în jurul uterului un ţesut scleros, imobilizând astfel organul redus prealabil.

După *Pankow*, injecţiunile de parafină liquefiată în grosimea pereţilor vaginali, după reducerea prolapsului, care solidificându-se ar opune un obstacol

de neînvins alunecărei vaginului, încă ar fi un tratament. Ambele însă n'au dat bune rezultate chiar autorilor lor.

Procedeele operatorii.

Pentru a putea alege procedeul operator, ce s'ar putea întrebuinţa în tratamentul chirurgical al prolapsului la femeile bătrâne, credem că e necesar a se trece în revistă procedeele cele mai des întrebuinţate până acum în tratamentul prolapsului, şi după ce vom vedea inconvenientele ce fiecare din aceste procedee prezintă, vom căuta să ne oprim asupra celui mai bun şi mai potrivit cazului nostru.

Câţi-va autori *(Hart)* au căutat să facă o analogie între prolapsul uterin şi o hernie inguinală, susţinând că după cum intestinul pentru a forma o hernie, trebue să învingă canalul inguinal pentru a eşi din abdomen, şi să se scoboare până în scrot, tot astfel şi uterul, nu poate eşi din abdomen fără a fi învins trajectul canalului vaginal pentru a face apariţiunea sa în vulvă, apoi între coapse. Plecând de la această analogie, s'a încercat a se face diferite operaţiuni indirecte asupra vaginului şi perineului, cu scop de a se opune uterului o rezistenţă destul de mare, pentru a-l împedeca de a eşi.

De aici un număr infinit de metoade şi de procedee, care au dat loc la mai multe operaţiuni clasice.

Pozzi face următoarea clasificaţie a tratamentului chiruagical ce s'a adresat la :

1) Constituirea unui punct de sprijin inferior din partea vaginului. a vulvei sau a perineului.

2) Rădicarea uterului prin scurtarea ligamentelor rotunde.

3) Sutura uterului la părţile vecine, isteropexia, pe cale vaginală, sau prin laparatomie.

4) Isterectomia.

In expunerea tratamentului chirurgical şi a diferitelor metoade, vom urma ordinea următoare:

1) Interveniri relative la suportul organelor genitale femeeşti: diferitele colporafii şi perineorafii, sau operaţiunile ce se adresează perineului, vulvei şi vaginului.

2) Interveniri relative la suspenziunea şi menţinerea organelor genitale femeeşti; aici intră: scurtarea ligamentelor ronde, isteropexia.

3) Interectomia.

1). *Interveniri relative la suportul organelor genitale femeeşti.*

Unele din operaţiunile ce s'au practicat asupra vaginului şi a vulvei, au rămas numai în istoricul tratamentului.

Am vorbit mai sus despre cauterizările păreţilor vaginali, şi injecţiunile cu parafină liquefiată. Asemenea a fost lăsată în părăsire şi episioraphia (sutura buzelor mari).

Marshall Hall a fost cel dintăi care a executat elitrorafia sau colporafia, ridicând un lambou din peretele vaginal.

Simon mai târziu propune de a tăia larg în perineu pătrunzând şi în vagin; creiază astfel colpo-perineorafia.

Le Fort propune cloasonarea vaginului.

De acest procedeu ne vom ocupa mai de aproape, după ce vom trece în revistă celelalte procedee aplicabile şi prolapsului femeelor tinere.

In colporafie, toţi autorii au ca scop să strâmpteze canalul vaginal, pentru a forma un obstacol eşirei uterului. Fiecare chirurg a căutat să dea incisiei altă formă, cu scop de a excisa din mucoasa vaginală o porţiune, care să dea altă conformaţiune vaginului, aşa:

Simes făcea incisia în formă de potcoavă a cărei

parte concavă se ascuţia îndreptându-se către uretră.

Hégar dă încisiei forma eliptică.

Pozzi recomandă a se tăia complect toată partea exuberantă a vaginului, ce se excisează după ce s'a prins un pliu de al mucoasei între 2 pense curbe, după care se suturează.

Colpo-perineorafia s'a făcut ori de câte ori s'a avut de-a face cu un vagin larg cu tendinţă la prolaps, şi unde perineul a fost de asemeni relaxat. Procedeele sunt numeroase.

Operatorii s'au întrecut a-şi sistematiza fiecare modul său de a practica. Intre aceştia începând cu Simon, care este autorul acestei forme de intervenire, s'au distins *Hegar*, *Martin*, *Doléris*, *Bischoff*.

Simon rădică un lambou din mucoasa părţei posterioare a vaginului şi a vulvei, în formă de trapez, cu o bază de 5—6 ctm. şi o înălţime proporţională cu gradul de laxitate a vaginului. După aceia reunea marginile trapezului a cărui bază conrespundea la vulvă. Această bază mai târziu se făcea curbă, pentru ca reunirea să fie mai completă.

Hégar extirpă din mucoasa vaginală posterioară o suprafaţă în formă de triunghiu isoscel, cu baza de 6 - 7 ctm. aşezată în furşetă. Inălţimea triunghiului în vagin e de 7 ctm. Plaga e netezita pe margini, pentru ca să se poată stabili mai intim contactul mărginilor. El întrebuinţează pentru suturi fire de argint. *Pozzi* recomandă sutura de catgut şi în etaje superpuse.

Cum vedem în acest procedeu coloana posterioară a vaginului. care formează partea cea mai rezistentă în acest conduct, e sacrificată.

Martin în procedeul său o respectă, afară de o mică porţiune la partea inferioară. El extirpă de o parte şi de alta a coloanei vaginale posterioare, câte un unghiu cu vârful în sus, la înălţimea cerută de laxitatea vaginului; procedeul acesta s'ar putea numi

elitro-rafia laterală dublă. Când intervine și a asupra perineului, atunci face încă două incisii curbe mijlocii, începând de la o egală distanță între ambele baze, până la un lat de deget deasupra furșetei, sau chiar imediat deasupra furșetei unde se unesc. După ce disecă mucoasa, se face sutura unghiurilor de o parte, și a laturilor semilunei de alta.

Bischoff în procedeul său, de asemenea respectă coloana vaginală posterioară.

Procedeul lui *Dolorés* convine acolo, unde prolapsul uterin e puțin pronunțat și unde vulva e prea deschisă, cu sau fără ruptura perineului. El face o incisiune curbă la nivelul limitei între piele și mucoasă, în regiunea furșetei vaginale. Disecă buza superioară a incisiunei și suturează marginea inferioară cutanată cu baza lamboului mucos resecat.

Partea slabă a acestei procedări este, că, scurtând, peretele vaginal posterior, se opune la combinarea lui cu alte operații ca: a lui Alexander sau isteropecsie. El se referă mai mult perineului, și a căpătat numirea de Colpo-perineoplastie. Toate procedeele până aici descrise sunt însoțite de accidente ca: deschiderea peritoneului, rănirea rectului și supurațiunea inevitabilă a plăgei. Cu toate acestea Hegar spune că din 150 operațiuni după procedeul său, toate au fost cu succes.

Dorff asistentul lui Hégar a putut urmări numai 63 din 136 operate, și din ele numai 53 au avut succese.

1). *Interveniri relative la suspenziunea și menținerea organelor genitale femeești.*

A). ***Isteropexia.*** Este numită de Pozzi gastro-isteropexia sau isteropexia abdominală, pentru a se distinge de isteropexia vaginală, și de isteropexia pelviană, operațiuni care și ele s'au întrebuințat, fie pentru retrodeviațiunile uterine, fie pentru prolaps.

Observându-se că la extirparea chistelor ovariene, pediculul care se fixa de peretele abdominal, aducea multă ameliorare, s'a conchis că această fixare ar putea aduce folos și pentru prolapsul uterin.

Când din cauza leziunilor găsite pe ovar, nu a rămas pedicul pentru a-l fixa în plagă, *Lawson Tait* a fixat fundul uterului la peretele abdominal (1883).

Olshaussen în 1886 întrebuință această operațiune și în prolaps. După dânsul, *John Philips*, *Assaki*, *Terrier*, *Rubesca* au mărit numărul procedeelor. Pozzi clasifică în trei ordine diversele procedee ale isteropexiei prin laparatomie.

I. ***Fixarea indirectă a uterului.*** *(Katz-Koeberle)* constă în extirparea ovarului sau a trompei și fixarea pediculului la peretele abdominal. In acest procedeu ovarul e sacrificat, uterul se răsucește și s'au numărat multe insuccese.

II. ***Fixările directe prin părțile periferice ale uterului.*** *(Olshaussen, Sänger, Kellé)*. Numele arată în ce constă procedeul. Inconvenientul e golul rămas între uter și peretele abdominal care expune la strangulări intestinale.

III. ***Fixarea directă prin partea mediană.*** *(Leopold, Czerny, Terrier* și alții). Se unește prin suturi partea cea mai superioară a feței anterioare a uterului, la marginele plăgei abdominale. Se trece acul în una din marginele plăgei prin țesutul uterin și se scoate prin cealaltă margine a plăgei. Și pentru ca aderența să fie și mai intensă se avivează puțin prin răzuire suprafața uterului, fără a ajunge până la strângerea suprafeței răzuite.

Ori care ar fi procedeul întrebuințat, isteropexia prin laparatomia are trei timpi.

a) Laparatomie subtombilicală.

b) Fixarea uterului.

c) Sutura plăgei abdominale.

S'a practicat isteropexia şi fără laparotomie, adică *ventrofixnţie imediată, isteropexie extra-abdominală.*

Italianul *de Caneva* e acel care a imaginat acest procedeu, şi la noi în ţară primul care l'a întrebuinţat modificându-l însă a fost *Assaki*, care proceda în modul următor: Aşeza bolnava în poziţia *Trendelemburg* pentru ca ansele intestinale să nu se afle în câmpul suturei. Trecea apoi acul prin peretele abdominal, uter şi-l trăgea îndărăt. Cu toată paza însă procedeul nu e lipsit de complicaţiuni ivite prin prinderea unei anse intestinale.

Roux în buletinul societăţei de chirurgie din 1889 citează un astfel de caz.

Chiar fără această complicaţiune, operaţiunea nu dă rezultat, căci aderenţa ce determină e numai la nivelul celor 2, 3 puncte de sutură, nu poate prin urmare să ţină.

Cum însă în totalitatea aproape a cazurilor, prolapsul uterului e însoţit de prolapsul vaginului, chirurgii au recurs mai des la combinarea isteropexiei cu colporafia anterioară şi posterioară.

Dl. Dr. *I. Kiriac* făcând autopsia unei femei moarte de pleuresie şi care cu un an înainte fusese operată de Domnia-sa pentru un prolaps uterin prin isteropexie, constată un fapt care-l convinse că această operaţiune e prea puţin suficientă pentru a vindeca prolapsul. Domnia-sa a găsit uterul în prolaps recidivat cu aderenţele peritoneale nedistruse, însă atât de întinse, încât ele permiteau scoborârea constantă a uterului. A imaginat atunci un alt procedeu, adică, ca fixaţiunea uterului de abdomen să nu se facă simplu prin sutura foilor peritoneale, însă prin intermediul unei suprafeţe sângerânde cu scop ca collagiul să se sprijine pe o cicatrice rezistentă. Afară de aceasta s'a gândit să fixeze şi vesica de uter, cu scop ca acest organ să scape şi el

de presiunea intra-abdominală şi ca să fie asemenea asigurată contra recidivei. Această operaţiune a numit-o histero-cysto-ventropexie şi a practicat-o totdeauna cu succes, fie la bătrâne, fie la tinere, căpătând, zice Domnia-sa, cele mai bune rezultate.

Iată în câteva cuvinte descrierea operaţiunei şi modul de a proceda:

Dă bolnavei poziţia *Trendelenburg*, şi după ce deschide peritoneul, apucă uterul de fund cu o lungă pensă cu dinţi şi-l trage în sus, punându-l în evidenţă. Pe faţa sa anterioară desinează cu bisturiul un lambou de 3 ctm. pătraţi, pe care apoi îl diseacă cu multă atenţiune, aşa ca să poată fi rădicat în toată întinderea sa şi de o grosime, care să lase o suprafaţă sângerândă absolut complectă.

Din suprafaţa corespondentă a peritoneului parietal şi din fiecare buză a inciziunei mediane se scoate un alt lambou de aceiaşi mărime, însă care nu cuprinde de cât exclusiv foiţele peritoneului. Această incisiune o face cam la 6—7 ctm. deasupra simfizei pubiene.

Apoi după metoda lui Czerni, cu 2—3 puncte cu fire de matasă, fixează suprafeţele decolate. Apoi fixează printr'un fir transversal faţa anterioară a vesicei de abdomen, pe cât timp faţa posterioară, este sudată la uter prin 1—2 puncte verticale, de desuptul suprafeţei sângerânde. In modul acesta, uterul şi vesica se găsesc intim unite, şi amândouă, de peretele abdominal. Unirea bazându-se pe un ţesut cicatricial întins şi intim, ea nu ar ceda, şi recidiva nu ar avea loc.

Doctorul *Pichevin* găseşte însă că acest procedeu deşi are asupra altor multe, avantagiul de a asigura legături mai solide între matrice şi peretele abdominal, cu toate acestea îi găseşte multe inconveniente. Principalul e că se suspendă un uter gros, greu, congestionat, la o înălţime anormală, făcând din

el un organ abdominal. El lipsind din cavitatea pelviană, presiunea abdominală îşi va manifesta acţiunea sa cu mai multă forţă asupra părţilor mai depresibile din planşeul pelvien. E de părere că această operaţiune singură nu va putea să vindece prolapsul, şi că numai adresându-ne în parte fiecărui organ, vom putea face ceva.

B). ***Scurtarea ligamentelor rotunde.*** Cel întăi care a avut ideia de a scurta ligamentele rotunde a fost *Alquier* din Montpellier.

Inaintea academiei de medicină din Paris în 1840, el susţine într'un memoriu tratamentul deplasărilor uterului, prin scurtarea acestor ligamente.

In 1891 chirurgii engleji *Alexander* din Liverpol şi *Adams* din Glascow au practicat-o aproape în acelaş timp. Alexander insă avu un caz foarte bun de operat, pe când al lui Adams era dificil. Astfel că această operaţie se numeşte a lui *Alquier-Alexander-Adams*, deşi mai sunt încă pretendenţi.

Patru timpi sunt suficienţi pentru a descrie această operaţiune de şi s'au descris până la opt.

I. ***Descoperirea ligamentelor.*** Conduşi de spina pubisului, facem o incisiune în direcţia arcadei lui Fallope. Assaki căuta orificiul inguinal extern. Se diseacă căutând a se depărta o ramură din genito-cruralul până ce se descopere ligamentul care la eşirea din orificiu, se resfiră în evantaliu, şi e prins cu o pensă şi denudat.

II, ***Rădicarea şi îndreptarea uterului.*** Se trage de ligamente, care pe măsură se denudează pe o lungime da 10 ctm. Intr'un moment dat ele nu mai merg, asta însamnă că uterul a atins peretele abdominal.

III. ***Menţinerea uterului.*** Uterul ajuns aici trebue menţinut. Pentru aceasta un ajutor ţine ligamentele întinse, şi chirurgul le fixează printr'un fir

de sutură de stâlpii inelului inguinal. Partea rămasă în afară de sutură, se extirpă. Cu acest mod, inelul extern al canalului inguinal e suturat.

IV. ***Inchiderea plăgei prin suturi în etage.*** De şi acest procedeu pare a fi bun, cu toate acestea a fost combătut de mulţi autori.

Doléris şi *Richard* arată accidentele la care el poate da naştere ca: deschiderea peritoneului, lesiunea vaselor importante, tracţiuni dureroase, formaţiunea unui traject herniar.

Segond spune că scurtarea ligamentelor ronde, e imposibilă a vindeca prolapsul.

Iohn Philips îl combate de asemeni.

Dr. Petraşcu în Teza sa spune: operaţiunea e greu de executat, ligamentul e greu de găsit, fiind acoperit de grăsime, şi se desface anevoe.

Dl. Profesor Juvara a căutat să impedice recidiva prolapsului, introducând o modificare în executarea acestei operaţiuni, procedând în modul următor.

Pensează ligamentul rond exteriorizându'l pe o întindere de 12 ctm. Secţionează două fâşii, făcânduse cu ele un nod, care cuprinde în ansă unghiul superior al aponevrozei marelui oblic secţionat.

Trece apoi un fir ce fixează acest nod, mai pune 2—3 suturi ce închid orificiul inguinal extern, în care se prinde capătul ligamentului rotund.

3). *Isterectomia.*

Această operaţiune, la care, zice *Astruc*, nu trebue a se recuge de cât la ultima extremitate, *in evidenti mortis*, a fost de mult practicată cu succes încă din cea mai veche antiquitate, după cum ne-o spun mulţi autori între care *Aetius*, *Paul d'Egine*, *Berengarius Carpus*, *Christophus à Vega*, *Ambroise Paré* şi mulţi alţii.

Soranus, care printre vechii chirurgi s'a distins prin o fericită îndrăzneală în operaţiunile sale, zice: «Dacă porţiunea atârnândă a uterului se ulcerează, din cauza acidităţei urinelor şi a lipsei de curăţenie, dacă este putrificată, să o extirpaţi, fără a vă teme de nimic. căci uterul nu este indispensabil vieţei, el poate fi ridicat fără a fi urmat de moarte».

Se citează cazuri în care femei şi-au extirpat singure organul prolabat

Procedeul celor vechi era foarte simplu. Ei obţineau separaţiunea fie cu ajutorul unei legături ce cuprindea pediculul tumoarei, fie cu două legături în doua părţi ale rădăcinei tumoarei.

Chirurgi ca *Clarck*, *Marshall*, *Windson*. *Récomier* şi alţii, au schimbat mereu procedeurile ţinând să extirpe matricea.

Ei nu interveneau însă de cât numai în cazul când deosebit de prolaps, uterul era atins şi de altă afecţiune, ce complica starea lui.

Richelot în 1866 e primul care face isterectomia pentru prolaps.

Cu înmulţirea mijoacelor de antisepsie s'au înmulţit operatorii şi odată cu ei procedeele. Ele sunt aşa de multe, în cât nu ştim aproape, pe care să'l descriem.

Astfel *Martin*, *Kaltenbach*, *Péan*, *Richelot*, *Doyen*, *Lucas-Chmpionière*, *Pozzi* etc. etc. toţi au procedeele lor.

Unii fragmentează organul, alţii nu, unii o fac pe cale vaginală, alţii pe cale abdominală.

Faptul e că fiecare chirurg poate avea procedeul său, şi cum toate duc la acelaşi rezultat, la extirparea organului, noi nu le vom descrie.

Vom cita numai în treacăt pe acei operatori cari au avut în vedere că, deşi uterul e extirpat, vaginul poate cădea în prolaps, şi au căutat ca în timpul operaţiunei să impedice acest inconvenient de a se produce.

Aşa, *Mac-Monagle* din St. Francisco suturează după ablaţiunea uterului, ligamentele largi unul cu altul, astfel ca să închidă peritoneul şi să producă la partea superioară a vaginului un punct de inserţiune solid

Martin din Berlin închide peritoneul şi coasă ligamentele largi, astfel ca suprafaţa lor sângerândă să facă proeminenţă în vagin.

Quênu şi la noi *Dl. Profesor Botez* leagă firele din o parte a ligamentelor, cu firele din cealaltă parte a ligamentelor, pe care apoi împreună le suturează de fundul vaginului.

In fine *Fritch* scurtează vaginul ridicând din el lambouri şi îl fixează de ligamentul larg.

Isterectomia ca procedeu în tratamentul chirurgical al prolapsului a fost încriminat de a fi prea barbar, lipsind pe femee de un organ care îi este trebuincios, atunci când putem să o vindecăm prin alte metode, păstrând organul.

Aceasta e adevărat la femei înaintea menapousei. S'a zis apoi că lipsa organului din cavitatea pelvienă, unde servea ca un fel de tampon, ar face ca celelalte organe să cadă şi să supunem femeia la alte suferinţi.

Şi dacă nu se va face o colpo-perineorafie, vaginul cel întâi, împins de organele în ptosă, va prolaba.

Pentru a evita aceasta *Iacobs* în 1896 imaginează alt procedeu şi anume: Extirparea supra vaginală a uterului şi fixarea bontului de abdomen.

Dl. Profesor Sculy, ori de câte ori are de a face cu un prolaps la o femee bătrână, la care şi vaginul e tare relaxat şi ar prolaba chiar în lipsa uterului, aplică acest procedeu.

Iată modul cum Domnia-sa îl descrie:

Pacienta e aşezată în poziţia *Trendelemburg*, şi se face o incisie mediană subombilicală. Izolează

strâmtoarea superioară a bazinului prin comprese de gaz sterilizat ce menţine sub el vesica urinară.

Pe incizia abdominală se aplică două ecartoare ce menţin plaga abdominală deschisă. Cu o pensă se prinde corpul uterin ce este atras înspre plaga abdominală. se determină fundul de sac peritoneal vesico-uterin şi se incisează perineul de pe faţa anterioară a uterului, iar cu degetul şi mânerul scalpelului se decolează vesica urinară de faţa anterioară a uterului până la nivelul colului uterin. Se aplică o pensă pe ligamentul larg stâng, uterul fiind tras cu pensa înspre dreapta şi cu foarfecele se incisează ligamentul larg stâng, în imediată apropiere a uterului. Odată ajuns la nivelul gâtului uterin, tot cu foarfecele se secţionează transversal acest gât. Apoi se aplică o pensă şi pe ligamentul lateral drept, iar cu foarfecele se secţionează de jos în sus (de la col spre bordul superior al ligamentului larg), ligamentul larg drept în imediată apropiere a uterului. Se prind isolat uterinele. se face legătura lor, se prind apoi arterele ligamentelor ronde şi se leagă. Hemostaza asigurată, se procede la închiderea orificiului colului uterin rămas. Se face apoi toaleta bazinului şi se constată că hemostaza e sigură. Se procede apoi la peritonizare, legând cu fire de in, aplicat pe lamborile ligamentelor largi rămase, acoperind în acelaş timp colul uterin şi prinzându-le de etajul inferior al plăgei abdominale, după ce acest etaj a fost refăcut. Se procede apoi după ce s'a dat pacientei poziţia orizontală, la închiderea peretului abdominal.

CAPITOLUL IV.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL LA FEMEILE BĂTRÂNE

Cloasonarea mediană a vaginului

Am trecut până aici în revistă toate procedeele principale ce s'au imaginat pentru tratamentul prolapsului uterin.

E adevărat, când avem de a face cu o femee tânără, care voeşte încă să păstreze organul său gestator, care trebue, şi poate încă să rămână gravidă, nu avem dreptul să o lipsim de el. Vom căuta, ca prin unul din procedeele mai sus descrise, şi după trebuinţa ce ne-o indică casul, să aplicăm şi procedeul.

Cu toate defectele şi inconvenientele lor, recidivele la care dau naştere, colporafiile şi colpo-perineorafiile ne pot totuşi aduce folos, dacă nu pentru tot-de-auna, cel puţin pentru un timp mai mult sau mai puţin lung.

In cazul când aceste operaţiuni sunt neîndestulătoare, şi când uterul nu prezintă alte lesiuni, isteropexia, scurtarea ligamentelor ronde, încă pot aduce folos. Uterul de şi fixat de abdomen, poate evolua şi să-şi îndeplinească rolul său fisiologic.

Când uterul e bolnav, când femeia e după menopausă, când ea se lipseşte de bună-voe de organul său, isterectomia, fie ea abdominală, fie mai cu seamă vaginală, totală sau parţială, încă e indicată cât timp femeia e de o bună constituţie, în stare

de a suporta o laporatomie, sau o intervenţiune mai importantă.

Dar când avem de a face cu o femee în vrâstă, după menopausă, ce e mulţumită de a trăi liniştită, lipsită de necazurile ce-i produce afecţiunea ei, ce merge cu sacrificiul până a se lipsi pentru totdeauna de raporturi sexuale, procedeul ce mai jos îl vom descrie, numit al cloasonărei mediane a vaginului, credem că aduce în adevăr folos real.

Prin acest procedeu, pe lângă că e foarte simplu, nesupunând femeia la un traumatism mare, şi necerând mult timp pentru a se vindeca, reuşim a stabili şi un bun suport organelor genitale interne, care sprijinite pe vaginul cloasonat nu vor mai putea părăsi cavitatea pelviană.

Inconveniente post operatorii credem că nu există. Vaginul de şi cusut în parte, are loc încă pe unde să lase să se scurgă diferitele secreţiuni ce uterul ar mai putea avea.

Uterul îşi păstrează locul său în cavitatea pelviană şi serveşte de razim organelor abdominale care nu vor putea cădea. Perineul e în deajuns de resistent în noua lui confecţiune, pentru ca să mai permită o nouă recidivă.

Din cele 4 observaţiuni ce le publicăm mai jos, două sunt ale unor femei care de şi operate d'inainte, uneia îi se făcuse isterectomie supra vaginală şi pexie, alteia istero-pexie, au avut totuşi recidivă, scurt timp după operaţie, şi a trebuit în cele din urmă să li se aplice procedeul cloasonărei.

Două din aceste cazuri le-am urmărit, şi rezultatul e cât se poate de satisfăcător, recidiva nu a mai avut loc, cazul operat de d. dr. docent Anghel da eazăde trei ani.

Cel întâi care a imaginat procedeul cloasonărei a fost Freund, de şi modul lui de a opera e curios, însă uşor.

El face niște suturi orizontale, și paralele sub mucoasă, cu fire de argint, care strânse, fac să se strângă și mucoasa vaginală, ce împinge colul în sus, și pereții vaginului ținuți astfel în contact, se lipesc grație inflamațiunei adesive determinată de fire, și a unei cicatrice ce va fi suficientă a asigura, zice el, o vindecare dacă nu definitvă, cel puțin destul de prelungită.

Operațiunea lui Freund nu a întrat în practică și a fost părăsită chiar de autorul ei.

Pare însă că încă din 1823 *Gérardin* și *Jobert de Lambale* se gândiseră la un procedeu ce ar oblitera vaginul. printr'un cloason lateral, după ce au avivat pe peretele anterior al vaginului două lambouri de mucoasă longitudinală, la oare-care distanță unul de altul, lăsând între ele o porțiune de vagin neavivată.

Le Fort (1877) isbit de faptul că, căderea uterului este aproape în totdeauna precedată de aceea a vaginului, al cărui pereți ese pentru a zice ast-fel prin deplisare, crezu, că dacă s'ar putea menține în raport acești pereți opuși, ori-ce prolaps ar deveni imposibil și propuse a se uni prin suturi, după ce a rîdicat pe fie-care din pereți o bandă verticală.

El dădu acestei operațiuni numele de cloasonarea vaginului. După dânsul *Terillon* a întrebuințat cu succes de cinci ori acest procedeu.

Operațiunea lui Le Fort constă în doi timpi:

a) Avivarea dreptunghiulară necesară a fie-căruia din peteți.

b) Sutura care apropie bordurile corespondente a mucoasei avivate.

Iată cum procedează:

Pereții vaginului îndepărtați, face două incisiuni transverse, începând în cea mai apropiată parte de vulvă, una pe peretele anterior și alta pe peretele posterior al vaginului. Lărgimea avivărei după

Le Fort trebue să fie numai de 1—2 ctm., căci dacă va fi prea largă, zice el, unirea nu se face bine. Lungimea verticală este de 4—5 ctm. El pretinde, că dacă se operează prea aproape de col, apropierea pereţilor avivaţi, ar fi grea şi s'ar putea leza peritoneul (Tillaux citează un caz de peritonită ce-i s'a întâmplat). Grosimea avivărei să fie cât se poate de mică, e de ajuns ca suprafaţa să fie sângerândă.

Cele patru incisiuni ce confecţionează dreptunghiurile. Le Fort le trage deadreptul, aşa că disecţiunea devine uşoară.

Sutura se începe cu fire de argint prin extremitatea mai epropiată de uter. Firul îl trece prin mucoasă pe sub ţesutul părţei avivate şi se scoate în cealaltă parte a avivărei tot prin mucoasă. Firele ce vin faţă în faţă în cei doi pereţi vaginali, se leagă prin capetele lor, şi astfel părţile avivate se pun în contact pe toată suprafaţa lor.

Firele se lasă 2—3 săptămâni în loc şi se scot când reunirea e solidă.

Pansament nu se aplică.

Resultă un adevărat cloason antero-posterior, divizând cavitatea vaginală în 2 compartimente laterale. Acest cloason împedică inversiunea păreţilor vaginali, deci împedică şi scoborârea uterului.

Aşa cum procedează Le Fort disecând numai maximum 4 ctm. de lungime din mucoasă, şi pe o lărgime mică, riscă ca rezultatul să nu fie bun, mai ales când avem de a face cu un vagin larg.

S'ar putea ca prolapsul, mai ales când colul e ipertrofiat şi alungit peste măsură să se producă pe una din părţi.

André în teza sa din 1889 expunând acest procedeu reuneşte 40 observaţiuni cu 35 succese. El pretinde că procedeul se poate aplica şi femeilor tinere, căci nu împedică actul genezic, fecundaţiunea şi facerea.

Le Fort citează chiar cazul unei vechi operate de el, care a rămas însărcinată. și căreia a trebuit să-i se facă secțiunea bridei cu foarfecele, pentru a da loc liber fătului să iasă.

Pentru a fi complecți în expunerea asupra diferitelor procedee operatorii asupra prolapsului uterin la bătrâne, vom cita și pe acel imaginat de Dl. Dr. I. Kiriac, și pe care-l găsim publicat în revista ginecologiei din Septembrie 1905. Domnia-sa numește acest procedeu colpo-istero-cervi-pexie.

Procedeul constă în a fixa prin suprafețe sângerânde gâtul uterului de pereții vaginali, și de aici numirea de mai sus.

Pentru aceasta diseacă un lambou circular larg de 2—3 ctm. imediat deasupra gâtului uterin. Apoi diseacă un alt lambou de aceeași dimensiune, circular și el, din pereții vaginali neprolabați, începând imediat de la meatul urinar și de la furșeta vulvară, și mergând între piele și mucoasă. Afrontează apoi ambele suprafețe prin fire de catgut în partea superioară a lambourilor și prin fire de mătasă, în partea lui inferioară.

Cu modul acesta gâtul uterului e solid fixat la intrarea vaginului, care ast-fel se închide în mod complect nerămânând liber de cât meatul urinar. Intru sprijinirea acestui procedeu, D-sa publică trei observațiuni cu succese obținute și fără recidivă; nu ne spune însă nimic asupra inconvenientelor ce această operațiune ar presinta și anume:

Vaginul fiind o cavitate a cărui pereți secretă, aceste secrețiuni au o scurgere normală, atunci când orificiul vulvei e deschis. Dar în procedeul acesta, orificiul vulvei fiind complect închis prin gâtul uterin, rămâne sus o cavitate închisă, care s'ar umplea de secrețiunile mucoasei vaginale și a fundurilor de sac.

Afară de aceasta organele abdominale ar apăsa veșnic pe uterul scoborât, intestinele ar hernia

între spațiile odinioară ocupate de fundurile de sac acum trase în jos.

Unde mai punem că uterul ar putea prea bine să se îmbolnăvească după această intervenție, și să se grefeze pe el vre-o tumoare maligně care să necesiteze o extirpare a lui; cât de greu s'ar extirpa un asemenea uter care face un singur corp cu vaginul, care e calea, ce ar conduce la el? Apoi senzația ce o simte femeia operată în modul acesta e destul de neplăcută, având uterul său ca un tampon permanent în vagin și apăsat veșnic de organele abdominale.

Credem apoi că prima condițiune pentru a obține un bun rezultat în acest fel de intervențiune, e a avea un perineu solid, lucru ce e aproape imposibil la femeile bătrâne, la care mușchii perineului sunt parte relaxați, parte rupți de desele faceri.

De aceea procedeul Le Fort e superior, așa însă cum îl efectuiază Dl. *Prof. Dr. Juvara* și cum Dl. *Docent Dr. Anghel* l'a întrebuințat odată în anul 1905 în serviciul D-lui Prof. Sculy. Dl. Prof. Juvara a apreciat puternica resistență ce oferă cloasonul vaginului, atunci când e efectuat pe toată lungimea lui și pe o suprafață destul de largă.

Ceea ce spune Le Fort că incisiunea și efectuarea lambourilor în sus nu trebue să treacă de cât 4—5 ctm. vaginul fiind întins, sub pedeapsa neobținerei reunirei, nu pare a fi adevărat, ba încă pare dovedit prin casurile noastre că reunirea se face bine și suportul e foarte solid.

Nu se poate face aceași imputare acestui procedeu ca aceea făcută procedeului D-lui Dr. Kiriac.

Vaginul de și cloasonat, a păstrat de o parte și de alta două orificii prin care secrețiunile pot avea scurgere.

Uterul își păstrează locul său în cavitatea pelviană, în raport cu organele abdominale cărora le servește ca suport.

Perineul e solid reformat, uterul şi vaginul puse în imposibilitate de a mai prolaba.

Contrar lui Le Fort, indicăm acest procedeu numai pentru prolapstul femeilor bătrâne.

Descrierea Procedeului.

Se examinează uterul în prolaps dacă nu cumva colul său nu presintă ulcerațiuni, sau dacă cavitatea sa nu dă scurgere la vre-o secreţiune.

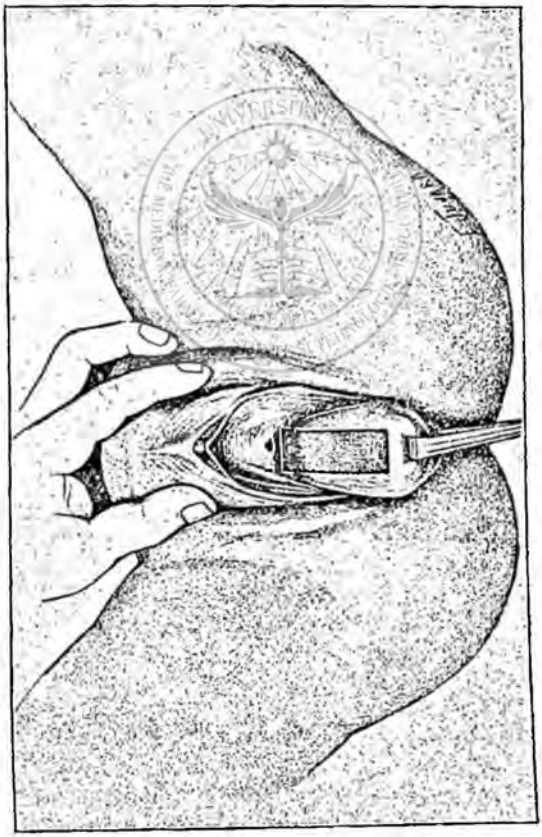

Fig. I. Lamboul disecat po porotolo antorior al vaginului.

In cazul acesta vom căuta să vindecăm aceste alterațiuni, înainte de a proceda la veri-ce altă inter-

venţiune.—Colul uterin e luat cu o pensă cu dinţi şi scos afară, punându-se în evidenţă peretele anterior al vaginului.

La o distanţă de 2 ctm. de la orificiul colului se trage o incisiune transversală de 4 ctm. în mucoasă, şi perpendicular pe această incisiune se trag două incisiuni longitudinale, care merg până la 1 ctm. subt meatul urinar (Fig. I).

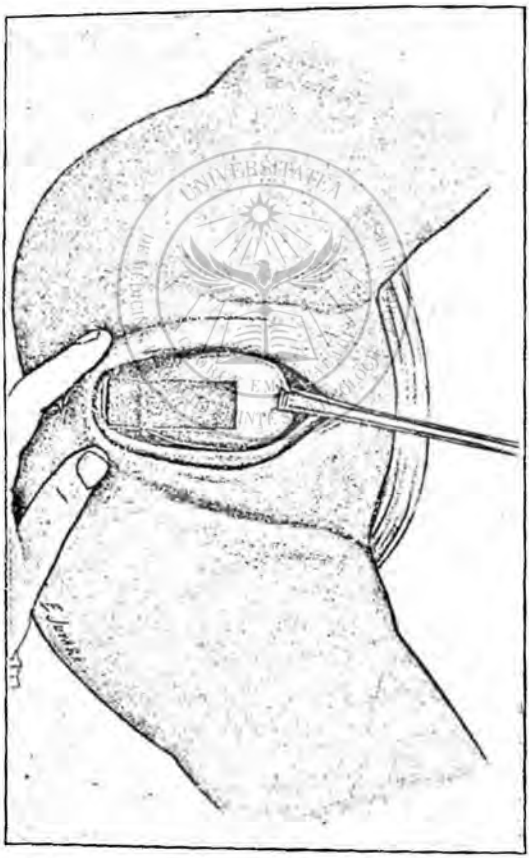

Fig. 2. Lamboul disecat pe peretele postorior al vaginului.

Se capătă astfel un lambou larg de 4 ctm. pe toată lungimea vaginului, lambou care se diseacă,

descoperind în modul acesta o suprafaţă dreptunghiulară sângerândă.

Uterul fiind apoi întors în sus aşa ca să pue în evidenţă peretele posterior al vaginului, se confecţionează pe dânsul un lambou identic (Fig. 2)

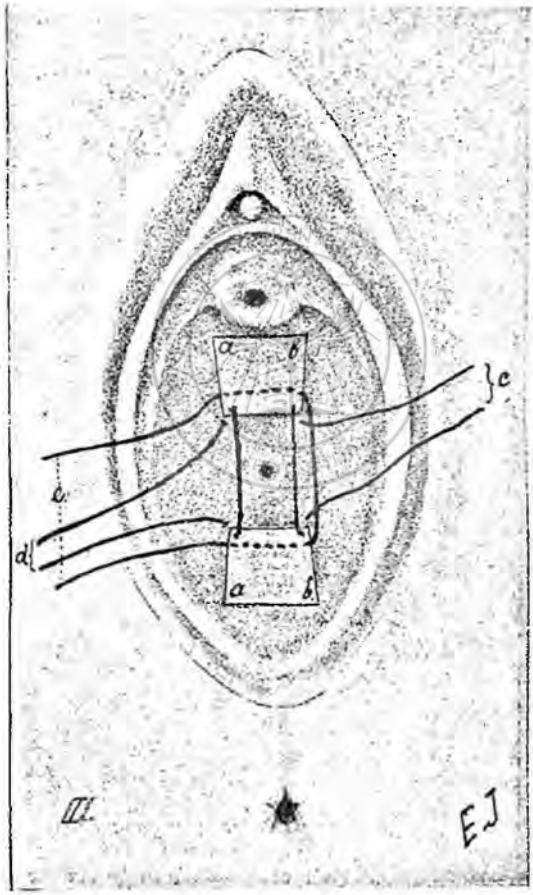

Fig. 3. d, c, firele antero-posterioare profunde, c, primul fir lateral.

care merge în lungime până la 1 ctm. sau chiar imediat lângă furşeta vulvară, disecându-l în toată lungimea lui. Disecarea trebue să intereseze numai

mucoasa, să fie făcută cu atenţiune, servindu-ne numai cu pensa şi vârful bisturiului, aşa ca să nu luăm mult din ţesutul propriu al uterului şi ca hemoragia să nu fie mare. Afară de aceasta disecând un strat mai gros, am putea lesa vesica sau rectul, atunci când aceste organe iau parte la prolaps.

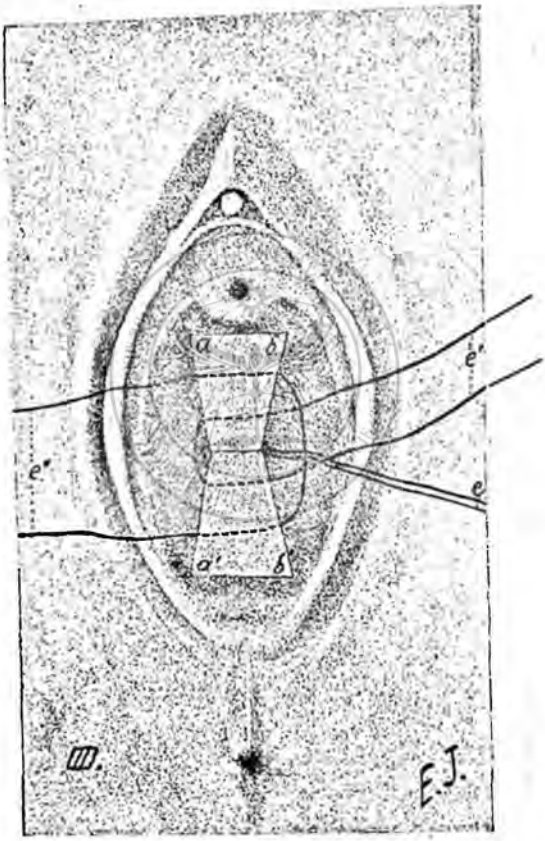

Fig. IV. e, primul fir lateral inodat, e', e'', firele următoare laterale.

Se procede apoi la sutura acelor două suprafeţe sângerânde în modul următor :

Prin 2—3 fire antero-posterioare (d. c. fig. III-a) se coase marginile mucoasei vaginale, din imediată apropiere de colul uterin.

Aceste fire strânse, fac colul să fie împins înăuntru, mai ales atunci când s'a strâns şi primul fir lateral *e* (fig. 4).

Se trece apoi un fir e' începând din fund pe latura *b* a incinsiei vaginale anterioare, fir, care se fofilează prin suprafaţa sângerândă până ajungem pe

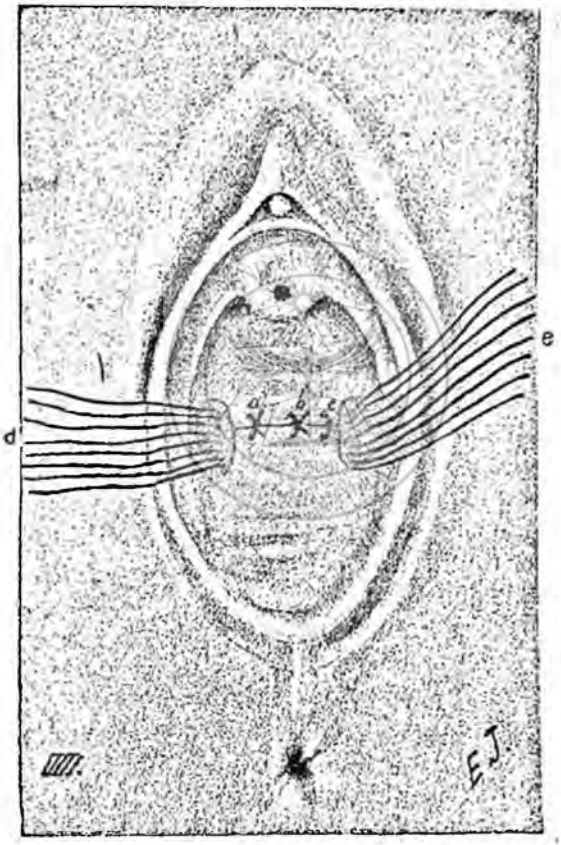

Fig. V. a, b, c, firele antero-posterioare superficial inodate; d, e capetele firelor laterale ce ese prin orificiile laterale rămase din vagin.

latura *a*; firul apoi e trecut prin *a*' merge fofilând prin suprafaţa sângerândă posterioară şi ese prin

latura *b'* a incisiunei laterale posterioare. Inodarea acestui fir se face pe latura *b b'* (fig. IV).

Puţin mai în jos se trece un al 2-lea fir *e''* începând din *a* fofilează până în *b*, intră prin b', fofilează până în *a'* pe unde ese şi se înoadă în *aa'*.

Tot aşa procedând ajungem să aplicăm suprafeţele sângerânde, pe măsură ce uterul cu vagin cu tot, sunt împinse înăuntru.

Prin 3—4 fire antero-posterioare (a, b, c, fig. V) se suturează apoi marginile mucoasei din spre meat şi furşeta vulvară, închizându-se în modul acesta orificiul vulvei, şi reformându-se perineul, rămânând de o parte şi de alta câte un mic orificiu (Fig. V) pe unde capetele firelor sunt scoase, şi pe unde se face pansamentul.

Se introduce în aceste orificii meşe subţiri îmbibate de vasilină idoformată şi toată regiunea se acopere cu meşe îmbibate de asemeni cu vaselină iodoformată, care va forma un strat protector contra scurgerilor de urină ce eventual ar avea loc.

Bolnava trebueşte zilnic sondată şi spălată, vaginul fiind un organ ce lesne se infectează.

Firele profunde se elimină încetul cu încetul ear cele laterale şi de la suprafaţă se scot după 8—10 zile, când reunirea e complectă.

Cum vedem operaţiunea e simplă de tot, fără pericole pentru bolnavă, şi nu poate da loc la recidivă.

Ea cere îndemânare din partea chirurgului.

E drept că acest procedeu, după cum am spus mai sus *nu se poate aplica femeilor tinere*, la care întrebuinţăm ori-ce alt procedeu fie el cât de complicat şi infructuos, căci avem în vedere de a păstra nobilul organ şi a nu lipsi femeia de viaţă sexuală.

Dar, de ce să mai supunem noi o femee bătrână la pericolele unei laparatomii pentru a-i face isterectomie, sau isteropexie, sau a-i face diferitele col-

porafii, sau colpo-perineorafii care dau în totdeauna recidive, când avem la îndămână procedeul cloasonărei, mai ales când ele nu mai au nevoe de vaginul lor, se lipsesc cu plăcere de funcţiunea lui, numai ca să scape de o infirmitate ce le amăreşte viaţa.

In ce priveşte instrumentaţia, ea e foarte redusă: două bune bisturie, două-trei pense hemostatice care de cele mai multe ori rămân neîntrebuinţate, o pensă mare uterină, o pensă de disecţie, două trei ace chirurgicale de mărime mijlocie, conduse de un port ac, cu ajutorul căruia se poate uşor străbate chiar în profunzimea vaginului, şi a merge cât se poate de bine sub suprafaţa sângerândă.

Fire de in pentru sutură.

CAPITOLUL V

OBSERVAȚIUNI CLINICE

OBSERVAȚIA I-a

Din serviciul D-lui Prof. Sculy, caz operat de Dl. Dr. Docent P. Anghel.

Prolaps vaginal complect. Cistocel. Rectocel. Uter isterectomizat.

Sevastița C., din Tg.-Neamț, de 49 ani. Menstruată la 14 ani, primele raporturi sexuale le-a avut la 17 ani. La 18 ani a născut primul copil, facere grea, a stat în pat trei săptămâni.

A avut apoi succesiv două avorturi și în total 9 nașteri, toate grele. De 9 ani nu mai are copii; e în menopausă de cinci ani.

Prolapsul uterului a început de 6 ani înainte de a intra în spital, 18 Decembrie 1904. Cu un an înainte a fost operată, făcându-i-se isterectomie vaginală. Cu toate acestea prolapsul vaginal s'a refăcut imediat, și două săptămâni după accea el era complect.

Starea presentă. Bolnava de constituție debilă. Intre coapse atârnă o lungă tumoare, puțin voluminoasă, moale și nedureroasă, presentând în mijlocul și în vârful ei o cicatrice transversală, care nu se sprijină pe nimic. Nu se simte prezența uterului.

In partea anterioară a tumoarei, apăsând, se scurge prin meat, urină. O sondă introdusă în meatul urinar pătrunde cu vârful ei luând direcțiunea în jos, pe peretele anterior al tumoarei.

In partea posterioară a tumoarei mijlocii, ce e constituită din vagin, se găseşte o altă tumoare aderentă şi de consistenţă asemenea moale, care la apăsare dă eşire la gaze prin rect.

La 22 Decembrie se operează sub cloroform, aplicându-i-se procedeul cloasonărei descris mai sus.

In lipsa colului cu orificiul său, incisiunea a pornit de la marginele cicatricei fundului vaginal.

Ese din spital la 17 Ianuarie 1905, când se constată că au cedat câteva suturi, căci 'spălându-se printr'o parte, lichidul antiseptic revine pe latura opusă. Cloasonul e însă solid, şi perineul bine reformat.

Bolnava în urma sondărei a avut puţine fenomene de cistită care au dispărut.

OBSERVAŢIA II-a

Din serviciul D-lui Prof. Juvara.

Prolaps uterin, cistocel.

Elena S. Andieş, de 80 ani, din comuna Holboca Jud. Iaşi, menstruată la 15 ani, măritată la 19 ani, a avut 14 copii la intervale scurte şi avorturi. Ultimul copil e în vrâstă de 31 ani. E în menopausă de 27 ani.

Prolapsul durează de 15 ani, când certându-se cu nora sa care a îmbrâncit-o de pe o scară, a simţit că îi se scoboară ceva între coapsă.

La început aceasta nu o supăra, însă cu timpul mersul şi şederea îi erau dificile şi chiar imposibile. Intră în spital la 7 Mai 1908.

Starea locală. Orificiul vulvei ocupat de o tumoare ce atârnă în afară de el, tumoare de consistenţă tare, conică, cu baza spre orificiul vaginei.

In vârful tumoarei un orificiu lungăreţ în sens orizontal şi larg ca de 3 ctm., din care se scurge o secreţiune mucoasă. Tumoarea e încălicată în faţă ei anterioară de o altă tumoare mai mică ce nu ajunge vârful conului,

moale, şi care prin apăsare dă scurgere prin meat unei cantităţi de urină. O sondă introdusă în meat pătrunde în această tumoare. In intervale urina se scurge şi se prelinge pe tumoare.

După un prealabil tratament al cavităţei uterine, la 13 Mai se procede la operaţiune aplicându-i-se procedeul cloasonărei.

Inscisiunea a fost începută chiar de la orificiul colului. Afrontarea s'a făcut pe toată lungimea vaginului şi e complectă.

La eşire, bolnava se simte bine; cloasonul e solid, urinează bine.

In ultimul timp bolnava a fost văzută de noi, ea merge bine şi e mulţumită de starea ei.

Prolapsul n'a recidivat.

OBSERVAŢIA III-a (Personală).

Din serviciul D-lui Prof. Juvara.

Prolaps uterin complect. Cistocel. Rectocel.

Anica E., de 51 ani din Com. Dobrovăţ, intră în spital la 12 Noembrie 1908.

Nu poate spune precis data primei menstruaţiuni; s'a măritat la 21 ani şi după un an a avut primul copil. De atunci până acum 4 ani a mai avut 7 copii, toţi la termen.

Naşteri grele a avut numai două, din care la ultima a durat facerea 8 zile.

Trei săptămâni după ultima facere rădicând o albie cu făină, a simţit că e-a eşit ceva din vagin. Timp de 6 luni a stat ast-fel, când simţind că îi esă o tumoare mare printre coapse, a intrat în anul 1903 în serviciul D-lui Prof. Sculy unde îi s'a făcut isteropexie.

După un an de la eşirea din Spital, prolapsul s'a refăcut din nou şi intră în serviciul D-lui Prof. Juvara,

Starea actuală. In menopausă de 4 ani; femeea de

constituţie debilă, pare mai îmbătrânită de cât vârsta ei reală. Presintă pe abdomen o cicatrice lineară începând de la ombilic până la simfisa pubienă, urmă a laparatomiei ci îi se făcuse pentru prolapsul anterior.

Când beşica e goală şi femeea e în repaos prolapsul nu se face. Examinată atunci se constată.

Intrarea în vagin e dificilă, orificiul vulvar e astupat atât în partea superioară cât şi în partea inferioară de două tumori ce proemină în vagin, una ţinând de vesica urinară, alta, cea de jos, de rect. Cam la mijlocul vaginului se simte colul uterin, care e moale, cu orificiul larg, orisontal şi neregulat, presintă ulceraţiuni multiple pe ambele buze. Corpul uterin aproape nu se simte.

In această poziţiune bolnava urinează bine, şi lasă materiile fecale cu înlesnire.

Punând femeia să tuşească şi să facă sforţuri, se observă cum încetul cu încetul tumoarea ese din cavitatea vaginală. Când vesica e plină şi femeea umblă în picioare, această tumoare hernează cu totul şi atârnă între coapse.

Ea se presintă atunci lungăreaţă, mai voluminoasă în afară, subţiindu-se în spre vagin, unde uterul se simte lung, şi subţiat, şi a cărui presenţă se constată mai mult cu isterometru.

Tumoarea e nedureroasă, mobilă şi se isbeşte de coapsă în timpul umbletului.

Cu o sondă pătrunzând in meat, simţim vârful ei deasupra tumoarei, unde prin apăsare dă scurgere prin sondă la urină. Apăsată în partea posterioară, tumoarea dă eşire la gaze prin anus; micţiunea şi defecaţiunea se fac cu greutate.

In vârful tumoarei, orificiul colului e roş intens, ulcerat, şi dă scurgere la o mică secreţiune muco-sanguinolentă.

Se tratează mai întăi ulceraţiile de pe col prin spălături vaginale, atingeri cu T-ra de Iod şi insuflaţii cu Iodoform. Uterul e menţinut in vagin tot timpul cu tampoane sterilisate.

La 6 Decembrie ulceraţia e complect vindecată. La 8 Decembrie bolnava e supusă operaţiunei sub anestezie cu **Stovaină** injectată în măduva lombară. Ii se aplică procedeul cloasonărei descris mai sus.

Se introduce în orificiile rămase meşe îmbibate cu vaselină Iodoformată.

Operaţia a durat 25 minute.

Bolnava e zilnic sondată şi spălată, pansamentele se schimbă zilnic.

La 17 Decembre se scot firele antero-posterioare, reunirea pe această parte e bine făcută. Plaga e curată.

Bolnava urinează fără a fi sondată.

La 19 Decembre se scot firele laterale, reunirea e cât se poate de bună, nici o urmă de supuraţie.

La 23 Decembre părăseşte spitalul într'o foarte bună stare.

OBSERVAŢIA IV-a. (Personală).

Din serviciul D-lui Prof. Dr. Juvara.

Prolaps uterin complect. Cistocel. Inceput de rectocel.

Teişanu B., 59 ani, din Darabani, întră în spital la 29 Noembrie 1908. Menstruată un an după nuntă; menstrele au continuat în mod regulat la fie-care patru săptămâni, ţinând 3—4, zile fără dureri.

Trei ani după nuntă a avut primul copil; sarcină uşoară, facerea asemenea; apoi la intervale de câte 3 ani a mai avut zece copii, fără să fi suferit la naşterea lor mult. Ultimul copil l'a avut acum 11 ani. In menopausă de 3 ani. Prolapsul ei s'a efectuat gradat, fără dureri. De un an el e complect şi se efectuiază mai mult când umblă. In timpul acesta are turburări în micţiune şi în defecaţiune. Are mereu senzaţia de a urina, urina însă se scurge cu picătură şi se prelinge pe tumoare. Bolnava nu a avut de loc dureri de când uterul a părăsit locul său.

Ne spune că acasă a observat scurgându-se o mică

secreţiune din vagin, secreţiune care a încetat de când se află în spital. Culcată fiind, uterul întră singur la locul său.

Starea actuală. Bolnava de constituţie debilă; abdomenul foarte balonat, moale, muşchii abdominali subţiri

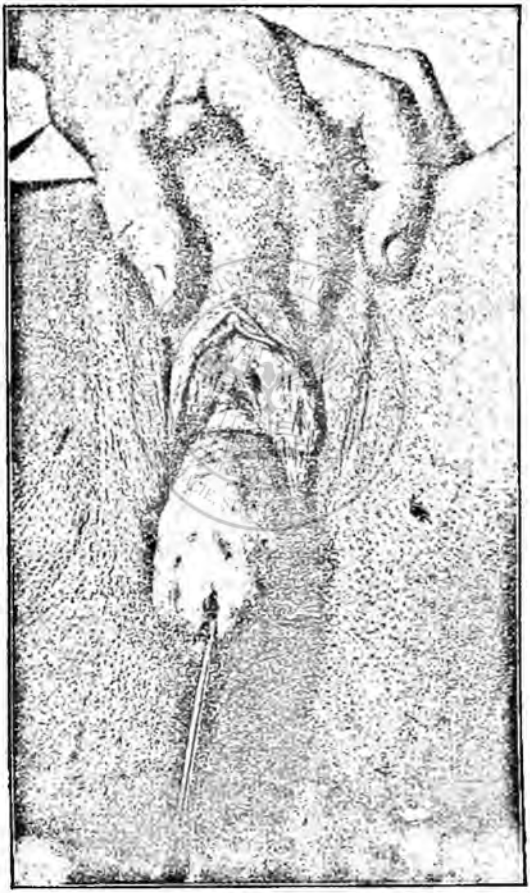

Fig. 6. Teişanu Base. Inainte de operaţie.
Faţa anterioară a uterului în prolaps.

de tot şi relaxaţi. Intestinele se desenează sub peretele abdominal şi atârnă deasupra pubisului. Ficatul scobo-

ràt, fără să fie mărit, atinge creasta iliacă. Splina mărită de volum, ajunge până aproape de fosa iliacă.

La intrarea vulvei, în partea superioară, o tumoare

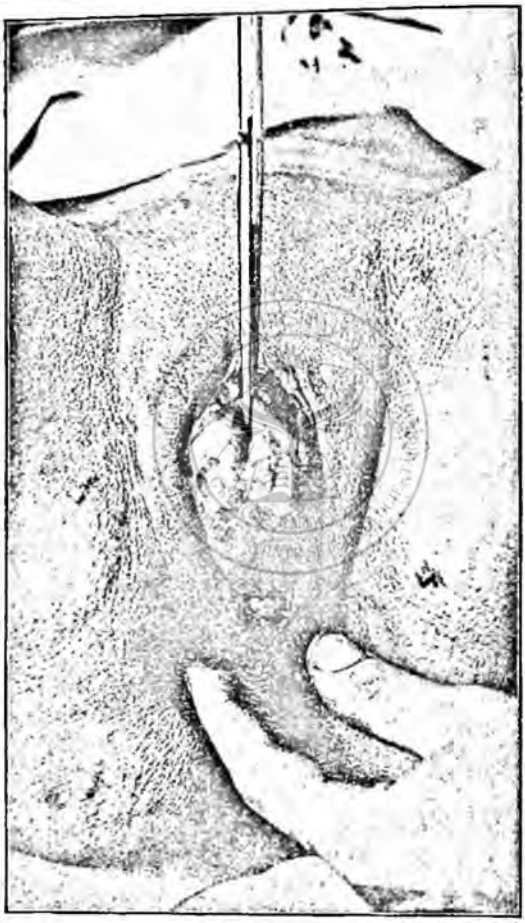

Fig. 7. Teișanu Baso. Inainte de operație.
Fața posterioară a uterului în prolaps.

moale, depresibilă, lasă să se scurgă prin apăsarea ei o cantitate de urină prin meat. Introducând o sondă prin meat, se simte vârful ei pe peretele tumoarei. In partea

inferioară a vulvei, în spre furşetă o altă tumoare mai mică, moale de asemeni şi care ţine de rect.

Intre ambele tumori se vede orificiul colului uterin. Punând pe femee să tuşească, şi prin uşoare tracţiuni se scoate o tumoare voluminoasă, lungă cam de 10 ctm.,

Fig. 8. Toişanu Baso. După operaţie.
Tuburile de cauciuc sunt lăsate pentru a se vedea orificiul meatului urinar, sus, şi orificiile rămase din vagin, în lături.

şi având în vârful ei colul uterin ipertrofiat, dur, cu orificiul neregulat, şi prezentând pe buza lui inferioară o vastă ulceraţie triunghiulară. Din orificiu nu se scurge nici o secreţiune.

Uterul e uşor atrofiat în grosime, cavitatea lui e lungă de 12 ctm. Dând drumul tumoarei ea reintră în vagin, colul rămânând vizibil la orificiul vulvei.

Se face zilnic spălături vaginale, atingeri cu tinctură de iod pe ulceraţii, pulverizaţii cu iodoform şi uterul e menţinut în vagin cu tampoane sterilizate.

La 9 Decembrie, ulceraţia e vindecată. Se supune operaţiunei sub anestesie cu **stovaină** injectată în măduva lombară. Se aplică procedeul cloasonărei descris mai sus, se pune în orificiile rămase meşe cu vaselină iodoformată.

Operaţia a durat 35 minute.

Bolnava e zilnic sondată şi spălată schimbându-i-se zilnic pansamentul.

La 19 Decembrie, se scot firele antero-posterioare, şi câte-va din cele laterale; reunirea e complectă, supuraţie nu există, bolnava urinează fără a fi sondată.

La 21 Decembrie se scot restul firelor; reunirea e complectă pe toată întinderea.

Orificiile laterale abea permit intrarea unei sonde (Fig. 8).

Bolnava părăseşte într'o foarte bună stare serviciul, la 30 Decembrie.

CAPITOLUL VI.

CONCLUZIUNI

1. Prolapsul uterin e o afecţiune rară la nullipare, mai cu seamă în forma lui complectă; frequentă la multipare şi foarte frequentă la femeile bătrâne multipare.

2. Tratamentul e paliativ: prin pessare şi curativ: prin intervenţiuni chirurgicale.

3. Tratamentul paliativ e temporar, mai indicat la femeile bogate ce refuză intervenţia. E dăunător la femeile bătrâne mai ales sărace.

4. Din diferitele procedee chirurgicale întrebuinţate pentru cura prolapsului uterin, credem că pentru femeile bătrâne, aproape nici unul nu e suficient, mai toate dau naştere la recidivă.

5. Isterectomia ar fi o bună operaţiune, mai ales făcută pe cale vaginală; ea nu constitue însă de cât primul timp al intervenţiei, trebuind să fie complectată în al II-lea timp prin altă operaţiune asupra vaginului; altfel, dă ca rezultat prolapsul vaginului.

6. Procedeul cloasonărei e nimerit pentru cura radicală a prolapsului uterului la bătrâne, pentru-că

el nu dă naştere la recidivă. De şi cere multă îndemănare din partea chirurgului, nu vatămă însă de loc femeea, care nu mai are nevoie de vaginul său pentru necesităţi fisiologice sau viaţă sexuală.

7. Procedeul cloasonărei nu este aplicabil femeilor tinere.

Văzută, bună de imprimat
Preşedintele tezei
Prof. Dr. E. JUVARA

Văzută de noi
Decanul facultăţei de medicină
Prof. Dr. G. SOCOR

No. 70
22 Ianuarie 1909

L. S.

CHESTIONAR

Anatomia descriptivă. — Organele genitale femenine.
Anatomia topografică.— Perineul.
Anatomia patologică. —Teoria Fagocitozei.
Bacteriologie.—Reproducerea bacteriilor.
Chimia medicală.—Albumina în urină.
Clinica chirurgicală.—Tratamentul hemoroizilor.
Clinica medicală.—Reumatismul poliarticular.
Clinica infantilă. — Difteria.
Clinica obstetricală.—Inerţia uterină.
Clinica oftalmologică. — Conjunctivita granuloasă.
Clinica Dermato-sifilitică.—Gonococul.
Clinica mentală şi Psichiatria.—Melancolia.
Fisica medicală. — Lentile.
Fisiologia.—Căldura animală.
Farmacologia şi materia medicală.—Anestezicii locali, cocaina.
Histologia şi Embriologia.—Reproducţiunea celulei.
Higiena.—Alimentaţia locuitorilor de la ţară.
Medicina operatorie.—Amputaţiunea supra maleolară.
Medicina Legală.—Avorturile.
Pathologia internă —Influenţa.
Pathologia chirurgicală.—Arsurile şi tratamentul lor.
Pathologia generală.—Endemii şi epidemii.
Therapeutica.—Tratamentul pneumoniei.
Zoologia şi Botanica medicală.—Teniadele ce trăesc la om. Ciupercile producătoare de boli la om.

BIBLIOGRAFIE

E. Follin et Simon Duplay. Traité de Pathologie externe.
Huguier. Mémoires sur les allongements hipertrophiques de l'uterus.
Colombat de L'isère. Traité de maladies des femmes et de l'Higiène speciale de leur sexe.
S. Pozzi. Traité de Gynécologie.
Trélat. Leçons sur le prolapsus des organnes génitaux de la femme. (Annales de gynécologie, Mai 1888).
Dr. de Rouville. Consultations gynécologiques.
Dutauzin. Etiologie et symptomes de la chûte de la matrice. (Thèse de Paris 1887).
Le Fort. Nouveau procédé pour la guerison de prolapsus uterin. (Bulletin de thérapeutique, 30 Avril 1877).
Schröder. Maladies des organnes génitaux de la femme.
Hegar et Kaltenbach. Gynécologie opératoire.
G. Boully. Pathologie externe.
Dr. I. Kiriac. A propos du traitement du prolapsus uterin. (Semaine gynécologique de Paris No. 13 Mars 31 1903).
Dr. I. Kiriac. Notă asupra unei noi metoade contra prolapsului uterin. (Rev. gine. o'ogiei an. I. No. 6).
Hart et Barbour. Manuel de gynécologie.
Gallard. Leçons cliniques sur les maladies des femmes.
Dr. Assaki. Institutul de chirurgie, (anul 1890—1891).
Dr. V. Patraşcu. Isteropexia abdominală în prolaps şi retro-deviaţiunile uterine.
Roux. Ventro-fixation (comun. societăţei de chirurgie în şedinţa de la 4 Decembrie 1889).
Temoin. Contribution à l'étude de prolapsus génitaux.
Vaton. Étude comparative des différents traitements du prolapsus uterin.
Wyder (Zürich). Ventro-fixation de l'utérus prolabé. (Progrès médical 1888).
Terrier. Un caz d'Hysteroraphie pour prolapsus uterin. (Société de chirurgie 1888).
Pozzi. Tumeur de l'ovaire. Prolapsus uterin. Fixation du pédicule de l'ovaire à la plaie abdominale.
Dr. I. Kiriac. Curs clinic de pathologie chirurgicală.
Dr. Aug. Martin. Traité clinique des maladies des femmes.
A. Terillon. Leçons de cliniques chirurgicales.
Dr. R. Pichevin. Sur le traitements de prolapsus.
Gross, Rohmer, Vautrin, André. Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale.
Chalat et Cestan. Traité de chirurgie et de technique opératoire.
Maunod et Vauverts. Traité de technique opératoire.