

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I, CLUJ  
Facultatea de Medicină.

No. 1241

# TRATAMENTUL ANEXITELOR TUBERCULOASE



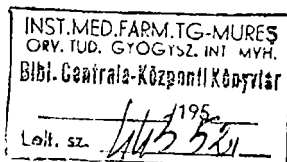
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE \_\_\_\_\_ 1938

DE

TOMA V. NICOLAE

24 MAY 2005



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”  
Str. Memorandului 22.

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I”, DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

**Decan: Domnul Prof. Dr. M. STURZA.**

**Profesori:**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr.	Aleman I.
Bacteriologie . . . . .	" "	Baroni V.
Fiziologia umană . . . . .	" "	Benetalo Gr.
Fizică . . . . .	conf.	Bărbulescu N.
Istoria medicinei . . . . .	Prof.	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	Drăgoiu I.
Semiologia medicală . . . . .	" "	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu Cr.
Clinica medicală . . . . .	" "	Hațieganu I.
Medicina legală . . . . .	" "	Kernbach M.
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	" "	Minea I.
Igienă și igienă socială . . . . .	" "	Moldovan I.
Chimia biologică . . . . .	" "	Manta I.
Radiologie medicală . . . . .	" "	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Papilian V.
Clinica chirurgicală	" "	
Medicina operatoare	" "	Pop A.
Clinica infantilă . . . . .	" "	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	Supl.	Popoviciu Gh.
Balneologie . . . . .	Prof.	Sturza M.
Chimia . . . . .	" "	Secăreanu S.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	Tătaru C.
Clinica urologică . . . . .	" "	Țeposu E.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	Urechia C.
Anatomia patologică . . . . .	" "	Vasilii T.
Biologie generală . . . . .	" "	Racoviță E.

**JURIUL DE PROMOTIE**

Președinte: Domnul Prof. Dr. Grigoriu Cr.

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. Pop Alexandru
		" " " Aleman I.
		" " " Bologa V.
		" " " Benetalo G.

Supleant: Domnul Doc. Dr. Popovici

## INTRODUCERE

Tuberculoza, acest flagel social nu cruță nici organele genitale ale femeii. Din enorma diversitate a aspectelor anatomo-clinice ale tuberculozei, baciloza anexială considerată până mai ieri prea puțin frecventă, reprezintă în momentul de față una din formele cele mai caracteristice ale infecțiunii.

Această lucrare, care nu are altă pretențiune decât de a prezenta în cadrele stricte ale unei teze de doctorat cunoștințele actuale asupra anexitelor tuberculoase și a tratamentului lor, nu reprezintă decât valoarea unei expuneri pe care o cred fidelă.

În tratarea subiectului am crezut util să-mi însușesc următorul plan de expunere:

I. Istoric.

II. Generalități asupra anexitelor tuberculoase.

- a) Frecvență
- b) Clasificare
- c) Simptomatologie
- d) Diagnostic
- e) Diagnostic diferențial
- f) Evoluție

III. Tratament

- a) Medical
- b) Chirurgical

IV. Concluziuni.

Multiplicitatea formelor anatomo-patologice ale tuberculozei anexiale ne recomandă o alegere cât mai rațională a mijloacelor de tratament pentru a obține maximum de vindecare cu minimum de sacrificiu.

La început anexitele tuberculoase au fost mai mult încadrate în categoria afecțiunilor medicale, terapeutica fiind îndreptată în acest sens. Ulterior în urma studiilor

și cercetărilor mai amănunțite s'a recomandat din ce în ce mai categoric a se practica tratamentul chirurgical.

Problema vastă și încă destul de controversată a terapiei chirurgicale în anexitele tuberculoase am expus-o în linii generale la capitolul tratamentului.

Cu toate că diferitele procedee operatorii au furnizat uneori mutilări neligitime se va recunoaște tratamentul chirurgical adevărata sa importanță, el constiuind instanța finală, certă și salvatoare.

În urma progresului pe care l-a parcurs și ceilalți factori de terapie vom adăuga tratamentul chirurgical (terapia de bază) și tratamentul medical (terapia accesorie). Armonizând aceste două tratamente și fiind conduși în instituirea terapiei de un spirit rațional și oportunist, vom reuși a obține cel ma mare procent de vindecare în majoritatea cazurilor de anexite tuberculoase.



## I. ISTORIC

Studiul tuberculozei genitale la femeia nu a intrat în perioada clasică decât în 1865 prin teza lui Brouardel „Tuberculoza organelor genitale ale femeii“.

A fost semnalată încă în 1825 de Louis, în 1931 de Senn și studiată de Aran în 1858.

Cu toate că a fost bine studiată din punct de vedere clinic, era totuși puțin cunoscută din punct de vedere anatomo-patologic.

Până în 1882 când Koch identifică bacilul tuberculozei, făcând ca lucrările ce priveau această afecțiune să ia un nou elan apar o serie de documente și teze, care nu au făcut însă alceva, decât să confirme ceea ce clinic era stabilit.

Mai târziu Conheim în 1882, Verneuil în 1883, Verchere în 1885, Derville în 1887, Dufefoy în 1889 stabilesc în lucrările lor poarta de intrare a tuberculozei.

La al 4-lea congres de obstetrică și ginecologie ținut la Roma în anul 1902 Amman, J-L. Faure, Martin și Veit precizează că infecția pe cale genitală nu poate fi considerată ca sigură ci poate fi produsă experimental.

Ne găsim apoi în fața unei noi etape când Fergue ne dă cu precizie remarcabilă calea digestivă și pulmonară ca poartă de intrare principală a tuberculozei și că de aci, după cum este admis și azi, restul localizărilor sunt datorite căilor sanguine și limfatice.

În ce privește tratamentul acestei afecțiuni dela început, odată cu școala lui Barnutz și Goupil s'a preconizat o igienă medicală.

Apoi J. L. Faure în 1902 tot în congresul dela Roma, indică extirparea focarelor tuberculoase localizate pe anexe, părăsind principiile conservatoare, sacrificând totul ce pare a fi suspect.

În congresul din 1912 ținut tot la Roma se susține din nou într'o oarecare măsură operațiunile conservatoare, demonstrându-se rezultatele bune obținute.

Școala italiană (Pestalozza, Truzzi) preconizează mai întâiu tratamentul cu ajutorul agenților fizici: helio-terapie naturală, Quarz, Röntgen.

Astăzi majoritatea autorilor admit un tratament chirurgical conservator atunci când diagnosticul și intervenția sunt mai precoce, totul fiind în strânsă legătură și cu forma anatomo-patologică a leziunii.

Câțiva sunt numai autorii cari indică intervenția radicală ca: Dehau (1920), Douay (1926), dar mai ales Jean L. Faure.

Este de remarcat că foarte puțini autori admit tratamentul prin agenți fizici (tratamentul medical).



## II. GENERALITĂȚI ASUPRA ANEXITELOR TUBERCULOASE

### a) Frecvența

Frecvența anexitelor tuberculoase nu se poate cunoaște în mod precis din cauza statisticelor ce diferă de la autor la autor, și mai ales din cauza dificultăților de diagnostic.

În raport cu anexitele tuberculoase, tuberculoza anexială a fost găsită după Chaufton în proporție de 5%, Goodale 9—18%, Lenormand și Moulouguet 10,5%, Palosson 13%, Turner 18%, Tixier 29%, Albertin 30%.

Dacă există un punct asupra căruia autorii se înțeleg, acesta este frecvența tuberculozei anexiale în raport cu vârsta.

Maximul de frecvență este între 20—30 de ani, fapt constatat pe un număr de 72 de cazuri din serviciul Prof. J. L. Faure, stabilindu-se următoarea statistică:

5 cazuri sub 20 de ani . . . . .	7%
32 cazuri între 20—25 ani . . . . .	44%
17 cazuri între 25—30 ani . . . . .	24%
13 cazuri între 30—40 ani . . . . .	18%
5 cazuri peste 40 de ani . . . . .	7%

Tuberculoza anexială poate fi primară (foarte rar) sau secundară (în marea majoritate a cazurilor). Mai poate fi traumatică în urma avorturilor și nașterilor.

### b) CLASIFICARE

Pentru a ne da seama cât mai precis asupra tratamentului ce avem de aplicat în tuberculoza anexială, e bine să avem o conduită bazată pe anatomia patologică.

Villard împarte anexitele tuberculoase în trei mari grupe fiecare necesitând o terapie medicală sau operatorie diferită.

Iată aceste trei grupe:

1. Tuberculoza seroasă a trompei, (forma granulică ascitogenă a clasicilor).

2. Formele parenchimotoase interstițiale.

3. Formele ulcero-cazeoase.

Această clasificare însă nu corespunde tuturor formelor de anexită tuberculoasă, și deci voi arăta mai jos clasificarea anatomo-patologică a acestei afecțiuni.

Deosebim trei forme de tuberculoză anexială:

I. Forme de tuberculoză strict localizată la anexe cu leziuni ale peritoneului pelvian.

II. Forme de tuberculoză anexială cu predominanțe pelviene, adică leziuni ce au plecat dela anexe și au determinat leziuni ale peritoneului pelvian, neexcluzând un proces invers al leziunii anexiale care e secundară în urma unui t.b.c. al peritoneului pelvian.

III. Forme de tuberculoză utero-anexială.

## I. TUBERCULOZA STRICT LOCALIZATA LA ANEXE.

În această grupă găsim în cele mai multe cazuri o localizare tubară, rar numai ovariană și adesea forme tubo-ovariene. Iată formele din această grupă:

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
|                       | a) Miliară.            |
|                       | b) Hipertrofică.       |
| A) <b>Nechistice:</b> | c) Ulcero-cazeoasă.    |
|                       | d) Nodulară.           |
|                       | e) Atrofică.           |
| B) <b>Chistice:</b>   | a) Abcesul rece tubar. |
|                       | b) Hidrosalpingul.     |

### (.) FORMELE NECHISTICE.

a) **Forma miliară.** — Este localizată la seroasa tubară care este acoperită de mici granulațiuni fără ca trompa să prezinte alte leziuni, exceptând obliterația pavilio-



mului printr'un proces de peritonită adezivă peripavilionară.

Microscopic constatăm foliculi izolați sau confluenți cu caracterul foliculilor tuberculoși, o infiltrație limfocitară și rare celulei gigante. Această formă poate fi acompaniată de ascită ce nu este în raport cu o leziune peritoneală.

b) **Forma hipertrofică.** — (Salpingita tuberculoasă). Aci trompa în ansamblul ei este tumefiată, congestivă, prezintă aderențe peritubare și pavilionare uneori fiind cudată de mai multe ori. Pereții la secțiune sunt îngroșați, atingând chiar 1—1,5 cm. infiltrați cu mici abcese care pot conflua între ele și se golesc apoi în lumenul trompei care dispare prin sudura pliurilor mucoase, iar pavilionul este aglutinat. Această formă evoluează către:

c) **Forma ulcero-cazeoasă.**— Prezintă ulcerări mici ovulare sau rotunde cu marginile indurate, fundul neregulat și cu conținut cazeos. Aceste ulcerări pot să conflueze dând un aspect funguos suprafeței endosalpingiene.

Orificiul abdominal al trompei este aglutinat prin aglutinarea frangelor pavilionului. Conținutul astfel acumulându-se destinde pereții trompei, formând piosalpingusul tuberculos. ...

d) **Forma nodulară,** este cea mai frecventă fiind socotită ca o manifestare exclusivă a tuberculozei tubare.

Nodozitățile interesează porțiunea ampulară și cea istmică cu o mai mare frecvență. Nodulii au o formă lungăreată, remitenți la palpate, sunt adânci când centrul lor este cazeificat și duri când prezintă o infiltrație calcareoasă indicând o tendință de vindecare spontană.

Trompa cu nodulii tuberculoși determină rar reacțiuni peritoneale și în acest caz trompa ia un caracter intim cu ligamentul larg epiplon și intestin.

În această formă nodulară distingem două feluri de leziuni:

1. Foliculi strânși înconjurați de o slabă reacțiune embrionară evoluând către salpingita ulcero-cazeoasă sau abces tubar complicându-se cu o reacție pelvipitoneală.

2. Foliculi abondenți înconjurați de o bogată infiltrație embrionară, evoluând către scleroză și câte odată spre vindecare spontană.

Diagnosticul precis îl avem numai dacă în prealabil am constatat microscopic leziuni specifice t. b. c.

Microscopic se confundă cu: adenomioamele trompei, salpingita nodulară (malformație congenitală) ce ocupă coarnele uterine

Nodulii sunt simetrici, de formă conică și cu baza către cornul uterin. Această formă a fost studiată de Hegar.

e) **Forma atrofică.** — Se manifestă sub forma unui cordon dur fibros cu lumenul dispărut, infiltrația conjunctivă luând locul celei musculare.

Această formă este un stadiu ce evoluează către stingere, cu alte cuvinte, o vindecare spontană.

## B) FORMELE CHISTICE.

a) **Abcesul rece tubar**, a fost descris de Albertin și se prezintă ca o transformare chistică a trompei. Pereții sunt netezi, punca chistică e liberă, și de obicei nu prezintă aderențe cu vecinătatea. Albertin descrie aceste forme cu un caracter de bilateralitate. Patel descrie un caz cu un abces rece al tubei drepte, menționează însă că după extirparea lui la 4 luni, bolnava revine cu o afecțiune asemănătoare de partea stângă.

Afecțiunea este deci bilaterală; iar în cazul când nu sunt simultane, leziunile pot să se succedă una după alta.

b) **Hidrosalpinxul.** — Thomsen împreună cu alți autori au descris cazuri de hidrosalpinx în lichidul cărora s'a găsit bacilul Koch. Fergue arată că hidrosalpingxul este o formă atenuată a tuberculozei tubare.

Tuberculoza ovariană este mai des unilaterală și mai frecvent de partea dreaptă.

Leziunile se manifestă sub trei forme:

1. Tuberculi necazeoși;
2. Mase cazeoase și
3. Abcese tuberculoase.

## II. LEZIUNI DE TUBERCULOZĂ ANEXIALĂ CU PREDOMINENȚĂ PELVIANĂ.

a) **Peritonita tuberculoasă ascitică cu tuberculoză anexială** sau ascita esențială este o formă ce o întâlnim mai des la fetele tinere și totdeauna este consecutivă tuberculozei anexiale.

În cavitatea peritoneală găsim un lichid citrin iar pe peritoneu granulațiuni miliare discrete.

Trompele sunt alterate, flexuoase și alungite, mucoasa îngroșată, congestionată, uneori ulcerată și totdeauna înșămânțată de granulațiuni miliare.

b) **Tuberculoza lardacee a trompei cu pelvipertonită adezivă.** — În această formă toate organele pelviene sunt unite prin aderențe scurte, dure și congestive, conținând noduli cazeoși, uterul, anexele și ligamentul formând un singur bloc. În jurul uterului se formează pseudo-cavități datorită aderențelor multiple cari la rândul lor formează abcese și chiar pungi supurate.

Această stare dă naștere la aderențe cu organele vecine (rect, colon, anse-intestinale), aderențele sunt inextricabile, orice desfacere a lor fiind imposibilă la operație.

În aceste cazuri este absolut necesar a se lăsa din aderențe și pereții pungilor, căci altfel se rezecă și se rup organele mai sus amintite.

## III. FORMA UTERO-ANEXIALĂ.

Aci sunt două păreri în ceea ce privește propagările infecțiunii tuberculoase.

Unii autori împreună cu Fergue susțin că infecțiunea este ascendentă și se propagă dela uter la anexe.

Alții, și cei mai mulți susțin tema inversă, adică infecțiunea se propagă dela uter la anexe care în prealabil au fost infectate pe cale sanguină.

Leziunile anatomo-patologice sunt diferite pentru anexe și pentru uter, și fiecare din formele uterine se pot asocia cu formele t. b. c. anexiale descrise mai jos.

Frecvența acestei forme după Dl. Prof. C. Daniel este 74%, frecvență ce constituie un argument în favoarea indicațiunii unei intervențiuni chirurgicale absolut radicale.

Deasemeni faptul că în cazul tuberculozei uterine cu anexită unilaterală, care după extirpare poate da și infecția anexei de partea opusă, pledează deasemenea pentru o intervenție radicală, adică histerectomie totală, ridicând uterul nu numai în leziunile bilaterale, ci în toate anexitele unilaterale suspecte de tuberculoză.

### C) SIMPTOMATOLOGIA.

Semnul predominant și primul care apare este durerea abdominală vagă și surdă, cu care bolnava se acomodează, nedându-i atenție.

Durerea nu întârzie a se exagera încât cel mai mic efort o face să fie intolerabilă.

La început și în decursul afecțiunii durerea poate lua aspecte din cele mai variate. Adeseori devine caracteristic faptul că unei leziuni anatomo-patologice mari îi corespunde o durere aproape vagă, sau chiar uneori poate lipsi, pe când unei alterațiuni neînsemnate i se asociază dureri disproporționat de violente.

Palparea și percuția ne permite a constata înăuntru sau înafara arcadei lui Fallope, o duritate și o matitate datorită unei îngroșări a epiplonului și a unui veritabil pachet de aderențe creat de anexa bolnavă.

Tușul și palparea combinată ne dă indicațiunile cele mai importante. Uterusul este mai mult sau mai puțin imobilizat de aderențe, datorită inflamațiunii periuterine.

Uterusul este deplasat fie lateral dacă salpingxul bolnav este unilateral și la locul său; fie înainte în anteflexie sau anteversie, dacă tumora a căzut în fundul de sac posterior sub influența greutății proprii.

Pe lângă aceste semne mai găsim o anorexie, o slăbire progresivă, pierderea forțelor, instabilitatea termică după oboseală în special temperatură de câteva diviziuni, toate acestea coincizând cu sudori nocturne.

Febra poate fi adesea absentă, exceptând cazurile acute; uneori se constată că apare sub forma unei temperaturi puțin ridicate, grafica luând adesea aspectul decărlig.

Uneori perioadele catameneale n'au nici o influență asupra temperaturii, alteori însă se observă exacerbațiuni termice în decursul perioadei premenstruale.

Ne putem da seama încă de prezența unei leziuni bacilare, luând în considerare starea locală a anexelor.

Când leziunile sunt mari, veșnic se observă disproporție între fenomenele subiective și generale care le acompaniază, ca de ex.: ascensiunea termică ce nu corespunde gravității leziunii locale și durerea. Din contra când leziunile sunt mici, strict localizate la trompe, nu posedăm aproape nimic ca semne obiective, neputând avea nici o prezumție pentru diagnosticul leziunii.

Toate aceste semne corespund invaziunii bacilului Koch în organele anexe, formând astfel primul stadiu de invaziune, urmat de un al doilea stadiu, sau perioadă de stare a afecțiunii tuberculoase.

În această perioadă scurgerile devin mai abundente față de primul stadiu, găsim apoi dureri ipremenstruale, sau intermenstruale (uneori coincid cu menstruația); aceste dureri apar în crize, de obicei sunt neregulate, manifestându-se sub formă de greutate continuă.

Adesea găsim turburări menstruale de ritm și cantitate în raport cu etatea bolnavei.

Astfel se poate găsi o amenoree temporară și când revine menstruația, este însoțită de dismenoree, aceasta la femeile adulte; pe când la copilele tinere tuberculoza anexială lasă de regulă după vindecare o atrezie utero-anexială.

La fetele tinere turburările menstruale se manifestă sub formă de oligo-menoree ce corespunde unei hipoplazii a organelor genitale și se însoțește în plus de dismenoree.

Mai putem deasemenea avea pe lângă turburările de flux catameneal și turburări prin exces, sub formă de metroragii, sau de menoragii, amenoreea însă este pe primul plan. Astfel de cazuri au fost diagnosticate de Hartmann, Hartmann-Keppel, Vautrin și Prof. C. Daniel.

De obicei acest fel de anexite bacilare se prezintă clinic ca având un sindrom de metrită hemoragică, ceea ce face diagnosticul foarte dificil și chiar imposibil.

#### D) DIAGNOSTIC.

Din cauza varietății aspectelor clinice, cât și a lipsei de simptome patognomice, acestei afecțiuni este dificil să-i institui un diagnostic sigur și precoce.

Noțiunea antecedentelor bacilare este adesea foarte prețioasă, fără a constitui întotdeauna certitudinea.

Evoluția capricioasă a temperaturii, disproporția dintre semnele fizice și funcționale, turburările menstruației, semnele de impregnare tuberculoasă, vârstă, sunt în măsură să ne conducă de cele mai multe ori pe calea diagnosticului.

Ar mai fi de adăugat diagnosticul bacteriologic și probele de laborator; amintesc în această ordine de idei: tuberculino-reacția, reacția Bordet-Gengou aplicată la tuberculoză prin antigenul lui Bezredka, evidențierea bacilului Koch în secrețiuni, probele biologice prin inoculări intraperitoneale la cobai, etc.

Toate aceste simptome și probe nu ne pot oferi siguranța unui diagnostic absolut, ci numai a unui probabil.

Douy consideră că numai 3% la cazurile de tuberculoză anexială se pot diagnostica clinic.

Majoritatea autorilor precizează că numai un examen anatomo-patologic postoperator este singurul îndreptățit să ne impună diagnosticul.

#### E) DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL.

Diagnosticul diferențial al anexitelor tuberculoase se va face cu:

1. Salpingita gonococică.
2. Salpingita puerperală.
3. Salpingita tifică.
4. Salpingita colibacilară.

5. Pio-salpinxul streptococic.
6. Hematoceul.
7. Sarcina extrauterină.
8. Chistul ovarian.
9. Afecțiunile micotice.

În caz de leziuni uterine va trebui să eliminăm:

10. Fibroamele.
11. Metritele.

Vom adăuga că pe când anexita nodoasă este forma care se diferențiază mai bine, anexita endometrului nu se poate diagnostica clinic.

Anexitele ulcero-cazeoase cu bombare în Douglas se diagnostichează prin puncție și inoculări la animalele de laborator (cobaiul).

Forma hiperplazică a anexitei parametrilor se deosebește de parametrele banale prin faptul că acestea din urmă au o tendință spre abcedare, sau aderențe.

În general diagnosticul anexitelor tuberculoase nu se poate confirma decât postoperator, foarte rar pe baza simptomelor subiective și obiective.

## F) EVOLUȚIA.

Anexitele tuberculoase se pot prezenta fie sub formă acută, fie sub formă cronică. De cele mai multe ori însă prezintă caracterele unei cronicități manifeste cu mers lent și simptomatologie atenuată.

Sub această formă cronică afecțiunea poate dura timp îndelungat, evoluând fie spre vindecare, fie prezentând la un moment dat caractere de acuitate.

Alteori procesul evaluează cu parametrite, spre abcedare și aderențe ale parametrilor.

Evoluția spre fatalitate este mai rar întâlnită, survenind cu puseuri care slăbește organismul până la cașexie.

Moartea poate surveni în cazuri destul de rare de altfel, prin accidente infecțioase, sau complicațiuni subite.

### III. TRATAMENTUL.

Terapia anexitelor tuberculoase recunoaște un tratament medical și unul chirurgical.

#### I. **Tratament medical.**

Tratamentul medical susținut cu multă convingere de o seamă de autori (Pestalozza, Truzzi, Mangiagalli, Amann), a constituit prima terapeutică a t.b.c.-ului anexial.

El constituie un foarte prețios adjuvant al tratamentului operator, deoarece intervențiunea este radicală față de organ, nu însă și față de leziune. (Prof. Dr. C. Daniel).

#### a) **Higiena generală.**

Brouardel în 1865 a fost primul care a recunoscut importanța igienei și a tratamentului general în unele forme ale anexitelor bacilare; se recomandă în acest sens: repaus, supra-alimentaare prudentă și calculată, expunere la soare, aer, și medicațiune tonică.

Acest tratament general are o oarecare însemnătate, însă nu poate asigura prin el însuși vindecarea.

#### b) **Iradiațiunile.**

Acestea întrebuițate la începutul terapiei peritonitelor tuberculoase, au fost ulterior utilizate și în tuberculoza pelviană și cea salpingeană.

1. **Helioterapia** sau cura solară a fost introdusă de către Poncet în 1895 și aplicată sistematic de Rollier. S'a constatat în unele forme seroase regresivitatea leziunilor după câteva luni de tratament; cu toate acestea s'a dovedit cel mai adesea, că acțiunea sa nu este decât limitată. Astfel majoritatea chirurgilor nu atribuie helioterapiei decât rolul adjuvant, care asociat tratamentului operator, poate aduce unele reale servicii.

Unii întrebuițează helioterapia preoperatorie, alții helioterapia post-operatorie; cele mai multe observațiuni



arată că iradiațiunile solare au influența cea mai binefăcătoare după operație.

2. **Fototerapia** dă rezultate uneori apreciabile calmând durerile, diminuând supurațiunile și favorizând cicatrizarea. Se produce prin băile de lumină electrică cu aparatul lui MIRAMOND de la ROQUETTE.

3. **Razele ultraviolete** au dat rezultate cu adevărat surprinzătoare mai ales în peritonitele tuberculoase. După unele statistici actino-terapia ar produce un procent ridicat de ameliorări fie că a fost întrebuințată singură, fie că a însoțit actul operator.

Acțiunea razelor ultraviolete pare a fi identică cu a radiațiunilor solare; pentru unii această acțiune ar fi inferioară helioterapiei pentru alți autori însă nu.

4. **Razele X (Röntgen)**, nu prezintă nici un pericol și aproape niciodată vreo contra-indicațiune. Unii autori preconizează a nu opera anexitele tuberculoase, fără un tratament prealabil radio-terapeutic, ce ar avea menirea de a limita procesul bacilar.

Paul Gilbert, Keller, Morand, Cuzzi, Wagner, susțin acest tratament, arătând că radio-terapia își merită toată încrederea în tratamentul anexitelor tuberculoase alături de cel chirurgical cu care colaborează. Chiar dacă indicațiunile chirurgicale sunt numeroase, este util ca iradiațiunea să preceadă operația.

Deoarece însă în tuberculoza anexială erorile de diagnostic sunt atât de frecvente, nu putem avea întotdeauna certitudinea care să recomande Röntgen-terapia.

Chiar statisticile pot fi supuse criticei, încât unii autori (Villard) condamnă acest tratament pentru ușurța cu care se aplică și rezervele pline de teamă pentru viitor sunt justificate.

c) **Tratamentul medicamentos**, are de scop a ridica rezistența organismului și de a valorifica forțele reparative naturale ale terenului organic. Se vor administra medicamente tonice ca: cacodilatul de sodiu, sirop iodotanic, strichnină, untură de pește, etc. Toneff practicând injecțiuni intramusculare cu iod coloidal, a obținut rezultate îmbucurătoare prin rezorbțiunea infiltrațiunilor tuberculoase și dispariția fenomenelor inflamatorii.

În prezent în Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj, se experimentează asupra anexitelor tuberculoase și tratamentul cu Rubrophen-Chinion. Acesta este un complex organic colorant roșu închis, cu formula: trimetoxi-dioxy-oxotritan ( $C_{22}H_{20}O_6$ ).

Rubrophenul produce modificări specifice, o creștere a hemoglobinei și numărului de eritrocite, o ameliorare a apetitului, o diminuare a vitezei de sedimentare și scăderea limfocitozei, atât de caracteristică tuberculozei.

Formele de tuberculoză peritoneală și intestinală, formele exudative, nodulare și adezive ale peritonitei tuberculoase sunt îndeosebi influențate favorabil. Exudatul se resoarbe treptat din cavitatea abdominală, turburările de tranzit intestinal determinate de aderențele inflamatorii cedează vizibil.

Rubrophenul-Chinion se administrează sub forme de fiole, drageuri și pomadă. Principiul activ al Rubrophenolului este colorantul pe care l-am amintit mai sus. Este greu solubil în alcool și mai ales în apă. Punctul de topire este  $251^{\circ}$ . Drageurile conțin 0,15 gr., în fiole se află un produs de adițiune al acestui colorant, ca bisulfitul de sodiu solubil în apă, cu o colorație roșie-închisă, în cantitate de 0,3 gr. Pomada conține 5% Rubrophen într'un vehicul, ca lanolina.

Intrucât în momentul de față terapia cu Rubrophen se găsește în perioada de studiu, acțiunea și rezultatele nu sunt încă pe deplin evidențiate.

Mă voiu mărgini deci în această lucrare de a scoate în evidență rezultatele obținute până în prezent din lucrările experimentale de sub conducerea D-lui Prof. Dr. Grigoriu Cristea, și a d-lor asistenți Dr. Purge și Dr. Coja.

d) **Tratamentul biologic** se confundă cu terapia anti-tuberculoasă în general.

Deoarece a dat rezultate dubioase, metoda nu se poate recomanda decât sub rezervă. Voiu aminti dintre procedeele existente pe cele cari prezintă o oarecare importanță, fără însă a fi reușit să dea rezultate concludente.

Tuberculino-terapia lui Birnbaum, lipotuberculino-terapia lui Le Moignic, extractul bacilar coloidal al lui Grinberg, vaccinul lui Friedmann, antigenul metilic al

lui Boquet și Negre, vaccinul lui Vaudremer și corpii imunizanți a lui Spengler.

e) **Tratamentul hidromineral** ca și celelalte tratamente, de care dispune terapia medicală, constituie un auxiliar prețios, dar întotdeauna secundar.

Astăzi când cura hidrominerală a pătruns adânc în terapia ginecologică, recomandarea va fi cu atât mai legitimă, cu cât diagnosticul de baciloză anexială este mai obscur.

Când cura hidrominerală nu va avea efectul scontat, va prezenta totuși avantajul de a lumina uneori diagnosticul prin precizarea sediului și întinderii leziunilor până atunci mascate, arătând astfel în ce măsură aceste leziuni sunt influențabile.

Este de semnalat că băile de nămol au dat rezultate demne de remarcat în formele de anexite presupuse bacilare, prin activarea circulației locale, favorizând rezorbția exudatelor și prin acțiunea stimulantă generală.

## II. TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Tratamentul chirurgical constituie singura terapie valabilă și ale cărei indicațiuni se impun din ce în ce mai imperios.

Intr'adevăr în majoritatea cazurilor de anexită tuberculoasă intervențiunile chirurgicale au dat rezultate din cele mai satisfăcătoare. Astfel încât acest tratament este considerat ca singurul ce prezintă eficacitatea maximă.

In urma lucrărilor lui Villard și Condamin de la Lyon și ale lui G. Van Smith dela Boston, tratamentul chirurgical al bacilozei anexiale a beneficiat de o precizie mai mare.

Tratamentul chirurgical prezintă două căi principale de intervenție:

- a) calea vaginală și
- b) calea abdominală.

a) **Intervențiuni pe cale vaginală.** — Acum 40 de ani, când laparatomia era considerată ca o operațiune

gravă din cauza insuficienței asepției, metodele chirurgicale cari întrebunțau calea vaginală, au avut epocilor de dominațiune bucurându-se de rezultate uneori strălucite.

Operațiunea trebuie să respecte conservațiunea logică, fapt care necesită o explicație complectă a leziunilor. Dat fiind că aderențele intestinale constituite ne obligă la o prudență mai mare, cât și datorită faptului că în aprecierea leziunilor și în manopera chirurgicală avem absolută nevoie de un câmp larg și luminos, intervențiunea vaginală rămâne oarbă, incapabilă de a trata util și fără pericol.

Deoarece nu se pot controla toate leziunile și nu se pot desface aderențele, calea vaginală a devenit azi o metodă insuficientă, și după majoritatea chirurgilor formal contraindicată.

**b) Intervențiuni pe cale abdominală.** — Această metodă este singura care permite o explorațiune corectă a leziunilor și facilitează manevrele operatorii cele mai delicate.

Intervențiunile pe cale abdominală cuprind următoarele procedee:

1. Laparatomia simplă.
2. Operațiunile conservatoare și
3. Operațiunile radicale.

**1. Laparatomia simplă.** — Inciziunea practică va fi sub-ombilicală, mediană iar nu cea transversală Fanenstiel.

Prima are avantajii incontestabile prin luminozitatea câmpului operator, posibilitățile de mărire ale inciziei și reducerea numărului supurațiunilor parietale.

Laparatomia simplă dă rezultate bune mai ales în peritonitele tuberculoase. Bolnava este așezată în poziția Trendelenberg, se face incizia mediană subombilicală de 8—14 cm o butonieră peritoneală, prin care se introduce aspiratorul, aspirațiunea lichidului, uscarea exudatului. închiderea peretelui fără drenaj.

Ca mod de acțiune s'a spus că aerul ar avea rolul principal (Mosetig, Moorhof), unii autori au atribuit luminei rolul primordial (Lauerstein, Témoin), și în fine

alfii (Cameron), cred că rolul capital ar fi evacuarea toxinelor.

Deute și Villard sunt de părere că helioterapia în cursul operației provoacă o excitație a activității vasculare și vitale a țesuturilor, fapt ce grăbește regresivitatea; adăugându-se acțiunii aerului și uneori a antisepticilor, laparatomia dă rezultate satisfăcătoare în formele indicate.

**2. Operațiunile conservatoare.** — Principiul conservator, de altfel ca și cel radical, se sprijină pe argumente îndiscutabile. Conservațiunea este eficace fiindcă dă un număr mare de succese și este logică fiindcă face posibilă sarcina (Villard și Condamin).

Chirurgii conservatori osândesc castrarea ce ar fi putut fi evidentă din cauza șirului nesfârșit de turburări fizice și morale care transformă tinerele femei în adevărate infirme.

Partizanii conservatori reproșează tezei radicale că obține printr-o castrare totală o vindecare, uneori discutabilă, datorită unor sacrificii inutile.

Se admite că intervențiunile conservatoare produc o vindecare mai puțin completă, dar faptul este compensat printr-o operațiune mai puțin gravă și rațională.

Aceste intervențiuni se clasează în trei grupe după cum menajează fecundația, menstruația, sau secreția internă a ovarului.

**a) Operațiunile care menajează fecundația.** — Se realizează atunci când intervenția interesează o singură anexă.

În acest sens se indică, destul de rar însă, salpingectomia unilaterală sau, mult mai adesea, castrarea unilaterală, adică ablația trompei și ovarului de o singură parte.

Oliver recomandă și rezecarea tractului intrauterin al trompei, spre a se evita procesul evolutiv al leziunilor.

**b) Operațiunile care conservă menstruația** — sunt acele intervențiuni care urmăresc ridicarea unei sau ambelor trompe cu conservarea unuia sau ambelor ovare.

Villard recomandă salpingectomia retrogradă subseroasă prin care se respectă circulația.

**c) Operațiunile care menajează secreția internă,** — acestea conservă cel puțin un ovar. Chirurgical se va trudi mai cu seamă la femeile tinere, să conserve uterul și ovarul. Conservarea ovarelor atunci când s'a extirpat o porțiune din uter, nu pare a fi indicată din cauza degenerescenței chistice, la care sunt supuse ovarele în urma circulațiunei defectuoase.

**3. Operațiuni radicale.** — Operațiunile radicale în urma faptelor constatate și a statisticilor cunoscute, prezintă o eficacitate mai mare cu vindecare constantă și mult mai rapidă.

Radicaliștii atacă principiul conservator chiar în punctele sale de bază. Astfel ei susțin că fecundația se face rar la femeile cu leziuni tuberculoase, iar dacă se face sarcina poate exagera leziunea existentă, dând o granulie mortală.

Supresiunea menstruației nu constituie nici un inconvenient, deoarece atunci când se conservă parțial, aparatul genital, menstruația devine dureroasă, neregulată, determină puseuri congestive sau chiar inflamatorii la nivelul pelvisului.

În privința turburărilor particulare ale castrațiunei, se susține că nu devin cu mult mai grave decât erau mai înainte de intervenție.

Prin urmare chirurgii cari practică operațiunile radicale, recunosc situația penibilă de a castra o femeie tânără, dar preferă acest procedeu care asigură un sacrificiu imens pentru o vindecare certă.

Operațiunile radicale se rezumă la două procedee:

- a) Histerectomia totală și
- b) Histerectomia subtotală.

Se pare că histerectomia subtotală este mai preferabilă, deoarece prezintă următoarele avantaje: este mult mai simplă, mai rapidă, hemostaza este ușurată, asepsia bine asigurată, rezultatele postoperatorii mai bune, convalescența mai scurtă și rezultatele tardive mult mai satisfăcătoare. Atât intervențiunile conservatoare, cât și cele radicale își păstrează în mod ligitim indicațiunile sale

Astăzi se tinde tot mai mult a nu sprijini și a nu recomanda în mod deosebit nici unul din aceste procedee operatorii.

Dat fiind varietatea și complexitatea leziunilor tuberculoase, cei mai mulți autori ținând seama de caracterul anatomo-patologic, preconizează o terapie chirurgicală oportunistă, soluție ce împacă ambele concepțiuni.

Villard a evidențiat importanța acestei chestiuni, arătând că normele generale ale teraputiceii operatorii vor fi furnizate de forma anatomo-patologică și mai ales de tendința evoluției.

## TRATAMENTUL POST-OPERATOR

Tratamentul post-operator prezintă o importanță capitală și este acelaș ca și tratamentul medical amintit (tratament igienico-dietic, helio-climatic, medicamentos, cura de repaus).

Unii autori sfătuiesc chiar în a 5-a zi după operație a se recurge la helioterapie, raze ultraviolete, și băi de lumină. Alții printre cari și Villard nu recomandă iradiațiunile precoce.

## ACCIDENTE ȘI COMPLICAȚIUNI

La desfacerea aderențelor se pot produce, din fericire destul de rar, rupturi ale vezicii. În alte cazuri se poate întâmpla ca un piosalpinx tuberculos să fistulizeze în vezică. Mai frecvent se produc accidente ce interesează intestinul prin ruperea peretelui intestinal.

Dintre complicațiunile postoperatorii se amintesc hemoragiile, flebitele membrelor inferioare, eventrațiile postoperatorii acute, inoculările bacilare ale peretelui abdominal, abcesul pelvian, complicațiunile peritoneale, etc.

Mai des întâlnim granulia, cașexia și peritonita post-operatorie.

## REZULTATELE POST-OPERATORII

**Rezultatele imediate** sunt variate după cazuri: când leziunile nu sunt prea întinse intervențiunea aduce o vindecare în timp de 15—30 zile; dacă operațiunea este mai complexă, bolnava are nevoie de o convalescență mai lungă.

În ceea ce privește mortalitatea primară Freund dă un procent de 2%, Douay 9%, G. Van Smith 3%, Blum și Thaler 25%, iar Kümmel chiar 44%.

**Rezultatele tardive.** — Villard și Condamin au găsit pe un număr de 53 de bolnave operate o mortalitate tardivă de 6%. Acelaș procent a fost găsit și de Dl. Prof. C. Daniel pe 16 cazuri operate. Este interesant de remarcat că aceste bolnave n'au urmat nici un tratament ulterior, care evident ar fi contribuit la o vindecare mai rapidă.

### OBSERVAȚIUNI CLINICE

**Cazul I.** — Victoria N. de 35 ani, menstruată la 17 ani, periodicitatea 3 săptămâni, durata 7 zile, cantitate abundentă, dismenoree. P. 5, la termen 5, spontan, ultima prezentație pelviană.

**Diagnosticul:** salpingită tuberculoasă dreaptă.

Uterul în ante-versie-flexie, la dreapta o tumoră fluctuantă.

Operează Dl. Prof. Dr. C. Grigoriu.

Intervenția: salpingectomie dreaptă. Rachianestezie cu stovaină 0,05 și strichnină 0,002.

La deschiderea cavității abdominale se constată suprafața peritoneului visceral și parietal prevăzută cu numeroși noduli tuberculoși. Epiplonul este aderent de uter și anexe. Organele genitale interne prezintă aspectul tipic al unei tuberculoze genitale. Din trompa dreaptă se elimină un puroiu gros cazeos. Se face rezecția epiplonului și salpingectomia dreaptă. Cavitatea abdominală se închide în trei straturi.

Vindecare completă în 15 zile.



**Cazul II.** — Sofia F. de 23 de ani, căsătorită, menstruată la 16 ani, periodicitatea 4 săptămâni, durata 5 zile, fără inconveniente, nu a avut sarcini.

**Diagnosticul:** anexită bacilară bilaterală.

Intervenția: histerectomie subtotală. Operează Dl. docent Dr. Voicu. Rachianestezie cu stovaină 0.05 și strichnină 0,002.

Se face laparatomie abdominală mediană subombilicală. La deschiderea cavității peritoneale se constată uterul în anteversie-flexie. De ambele părți tumori anexiale prinse într'un proces de bride și aderențe. La nivelul trompelor se constată câțiva noduli sclero-cazeoși.

Se face o histerectomie subtotală clasică, apoi se închide peretele abdominal în trei straturi. Bolnava părăsește clinica după 12 zile, fiind vindecată.

**Cazul III.** — Elisabeta E. de 31 de ani, necăsătorită, menstruată la 18 ani, perioadele survin regulat, durata 8 zile, nu prezintă nici un inconvenient.

**Diagnosticul:** tuberculoză genitală polichistică.

Intervenția: histerectomie abdominală totală. Operează dl. Prof. Dr. Grigoriu și dl. Docent Dr. Popoviciu. Rachianestezie cu stovaină 0,05 și strichnină 0,002.

Se face laparatomie subombilicală mediană; la deschiderea cavității abdominale, se constată formațiuni chistice multiple aderente de epiplon, intestinul gros, cec, apendice și organele genitale interne.

Din tumora anxială se extrage la puncție un lichid clar de culoare verzuie. Se debridează trompa de aderențele epiploice și intestinale cu care prilej se descoperă chiste multiple laterale și mediane; apoi se eliberează anexele și uterul. Se face histerectomie totală clasică.

Se închide cavitatea abdominală în trei straturi.

După 35 de zile bolnava părăsește clinica, fiind complet vindecată.

**Cazul IV.** — Ghizela F. de 25 de ani, necăsătorită, menstruată la 16 ani, periodicitatea 4 săptămâni, durata 3—7 zile, fără inconvenient.

**Diagnosticul:** t. b. c. genital și ascită cu peritonită bacilară.

Intervenția: laparatomie exploratoare. Operează dl. Docent Dr. Voicu. Rachianestezie cu stovaină 0,05 și strichnină 0,002. Se face laparatomie subombilicală mediană. Se evacuează lichidul ascitic sero-citrin, în cantitate de 12 litri.

Se constată că peritoneul parietal și visceral sunt plini de tuberculi. Organele genitale interne sunt prinse într'un bloc tumoral. Se recoltează o mică porțiune din procesul bacilar pentru examenul histo-patologic.

Peretele abdominal se închide în trei straturi. După 15 zile bolnava părăsește clinica. La 3 săptămâni delăsire din serviciul clinicii ginecologice revine pentru dureri și ascită. La paracenteză se scoate 5 litri de lichid citrin.

Se administrează tonice generale, se continuă cu paracentezele și se supune bolnava unui tratament cu Röntgen.

După 7 ședințe de radio-terapie părăsește clinica ameliorată.

**Cazul V.** — Ana C... de 25 ani, căsătorită, menstruată la 17 ani, periodicitatea regulată, durata 7 zile, fără inconveniente, 3 nașteri normale.

**Diagnostic: t. b. c. genital.**

Bolnava urmează un tratament conservativ, cu Röntgen, tonice, helioterapie, și supra-alimentare. La cererea proprie părăsește serviciul clinicii ginecologice mult ameliorată.

**Cazul VI. (Rubrophen-Chinion).** Cornelia R... de 31 ani, căsătorită, sterilitate, în câteva rânduri gripă, transpirații nocturne.

La examenul medical scleroza vârfurilor pulmonare și hili bogăți.

De doi ani dureri în lombe și hipogastru. Mai accentuate în fosa iliacă dreaptă. (Subfebrilitate).

Menstruată la 15 ani, dismenoree, fluor albus.

La examenul genital: uter în anteversie flexie, mărime normală. Sensibil la palpate, anexele îngroșate, cea dreaptă dură și neregulată. Fundurile de sac vaginale bombează, întreaga sferă genitală sensibilă. În cavitatea abdominală lichid ascitic liber.

**Diagnostic: tuberculoză genitală.** (Tumoră anexială dreaptă și peritonită t. b. c.

S'a făcut la început un tratament medicamentos: calciterapie intensă, raze ultraviolete, tonice generale, timp de 3 săptămâni. Bolnava pleacă acasă prea puțin ameliorată. Starea generală idem aproape nemodificată.

Urmează după scurt timp un tratament ambulator, cu Rubrophen, făcând o cură de 30 de injecții intravenoase, în timp de 30 de zile, fără alt tratament adjuvant.

Dela primele 10 injecții se observă o creștere a apetitului, iar după terminarea curei se constată o creștere a greutateii, cu 4 kgr. Temperatura maximă este de 37°.

Subiectiv: bolnava se simte mult ameliorată în sensul dispariției durerilor și a fluorului albus. Genital se constată dispariția sensibilității organelor genitale, cu menținerea unei ușoare acuze la o palpăre mai puternică în fosa iliacă dreaptă. Tumora din această parte este redusă dela mărimea unui măr cum a fost la început, la aceea a unei nuci mai mari, iar menstruația nedureroasă.

Lichidul ascitic nu numai că nu s'a înmulțit, dar la măsurarea circumferenței abdominale la nivelul ombilicului se constată o scădere de 4 cm. cu toate că bolnava s'a îngrășat.

În plus pare să aibe tendința să se închisteze în partea dreaptă. Este vorba de lichidul ascitic.

Cazul fiind în curs de tratament, nu putem să apreciem efectul curativ radical cu Rubrophen, ca medicament specific al tuberculozei genitale.

**Cazul VII.** — Bolnava Maria F... de 29. ani, nulipară, nuligestă, antecedente fără importanță, neagă orice infecțiune, menstruația regulată. Se prezintă pentru dureri în etajul abdominal inferior. Dureri ce se exacerbează în timpul menstruației.

La examenul medical nimic deosebit. La examenul urologic deasemeni nimic.

La examenul genital se constată un infiltrat pe alocurea dur, ce prinde toate genitalele, deasemenea aderente.

**Diagnosticul: t. b. c. genitală.**

La acest diagnostic se înstitue un tratament cu Rubrophen, injecții și tablete. Primele 30 de injecții și cele-

90 tablete per os au făcut să se remarce următoarele: după 2 săptămâni de tratament bolnava câștigă 6 kgr., iar la sfârșitul tratamentului 8 kgr. Starea generală mult ameliorată, pofta de mâncare crescută și forțele fizice sporite.

În ceea ce privește genitalele, infiltratul nu progresează, consistența infiltratului devine scleroasă și întreg infiltratul se organizează în așa fel, că permite palparea uterului care înainte era imposibilă.

În timpul administrației tratamentului, nu s'au observat accidente secundare și administrarea îndelungată a fost bine suportată.

Menstruația în apariție și durată nu a fost influențată. Durerile au diminuat, precum și cele dinafara sîmtei menstruale.

Rubrophenul a mai fost încercat într'un caz de t. b. c. genital cu peritonită, care în prealabil a fost operat. Febricitatea a devenit mai moderată, bolnava simțindu-se în urma tratamentului mai bine.

Metoda chimico-terapeutică cu Rubrophen deschide orizonturi noi, mai ales în cazurile ce nu se pot trata chirurgical.

După puținele cazuri ce le avem, pledează pentru un tratament în viitor cu efectele favorabile. Toleranța este bună, efectele secundare sunt negative, se observă ameliorare, pofta de mâncare crește, iar fenomenele acute sunt oprite prin fenomenele de sclerozare.

#### IV. CONCLUZIUNI.

Frecvența anexitelor tuberculoase se ridică la cifre ce variaază între 5—15% din totalul anexitelor.

2. Din punct de vedere anatomo-patologic, anexitele tuberculoase se clasifică astfel:

- a) Forme strict localizate la anexe.
- b) Forme cu predominanță pelviană.
- c) Forme utero-anexiale.

3. Diagnosticul clinic este de cele mai dese ori dificil, din cauza variabilităților simptomelor și a lipsei semnelor patognomonice, totuși în urma unor criterii azi bine stabilite, diagnosticul poate fi lămurit.

4. Tratamentul de fond rațional și eficient al anexitei tuberculoase este cel chirurgical când e posibil, tratamentul medical fiind constituit din mijloace adjuvante, unele destul de importante (tratamentul igienico-dietetic, helio-climatic, medicamentos și radio-terapic).

5. Tratamentul chirurgical cuprinde:

a) Intervențiuni pe cale vaginală, metodă astăzi părăsită.

b) Intervențiuni pe cale abdominală, metodă curentă.

6. Operațiunile cele mai indicate sunt:

- a) Laparatomia simplă.
- b) Operațiunile conservatoare.
- c) Operațiunile radicale.

Aceste trei tipuri de intervențiuni au indicațiuni respective dictate mai ales de forma anatomo-patologică a infecțiunii anexiale și de tendința evoluției.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei,

**ss. Prof. Dr. GRIGORIU CRISTEA.**

Decanul fac. de Med.,

**ss. Prof. Dr. M. STURZA.**



## BIBLIOGRAFIE.

1. **A. Richard—H. Comte:** Formes peritoneales aiguës de la bacillose annexielle. (Gynecologie et Obstetrique), p. 48—67, No. 1, T. XII. 1925.

2. **Bertolini:** Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de la femme. (Rapport au congrès Italien D'Obstetrique et Gynecologie de Trieste, 1921, et dans *Leutralblatt für gynecologie* 1921).

3. **Constantin M. Nicolau** — Pitești: Contribuțiuni asupra tratamentului actual al tuberculozei anexiale. (Teză, București 1930).

4. **Condamine F. R.:** Du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle, resultats éloignés. (Teză, Lyon, 1929).

5. **Daniel C.:** La tuberculose utéro-anexielle. (La gynecologie, 1925 Aout p. 446—451).

6. **Daniel C. și H. Șoimaru:** Tuberculoza anexială. (Societatea de gynecologie, 5 Mai 1929, gynecologie și obstetrică. T. V. No. 5—6, pag. 155)

7. **Douay F. et M-selle Iépureano P.:** Diagnostic de la salpingite tuberculeuse, réaction de Besredka. (Gynecologie et obstetrique, Tome XXI, 5 Mai 1930).

8. **Gabriel I.:** Formele și tratamentul tuberculozei anexiale. (Teză. 1931).

9. **Faure J. L. et Siredey:** Traité de gynecologie medico-chirurgicale, Paris, 1928.

10. **Lenormant et Moulonguet:** Tuberculose annexielle. (Gynecologie et obstetrique. 1920. T. II., pag. 397).

11. **Lenormant Ch. et Moulouquet:** Contribution à l'étude de la t. b. c. des annexes de l'utérus. (Gynecologie et obstetrique, p. 396—423, No. 6, T. II. 1920).

12. **Pestalozza:** La tuberculose genitale de la femme (Société Italienne d'Obstetrique et Gynecologie. Triesti, 1921, La Gynecologie, 1922, pag. 125).

13. **Popescu I. Iulian — Dolj:** Rezultatul tratamentului chirurgical în tuberculoza anexială. (Teză, București 1931).

14. **Tristan Maynard:** Tuberculose annexielle. (Teză, Montpellier 1932).

15. **Villard:** Traitement de la tuberculose annexielle suivant ses formes anatomo-pathologiques. (Société chirurgicale de Lyon. 15 Dec. 1927; Lyon chirurgical. 1928, pag. 246).

