

B.A.R.

II
126095

MINISTERUL CULTELOR ȘI INSTRUCȚIUNEI PUBLICE

PROFESOR DR. THOMA IONNESCU

DARE DE SĂMĂ

PREZINTATĂ

D-LUI MINISTRU AL CULTELOR ȘI INSTRUCȚIUNEI PUBLICE

ASUPRA

CONGRESULUI de GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ ȘI PEDIATRIE

Ținut la Marsilia de la 8—15 Octombrie 1898

CONGRESULUI AL XII-lea FRANCS DE CHIRURGIE

Ținut la Paris de la 17—24 Octombrie 1898

CONGRESULUI DE UROLOGIE

Ținut la Paris de la 20—23 Octombrie 1898



BUCURESCI

—
IMPRIMERIA STATULUI

1899

DARE DE SĂMĂ

PRESENTATĂ

D-LUI MINISTRU AL CULTELOR ȘI INSTRUCȚIUNEI PUBLICE

ASUPRA

CONGRESULUI DE GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ ȘI PEDIATRIE

ȚINUT LA MARSILIA DE LA 8—15 OCTOMBRE 1898

CONGRESULUI AL XII-LEA FRANCES DE CHIRURGIE

ȚINUT LA PARIS DE LA 17—24 OCTOMBRE 1898

CONGRESULUI DE UROLOGIE

ȚINUT LA PARIS DE LA 20—23 OCTOMBRE 1898

DE

PROFESOR DR. THOMA IONNESCU

DELEGAT OFICIAL AL MINISTERULUI



BUCURESCI

IMPRIMERIA STATULUI

1899



Domnule ministru,

Delegat de d-văstră a represinta guvernul la congresul de ginecologie, obstetrică și pediatrie, ce a avut loc la Marsilia la 8 Octombore și la al XII-a congres de chirurgie frances, ținut la Paris, la 17 Octombore, am onórea a vă înainta următorul raport asupra lucrărilor acestor congrese.

Prin acéstă dare de sémă, am căutat a pune în vedere lucrările cele mai importante, menționând numai pe acelea cari, fie prin subiectul tratat, fie prin modul de a vedea, imi par a nu avea o însemnătate suficientă pentru a modifica părerile actuale asupra punctelor atinse.

— Congresul de la Marsilia s'a deschis la 8 Octombore, în amfiteatrul școlii de medicină, printr'o ședință solemnă, presidată de profesorul *Pinard*, din Paris, asistat de d-rul *Pozzi*, din Paris, președintele secțiunei de ginecologie, și de către d-rul *Broca*, din Paris, președintele secțiunei de pediatrie.

D. *Flaissière*, primarul din Marsilia, a luat cel d'ântéiú cuvântul, pentru a saluta sosirea membrilor congresului. Profesorul *Pinard* a expus în urmă scopul congresului, țința medicilor pentru a ameliora specia umană, protecțiunea femeii și a copiilor. El a exprimat dorința ca tóte orașele mari să aibă un refugiú pentru femeile gravide, și serviciú speciale pentru copii în vêrstă fragedă. Profesorul *Pozzi* a expus scopul ginecologiei, care este economia vieței femeii, fără a neglija conservarea puterei creatrice.

Profesorul *Hoffa*, din Würzburg, a expus istoricul sciinței ortopedice, arătând perfecțiunea la care a ajuns acéstă ramură a artei de a vindeca.

Profesorul *Solowieff*, din Moscova, a adresat câte-va cuvinte de mulțumire congresului din partea medicilor ruși, iar subsemnatul am avut onórea a pronunța următóarele cuvinte, în numele guvernului român, pe care îl represintam :

Messieurs,

Le gouvernement roumain saisit avec empressement toute occasion pour montrer sa gratitude à la France, car il ne peut oublier la dette immense qu'il a contractée envers votre beau pays, auquel nous devons la Science, que nous y avons largement puisée pour aller la répandre sur les bords du Danube.

Un lien étroit fait de sympathie et de reconnaissance nous unit aux médecins français et à la science médicale française.

Et à Marseille, ce lien parait plus serré encore par la vue de ces beaux monuments romains qui nous entourent et évoquent le souvenir de nos ancêtres communs.

Aussi venir chez vous, c'est pour nous, Roumains, une bien douce chose, car elle nous permet de mettre le pied sur le sol de notre seconde patrie.

Je remporterai loin, bien loin, un souvenir ineffaçable de votre fraternel accueil ; et je vous en remercie au nom de mon pays et en mon nom personnel.

Acastă cuvântare a fost apreciată într'un mod foarte măgulitor de savanta adunare, dupe cum afirmă toate jurnalele politice franceze, cari spun că delegatul d-vostre a fost aplaudat cu entusiasm.

(Vezi Le Temps din 9 Octombree ; L'Eclair din 10 Octombree 1898, etc.).

În fine D. *Livon*, directorul școlii de medicină din Marsilia, a mulțumit congresiștilor că au venit așa de numeroși, și în special delegaților străini.

Lucrările congresului au început la 10 Octombree, în secții, și au continuat până la 15.

Al XII-a congres de chirurgie frances, s'a deschis la Paris prin ședința de inaugurare, care a avut loc Luni, 17 Octombree, în marele amfiteatru al Facultății de medicină, sub președinția d-lui profesor *Le Dentu*. Pe estradă, în jurul său, au luat loc somitățile chirurgicale franceze, profesorul *Guyon*, *Chauvel*, *Gros*, *Tillaux*, *Terrier*, *Ollier*, *Poncet*, decanul facultății de medicină, profesorul *Brouardel*, delegații țărilor străine : Dr. *Reichhorn*, *Kjinnerud*, delegatul guvernului Norvegian, Dr. *Suarez Mendoza*, delegatul guvernului Spaniol, și subsemnatul. În fine, mai mulți chirurși străini, între cari profesorul *Kraske*, din Frieburg, profesorul *Socin*, din Basel, etc.

Profesorul *Le Dentu* a deschis congresul printr'un discurs magistral, în care a expus serviciile imense aduse artei chirurgicale de acest congres în care s'a pus temelie atâtor cuceriri făcute în ultimii timp de chirurgia modernă. Spațiul îmi lipsese pentru a putea da o analiză completă a acestei superbe alocuțiuni și mă voiu mulțumi a reproduce paragraful în care ilustrul meu magistru face alusiune la chirurgia simpaticului, unul din cele mai noi terenuri ale chirur-

giei actuale, al cărui avânt actual se datorește operațiunilor practicate de subsemnatul în țera noastră, și comunicate pentru prima oară la al X-lea congres de chirurgie frances, în 1896 :

„Le grand sympathique, ce conducteur très impressionnable des excitations parties de la moelle et destinées au coeur, voilà que, pour combattre l'étrange maladie, le syndrome mystérieux dont nous devons la description à Basedow, ainsi que l'épilepsie, la redoutable névrose, souvent réfractaire à tous les traitements, on le coupe, on l'excise avec ses ganglions, sur toute la longueur du cou, d'un seul côté ou des deux côtés, et l'organisme humain dans sa complaisance inépuisable à l'égard des audacieux, paraît s'accommoder assez bien de ces interventions passablement osées quoique rationnelles, pour que personne n'hésite aujourd'hui à les renouveler“.

— Secretarul general al congresului, dr. *L. Picqué*, face o dare de sémă a mersului asociațiunei francese de chirurgie și termină printr'un frumos pasagiú la adresa colegilor străini și mai cu sémă a represintanților diferitelor guverne, salutându-'i în numele biuroului congresului.

Ședințele congresului aú început Luní, 17, și aú durat până Sám-bătă 22 Octombre.

Joi, 20 Octombre, séra, a avut loc banchetul congresiștilor, unde subsemnatul a avut onórea a lua cuvântul în numele guvernului român și chirurgiei române, adresând víi mulțumiri pentru locul de onóre ce i s'a dat delegatului d-vóstre și admirațiunea ce el are pentru chirurgia francesă, care cu ocazia acestui congres, a arătat încă o dată că este înainte-mergétóre chirurgiei moderne.

Cu acéstă ocaziune, am luat parte activă la congresul de urologie frances, ce s'a ținut la Facultatea de medicină din Paris, de la 20 până la 22 Octombre. Imí permit de a alătura aci, pe lângă cele 5 comunicări făcute la congresele de ginecologie și de chirurgie, și 2 alte comunicări, făcute la congresul de urologie.

Domnule ministru,

Acéstă dare de sémă, cred că va convinge pe toți de importanța lucrărilor congreselor la cari ați bine-voit a mă delega pentru a reprezenta guvernul român, și 'mí rămâne a vă mulțumi de încrederea cu care m'ați onorat și pe care am căutat să o legitimez.

Primiți, vă rog, d-le ministru, asigurarea deosebitei mele stime.

Dr. Thoma Ionescu.

CONGRESUL DE GYNECOLOGIE DIN MARSILIA

ȚINUT ÎN OCTOMBRE 1898

RAPORTUL D-LUI SEGOND

TRATAMENTUL SARCINEI EXTRA-UTERINE

Orî de câte orî se pune diagnosticul de sarcină extra-uterină trebuie să intervenim chirurgical, căci sunt foarte rari sarcinele ectopiate cari să se oprască în primele faze ale evoluțiunei și să se vindece spontaneu.

În casurile în cari sarcina ectopiată evoluează normal în primele 5 luni, tratamentul de ales consistă în ablațiunea totală, prin laparotomie, a kistului fetal și a anexelor interesate. Evacuarea prin incisiune cu sutura consecutivă și reamiterea în loc a trompei reconstituită, poate forma metoda de tratament în casurile de grosețe tinără.

În casurile în cari kistul fetal este intra-ligamentar și sub peritoneul pelvian, ablațiunea prin laparotomie constituie tratamentul rațional.

Când kistul fetal se găsește așezat într'un corn uterin rudimentar, vom face simpla ablațiune a cornului, fără să atacăm mult din țesutul uterin, dacă pediculul permite acésta, dacă nu, vom recurge la isterectomia abdominală supra-vaginală sau totală.

Când coexistă cu sarcina ectopiată și leziuni ale anexelor din partea opusă sau un neoplasm uterin (fibrom sau cancer) în primele 3—4 luni, isterectomia prin calea vaginală este de sigur operațiunea cea mai avantagiôsă. Mai târziu însă de acéastă epocă, din cauza volumului placentei și friabilităței uterului laparotomia își reia toate drepturile sale asupra operațiunei lui Péan.

În cazul de hemato-salpinx complicat sau nu de revărsarea sângelui în peritoneu, și formând o tumoră enucleabilă în totalitate, incisiunea simplă a pungei urmată de evacuare și de reamiterea în loc a trompei reparate a fost preconisată de mulți chirurși. *Martin* a procedat ast-fel prin vagin, alții prin abdomen. În imensa majoritate a casurilor, conduita rațională consistă în a ridica trompa gravidă cu conținutul său prin laparotomie.

În prezența unui hematocel închisat, destul de mare pentru a cere intervențiunea, o simplă incisiune vaginală este suficientă. Când însă

În urma acestei colpotomii se constată de exemplu, bilateralitatea leziunilor anexiale, sau o hemoragie dintr'o parte numai, nimic nu e mai facil de cât a procede imediat la isterectomia vaginală într'un cas, sau la simpla ablațiune a anexelor dintr'o parte, în cel-alt cas. Incisiunea vaginală nu este numai aplicabilă la hematocelul retro-uterin propriu zis, ea permite de a deschide colecțiuni mai laterale și hematocelule peritoneo-pelviene.

Laparatomia nu are în aceste cazuri de cât o indicațiune cu totul excepțională. Se va recurge la ea numai în casurile de operațiuni secundare, când spre exemplu prin colpotomie nu s'a putut împiedica evoluțiunea ulterioară a leziunilor anexiale nejustificabile de isterectomia vaginală. Se va recurge însă la laparatomie în tot d'a-una când avem a face cu un hematocel cu pusee hemoragice succesive.

În casurile de hemoragii profuse, când inundă peritoneul, trebuie să intervenim cât se poate mai repede, căci mai în tot-d'a-una ele sunt mortale (85⁰/₀), de aceea în prezența ictusului peritoneal care ne indică o hemoragie gravă, trebuie fără restricțiune să acceptăm cea mai formală indicațiune a laparatomiei imediată când se poate, și în tot cazul cât se poate de precoce.

Când sarcina ectopiată este însoțită de complicațiuni septice și supurative, ca și în toate supurațiunile pelviene, incisiunea vaginală este tratamentul de ales al hematocelurilor supurate ca și a oricărei colecțiuni purulente bine limitată, uniloculară și facil accesibilă prin vagin. Isterectomia vaginală este operațiunea cea mai bună, când există leziuni de ambele părți, condițional însă ca sarcina să nu fie prea înaintată și camasa de ridicat să nu fie prea voluminoasă, în care cas se va recurge în tot-d'a-una și cu mult folos la laparatomie.

În casurile când suntem în prezența unei sarcine mai mare ca 5 luni cu fetusul viu, două chestiuni sunt de discutat: când, și cum trebuie să operăm.

Când trebuie să operăm? Imediat, când sarcina este la termen. Imediat asemenea când fetusul este viu însă neajuns încă la termenul de a fi viabil, când din contra fetusul este aproape de epoca viabilității, se poate încerca de a scăpa viața și a copilului și a mamei, cu condițiune însă ca salvarea copilului să nu presinte nici o umbră de pericol pentru viața mamei. În acest cas trebuie să intervenim în a 7-a, a 8-a sau în a 9-a lună? Acesta va depinde, în cazul că mama se găsește bine, vom lăsa fetusul să se desvolte, decî circumstanțele vor indica bunul moment al intervențiunii. Cum trebuie să operăm? Eli-trotomia trebuie lăsată la o parte. Singurile operațiuni sunt: exteriorizarea abdominală a sacului cu abandonarea placentei; exteriorizarea cu ablațiunea placentei; ablațiunea totală a kistului fetal. În regulă generală, intervențiunea se va mărgini la extragerea fetului cu simpla exteriorizare a kistului și abandonarea placentei. La această regulă sunt 3 excepțiuni: a) sunt cazuri facile în cari enuclearea se poate face foarte ușor, b) în casurile în cari există o hemoragie produsă

prin deslipirea placentei, când suntem forțați a o ridica complect pentru a opri hemoragia, c/ sunt cazuri în cari nu există un sac, ca în rupturile secundare ale sacului, cu fetus liber în cavitatea abdominală.

În cazurile de sarcină ectopiată datând de mai mult de 5 luni, complicată de hemoragie prin ruptură, sau de peritonită supurată, laparatomia de urgență este absolut indicată.

Când avem o sarcină extra-uterină, mai mare de 5 luni, cu mórtea recentă a fetusului, este prudent a aștepta ca circulația inter-kistoplacentară să se micșoreze, cu condițiune ca întârzierea să nu trecă peste 6 săptămâni. În regulă generală și aci intervențiunea se va mărgini la extragerea fetusului și la exteriorisarea kistului, iar placenta va fi abandonată.

Când fetusul e mort de multă vreme, elitrotomia își ia drepturile sale, și devine o bună operațiune; totuși exteriorisarea abdominală a kistului rămâne operațiunea de ales în majoritatea casurilor, mai ales că aci ablațiunea placentei este absolut indicată. Extirparea parțială a sacului pöte fi făcută când aderențele nu se opun.

Când fetusul este liber, e mai bine a ridica placenta și tot ce 'l învelesce, pentru a putea face într'un mod complect toaleta pelviană și chiar a închide cavitatea abdominală fără drenaj.

Când fetul este într'un sac complect, extirparea totală a kistului este mai ușră de cât când fetul e viu sau mort de curând.

În ceea-ce privește castrația utero-anexială abdominală totală este considerată ca o gravă operațiune ale cărei indicațiuni, cu totul restrânse, se resumă ast-fel: trebuie să fie rezervată numai în cazurile în cari ablațiunea kistului fetal a fost începută și nu pöte fi terminată, ori-când există un neoplasm uterin concomitent, sau în fine, când sarcina este tubo-interstițială.

Casurile de sarcină ectopiată devenită veche și kistul fetal tolerat fără accident, nu presintă nimic de particular, afară numai când se complică de leziuni peritoneale supurative, când laparatomia este de urgență. În general este kistul fetal care constituie tot rölul, și 3 cazuri pot să se presinte: une ori kistul sémănă cu o tumöre anexială relativ mobilă; alte ori kistul se presintă histuriului fie printr'un plastron abdominal, fie bombând în unul din fundurile de sac vaginale; în fine sunt cazuri în cari kistul se deschide la nivelul abdomenului, în vagin ori în rect sau în vesică.

Discuțiunea la raportul d-lui Segond

Laroyenne (din Lyon). — Am vădüt așa de adesea ori hematocele vindecate spontaneu, în cât dacă se intervine în tóte casurile de hematocel, se fac operațiuni inutile. Intervențiunea este indicată în tóte casurile de hemoragie gravă, în cele mai multe cazuri însă, se pöte aștepta, bine-înțeleș fiind gata a interveni la cel mai mic semn.

Martin (din Rouen). — În raportul d-lui *Segond* se spune că adesea ori este inutil de a căuta să se detașeze aderențele, și că trebuie să ne mulțumim cu marsupialisarea pungei. Este adevărat, în majoritatea casurilor, însă într'un cas personal, am fost obligat de a merge mai departe, și de a detașa aderențele sacului de intestin, căci sacul era foarte friabil pentru a fi marsupializat.

Kiriac (din Bucuresci). — În câte-va casuri poate că castrarea abdominală este utilă, căci sunt fapte de recidivă. Eu am observat un exemplu foarte remarcabil de coincidență a sarcinei normale cu o sarcină extra-uterină. Femeea a avortat și dupe câte-va zile am constatat în fundul de sac posterior o colecțiune de unde am extras un fetus. Câte-va zile mai târziu, femeea având temperatura, am practicat o laparatomie și am ridicat restul de placenta în același timp cu uterul. Bolnava s'a vindecat.

Toma Ionescu (din Bucuresci). — O cestiune care îmi pare de o importanță indiscutabilă, este aceea de a ști calea pe unde trebuie să intervenim în sarcinile extra-uterine. D. *Segond* în raportul său a arătat un electism inerent unui bun chirurg, și am văzut cu plăcere că dânsul, care acum puțină vreme era încă un fervent apărător al căei vaginale, propune în anumite casuri calea abdominală ca metodă de ales. Cred, însă, că domeniul acestei din urmă, trebuie să fie mult mai întins de cât limitele cari i s'a dat în acest raport. În adevăr, intervențiunile noastre în sarcinile extra-uterine, se pot împărți în două grupuri: în intervențiuni de necesitate unde leziunile, forma lor, ne împune calea ce trebuie să urmăim, și în acele casuri unde modul de a se presenta al leziunilor poate lăsa chirurgului latitudinea de a alege calea pe care trebuie să intervină. Ast-fel de exemplu: hematocelele cari proemină în vagin vor fi justiciabile de simpla colpotomie, iar sarcinile avansate, bombând spre abdomen, cu placenta deja organizată, impun intervențiunea abdominală dupe cum chiar d. *Segond* o indică. Sunt însă casuri numeroase de sarcini tubare, unde în aparență leziunea pare limitată la una din trompe, uterul pare normal și o intervențiune limitată la extirparea acestei trompe pe cale vaginală apare ca operațiune de ales. Tocmai însă în aceste casuri cred că calea abdominală este cu mult superiără, căci numeroase sunt casurile unde trompa opusă aceleia ce servește de sediū sarcinei, este alterată în așa grad, în câtă o abandona în pelvis, ar fi să ne expunem la o recidivă, lucru ce este frecuent. Aceste leziuni ale salpingei în cas de sarcină extra-uterină, leziuni ce predispun la producerea chiar a acestor afecțiuni, sunt bine cunoscute astăzi, iar constatarea lor prin mijlocele de explorațiune ce posedăm, este de multe ori imposibilă. Și laparatomia singură permițând de a vedea și de a examina cu d'ămănuntul anexele, ne permite de a decide întinderea intervențiunii necesare. Conduc de aceste idei, într'un cas de sarcină extra-uterină de aproape 3 luni, ocupând trompa dréptă, am intervenit pe calea abdominală, și am putut constata că trompa din stânga, care părea in-

tactă, era inflamată și complet obstruată la nivelul pavilionului. Astfel că, pentru a nu lăsa un organ bolnav și capabil de a da loc la o recidivă se impunea ablațiunea anexelor din ambele părți. Și convins că în atări "casuri este o eróre de a lăsa uterul singur, separat de anexele lui, am practicat castrația abdominală totală. Acest cas și altele de genul lui mă fac să întreb pe d. *Segond* ce s'ar fi putut face prin calea vaginală, prin care de sigur nu s'ar fi putut constata leziunile, în aparență minime, în realitate suficiente, ale trompei opuse, și cari ar fi putut da naștere la turburări grave ulterioare. Voiu conchide, deci, că afară de casurile unde natura leziunilor, sediul și întinderea lor, ne indică prin ele însuși calea pe care trebuie să le abordăm, este preferabil să recurgem în casurile dubioase asupra întinderii mai cu sémă a leziunilor, la calea abdominală, singură capabilă de a ne permite o operațiune completă, condusă de leziunile bine constatate. Și acesta, o repet, atunci, când genul leziunilor ne lasă să alegem între vagin și abdomen.

Solowieff (din Moscova). — Crede că nu este nici un avantajiu a temporisa în casurile de sarcină extra-uterină, pentru a obține un copil viu, căci în cele mai multe casuri copiii sunt foarte slabi (chétifs).

Pozzi. — În sarcinile extra-uterine, calea de ales nu este un ce de ales dupe plac. Când există o hemoragie trebuie să recurgem la calea abdominală; există, din contra, o colecțiune de evacuat, avem calea vaginală când colecțiunea bombéză în vagin, și conservăm calea abdominală pentru colecțiunile cu predominență în abdomen; și, în fine, când colecțiunea este accesibilă prin calea laterală, întrebuiințați calea sub-peritoneală.

Leonte (din Bucuresci). — În toate casurile să căutăm să păstrăm și mama și copilul, așa că, afară de casuri excepționale, vom temporisa. Din punctul de vedere al intervențiunei, când colecțiunea bombéză în vagin, fac colpotomia; în cele-l'alte casuri recurg la calea abdominală. Pe 15 casuri, am intervenit de două ori prin vagin, de 12 ori prin abdomen și o dată am combinat calea abdominală cu cea vaginală. Am obținut 12 succese și 3 morți; una de hemoragie și două de infecțiune.

Comunicări diverse

Natura și tratamentul retro-versiunei uterine. Un procedeu de vagino-fixațiune. — *Richelot*. — Mulți autori dau puțină atențiune retro-deviațiunei și nu țin sémă de cât de leziunile concomitente, metrită, relaxarea perineală, salpingită. Eu cred că dacă sunt casuri în cari retro-deviațiunea este un epifenomen fără importanță în mijlocul leziunilor infecțioase ale cavităței pelviene sunt și retro-deviațiuni independente, cari merită să fie tratate pentru ele însuși. Uterul deviat este în același timp congestionat și nevralgic; congestiunea și durerea sunt întreținute prin pozițiunea viciósă a organului.

Förte dese-ori simpla reducere face să înceteze complect ori-ce turburare. Există deci un tratament al retro-deviațiunei care consistă ori în purtarea unui peser și a unei centure abdominale, ori histeropexia.—Tratatamentul operator nu trebuie abandonat, însă nu trebuie să operăm nici o-dată un uter prea bolnav, ci trebuie mai 'nainte să vindecăm metrta.

Iată manualul operator pe care 'l propun: Colul uterului este atras în afară, fundul de sac anterior deschis; se exploreză micul basin, se deslipesc aderențele, pe urmă se procedeză la fixațiune. Se apucă peretele anterior al uterului d'asupra istmului cu o pensă cu dinți, se infundă un ac curb în buza superioră a incisiunei, în jumătatea sa stângă, 'l străbate transversal peretele anterior al uterului, și se scöte în jumătatea dréptă a aceleeași buze. Se așeză ast-fel două sau trei fire succesive, și când se strâng se obține o plagă verticală și mediană.

CASTRATIA ABDOMINALĂ TOTALĂ PENTRU LESIUNILE SEPTICE UTERO-ANEXIALE

TH. IONNESCU.

La congresul din Moscova, din 1897, și la congresul de chirurgie din Paris, în același an, am comunicat o parte din casurile operate până la acea dată și procedeul operator ce întrebuițez. De atunci am avut ocasiunea să repet de mai multe ori această intervențiune, și m'am convins și mai mult de superioritatea ei.

În acești din urmă două ani, castrația abdominală în afecțiunile septice utero-anexiale, a luat un avânt destul de mare, casurile operate s'au înmulțit, numărul lucrărilor originale și al comunicărilor făcute la diferite societăți este destul de însemnat, pentru ca astăzi să putem judeca într'un mod destul de serios valörea acestei intervențiunii și să o opunem celor-l'alte operațiuni cari se adreséză afecțiunelor septice utero-anexiale. Acesta este scopul comunicărei mele.

Voiu studia succesiv istoricul, statistica acestei operațiuni și voiu face o paralelă între rezultatele ce le a dat și cele ce s'au obținut prin castrația abdominală simplă și castrația uterină sau castrația totală vaginală.

Istoric. Casurile isolate ale lui *Orthmann* (Berlin, 1888), *Sacré*, (Bruxelles, 1888), *Chaput* (Paris, 1893), *Goldsbrough* (New-York, 1893), constituiesc o primă fasă, puțin importantă, unde operațiunea făcută de necesitate și prin procedee atipice, nu are în adevăr nici o importanță. Același lucru se pöte spune de cazul operat de *Doyen* și publicat în *Archives provinciales de chirurgie*, din 1892, unde castrația abdominală totală a fost făcută pentru un uter fibromatos, a cărui cavitate era plină de puroiu.

Pentru prima örä această operațiune a fost descrisă ca o interven-

țiune de ales în salpingitele supurate, în 1893, de către *Baldy*, din Filadelfia, la *Pan American-medical-congres*, *Washington*, 5—7 Septembrie 1893, secțiunea de ginecologie și chirurgie abdominală, unde acest autor pune indicațiunea operațiunii în inflamațiunile pelviene și arată 4 cazuri operate cu succes. Ast-fel s'a născut în America, prima fasă a istoricului castrațiunii abdominale totale, sau *fasa americană*, unde vedem apărând o serie de comunicațiuni la diferitele societăți de ginecologie și obstetrică. Ast-fel la societatea de ginecologie și acușmente din New-York, în 1893, *Polk* comunică 7 cazuri cu bun rezultat, și mai radical de cât *Buldy*, propune de a ridica uterul în casurile de pio-salpingită dublă, căci el este cauza tuturor turburărilor ulterioare.

Acastă opinie n'a găsit atunci mulți imitatori, căci în discuțiunea ce a urmat comunicarea lui *Polk*, *Janvrin*, *Cushing*, *Dudley*, *Noble*, *Edebohls*, s'aū pronunțat contra ridicării uterului și numai *F. Krug* a împărțit vederile lui *Polk* și comunică un cas în care castrația abdominală îi dase un rezultat superior, acelora unde întrebuinșase simpla extirpațiune a anexelor.

La 5 Octombore, același an, la societatea de obstetrică din Filadelfia *Baldy* comunică statistica lui de 8 cazuri, toate vindecate. În Maiū 1894, la societatea ginecologică americană *Baldy*, aduce o statistică mai complectă care coprinde 22 de cazuri, toate vindecate, și insistă asupra avantajilor ce presintă ridicarea uterului și anexelor, pe cale abdominală; acesta permițând a practica o operațiune complectă, un drenaj mai bun, și evitând lăsarea uterului care nu pōte avea de cât inconveniente. O vie discuție a urmat comunicării lui *Baldy* și deja noua operațiune câștigă pe mulți din opoșanții d'inainte. Ast-fel *Hanks*, din New-York, afirmă, că a lua anexele singure este a face un tratament pur paliativ și numai ridicarea totală constituie o cură radicală.

Dupe el, operațiunea este indicată în 3 cazuri: în vechile salpingite cu endometrite, în salpingite și endometrite puerperale și în toate casurile unde extirparea anexelor lasă uterul mobil și prin urmare nociv.

W. Wathen, *H. Byford*, *Gordon*, sunt adversarii absoluți ai operațiunii, pe când alți sunt rezervați și nu admit castrația abdominală totală de cât în unele cazuri. Ast-fel *Emmet* (New-York) o consideră ca rar indicată; *W. Gill Wylie* (New-York) propune a conserva tot-d'a-una uterul înainte de 35—40 ani, și a'l extirpa dupe această etate. *Edebohls* și *Dudley* pun ca indicațiune anexita dublă și uterul bolnav. În fine, *Noble Charles* se arată partisan absolut al castrației vaginale totale, care este combătută energic de către *Baldy*.

În 1894, procedeul american a fost introdus în Franța de către *H. Delagenière*, din Mans. El a prezentat la societatea de chirurgie un cas de piosalpingită dublă și metrită parenchimatōsă, căruia i-a aplicat cu succes castrația abdominală totală.

În discuțiunea care a avut loc în sinul acestei societăți, cu ocazia

casului sus citat, *Routier* arată că deja în 1887 a practicat pentru o salpingită dublă supurată, histerectomia supra-vaginală cu pediculul extern. *Chaput* comunică 7 casuri cu o mörte, de ablațiune totală, prin procedeul abdomino-vaginal. *Segond* se pronunță pentru histerectomia vaginală pe care o consideră mai benignă ca cea abdominală. *Reclus* dice, că ridicarea uterului este inutilă. *Quénu* este mai electiv de când s'a asigurat de necesitatea frecventă de a recurge la laparatomie, pentru a ridica anexele aderente, lăsate prin ridicarea uterului prin vagin. *Reynier* propune a lăsa uterul în castrațiunile abdominale singure, pentru a 'l extirpa în urmă prin calea vaginală, dacă devine nociv. În fine, *Championnière* consideră acest procedeu ca o metodă de excepție.

La congresul frances de chirurgie din 1894, *Delagenière* comunică 4 casuri și studiază procedeul în detaliu, într'un articol apărut în Martie 1895.

Ernest W. Cushing, din New-York, la Academia de medicină din acel oraș, publică statistica autorilor americani, compusă din 70 casuri cu 4 morți, adică 5.7⁰/₀.

Du Bouchet, în anele de ginecologie, în 1895, reunesce 85 operațiuni cu 4 morți, adică 4.8⁰/₀.

În Germania, operațiunea americană a găsit imediat un óre-care număr de adepți, între cari putem cita mai cu sémă pe *Schauta* (Viena). Acesta comunică la congresul german de ginecologie și obstetrică, în Iunie 1895, 30 de castrațiuni abdominale totale, cu 2 morți, adică 6.6⁰/₀, și cu această ocazie arată tóte inconvenientele castrațiunei abdominale simple, pusă în paralel cu castrația abdominală totală. În castrația simplă, jumătate din bolnave nu sunt vindecate; ele păstrează scurgeri, dureri, datorite exudatelor ce se forméză în jurul pediculului, sau deviațiunelor uterine. Uterul fiind primul atins de gonococ, trebuie să fie ridicat. Calea vaginală nu va fi de ales de cât atunci când anexele sunt mici, neaderente și uterul capabil de a fi scorbit. De ordinar însă anexele sunt aderente și voluminóse, calea abdominală singură 'și găsesce indicația.

Landau admite de asemenea că în afecțiunile gonococice sau streptococice, castrația abdominală totală este indicată.

În 1896 apare lucrarea lui *Bliesener*, ¹⁾ unde găsim statistica integrală a lui *Bardenheuer*, care, de la 5 Aprilie 1895 până la 24 Ianuarie 1896, a operat 40 casuri cu 2 morți.

La congresul internațional de ginecologie din Geneva, din Septembrie 1896, cestiunea tratamentului supurațiunilor pelviene este pusă la ordinea zilei și 3 rapórté sunt prezentate de *Bouilly*, *Sänger* și *Kelly*.

Castrația abdominală totală, începe deja a lua un loc printre in-

¹⁾ Die Abdominale Radicaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung von Dr.R. Bliesener, Berlin 1896.

tervențiunile recomandate, însă nu este admisă de cât ca operațiune de excepție. Ast-fel *Bouilly*, n'o recomandă de cât în casuri rare, dând preponderanță intervențiunelor vaginale și chiar castrațiunei abdominale simple. Exprimându-se ast-fel, *Bouilly*, se face ecoul liniei de conduită a chirurgilor franceși.

Sänger arată la rëndul său că în Germania castrația abdominală simplă nu este încă operațiunea curentă, că castrația abdominală totală, nu a găsit de cât un număr limitat de adepți, aceștia sunt: *Schauta*, *Czempin*, *Doederlein*, *Ewerke*, *Rosthorn* și *Bardenheuer*. *Kelly* de asemenea nu admite operațiunea de cât în casuri excepționale și atunci face amputațiunea supra-vaginală prin procedeul său propriu. Tot la acest congres *Hartmann* (Paris) aduce 2 casuri personale și se arată adept al căei abdominale, preferând'o căei vaginale și rezervă pe acesta din urmă la anumite casuri, unde focare multiple au imobilizat uterul. *Delagenière* presintă 10 casuri cu 2 morți și *Doleris* 2 casuri.

La congresul din Moscova, în 1897, am comunicat un memoriu asupra procedeului meu de castrație abdominală totală, aplicat supurațiunelor pelviene, cu o statistică de 14 casuri cu 2 morți, și am insistat asupra avantajelor ce presintă această operațiune pusă în paralel cu operațiunea pe calea vaginală sau castrația abdominală simplă. *Doyen*, din Paris, într'o scurtă comunicare, s'a declarat și el partisan al castrației abdominale totale, însă numai în casurile când prin vagin operațiunea este dificilă.

În același an, cestiunea a fost adusă înaintea societăței de chirurgie din Paris, cu ocaziunea comunicării lui *Richelot*, despre noul său procedeu de isterectomie abdominală totală, pe care îl aplică între altele și afecțiunelor septice utero-anexiale.

Reclus aduce 2 casuri de fibromiom cu salpingite operate pe calea abdominală. *Segond* descrie procedeul lui *Kelly*, modificat, și aduce 10 casuri cu 2 morți în urma peritonitei. *Hartmann* comunică 12 casuri de anexită dublă, din cari 2 supurate. *Schwartz* comunică 2 casuri de isterectomie abdominală secundară, pentru a suprima uterul lung timp dupe castrația abdominală simplă. În aceste casuri ridicarea uterului prin vagin era imposibilă, din cauza strîmptorării canalului, friabilităței și aderenței bășicei. *Routier* se declară partisan al isterectomiei abdominale totale, în toate casurile unde uterul, dupe extirparea anexelor este sângerând, și pôte fi cauza complicațiunelor ulterioare. *Ricard* aduce un singur cas și *Richelot* comunică 6 casuri vindecate ale lui *Pauchet* (Amiens).

La al XI-lea congres frances de chirurgie, din Octombrie 1897, am comunicat statistica mea de 16 casuri cu 3 morți, *Terrier*, 3 casuri de isterectomie supra-vaginală cu o morțe de peritonită, *Delagenière*, un cas complicat de apendicită și vindecat, *Monprofit* (Anger), 6 casuri de afecțiunii cronice anexiale cu 6 vindecări și *Hartmann*, 13 casuri de salpingită supurată dublă, vindecate.

La societatea belgiană de ginecologie, în 1898, *Iacobs* comunică 6 casuri cu o morțe prin peritonită streptococică, tratate prin isterectomia supra-vaginală.

În fine, la academia de medicină din New-York, *Vineberg* comunică, în 1898, 2 casuri de febră puerperală acută, cu leziuni utero-anexiale, vindecate prin castrația abdominală totală.

Acestea sunt în resumat diferitele faze prin care a trecut istoria castrațiunii abdominale totale, aplicată tratamentului leziunilor septice utero anexiale. O privire înapoi ne arată progresele treptate ce a făcut această nouă intervențiune, și cum pe de o parte și ce trece numărul adepților a crescut, în detrimentul castrațiunii abdominale simple și castrațiunii uterine sau totale pe calea vaginală.

Născută în America, iute răspândită acolo, practică pe o scară întinsă în Germania, a găsit și în Franța mulți partizani, cari se înmulțesc pe de o parte și ce trece.

În studiul de mai la vale, voi căuta să probez avantajele incontestabile ce prezintă această intervențiune, și să legitimizez ast-fel părerea ce am exprimat deja în comunicările mele anterioare, că castrația abdominală totală, este de ales în tratamentul afecțiunilor septice anexiale bilaterale.

Nu mă voi ocupa în această lucrare de manualul operator, nici de tratamentul post-operator sau de diferitele procedee ce s'au întrebuițat, și cari variază aproape, putem dice, cu fie-care autor. Acest studiu l'am făcut deja în parte, în comunicarea mea la Moscova, publicată în extenso în *Semaine Gynécologique* din 1897, *Revista de chirurgie* din 1897, și *Comptes rendues du XI-ème congrès français de chirurgie*, 1897, iar procedeul meu operator a fost reproduș în *Revue de Gynécologie*, 1897, și în teza lui Angelescu, 1897.

Statistica personală

Am operat 23 casuri, dintre cari :

- 8 Salpingite supurate duble și metrite parenchimatose ;
- 1 Ovaro-salpingită supurată dublă și metrită purulentă ;
- 1 Salpingită supurată dublă și mică fibrôme interstițiale ;
- 5 Salpingite supurate duble și endometrite ;
- 1 Salpingită supurată dublă cu ovare chistice și endometrită ;
- 2 Salpingite supurate unilaterale cu hematosalpinx sau hidrosalpinx în partea opusă și metrită parenchimatousă ;
- 1 Supurațiune disecantă a pelvisului ;
- 2 Ooforo-salpingite tuberculose duble ;
- 1 Salpingită tuberculousă dublă, cu ovare chistice ;
- 1 Salpingită tuberculousă dublă, cu focare tuberculose caseose în grosimea uterului.

Din aceste casuri, mă voi opri numai asupra celor 4 de tuberculousă genitală internă, casuri destul de rare de ore-ce *Orthman*, în

1897, nu a putut aduna de cât 177 de casuri de tuberculoasă ovariană, dintre cari 48 numai sigure. De ordinar, dupe acest autor, tuberculoasa ovariană este secundară și se datorește tuberculozei salpingiene (26 casuri) sau peritonitei tuberculose (22 casuri).

În cele 4 casuri ale mele în nici unul n'am constatat tuberculoasa peritoneală, ast-fel că tuberculoasa genitală internă pare a fi fost primitivă și izolată.

Într'un cas focarele tuberculose erau localizate în ambele trompe, ovarele erau chistice, dar nu presintău leziuni tuberculose, și uterul părea sănătos. În al doilea cas, trompele și ovarele erau transformate în pungi areolare pline de materii caseoase; uterul de asemenea părea sănătos. Într'un al treilea cas, trompele îngroșate erau nodulare, moniliforme, aveau aparența canalului deferent tuberculos, și unii din nodulii caseoși erau mobili în interiorul trompei; în grosimea uterului, la nivelul cornoanelor, existau două nodule caseoase vizibile, iar restul organului era normal. În cazul al patrulea suprafața ovarului era acoperită de granulațiuni miliare, cari erau localizate pe ovar, fără a se întinde pe peritoneu; uterul prezenta un aspect normal, însă la secțiune s'au găsit mai multe focare tuberculose în grosimea peretelui.

În aceste 23 intervențiuni, aderențele intime fie cu pelvisul, fie cu intestinul, existau în 4 casuri. Pungile purulente au fost rupte în 3 casuri. În 15 casuri, uterul prezenta o deviațiune fixă-anteflexiune și versiune în 11; retro-versiune și flexiune în 4. Drenajul vaginal a fost practicat de 5 ori, în cele-l'alte casuri vaginul a fost închis și planșeul peritoneal reconstituit. În nici un cas nu s'a practicat drenajul abdominal. Închiderea plăgei abdominale a fost făcută de 5 ori prin sutura cu fire temporare de argint, în cele-l'alte casuri s'a făcut sutura în etage, cu cârdă pentru peritoneu și piele, cu mătase pentru mușchi.

4 operate au sucombat; una de peritonită, operațiunea fusese făcută pentru o supurațiune disecantă a micului basîn și i se făcuse drenajul vaginal; a doua bolnavă a sucombat de șok, bolnava era într'o stare de cachexie profundă și nu s'a găsit la autopsie nici o leziune putând explica mórtea; o operată a sucombat în urma unei peritonite, datorită perforațiunii unei anse intestinale strânsă într'un fir pus pe peritoneu; în fine a 4-a operată a prezentat o supurațiune limitată a peretelui abdominal, cu traject fistulos, și 2 luni în urmă, fără cauză vădită, intestinul s'a perforat în fundul acestei fistule, a dat naștere la o peritonită și cu totă laparatomia și sutura plăgei intestinale, bolnava a sucombat. Dupe cum se vede, două din aceste operate au sucombat în urma unor complicațiuni cu totul fortuite și independente de metoda operator, iar o a 3-a cu supurațiune disecantă a basînului, mai justițiabilă de operațiunea lui Péan, isterectomia vaginală simplă, de cât de castrațiua abdominală totală, ast-fel că

mortalitatea reală în operațiunile mele se reduce la un singur cas, unde actul operator a putut să fie cauza morții.

Din aceste operate am revădut 3 bolnave, dupe un timp relativ lung, (5 luni, 10 luni și un an), dupe operație și toate erau într'o stare perfectă atât locală cât și generală, fără a putea constata vr'o turburare psihică datorită castrațiunei totale.

Statistica castrațiunei abdominale.— Ca să putem judeca valoarea reală a acestei operațiuni, voi aduce aci statistica casurilor publicate până astăzi și pe cari am putut să le controlez. Iată mai întâiu statisticele generale publicate până acum. Cea d'ânteu este datorită lui *E. Cushing* ¹⁾, publicată în 1895 și înglobând casurile chirurgilor americani; ea coprinde 70 casuri cu 4 morți, adică 5,70/0. *Du Bouchet* ²⁾, tot în 1895, completează statistica americanilor și adună 85 casuri cu 4 morți, adică 4,70/0. *Bliesener* ³⁾, în lucrarea sa în 1896, reunesce statistica americană și cea germană și adună ast-fel: 152 casuri cu 7 morți, adică 4,60/0.

Reunind toate casurile publicate, am găsit până astăzi ⁴⁾ 253 casuri, cu 21 morți, adică 7,50/0, bine înțeles coprinzând în această statistică și casurile mele personale. Am omis câte-va casuri unde castrația abdominală totală a fost făcută fie pentru leziuni puerperale (*Vineberg* 2, *Pryor* 1), fie pentru afecțiunii cronice ale anexelor (*Monprofit* 6), fie pentru fibrom uterin complicat de anexite supurate (*Jonesco* 1).

Alături de această statistică generală îmi pare interesant a arăta statistica particulară chirurgilor fie-cărei țări, și fie-cărui chirurg în parte.

Ast-fel găsim 85 operațiuni în America, dintre cari 29 ale lui *Baldy*, cu 1 mort; *Polk*, 22 cu 1 mort; *Penrose*, 15 casuri; *Pryor*, 12; *R. Morris*, 2 cu 2 morți; *Pilcher*, 2; *Currier*, 1 cas; *Elliot* 1, cas, și *P. Munde*, 1 cas.

În Germania găsim 94 casuri d'între cari *Bardenheuer*, 56 cu 3 morți; *Schauta*, 30 cu 2 morți; *Czempin*, 5 cu 3 morți; *Doederlein*, 2, și *Saenger*, 1 cas.

În Belgia, *Jacobs*, 6 casuri cu 1 mort, *Thiebaut*, 1 cas.

În Franca, *Delagenière* (Mans), 10 casuri cu 2 morți; *Hartmann*, 13 casuri; *Segond*, 10 casuri cu 2 morți; *Pauchet*, 6 casuri; *Reclus*, 2 casuri; *Doleris*, 2 casuri; *Ricard*, 1 cas.

Acastă statistică particulară este instructivă, căci ne arată că chirurgii americani, partizani convinși ai castrațiiei abdominale totale și printre ei mai cu sémă aceia cari au practicat pe o scară întinsă

¹⁾ Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. 1, lift. 6, 1895, p. 619, tradus de F. Koppenberg.

²⁾ Annales de Gynécologie, 1898, p. 319.

³⁾ Loco citat.

⁴⁾ De la comunicarea mea s'au mai publicat...

acastă operațiune, aŭ obținut rezultatele cele mai frumoșe, lucru de alt-fel natural, căci o practică întinsă permite a pune mai bine indicațiunile intervențiunei și dă operatorului o abilitate mai mare în practicarea ei. Incontestabil că același lucru se va obține peste tot când operațiunea va fi admisă și practicată pe o scară întinsă.

Statistica castrațiunilor abdominale simple.—*Bliesener*, în lucrarea citată a putut să adune până în 1896, 1.626 casuri cu 92 morți, adică 5,59⁰/₀. Acastă mortalitate este ceva mai mare în statistica particulară a lui *Schauta* care publică o statistică de 246 casuri cu o mortalitate de 7.3⁰/₀. Din punctul de vedere al rezultatelor definitive ce a dat castrația abdominală simplă cu lăsarea pe loc a uterului, vedem că *Chrobach* n'a obținut vindecarea definitivă de cât în jumătatea casurilor operate. *Schauta*, la congresul din Breslau în 1893, afirmă că 82, 6⁰/₀ din operatele lui aŭ fost definitiv vindecate, și la congresul din Viena în 1895, spune că din 226 operate, aŭ răspuns la întrebările lui 172 cu extirpațiunii bilaterale, dintre cari 103 erau complet vindecate, adică 59,8⁰/₀; iar din 17 castrațiunii unilaterale, 4 complet vindecate, adică 56.6⁰/₀. *L. Landau* pe 141 operate a obținut vindecarea completă în proporția de 60 ⁰/₀. Aceeași proporție a obținut'o și *Bardenheuer* pe 123 castrațiunii bilaterale.

În resumat aceste statistici ne arată că aproape jumătatea bolnavelor operate prin castrațiunea abdominală simplă, aŭ păstrat turburări suficiente pentru ca operațiunea să pôtă fi considerată ca incompletă și neputincioasă. Incontestabil că aceste turburări post-operatorii sunt datorite uterului lăsat pe loc. În adevăr, de multe ori intervențiunii secundare aŭ fost necesare pentru a ridica uterul. *Bardenheuer* de la 1892 până la 1896 a practicat de 14 ori isterectomia secundară, mai mult sau mai puțin timp dupe castrația abdominală simplă, și acesta pentru turburările următoare: hemoragii 3 casuri, dureri și deviațiunii uterine 5 casuri, deviațiunii uterine și dilatațiunea resturilor trompelor 1 cas, endometrită și dureri 1 cas, endometrită și dilatațiunea resturilor trompelor 1 cas, endometrită gonococică 3 casuri, exudat în jurul pediculelor trompelor un cas. Isterectomia a fost practicată de 4 ori pe calea vaginală și de 10 ori pe calea abdominală, cu un singur cas mortal de peritonită.

Statistica castrației vaginale totale.—*Bliesener* a reunit 1.113 casuri de isterectomie vaginală totală pentru supurațiunii pelviene, cu 39 morți, adică 3,5⁰/₀. În ceea-ce privesce rezultatele tardive ale acestei operațiunii, vedem că *Iacobs* în 1894 publică o serie de 149 intervențiunii, cu 28 casuri, unde o mare parte din anexe aŭ rămas în pelvis, neputând fi extirpate. Același autor în 1896, din 272 casuri, de 21 ori castrația a fost necompletă. *Doyen* din 61 operate, de 4 ori operațiunea a fost necompletă. *Richelot* din 169 operațiunii, mărturisesc 59 incomplete. *Rouffart* din 52 casuri 34 incomplete.



Incontestabil că aceste operațiuni incomplete au lăsat în urma lor turburări suficiente pentru a pune în discuțiune eficacitatea intervențiunii secundare pe cale abdominală necesară pentru a ridica restul anexelor, cauza turburărilor post operatorii. Ast-fel L. Landau pe 108 casuri, de 3 ori a trebuit să intervină prin laparatomie secundară pentru a extirpa restul pungilor anexiale, și de sigur am putea mări mult cifra acestor intervențiunii secundare, dacă toate casurile s'ar publica.

În resumat, castrația abdominală vaginală totală sau simplă isterectomie vaginală contra leziunilor septice utero-anexiale — operațiunea lui Péan — presintă o benignitate mai mare de cât castrația abdominală simplă, însă prin numărul mare de operațiuni forțat incomplete, urmate de turburări grave datorite abandonării anexelor bolnave, în totalitate sau în parte, fac să piardă calitatea de operațiune curativă.

Paralelă între castrația abdominală totală, castrația abdominală simplă și isterectomia vaginală sau castrația vaginală totală. — Bazându-mă pe statisticele reproduse mai sus, voi căuta a stabili comparațiunea între aceste 3 intervențiuni, din punct de vedere al benignității, eficacității și indicațiunii fie-căreia din ele.

Din punct de vedere al benignității, primul rang pare să aparțină isterectomiei vaginale sau castrației vaginale totale, căci mortalitatea acestei operațiuni este de 3.5% . Castrația abdominală simplă vine în al doilea rang, cu o mortalitate de 5.9% , iar castrația abdominală totală pare să fie mai gravă, de ore-ce dupe statistica noastră este de 7.5% . De sigur că judecată ast-fel, castrația abdominală totală pare a fi, din punct de vedere al rezultatului operator, mai gravă de cât cele-l'alte. Cred însă că această diferență se datorește faptului că operațiunea fiind încă nouă, de abia introdusă în chirurgia curentă, ea nu și are încă bine stabilite nici indicațiunile, nici manualul operator. Mai mult, în statistica generală intră casuri isolate, și lucrul este incontestabil, că acela care practică pentru prima oră sau rare ori o operațiune, nefiind bine deprins cu ea, nu poate avea rezultatele frumoase pe cari le poate obține chirurgul convins de superioritatea intervențiunii, și care aplicând'o adese ori se familiarisează cu ea, și îi aduce perfecționări continue, pentru a 'i asigura locul important pe care trebuie să 'l ocupe. De asemenea în această fasă inițială a castrației abdominale totale, alegerea casurilor de operat n'a putut să se facă cu aceeași perspicacitate, care nu va lipsi de sigur atunci, când operațiunea mai bine cunoscută, nu va fi aplicată de cât acolo unde se impune. Dacă am voi o probă despre ceea ce înaintăm, n'avem de cât să ne uităm la numeroasele procedee operatorii ce s'au pus, și cari sunt aprópe egale cu numărul operatorilor. Ast-fel că între această operațiune care se găsește la începutul său și între cele alte două deja bătrâne, cu indicațiuni și tehnică operatorie bine și de mult stabilite, un paralelism din punct de vedere al gravității operatorii este

dificil de stabilit, căci dacă cele două din urmă nu mai au aproape nimic de câștigat, cea d'ânteuă face progrese constante, cu cât numărul adeptilor ei crește, ceea-ce va face de sigur să scadă în curând mortalitatea castrației abdominale totale, la nivelul dacă nu dedesubtul celor două intervențiuni, a căror letalitate putem dice este definitiv stabilită astăzi.

Dar chiar dacă mortalitatea castrației abdominale totale ar rămâne puțin superiőră celor-alte intervențiuni pentru afecțiunile septice utero-anexiale, ea răscumpără și cu prisos inferioritatea operatorie aparentă, prin rezultatele definitive sau curative pe cari le pōte da. În adevăr, castrația abdominală simplă chiar bilaterală, am vędut deja că este în jumătatea casurilor o intervențiune de eficacitate nulă, lăsând să persiste turburări grave, punënd în discuțiune utilitatea intervențiunei și necesitând chiar operațiuni secundare pentru ridicarea uterului, cauza reală a acestor turburări. Același lucru se pōte spune despre castrația vaginală șișă totală, căci în realitate rare-orī pe calea vaginală se pōte practica o castrație adevērat totală. Și dacă aci se ridică uterul, cauza turburărilor în operațiunea precedentă, se lasă în urmă o parte sau chiar totalitatea anexelor, adevēratul sediū al turburărilor pentru care s'a intervenit. Cu tōte că s'a pretins că în urma extracțiunei uterului anexele se atrofiază și dispar, este incontestabil că acest lucru nu pōte avea loc de cât rare-orī și că în realitate anexele bolnave abandonate continuă a produce turburări seriose, fie pentru a impune o intervențiune secundară destinată a le ridica, fie pentru a lăsa operata cu suferințe continue. De sigur există forme de supurațiuni pelviene unde ridicarea anexelor este imposibilă sau gravă pe orī-ce cale s'ar încerca, și unde suntem forțați de a ne mulțumi cu deschiderea unei largi căi de drenaj, pe care o putem obține prin ridicarea uterului pe calea vaginală. Dar în afară de aceste casuri speciale, cât mai mult de numeroase sunt acelea unde castrația totală imposibilă pe calea vaginală ar fi facilă pe calea abdominală.

Eficacitatea castrației abdominale totale și rezultatele ei curative, nu se pot încă judeca cu statistice în mână din cauza numărului încă restrâns de intervențiuni și datei încă recente a operațiunei. Este incontestabil însă că a priori ablațiunea totală așa cum ea se obține pe calea abdominală, nu pōte lăsa nici urmele castrațiunei abdominale simple, nici pe acelea ale castrațiunei totale pe cale vaginală, și putem afirma fără tēmă că viitorul va confirma opiniunea pe care o emitem aci, adică eficacitatea și durabilitatea rezultatelor obținute prin castrația abdominală totală. Un singur inconverient ar putea fi pus înainte: este acela ce ar resulta din aparițiunea turburărilor psihice ce urmēză câte odată extirpațiunea organelor genitale interne. Lăsând la o parte că n'am constatat la nici una din operatele mele astfel de turburări, cred că în principiu ele nu vor fi mai frecvente depe ablațiunea totală pe cale abdominală, de cât dupe castrațiunea simplă

bilaterală pe cale abdominală sau dupe isterectomia sau castrațiunea vaginală totală. Și mă bazez pentru acésta pe lucrările lui *Chroback, Jayle, etc.*, ale căror studii asupra turburărilor psihice ooforoprive, au fost făcute pe operatele fie prin castrația abdominală simplă, fie prin castrația totală vaginală sau simpla isterectomie vaginală. De alt-fel nu vęd întru ce uterul abandonat de anexele lui ar pune la adăpostul turburărilor psihice ooforoprive, acestea fiind datorite absenței secrețiunii interne ovariene. In resumat ablațiunea singură a anexelor sau castrațiunea totală, pot da nascere la aceleași turburări psihice post-operatorii, și în acésta privință nu pöte fi mai gravă de cât castrațiunea simplă.

Dacă castrația totală nu este mai gravă de cât castrațiunea simplă sau isterectomia vaginală, ea presintă avantajii incontestabile asupra acestei din urmă intervențiunii. In adevăr, afară de faptul că operațiunea pe cale abdominală permite de a vedea leziunile și a aplica intervențiunea necesară întinderii lor, castrațiunea abdominală totală permite de a suprima consecințele frecvente ale abandonării uterului separat de anexele lui. Printre acestea unele sunt datorite mobilității excesive a uterului rău susținut prin lipsa ligamentelor normale, de unde deplasări mobile sau chiar aderente cu tóte turburărilor la cari ele dau nascere. Acest inconvenient s'ar putea înlătura prin fixarea uterului la abdomen, de exemplu, dar acésta fixare nu pune la adăpostul fenomenelor dureroase posibile, și nu pöte fi legitimată de cât atunci când conservarea uterului este necesară, ca in casurile unde isteropexia se adresază la simple deplasări, anexele fiind sănătoase. Tot uterul pöte fi cauza turburărilor metritei concomitente care de multe ori a preexistat inflamațiunii anexelor și care continuând a evolua produce suferințe continue, dupe extirparea anexelor. Se pöte chiar ca uterul să pară și să fie în realitate sănătos în momentul intervențiunii, dar să se infecteze mai târziu, devenind ast-fel o cauză de turburări serioase, care să necesiteze isterectomia secundară.

Persistența bonturilor lăsate dupe extirpațiunea simplă a anexelor pöte fi cauza turburărilor post-operatorii, fie prin producerea de focare de supurațiune localizate la nivelul lor, fie prin aderențele ce ele pot lua cu organele vecine și în particular cu ansele intestinale.

Dacă alături cu aceste desavantajii pe cari le presintă persistența uterului dupe ridicarea anexelor, am putea pune öre-care utilitate de a păstra organul în aceste casuri, pöte că ablațiunea lui ar fi discutabilă. Acésta utilitate însă nu există.

Inutilitatea conservării uterului, anexitele duble fiind admise, rămâne a decide între castrația totală abdominală și cea vaginală. Lăsând de o parte casurile unde situațiunea anexelor apröpe de vagin, și făcând corp cu uterul formază o masă utero-anexială mică, neaderentă de păreții pelvienii, casuri unde castrația vaginală totală devine o operațiune de ales, dacă bine înțeles, cele-alte condițiuni indispensabile sunt realizate, ca lărgimea filierei vaginale, scoborărea

uterului și anexelor lui, indicațiunile intervențiunii pe această cale sunt foarte rare, căci condițiunile de mai sus sunt rar realizate și în cele mai multe cazuri castrațiunea vaginală va fi incompletă și se va resuma în ablațiunea uterului, organul mai puțin atins și abandonarea anexelor său a unei mari părți din ele, sediul principal al afecțiunii pentru care am intervenit. Acest fapt reese în mod clar din statistica pe care am publicat-o în această lucrare. Deci intervențiunea prin vagin ne expune de multe ori, putem dice în jumătatea casurilor cel puțin, la o operațiune incompletă, cu rezultate curative nule sau discutabile. S'a dis că dupe extirparea uterului anexe se atrofiază, dar nu numai că faptul nu este probat, chiar încă atrofiindu-se anexe, rămân nu mai puțin aderențele inflamatorii ce le învêlue și le fixéză la organele vecine, causând dureri permanente, suficiente pentru a reclama o intervențiune. Atrofia anexelor de alt-fel n'ar putea să se producă și să dea rezultate definitiv bune, de cât în casurile unde leziunile erau puțin întinse. Când însă leziunile sunt profunde, cu tótă distrugerea pungelor salpingiene, rămân totuși în pelvis focare inflamatorii, cauza continuării turburărilor post-operatorii.

În resumat, calea vaginală rămâne de ales în casurile de supurațiune difusă a micului basîn cu un bloc de aderențe, separând focarele purulente de cavitatea abdominală. În aceste cazuri, în adevăr, aderențele trebuie respectate, cavitatea abdominală pusă la adăpostul infecțiunii posibile și operațiunea se va limita la isterectomia vaginală, având de scop de a crea un drenaj decliv și permanent al pelvisului prin vagin.

Indicațiuni și contra-indicațiuni.—Voiu studia succesiv indicațiunile laparatomiei și acelea ale castrației abdominale totale. În adevăr, în prezența unei infecțiuni utero-anexiale, prima cestiune care trebuie rezolvată este aceea de a sci dacă trebuie să ne adresăm la o laparatomie sau la intervențiunea pe cale vaginală și calea odată aleasă vom decide întinderea intervențiunii.

Casurile de infecțiune utero-anexială se pot divide în 3 grupuri : 1. Acelea unde intervențiunea pe cale vaginală se impune ; 2. Acelea în care laparatomia este singură practicabilă, și 3. Acelea unde putem alege între aceste două căi.

Calea vaginală se impune în supurațiunile localizate, în fundul de sac al lui *Douglas* și proeminând în vagin. Atunci o simplă colpotomie posterioară poate fi de ajuns. Tot ast-fel ne vom comporta în cas de supurațiune pelviană unilaterală sau chiar anterioară, reeminând în vagin și bine circumscrisă. În casurile când supurațiunea difusă ocupă întregul pelvis, uterul perdut în mijlocul pungilor supurate și ast-fel imobilizat, simpla colpotomie nu este de ajuns și isterectomia vaginală, operațiunea lui *Péan*, se impune, căci prin ea singură putem evacua tóte pungile supurate și obține un drenaj complet prin vagin. În fine castrația vaginală totală se va practica în casurile unde anexe

supurate fac corp cu uterul și sunt lipsite de aderențe cu perei pelviană și viscerile vecine, cazuri de alt-fel foarte rare.

Calea abdominală este indicată mai întâi în cazurile unde diagnosticul precis de unilateralitate sau bilateralitate a leziunilor nu poate fi pus de cât dupe deschiderea abdomenului și examinarea de aproape a pelvisului. De asemenea laparatomia se impune când anexele sunt sus situate și mai mult sau mai puțin aderente cu perei pelvieni. În fine, în toate cazurile unde strâmtorarea vaginului, volumul prea mare al uterului și imobilizarea lui nu permit intervențiunea pe calea vaginală.

În cazurile cari nu intră în aceste două grupuri, unde calea vaginală nu se impune și laparatomia nu pare să fie unica cale posibilă, chirurgul poate alege între o intervențiune prin vagin sau abdomen. Aceste cazuri sunt numeroase, ele coprinde anexele de volum mijlociu, în aparență independente de perei pelvieni și părând bine izolate și mai mult sau mai puțin aderente cu uterul. În aceste cazuri intervențiunea prin calea vaginală pare să fie posibilă în realitate, însă totuși ea rămâne de multe ori incompletă, căci aderențele, mai cu seamă cu organele vecine și cu intestinul subțire, pot exista fără a putea fi diagnosticate d'înainte; ceea ce mă conduce a prefera calea abdominală, care ne permite în tot-d'a-una de a face o operațiune completă.

Laparatomia fiind admisă în principiu ca cea mai avantajoasă din căile propuse pentru extirpațiunea anexelor infectate, cestiunea rămâne a decide asupra modului de a se comporta cu uterul. Atunci când leziunile anexiale sunt unilaterale, incontestabil că uterul va fi conservat, chiar dacă prezintă leziuni mai mult sau mai puțin intense și pentru a se pune la adăpostul turburărilor ulterioare la care el poate da naștere, vom căuta a-l pune în cele mai bune condițiuni, și acesta prin curățirea cavității uterine—raclajul—și fixarea uterului în poziția normală; căci pe de o parte uterul în afecțiunile septicе utero-anexiale se poate găsi într'o pozițiune viciată, mai cu seamă retro-versiune și flexiune; iar în cazul unde această deviațiune nu pre-există, organul abandonat de ligamentele lui dintr'o parte, poate deveni vătămător prin deviațiuni secundare. De aceea, contra deviațiunilor pre-existente, practic cuneo-isterectomia anterioară sau posterioară, destinată a da uterului axul său normal și scurtarea intra-abdominală a ligamentelor rotunde, cu fixarea cernelor uterine la nivelul orificiului inguinal intern, pentru a pune uterul în poziția sa normală, în raport cu basinel. În fine bonturile rezultând din extirpațiunea anexelor sunt acoperite de peritoneu pentru a evita aderențele ulterioare ce se pot face la nivelul lor, cu ansele intestinale mai cu seamă.

În cazurile unde cu o leziune a anexelor unilaterală profundă co-există leziuni puțin intense din partea opusă, ca ovar sclero-chistic, astuparea pavilionului trompei și ușore aderențe cu perei pelvieni

saŭ cu viscerele, dupe extirpațiunea anexelor profund bolnave, intervențiunea se va completa printr'o operațiune conservatrice ale anexelor din partea opusă, ca distrugerea aderențelor, liberarea anexelor, deschiderea micelor chiste ovariene saŭ chiar resecțiunea parțială a ovarului, urmată de sutura făcută cu catgut fin, facil resorbabil, cateterizarea trompei saŭ chiar resecțiunea pavilionului și fixarea lui saŭ a capătului liber al trompei pe segmentul ce rămâne, fixare ce se va face ast-fel ca pavilionul saŭ orificiul tubar să învêlue ovarul. In același timp uterului i se va da axul și poziția sa normală prin operațiunile complimentare de cari am vorbit mai sus.

Când lesiunile anexiale sunt bilaterale și în ambele părți destul de profunde pentru a legitima extirpațiunea dublă a anexelor, atunci singura intervențiune rațională este castrația abdominală totală. Argumentele cari pledază pentru acest mod de a face, le-am dat deja în decursul acestei lucrări, inutil de a reveni. Un singur punct relativ la tehnica operațiunii merită de a ne opri, acela al drenajului. Sunt convins că drenajul abdominal este foarte defectuos din multe cause, între cari persistența posibilă a unei fistule abdominale interminabile și eventrațiunea destul de frecventă sunt cele mai principale. Singurul drenaj rațional, benign, este cel vaginal, de aceea cred că isterectomia supravaginală aplicată supurațiunilor pelviene, afară de inconvenientul de a lăsa un bont uterin infectat, mai are un altul mai important, imposibilitatea de a beneficia de avantajul enorm ce ne dă drenajul vaginal stabilit prin largul orificiŭ ce se obține dupe isterectomia totală. Drenajul făcut prin fundul de sac posterior dupe isterectomia supra-vaginală, nu pôte în adevăr să presinte garanțiile de liberă scurgere pe care le dă ablațiunea gâtului uterin. Drenajul însă nu este tot-d'a-una necesar. In casurile unde pungile anexiale nu aŭ fost deschise în timpul intervențiunii, și când asepsia canalului vaginal și chiar a cavităței uterine s'a putut obține înainte de intervențiune, vaginul va fi închis și planșeul peritoneal al pelvisului va fi reconstituit. Drenajul însă se impune în două casuri: atunci când pungile anexiale cu conținut septic aŭ fost deschise în timpul ablațiunii lor saŭ când nu putem fi siguri de aseptisarea perfectă a canalului utero-vaginal înainte de intervențiune. In aceste casuri orificiul va fi lăsat deschis, dupe ce s'aŭ unit printr'un surjet suprafața de secțiune a peretelui vaginal cu peritoneul vecin, și s'a reconstituit planșeul peritoneal al pelvisului, în acest cas drenajul făcut cu gaz sterilizat saŭ iodoformat, pune în comunicație directă cavitatea abdominală cu canalul vaginal.

Drenajul pôte fi iarăși util în casurile când suprafețele denudate sunt prea întinse, sângerânde și peritoneul a fost distrus pe o mare întindere. In asemenea casuri separ cavitatea pelviană în 2 etajuri, unul superior, cel-l'alt profund și acesta prin sutura peritoneului peretelui posterior cu peritoneul perivesical, sutură prin care se obține un planșeu peritoneal ce închide cavitatea abdominală complet, iar

dedesubtul acestui planșeu rămân suprafețele sângerânde și denudate ce sunt drenate prin orificiul vaginal lăsat deschis.

Intr'un cuvânt acest mod de a face împedecă ansele intestinale de a veni în contact cu suprafețele denudate și cu orificiul vaginal și înlătură aderențele posibile ce s'ar putea face între acestea și ansele intestinale, de asemenea și cavitatea peritoneală e pusă la adăpostul infecțiunii secundară posibilă prin serositățile la cari pot da naștere suprafețele denudate. Acestea puse în contact direct cu canalul vaginal sunt tamponate și drenate prin vagin, ceea-ce ne pune la adăpostul acumulațiunii de serosități și micelor emoragii ce se pot produce secundar și cari găesc o cale facilă de scurgere prin canalul vaginal.

Concluziuni.— 1) Afară de cazul unde calea vaginală se impune, laparotomia este calea cea mai bună pentru tratarea leziunilor septice utero-anexiale.

2) În casurile de anexite bilaterale destul de profunde pentru a nu permite conservarea în totalitate sau parțială a anexelor dintr'o parte și impune ablațiunea lor bilaterală, castrația abdominală totală este operațiunea de ales, căci conservarea uterului abandonat de anexele lui este inutilă și chiar periculoasă prin turburările consecutive la cari el pôte da naștere.

3) Isterectomia supra-vaginală aplicată leziunilor septice utero-anexiale trebuie înlăturată, căci ea împedecă drenajul vaginal și conservă un bont uterin adesea-ori infectat.

4) Isterectomia abdominală totală prin secțiunea mediană a uterului, procedeu *Faure*, nu presintă nici un avantaj și are marele inconvenient de a deschide cavitatea uterină la începutul intervențiunii, cavitate, de ordinar septică și putând infecta câmpul operator. Drenajul nu este util de cât în casurile de deschidere a pungelor anexiale septice în timpul intervențiunii, în acelea unde asepsia vaginală n'a putut fi asigurată înainte de operație, și în fine în casurile unde, dupe ablațiunea utero-anexială, rămân suprafețe denudate și sângerânde și peritoneul a fost distrus pe o mare întindere, ceea ce nu mai permite închiderea vaginului și reconstituirea planșeului pelvian peritoneal.

5) Luând în considerație statisticele actuale, gravitatea operatorie a castrației abdominale totale pare să fie puțin mai superioară castrațiunii simple abdominale și isterectomiei totale vaginale sau castrațiunii vaginale. Acestă diferență însă va dispărea când noua operațiune va deveni mai curentă, cu indicațiunii bine stabilite și cu manualul operator determinat.

6) Castrațiunea abdominală simplă precum și isterectomia vaginală sunt de multe ori incomplete, lăsând în urma lor organe lezate sau bolnave, cauza turburărilor grave ce impun intervențiunii secundare. Castrația abdominală totală producând evidarea pelvisului nu

lasă în urmă'î nici-o porțiune de organ bolnav și trebuie prin urmare să dea rezultatele cele mai complete, ceea-ce prezentul și de sigur mai mult viitorul va confirma.

Valórea comparativă a histerectomiei vaginale și abdominale în tratamentul fibrómelor uterine și a cancerului colului. — *Dubourg* trage următoarele concluziuni basat pe 44 histerectomii vaginale și abdominale, făcute pentru fibrome uterine și cancerul colului. În fibrómele uterine, e convins că trebuie să se recurgă la cale abdominală, histerectomia abdominală fiind mai sigură, mai regulată. Pentru cancerul uterului, ambele căi dau cam același rezultat, totuși preferă calea abdominală.

Delasylade (din Marsilia), protesteză contra atacurilor aduse histerectomiei vaginale. Unele reproșuri aduse contra penselor „à demeure“, cad de la întrebuițarea angiotripsiei preconisată de *Tuffier*. Arată că în câte-va casuri s'a servit de angiotribrul *Tuffier* cu deplin succes.

Pozzi, arată că asupra angiotripsiei își rezervă cuvântul său pentru mai târziu, căci *Doyen* care a preconisat cel d'ânteu această metodă, a avut accidente grave și se crede obligat astăzi a pune un fir pe pediculele sfărâmate. Este deci o imperfecțiune în metoda sa în aparatele întrebuițate.

Entero colita muco-membranosă de origină utero-anexială. — *H. Reynès* (din Marsilia), contrar acelor ce au atribuit succesiv entero-colita muco-membranosă constipațiunii, atoniei intestinale, hiperclorhidriei, neurasteniei, artritismului, herpetismului, crede că mult timp entero-colita este sub dependența flegmasiilor utero-anexiale. Inflamația se propagă de la organele genitale la rect sau la altă porțiune a intestinului prin limfatice, ligamente și prin exudate, și aderențe patologice cari unesc între ele aceste organe.

Accidentele cari se produc din partea intestinului în cursul histerectomiei. — *Verdelet* (din Bordeaux), comunică 2 observațiuni în cari dupe histerectomia vaginală s'a produs o fistulă recto-vaginală din cauza căderii unei escare, datorită punerii unei pense pe tranșa vaginală în cursul operațiunii. În ambele casuri această complicațiune s'a vindecat fără a fi nevoie de o nouă intervențiune.

Richelot, spune că aceste accidente se pot înlătura dacă ne servim de pense scurte și dacă se așeză de sus în jos dupe ce uterul a fost basculat.

Fistula uretero-uterină.— *Calderini*, trimite un memoriu asupra unei fistule uretero-uterină, vindecată prin implantățiunea ureterului în vesică prin mijlocul butonului lui *Boari*.

Pozzi, declară că nu e de loc partisan al butonului lui *Boari*, căci s'au obținut frumoase rezultate prin sutura simplă. Citază două cazuri personale.

Acțiunea legăturii arterelor uterine în hemoragiile uterine.— *Mangin* (din Marsilia), basat pe câte-va intervențiuni de acest gen, făcute de d'ăsus în cazuri de fibrôme uterine, sau de cancer al colului, trage următoarele concludsiuni : legătura arterelor uterine este o operațiune simplă și fără pericol, ne necisitănd anestesia generală, anestesia prin cocaină sau eucaină B fiind suficientă. Acastă operațiune va fi utilă în hemoragiile rebele tratamentului medical, când lesiunile mucósei sunt insuficiente pentru a o explica. Ea va face să dispară hemoragiile fibrómelor uterine, producând adesea atrofia acestor tumori, mai ales când sunt aședate în vecinătatea colului. Va fi o operațiune de așteptare în casurile grave, putând deveni uneori curativă. În cancerile colului la început pare să întârzieze recidiva. În tóte casurile, moderéză hemoragiile. Singura contra-indicațiune este o afecțiune a anexelor.

Intrebuințarea oglindei frontale în ginecologie.— *Louge* (din Marsilia) arata importanța întrebuințării unei oglinđi frontale în unele operațiuni ginecologice.

Masagiul ginecologic.— *Flaton* (din Marsilia), citéză două observațiuni personale de deviațiuni uterine cu infiltrarea țesutului conjunctiv pelvien, în care, în urma masagiului a obținut rezultate excelente. Masagiul amelioréză repede starea generală, grație unui reflex dinamic bine descris de *Stapfer*; descongessionéză viscerale și suprimă durerile.

Operațiunea lui Defontaine.— (Histerotomia sfincteriană).— *Belin* (din Paris), relatéză 11 cazuri de histerotomii perfect vindecate. Acastă operațiune convine mai ales strâmpătorărilor cervicale, deci în metritele acute blenoragice pentru a preveni infecțiunea trompelor.

Vaginism.— Vindecare.— *Platon* (din Marsilia), comunică un cas de vaginism în care a întâlnit hiperestesia cu contractură. Femeea era foarte nervósă și foarte impresionabilă, suferea de câțl-va ani de crise histerice, însoțite de dureri uterine violente, și numai morfina

a ajuns să calmeze aceste crize. Tușul vaginal ocazionază o criză și e dificil a practica un examen, care nu e posibil de cât sub clorofom. Se face anestesia generală pentru a se face o dilatație forțată. Vulva de virgină, himenul perforat la partea superioară, permițând introducerea degetului, anteversiune. S'a făcut secțiunea himenului, dilatațiuni separate și forțate prin mijlocul unor valve largi. Crizele reapar, mai puțin forte. Se intervine din nou după 8 zile; femeia a eșit vindecată.

Apa caldă în ginecologie.— *Platon* arată că sunt puține organe cari, ca organele genitale ale femeii, în urma aplicării raționale de apă caldă, să fie susceptibile de modificări atât de bune; rezultatele sunt perfecte în inflamațiune, unde elementul congestiunii jacă un rol foarte mare. Chirurgi ca *Emmet*, *Courty*, *Martin* (din Berlin), *Reclus*, au preconizat'o în inflamațiunile uterine și peri-uterine.

El a întrebuințat acest tratament în casuri de menstrue neregulate și în metrita cronică, cu rezultate bune.

Hematocelul retro-uterin.— *Villeneuve* (din Marsilia) citește un memoriu foarte important asupra tratamentului hematocelului retro-uterin, basat pe mai multe sute de casuri adunate în timp de 30 de ani. Expectațiunea armată pare mai tot-d'a-una indicată și ocașiunile de a interveni chirurgical sunt pentru el foarte rare.



CONGRESUL AL XII-LEA FRANCES DE CHIRURGIE

TINUT LA PARIS, INTRE 17—24 OCTOMBRE 1898

NEFROTOMIE

RAPORTUL D-LOR GUYON ȘI ALBARRAN

Hevin analizând observațiunile de nefrotomie publicate de cei vechi, conchide zicând: »cel puțin este foarte îndoelnic, dacă nu chiar absolut probabil, să se fi practicat veri-o-dată talia rinichiului, fără ca această operațiune să fi fost determinată printr'o tumoră abscedată sau veri-o ulcerațiune fistulosă, consecință a unei supurațiuni în rinichiū, care s'a deschis la exterior în regiunea lombară«. În 1770, *L. L. Petit* resumă observațiunea unei hidronefroze calculose care a fost incisată dupe sfatul lui, intenționat, și *Miquel*, în 1849, practică o operațiune analógă, dupe aplicarea repetată de caustice. Aceste fapte observate n'au avut influență mare asupra chirurgiei renale și numai din 1870, când au fost cunoscute cele două operațiuni de *Durham* și *Briant*, nefrotomia a început să fie practică. În ultimii ani, talia renală a devenit o operațiune obicinuită. Dar au intrat în practică și alte operațiuni, rivale nefrotomie.

În aceleași bóle, pe cari unii chirurgi le tratéză prin deschiderea rinichiului, alți chirurgi propun nefrectomia, și în ultimul timp s'a încercat a se înlocui nefrotomia și nefrectomia prin operațiuni conservátore asupra basinetului și ureterului.

Nu ne vom opri la detaliile de tehnică operatorie în nefrotomie; sunt bine determinate și de toți cunoscute; mai ales vom studia, în acest raport, diferitele indicațiuni ale nefrotomie.

Cuvântul de nefrotomie, care, în terminologia lui *Simon*, se aplică și incisiei și extirpării organului, nu este întrebuintat astăzi, pentru a arăta scóterea rinichiului, care se chiamă astăzi nefrectomie. Dar numele de nefrotomie se aplică încă la operațiuni diferite. Se zice că s'a practicat o nefrotomie exploratrice, și când se descoperă numai rinichiul, și când se inciséză organul și, contrariu terminologiei precise adoptată în chirurgie pentru cele-alte organe, se confundă încă

sub numele de nefrotomie incisia simplă, temporară, a rinichiului și deschiderea care se menține prin diferite procedee.

E rațional a păstra numele de nefrotomie incisiunei simple a rinichiului și de a numi nefrostomie deschiderea basinetului prin țesutul renal, când plaga rinichiului este menținută deschisă, și se face ast-fel, într'un scop terapeutic și intenționat, o fistulă chirurgicală.

Vom studia aceste două varietăți de incisiune renală, lăsând la o parte simpla incisiune exploratrice a pereților abdomenului.

I. Nefrotomia. — *Deschiderea temporară a rinichiului.* — Acastă operațiune este practică: 1) Pentru a explora rinichiul, basinetul său ureterul; 2) Pentru a permite scoterea calculilor; 3) Accesoriu, ca timp preliminar în unele operațiuni asupra ureterului și basinetului.

Nefrotomia exploratrice.— Marea majoritate a chirurgilor recunosc astăzi că, pentru a explora bine rinichiul, nu este de ajuns a pipăi organul printr'o incisie de laparotomie, cum a preconizat *Thornton*; se știe de asemenea că incisia lombară, care permite de a pipăi bine și a vedea rinichiul, încă nu e suficientă.

Multe greșeli s'au făcut pentru că operatorii s'au mulțumit să examineze suprafața din afară a rinichiului. S'a insistat mult, pentru a numai reveni asupra calculilor negăsiți ast-fel, dar sunt încă alte bôle renale, cari pot fi trecute cu vederea prin această metodă nesuficientă: ajunge să cităm unele casuri de tuberculosă, de necplasmă cari nu proemină la suprafața rinichiului, și nefritele hematurice.

Metodele de explorațiune intermediare între explorațiunea externă și incisia rinichiului, precum este acupunctura, ne pare nouă că trebuie astăzi părăsite.

Incercările de radiografie practicate de noi și propuse de *Fenwick*, n'au dat încă rezultate satisfăcătoare și suntem conduși a țice, că pentru moment, metoda cea mai bună de explorare a rinichiului este nefrotomia.

Observarea operațiunilor practicate la om a dovedit mai înteu nevinovăția incisiunei renale, ceea ce în urmă studiul experimental la animale a confirmat.

Incisia chirurgicală a rinichiului sănetos sau puțin alterat n'are nici un pericol și provocă leziuni puțin importante în parenchimul secretor.

Nu e de ajuns să stabilim nevinovăția nefrotomiei exploratrice, trebuie dovedită folosința ei. Ori, rezultatele nefrotomiei exploratrice variază dupe tehnica întrebuintată și dupe bóla de care e atins rinichiul. Fără a studia amănunțit manualul operator al nefrotomiei exploratrice, vom determina condițiunile ce trebuie să le îndeplinescă acest fel de intervențiune. Incisia renală trebuie;

1) Să distrugă cât mai puțin posibil din parenchimul renal; 2) Să

sângereze puțin; 3) Să deschidă calicele și basinetul; 4) Să expue vederei maximul din țesutul renal.

Procedeele operator, care îndeplinesc mai bine aceste condițiuni, consistă în a atinge rinichiul printr'o incisiune lombară recto-curbă linie saū oblică; dupe ce se despõe bine organul de învelișul său grăsos se scõe în afară cât mai mult glanda și un ajutor comprimă cu degetele pediculul.

Ast-fel dispuse lucrurile, se străbate în rinichiū, incisându'l larg de-alungul mărgeinei sale convexe până se deschide basinetul; tăetura care se face este aceea care se obișnuiesc în necropsii. Operațiunea ast-fel condusă îndeplinesc condițiunile de mai sus:

1. *Ea distruge cât mai puțin posibil din țesutul renal.* — Orice incisie a rinichiului distruge o parte din parenchimul secretor; această atrofie este în raport direct cu numărul și importanța vaselor rănite; teritoriul lovit de mörte corespunde, în adevăr, zonei la care se distribu vasele tăeate. Or, incisia de care vorbim taē un minimum de vase.

2. *Ea sângerează puțin.* — Compresiunea pediculului permite de a incisa rinichiul à blanc și ușurează inspectarea suprafeței de secțiune. Micul număr al vaselor tăeate permite de a opri emoragia, explorațiunea terminată, plaga renală este reunită prin cusături adânci și superficiale.

3. *Ea deschide cât mai bine posibil caliciile și basinetul.* — Dificultatea reală de a deschide bine cele 2 calicii colectoare superior și inferior, a făcut pe mulți autori să propună pielotomia pentru a explora caliciile; *Legueu* a propus, când se bănuiesc un calcul, a practica pe margina convexă a rinichiului 2 incisiuni, una superiōră și alta inferiōră, lăsând neatinsă partea mijlocie a parenchimului. Noi preferim secțiunea largă a mărgeinei convexe.

4. *Trebue expus vederei maximul de țesut renal.* — Incisia care o indicăm noi îndeplinesc mai bine această condițiune esențială; nevoea de a proceda ast-fel este dovedită prin numeroase casuri de tuberculosă, de neoplasme și de nefrite.

Nefrotomia exploratrice este mijlocul cel mai sigur de a neda sēma bine de starea rinichiului; totuși în unele casuri, acest mijloc este și el necredincios. Unul din noi a arătat că lesiuni de tuberculosă miliară pot trece ne băgate în sēmă, chiar când își aū sediul în substanța corticală și *Routier* a publicat un cas de tuberculosă hematurică datorită unei lesiuni mici care se găsea într'o papilă; de sigur că la nefrotomie nu s'ar fi băgat în sēmă. — Se pōte chiar ca incisia exploratrice să conducă la o greșelă de diagnostic: unul din casurile noastre personale este interesant din acest punct de vedere. La un bolnav diagnosticul era ezitant între neoplasm și un calcul al rinichiului; dupe incisia lombară, examenul rinichiului la vedere și la pipăit arată că ar fi o hidronefroza: rinichiul a fost incisat, s'a scurs o mare cantitate de urină și când degetul a fost introdus în basinet prin

plaga renală, s'a constatat că era vorba de o dilatație, care părea banală, a caliciilor și basinetului. Cu lichidul eșise din pungă o mică falsă membrană care părea a fi datorită unei pielite; or examenul microscopic a arătat în această falsă membrană structura unui cancer alveolar. Trei săptămâni dupe aceea, s'a practicat nefrectomia cu succes și s'a găsit un neoplasm al rinichiului, care a trecut neobservat la incisia exploratrice.

Lesiunile unor nefrite care jăcă un rol important în hematurile diuse esențiale pot să nu fie recunoscute de un ochi exercitat și să nu fie diagnosticate de cât la microscop.

Nefrolitotomia.—Nefrolitotomia, adică nefrotomia cu scoterea de calcul prin plaga renală, nu ne va opri mult timp.

Tôte considerațiunile pe care le-am dezvoltat la nefrotonia exploratrice se pot aplica aci, și singura cestiune de discutat este de a se ști dacă e mai bine să ajungem la calcul prin parenchimul renal, prin nefrotomie, sau prin părășii basinetului, prin pielotomie.

Pielotomia prezintă avantajul netăgăduit de a cruța parenchimul secretor. Unul din noi a arătat că rinichi calculoși sunt în tot-d'una atinși de nefrită sclerósă, leziune care agravează alterațiunile parenchimului renal, consecutive secțiunei chirurgicale și manoperilor necesare pentru scoterea petrei. În adevăr, cele 2 examene histologice de rinichi care au suferit nefrolitotomia, publicat de *Grieffenhagen* arată leziuni mult mai intense ca acelea care s'au constatat dupe nefrotomie în rinichi necalculoși. Resultă din aceste considerațiuni că ar fi de preferit, din punctul de vedere al viitorului rinichiului, de a scote calculii prin pielotomie, în schimb, această operațiune are desavantaje serioase.

În primul loc fistulele sunt mult mai frecvente dupe incisia basinetului ca dupe nefrotomie; și de și aceste fistule se vindecă de la sine, ele constituiesc totuși un neajuns serios.

În al doilea loc, trebuie considerat că explorațiunea rinichiului calculos, care este timpul cel mai delicat al operațiunei pietrelor renale, se face mai greu prin incisia basinetului; ne expunem, lucrând ast-fel, să nu găsim calculii care ar șede în calice.

În fine, reproșăm pielotomiei că mărește greutatea ce se întâmpină în scoterea unor calculi; în adevăr, e materialicesce imposibil de a scote prin basinet unele pietre coraliforme. Se vede deci că, luând toate în considerare, nefrotomia este superioară pielotomiei pentru scoterea calculilor renali.

Pielotomia pôte fi indicată când prin explorarea manuală a rinichiului se simte precis în basinet o piatră regulată și de volum mijlociu.

Vom menționa numai nefrotomia care are de scop de a ușura o operațiune mai complicată practică asupra basinetului și extremității superioare a ureterului, pentru a restabili cursul urinelor. În aceste casuri, când se micșorează rinichiul, se creează o cale de pătrun-

dere și, dupe casuri, se închide sau nu la loc plaga renală; mai mult, se lucrează atunci asupra unor rinichi în stare de retențiune și considerațiunile valabile în asemenea cazuri le vom desvolta mai departe.

II. Nefrostomia.—*Stabilirea unei fistule renale chirurgicale.*— Se poate practica această operațiune pe calea transperitoneală sau pe calea lombară. Fără a insista mult asupra amănuntelor nefrostomiei, astăzi bine determinate, vom spune numai că preferim, ca aproape toți autorii, incisia lombară. Condițiunile ce trebuie să îndeplinescă o nefrostomie bună sunt următoarele: a găsi ușor rinichiul, a face să comunice larg între ele și cu basinetul diferitele purgi ce le poate avea o retenție renală; a înlătura traectele purulente periferice; în fine, a ușura operațiunile ce vor fi indicate mai târziu pe același rinichi.

1) *A găsi ușor rinichiul.*— Incisia care permite a găsi mai ușor rinichiul este incisia recto-curbă linie sau oblică în jos și în afară. Operând ast-fel, se poate deschide plaga cât mai mult, prelungind incisia prin extremitatea ei inferioară mai mult sau mai puțin înainte. Aceste incisiuni permit încă, mai ales cea recto-curbă linie, de a descoperi cu ușurință ligamentul vertebro-costal al lui Henle și de a se servi de el ca punct de sprijin pentru a cruța pleura.

2) *A face să comunice liber între ele și cu basinetul diferitele purgi cari există într'un mare număr de retențiuni renale.*— Este necesar mai întâiu de a incisa larg rinichiul de alungul marginii lui convexe; în urmă trebuie explorat cu atențiune totă suprafața internă a rinichiului și a distruge cât mai bine părțile diferitelor despărțituri.

3) *A înlătura traectele purulente periferice și a înlesni operațiunile ulterioare.*— Cel mai bun mijloc este de a cōse cele două clape ale țesutului renal la buza anterioară și posterioară a plăgei parietale, cât mai aproape de tegumente. Când rinichiul este prins la părete nu ne temem de nici o deslipire, cel puțin înainte și înapoi; drenajul se face în condițiunile cele mai complete și în operațiunile ulterioare, organul, fiind fixat superficial, este ușor accesibil, nu este înconjurat de aderențe secundare.

Operațiunea nefrostomiei are de scop: fie de a deșerta o retenție renală septică sau aseptică, sau a restabili funcțiunea rinichiului în cas de anurie.

Înainte de a începe studiul indicațiunilor operatorii, ne pare esențial de a resuma în câte-va cuvinte ceea ce ne-au permis să stabilim studiile noastre asupra fiziologiei patologice a rinichilor incisați și menținuți deschiși. Distingem două cazuri, dupe cum rinichiul era sau nu atins d'înainte, de retenție.

A. *Fiziologia patologică a rinichilor nefrostomizați, fără retențiune prealabilă.*— În aceste cazuri, ceea ce ne atrage atenția mai întâiu este indiferența de care se bucură rinichiul incisat și expus la contact și presiune; corpii străini cari se introduc în el și cari

staă acolo (drenurî, gaz) nu determină nici o genă, buzele plăgei renale sunt prinse și trase în afară de ecartore, fără durere, cavitățile sale pot fi supuse la raclaj; injecțiunile de lichide medicamentose nu sunt simțite, nitratul de argint în soluție de 1 și 2⁰/₀ nu e dureros; numai lichidele prea ferbinți sunt rău suportate; în fine, urina e secretată în abundență. Ne-a fost ușor să constatăm că urina presenta caractere analoge cu acelea ale urinei normale, ceea ce ne făcea să prevedem că infecția secundară nu prinde pe acești rinichi nefrostomizați, și că alterațiunile parenchimului lor trebuie să fie puțin însemnate.

Examenul unui rinichiū de anurie, practicat 16 zile dupe nefrostomie, ne-a arătat, că în realitate, alterațiunile parenchimului sunt puțin importante: ele se resumă într'o sclerosă, care plecând de la marginele plăgei se întinde mai mult sau mai puțin departe; țesutul renal e bine păstrat. Ast-fel că infecțiunea nu se prinde nici în basinet, nici în țesutul renal, cu toate că comunicația e liberă între rinichiū cu exteriorul, cu tot drenajul, etc. Noi credem că această rezistență mare a țesutului renal la infecțiune este datorită faptului că rinichiul fiind deschis, urina se poate scurge liber în afară. Acest fapt particular adaugă încă o probă la rolul preponderant pe care 'i jocă retențiunea în infecțiunile renale ascendente.

Țesutul renal fiind bine păstrat, se înțelege permanența funcțiunei secretorie a rinichiului. Analisa urinei culésă în aceste casuri prin fistula renală, arată că urina rinichiului nefrostomizat diferă puțin de urina normală. Mai mult încă, funcțiunea renală se restabilește în anurie în urma incisiunei rinichiului.

B. Fisiologia patologică a rinichilor deschiși consecutiv unei retențiuni. — Am observat în această categorie de casuri același fenomen de rezistență a rinichiului, nu vom reveni, vom resuma pe scurt cercetările ce am publicat asupra acestui subiect, ele se raportă la studiul funcțiunei renale. Se scie până la ce punct punerea în tensiune a rinichiului normal modifică secrețiunea sa; când într'un rinichiū în retențiune completă sau incompletă, aseptică sau septică, se ridică obstacolul din cursul urinei, rinichiul 'și reia funcțiunea lui într'un chip mai mult sau mai puțin perfect. Această întorcere a funcțiunei se observă și în retențiunile septice ca și în cele aseptice, în casurile de retențiune completă, ca în acelea de retențiune necompletă.

Reînceperea secrețiunei renale este mai mult sau mai puțin perfectă dupe casuri, și se găsește în raport direct cu leziunile pe care le-a provocat retenția în parenchimul renal. Aceste alterațiuni ale parenchimului sunt mai puțin însemnate, în condițiuni egale, în uronefroze ca în retențiunile septice. În ambele feluri de retențiuni leziunile sunt mai intense în retențiunile complete ca în cele necomplete. Resultă de aici că în nefrostomia practică pentru o retențiune renală, întorcerea funcțiunei se va face mai bine în uronefroze ca în

uropionefrose ; de altă parte, dacă aceste retențiuni renale ar fi incomplete, rinichiul ar funcționa mai bine de cât dacă ar fi complete.

Când retențiunea renală este de scurtă durată, turburările funcționale sunt datorite mai ales turburărilor circulației ale rinichiului, și în aceste cazuri, dacă obstacolul este înlăturat, glanda renală poate relua funcțiunea sa normală. Când retențiunea renală este de lungă durată, se produc leziuni ireparabile în parenchim și funcțiunea renală rămâne pentru tot-d'a-una turburată ; suprimarea obstacolului care pricinuesce retenția, restabilește numai în parte secrețiunea rinichiului.

Trebue să atragem atențiunea asupra valorii reale ce presintă din punct de vedere fiziologic, pungile de retențiune renală în cari alterațiunile par așa de înaintate în cât s'ar putea crede că tot țesutul renal a fost distrus. Vom lua ca tip pentru studiul secrețiunii normale în retențiunile deschise, un rinichiū atins de uropionefrosă necompletă, datând de unu saū două ani și în care grosimea parenchimului atinge maximum un centimetru de grosime.

Din punctul de vedere al cantității de urină secretată în 24 ore, am observat pungi foarte subțiri de uronefrosă, prezentând abia câțiva milimetri de grosime, că procură în general aproape tot atâta urină cât și rinichiul sănătos și în unele zile chiar am constatat că rinichiul bolnav secretă tot atâta urină cât și congenerul său. Compoziția chimică a urinei, studiată cu ajutorul curbelor grafice, ne dă fapte interesante.

Curbele de uree arată : 1) Că suma totală a ureei secretată de cei două rinichi, în 24 ore, suferă dintr'o zi în alta variațiuni considerabile ; 2) Că curba ureei rinichiului sănătos este aproape perfect paralelă cu curba urinei totale scóse prin cei 2 rinichi, ea presintă aceleași oscilațiuni ; 3) Că curba ureei rinichiului bolnav presintă oscilațiuni puțin importante și fără raport cu variațiuniile curbelor precedente. Rinichiul bolnav secretă o cantitate de uree care variază puțin dintr'o zi într'alta și care represintă câte-odată aproape jumătate, cele mai adesea ori o treime saū un sfert din ureea totală ; variațiunile acestui raport sunt datorite aproape exclusiv diferențelor de secrețiune ale rinichiului sănătos. În unele zile totuși, când rinichiul cel bun secretă puțină uree, rinichiul bolnav procură mai mult ca de obicei, dar acest început de compensare nu e nici odată important.

Fosfații urmăză oscilațiuni la fel cu acelea ale ureei ; cantitatea relativă a acestor săruri scóse din rinichiul bolnav este puțin mai mică în raport cu rinichiul sănătos, de cât cantitatea de uree comparată a ambilor rinichi.

Clorurile din contră, se elimină mai bine de cât ureea : raporturile între clorurile urinei întregi din 24 ore și acelea eliminate prin rinichiul bolnav este de 1,5 la 1.



Potasa se elimină mai greu prin rinichiul bolnav, care dă de 3 sau 4 ori mai puțin ca rinichiul sănătos.

Pungile renale deschise se comportă într'un mod schimbăcios, din punctul de vedere al eliminării diferitelor substanțe absorbite de către bolnav. Am constatat că iodurul de potasiu trece aproape cu aceeași repede în urina ambilor rinichi. Subcarbonatul de fer trece mai repede prin rinichiul sănătos. Studiind trecerea albastrului de metilen, am văzut în multe cazuri de hidronefroză, că această substanță trece mai târziu în urina secretată de rinichiul bolnav ca în urina rinichiului sănătos; la unii bolnavi am constatat că rinichiul hidronefrosat era impermeabil albastrului.

Indicațiunile generale ale nefrostomieii. — Cei mai mulți autori au pus în paralelă nefrostomia și nefrectomia, acesta mai gravă dar așa dicând mai radicală, aceea având ca neajuns frecvența fistulelor. Statisticile au urmat dupe statistice și dacă noi ne abținem de a face altele noi, dacă nici nu resumăm cele 71 de nefrostomii pe cari le am practicat la Necker, cu mica mortalitate operatorie de 15 %, este fiind că credem că această adunătură de cazuri împrăștiate nu are nici un folos real; nu se poate stabili nici o comparațiune între gravitatea fie-cărui din ele; în tot-d'a-una a fost mare și câte odată și extremă. Problema indicațiunilor nefrostomieii nu poate fi privită în mod practic, dacă nu se ia de basă datele fiziologiei patologice; operatorul, înainte de toate, trebuie să caute conservarea sau restabilirea funcțiunilor renale.

În anii din urmă, sub influența lucrărilor lui Küster și Fenger, s'a adăugat un nou capitol la tratamentul retențiunilor renale, operațiuni conservatoare cari au de scop a restabili cursul urinelor, operând asupra ureterului și basinetului. Astăzi, pentru a stabili bilanțul nefrostomieii, trebuie să ținem socotela de aceste operațiuni noi.

Condițiunile în cari se practică nefrostomia variază dupe bóla pentru care se intervine. Vom studia pe rând nefrostomia în anurie, în uronefroze și în piouefroze.

Nefrostomia în anurie. — Primele nefrostomii pentru anurie au fost practicate de Clément Lucas, în Iunie 1895, și de Mollière din Lyon, în Noembrie același an.

Bardenheuer inaugurasese deja perioada chirurgicală în tratamentul anuriei calculoase, când a practicat în 1882 pielotomia la un bolnav al lui Thelen. De la aceste prime intervențiuni, s'au practicat operațiuni, când pe ureter și basinet, când deschiderea rinichiului, cu sau fără cusătura parenchimului.

Pentru a stabili indicațiunile acestor diferite operațiuni în anuria calculoasă, e necesar a arăta pe scurt fiziologia patologică a accesului. Trebuie amintit mai întâiu că la calculoși renali chiar în litiasa primitivă fără infecțiune, cei doi rinichi prezintă aproape în tot-d'a-una leziuni mai mult sau mai puțin înaintate, pe cari unul din noi le a descris sub numele de nefrită aseptică a litiasicilor.

Când un calcul intrerupe brusc cursul urinelor, e excepțional de a observa o retențiune renală de o ore-care importantă de asupra obstacolului, pe când uronefrosă se produce de regulă în legătura uretrei. În obstrucția calculoasă trebuie să ținem seamă în ce privește rinichiul din partea bolnavă, nu numai de obstacolul mecanic în cursul urinei, dar încă și mai ales de fenomenele congestive din partea rinichiului și de suprimarea printr'un reflex inhibitoriu a secrețiunii renale.

În cele mai multe cazuri de anurie calculoasă, rinichiul din partea opusă nu mai funcționa deja mai înainte de atacul de anurie.

E indispensabil de a ține socotela, în stabilirea indicațiunilor, de gravitatea stărei generale a celor mai mulți din anuricii cari se operează.

Din aceste considerațiuni rezultă că actul operator trebuie să fie de scurtă durată.

Să comparăm acum diferitele operațiuni practicate în anuria calculoasă.

Ureterotomia a dat succes dar are adesea neajunsuri. Când calculul este înțepenit la nivelul strămtorei superioare sau aproape de bătășică, operațiunea este lungă și delicată, puțin potrivită cu gravitatea stărei generale a acestor bolnavi. În aceste cazuri, chiar dacă diagnosticul a fost pus, noi preferim nefrostomia. Când calculul e înțepenit în porțiunea superioară a ureterului, încă e mai bine să îl căutăm prin incizia nefrostomiei, încercând la nevoie de a îl împinge din ureter în basinet. Lucrând ast-fel se poate explora rinichiul, dându-ne seamă de existența sa și absența altor calculi. Ureterotomia simplă permite o explorare mai puțin completă.

Pielotomia are avantajul asupra nefrostomiei că nu mai produce alte leziuni în parenchimul deja alterat. Pentru motivele pe cari le am arătat când am vorbit de nefrotomia ordinară, pielotomia ar fi indicată când ar fi vorba de un calcul neramificat ce se simte ușor la pipăire în basinet, dar cunoscințele fiziologiei patologice ne fac să credem că restabilirea funcțiunii renale este mult mai asigurată prin incisiunea parenchimului renal de cât prin aceea a basinetului. La acesta trebuie să țintescă operatorul în asemenea cazuri.

Nefrotomia cu scoterea calculului și cusătura imediată a rinichiului a fost practică cu succes într'un caz de *Legueu*. Unul din noi a avut un deces într'o operațiune asemănătoare practică în a 10-a zi a unei anurii calculose. Ținând socotela că un rinichi nefrotomizat și cusut pare mai puțin apt a secreta de cât un rinichi lăsat deschis, noi credem că nefrostomia simplă este de preferit în aceste cazuri unei nefrolitotomii cu cusătura imediată. În favoarea suturei este numai absența fistulei consecutive; trebuie știut însă că cicatrizarea rinichiului se face repede, când ureterul este liber. Or, această libertate a ureterului este o condițiune de nelipsit în cusătură. Vom mai adăoga în favoarea nefrostomiei, greutatea ce se întâmpină a

ne asigură dacă ureterul e liber, făcând cateterismul retrograd, lungirea actului operator necesitat prin acest cateterism însuși și prin cusătura rinichiului.

Nefrostomia ne pare operațiunea de ales în marea majoritate a casurilor de anurie calculoasă. În casuri foarte grave e operațiunea de necesitate.

Nefrostomia în uronefrosă. — Chirurgii extirpă bucuroși uronefrozele voluminoase. Aceste punși mari sunt socotite ca având o valoare fiziologică aproape nulă, și de altă parte, nefrectomia dă în aceste casuri rezultate excelente.

Dacă socotim ceea ce am spus mai sus asupra valorii funcționale pe care o au în realitate uronefrozele, chiar cele voluminoase, vom înțelege că în principiu trebuie încercate operațiunile conservatoare.

Nefrostomia are în potriua ei că lasă o fistulă, care poate fi definitivă; așa că putem spune, în starea actuală a chirurgiei, că nefrostomia nu reprezintă operațiunea conservatoare ideală. Trebuie să ne silim a nu ridica rinichiul și a înlătura în același timp formarea unei fistule urinare. Acesta înseamnă că nu e de ajuns să atacăm prin acțiunea chirurgicală uronefroza singură, punga de retențiune renală, ci trebuie să ne încercăm a ataca și cauza însăși a acestei retențiuni. Vom eși din subiectul nostru, dacă vom discuta aci tratamentele diferite care tind a păstra rinichiul suprimând cauza hidronefrozei. Vom menționa, fără a discuta, indicațiunile lor: cateterismul ureteral; nefrorafia; ureterotomia; ureteropielotomia, într'un cuvânt diferitele operațiuni, care au de scop a restabili cursul normal al urinelor.

Nefrotomia sau nefrostomia pot face parte din manualul operator într'un număr ore-care din aceste intervențiuni conservatoare, dar deschiderea nu este aici partea esențială a operațiunii.

Nefrostomia prin sine însuși are numai scopul de a crea o fistulă urinară; ea e în adevăr indicată în uronefrosă, când, cel-alt rinichi fiind distrus, e indispensabil a păstra ceea-ce retenția a cruțat din parenchimul renal. În asemenea condițiuni, nefrectomia este interzisă; manoperile sau operațiunile, care au de scop de a restabili cursul urinelor trebuiesc practicate cu cea mai mare prudență. Când ne vom fi dat seama că rinichiul din partea opusă a păstrat o funcționare regulată, ceea-ce se poate determina precis numai prin cateterismul ureteral, va fi rațional să ne adresăm cauzei chiar a uronefrozei și a restabili imediat, dacă se poate, cursul urinelor. Dacă pare imposibil a rădica imediat cauza retențiunii, și dacă obstacolul este de o așa natură că se poate înlătura printr'o intervențiune ulterioară, ne pare logic de a crea în mod temporar o fistulă renală. Noi admitem în fine nefrectomia când nu se poate reuși a restabili cursul urinelor și când e demonstrat că secrețiunea rinichiului bolnav e de un folos restrâns, cu condițiune însă ca rinichiul opus să funcționeze în mod normal.

Nefrostomia în pnonefroze. — Din punctul de vedere al indicațiu-

nilor operatorii, distingem pionefrose simple și pionefrose tuberculose.

a) *Pionefrose simple*.—Retenția puroiului într'o pungă pielorenală crează condițiuni analoge cu acelea ale formării unui absces în oricare parte a organismului; deschidând această colecțiune prin incisia renală și creând o fistulă care permite scurgerea permanentă a puroiului, adică practicând nefrostomia, ne conformăm regulilor clasice ale chirurgiei.

Avantajele nefrostomiei în aceste cazuri sunt așa de vedită că ne pare inutil a insista mult asupra lor. Vom ține numai că operațiunea e indicată și dă rezultate minunate în casurile cele mai grave; toți cari obișnuiesc chirurgia renală au vădit, ca și noi, adevărate învieri de bolnavi a căror viață părea că nu mai poate fi prelungită și cari s'au vindecat definitiv.

Ceea-ce se reproșează în tot-d'a-una nefrostomiei este frecvența considerabilă a fistulelor post operatorii și infirmitatea la care dă loc. Téma de fistule a făcut pe mulți operatori să practice nefrectomia de la început; alții fac nefrectomia secundare timpurii; în fine, în ultimii ani, se arată mai mult tendința de a face de la început operațiunii, cari să restabilească cursul normal al urinei. Vom studia repede aceste diferite puncte.

Fistula care se crează prin nefrostomie rămâne în realitate într'un mare număr de cazuri și poate deveni permanentă. Existența acestei fistule nu împiedică pe bolnavi de la ocupațiunile lor, de a duce un trai normal, a călători, a avea sarcini normale, a relua și a păstra o stare generală excelentă. De altă parte, multe din aceste fistule se închid de la sine, nu numai dupe câte-va luni, dar chiar dupe mai mulți ani, și acesta cu atât mai ușor cu cât rinichiul a fost mai distrus. Bolnavii pe cari i-am urmărit au rămas vindecați.

Noi recunoștem că e de preferat a vindeca fistula de cât de a o păstra, chiar dacă se va închide de la sine dupe mai mulți ani. Ori, într'un număr orecare de cazuri, se poate împiedica formarea fistulei sau se poate vindeca când e deja formată prin cateterismul ureteral à demeure; se mai poate acesta prin operațiunii, cari restabilesc cursul normal al urinei prin ureter; în fine, nefrectomia secundară este un mijloc ultim când vindecarea este imposibilă și când secrețiunea rinichiului bolnav n'are o valoare fiziologică reală. Nefrectomia de la început ne pare nouă rar justificată în pionefrose simple. Toți chirurgii o recunosc, toate statisticele arată gravitatea mult mai mare a nefrectomiei primitive. Noi punem ca principiu că nu trebuie extirpat nici o dată un rinichiu fără a ne fi asigurat de valoarea funcțională a rinichiului, care trebuie să rămână, și în casurile de pionefrosă nu credem că am putea avea date precise asupra celui-l'alt rinichiu fără a practica cateterismul ureteral. Ori, în cele mai multe cazuri, starea bătășice este așa fel în cât manoperile necesare la cateterismul ureteral nu pot fi încercate. Pentru a înțelege

bine necesitatea explorării rinichiului din partea opusă și gravitatea nefrectomiei primitive în pionefrose, trebuie știut că în casurile de retențiune septică a rinichiului, ipertrofia compensătoare a rinichiului opus nu e așa perfectă ca într'o uronefrosă. Experiențele noastre pe animale sunt foarte demonstrative în acest punct de vedere.

Mai amintim în sfârșit în favoarea nefrostomiei, ceea ce am spus mai sus asupra valorii reale ce o au, din punct de vedere funcțional, pungile de pionefrosă fistulizate în mod chirurgical.

Extirparea primitivă a rinichiului în pionefrose, ne pare justificată numai când se găsesc împreunate la același bolnav o serie de condițiuni locale și generale, ce nu se întâlnesc de cât în cazuri rare. În privința rinichiului însuși, trebuie știut, înainte de a-l extirpa, că el nu mai poate funcționa cu folos și când există o pungă neregulată care nu poate fi bine drenată. În ce privește rinichiul din partea opusă, trebuie hotărât în mod sigur că el poate funcționa bine. În fine, starea generală a bolnavului trebuie să fie ast-fel ca nefrectomia să n'aibă caracter de prea mare gravitate. În cele mai multe cazuri lucrurile stau alt-fel. Față de aceste considerațiuni, neajunsurile unei fistule au o importanță prea mică, așa că putem conchide: că în pionefrose nefrectomia primitivă n'are indicațiuni.

În ultimii ani s'au practicat, dupe Küster, operațiuni cari au de scop de a ridica de la început obstacolul care produce retenția urinei.

Ca operațiuni primitive, noi nu credem că trebuiesc preferate nefrostomiei.

E necesar să arătăm bine deosebirea în indicațiunile acestor operațiuni plastice în uronefrose și în pionefrose. Când e vorba de o retenție renală aseptică, starea generală a bolnavului și compensarea bine stabilită a rinichiului din partea opusă, justifică la prima intervențiune căutarea cauzei obstrucțiunii și executarea manoperilor operatorii adesea lungi și delicate care o pot îndrepta. În pionefrose, din contră, operăm în condițiuni grave și voind să facem prea mult de la început, riscăm de a compromite viața bolnavului. Însăși condițiunile anatomice sunt mai rele ca în uronefrose și adesea ne vom găsi în prezența unor greutateți operatorie mari, fără a mai socoti acele cazuri în cari există o imposibilitate absolută de a restabili cursul urinei prin ureter. Aceste considerațiuni ne fac să credem că în pionefrose, nefrostomia trebuie în tot-d'auna preferată intervențiunilor cari au de scop a restabili de la început cursul normal al urinei. Mai bine e, dupe părerea noastră, în afară de cazuri excepționale unde operațiunea e ușoră, să practicăm aceste operațiuni plastice cât-va timp dupe nefrostomie, când starea generală a bolnavului și condițiunile locale se vor fi îmbunătățit. Rezultatele operatorie ast-fel obținute vor fi mai sigure.

b) *Pionefrose tuberculose*. — În pionefrozele tuberculose, neajunsurile inerente nefrostomiei sunt mult mai serioase ca în pionefrozele simple; de altă parte, beneficiul ce 'l procură bolnavului operația, este

adesea de scurtă durată sau lipsește cu desevărire. Există un număr de pionefroze tuberculose în cari rinichiul este redus la o simplă pungă, fără nici o valoare funcțională, și a cărei cavitate conține o substanță caseoasă ca masticul. În asemenea cazuri viața e întreținută de rinichiul din partea opusă și, dacă trebuie să operăm, de sigur că e mai bine să ridicăm de cât să păstrăm aceste rămășiți inutile ale rinichiului bolnav.

În alte cazuri mai comune se vedă leziuni cu retenție purulentă cari constituie pionefroza, alături de leziuni tuberculose în parenchimul renal și în basinet, adesea încă și perinefrită, supurată sau nu. În realitate punga de pionefrosă e numai o parte a tumorii, adesea neînsemnată. Nefrostomia practică în ast-fel de condițiuni dă rezultate variabile. În unele cazuri abea se observă o scădere a febrei și orecare ușurare în suferințele bolnavului; câte odată nu există nici o ameliorare. Mai adesea însă se observă o ușurare reală și o îmbunătățire vădită a stărei generale, dar, contrar de ceea-ce se vede în pionefrozele ordinare, această ameliorare, de și importantă este de scurtă durată. Câte-va săptămâni sau câte-va luni dupe operație, se constată o reîntorcere a fenomenelor pentru cari s'a operat, cu totă persistența fistulei, cu tot raclajul secundar al focarelor renale și peri-renale. Autorii vorbesc de bolnavi vindecați de pionefrosă tuberculosă dupe nefrostomie; dar analizând observațiunile lor n'am găsit nici una în care vindecarea să se fi constatat 2 ani de la operație. Personal am făcut multe nefrostomii pentru tuberculosă renală; tot-d'una fistula operătoare a persistat și n'am avut nici un bolnav care să fi supraviețuit mai mult de 2 ani.

Pentru aceste neajunsuri ale nefrostomiei, mulți autori recomandă în pionefrozele tuberculose a se face mai întâi nefrostomia și a practica în urmă, la câte-va săptămâni, nefrectomia secundară timpurie. Se obține ast-fel o ameliorare temporară, în timpul căreia se poate extirpa rinichiul cu mai puține pericole. Vom arăta în curând în ce anume condițiuni noi primim acest chip de a vedea, dar nu credem că trebuie urmată de regulă această conduită chirurgicală. Noi credem că în pionefroza tuberculosă, de câte ori ne putem asigura de buna stare a celui-l'alt rinichi, trebuie practică nefrectomia primitivă.

Nu vom da cifre cari arată frecuența leziunelor unilaterale în tuberculoza renală, pentru a preconisa în urmă nefrectomia primitivă. Aceste statistice nu ne pot arăta conduita noastră în fața unui bolnav. E important însă în această discuție să spunem că pe 17 nefrectomii primitive pentru tuberculosă renală, am obținut 16 vindecări; reunind cazurile noastre cu acelea ale lui *Czerny*, *Bardenheuer*, *Küstner*, *Israel*, *Tuffier* și *Routier*, căpătăm 76 operațiuni cu 8 morți, adică o mortalitate de 10% în nefrectomia primitivă pentru tuberculosă. Această cifră este prea eloquentă pentru a nu avea o valoare reală, cu toate defectele inerente ori-cărei statistice, comparată

mai ales cu aceea a nefrostomieî. Pe 84 nefrostomiî pentru tuberculoasa renală practicate de diferiți autori, avem o mortalitate operaatorie de 17%.

Aceste considerațiuni sunt de ajuns pentru a arăta că nefrostomia în tuberculoasa renală pôte fi o operațiune numai de necesitate. Pentru noi e justificată, numai când nu ne-am putut da sémă de starea rinichiului opus; când există alte lesiuni de tuberculosă înaintată; în sfârșit când condițiunile locale fac nefrectomia mai gravă.

Nu e permis, în tuberculosă ca în ori-ce altă bôlă, a scôte un rinichiü fără a sci că cel-l'alt e suficient pentru viață. Când într'un cas de tuberculosă renală, starea bēșiceî nu permite de a ne asigura de integritatea rinichiului din partea opusă, dacă existența pionefroseî cere o intervențiune, numai nefrostomia se pôte face. Dacă dupe operație cel-l'alt rinichiü funcțiunează bine, trebuie să practicăm nefrectomia secundară timpurie.

Când o pionefrosă tuberculosă provôcă dureri mari, când retenția purulentă agravază starea generală a bolnavului, care presintă lesiuni fimatose incurabile în alte organe, nefrostomia ne pare indicată. Dar am insistat în altă parte asupra necesității unui diagnostic precis. Se atribue adesea unei tuberculoase pulmonare simptome cari sunt datorite tuberculoaseî renale, și adesea, cum am vădüt noi, gravitatea stărei generale nu împedică de a căpêta succese strălucite cu nefrectomia primitivă.

În unele casuri există aderențe așa de strânse și așa de întinse între rinichi și vasele mari ale abdomenului, adesea sunt lesiuni de perinefrită tuberculosă așa de întinse, în cât condițiunile locale permit de a se face, pentru a extirpa rinichiul, numai operațiuni lungi, grele, adesea incomplete, și bolnavul n'are forța de a le suporta. În aceste casuri nefrostomia încă e mai bună ca nefrectomia. Trebuie să ținem cont în practică de ameliorările ce se obțin cu nefrostomia în casuri de tuberculosă. Deschiderea permanentă a rinichiului, la mulți din bolnavii noștri, a fost cu folos paleativă.

Sfârșind expunerea chestiuneî pusă la congresul de chirurgie, credem că putem conchide că, printre cuceririle terapeutice realizate de chirurgia rinichiului, nu e una mai folositoare ca aceea care o datorim nefrotomieî.

Stüdiul cu atenție al indicațiunilor sale, arată că într'un mare număr de împrejurări putem recurge la ea cu mult folos.

Discuția raportului

Le Dentu (Paris). — Sunt nefrite, chiar medicale, totale sau parțiale, cari causază dureri vii, persistente, semănând cu caracterele litiasei cu concrețiuni mari. Diagnosticul e imposibil fără explorarea directă cu mâna, ochiul și cu bisturiul.

Acéstă explorațiune se impune când tôte tratamentele au rămas

deșarte și când simptomele durează de mai mulți ani, ea este câte o dată legitimă, chiar dupe o durată de câte-va luni.

Ea consistă într'o nefrotomie superficială sau profundă, precedată de împunsături multiple în totă grosimea parenchimului. Dacă prima e une-orî ca folos, a doua e de preferat și face explorarea mult mai demonstrativă.

Secțiunea rinichiului până la basinet nu împiedică reunirea imediată. Când reunirea nu se face, se datorește infiltrării unei porțiuni de urină septică între suprafețele de secțiune.

Tédénat (Montpellier). — Am intervenit asupra 10 rinichi calculoși dilatați.

O singură dată am făcut nefrectomia. Bolnava a fost bine timp de un an, în urmă a murit de o anurie în 4 zile. In cele-l'alte 9 casuri am practicat nefrotomia. Șese s'aũ vindecat; fistulele aũ pus cel mult 3 luni ca să se vindece. Nefrotomia este operațiunea de ales.

Am practicat 4 nefrolitotomii pe rinichi aprópe normali ca formă și dimensiuni. Am făcut în tot-d'a-una incisia lombară oblică, ușor curbilinie. Trei s'aũ vindecat, 2 imediat prin reunire primitivă, cel-l'alt printr'o fistulă care a ținut 3—4 săptămâni. Al patrulea cas e important prin raritatea lui. Era vorba de o bolnavă care presenta în fundul de sac al lui *Douglas* o tumoare fluctuantă pe care am punționat'o; am scos 2 pahare de puroiũ fetid; am făcut o incisie, și cu sonda am găsit în fundul plăgei un calcul. Neputend extirpa calculul pe această cale am făcut o laparatomie subperitoneală și căđuiũ pe un rinichiũ ectopiat, situat în *Douglas* și conținend un calcul.

Am incisat organul pe marginea lui convexă și am putut extrage calculul, care avea 10 cm. de lungime și sucit în formă de S. Am drenat; din nenorocire bolnava a murit a 4-a zi și n'am putut face autopsia.

Leonte (București). — La 27 operați, avem 20 casuri de nefrectomie și 7 numai de nefrotomie.

Am făcut nefrotomia exploratrice de două orî și de cinci orî cu scop terapeutic făcend atunci nefrostomie.

Noi socotim că incisia rinichiului e lipsită de orî-ce gravitate și superiőră orî-cărui procedeu de explorațiune locală a rinichiului. Așa că am recurs la talia rinichiului de câte orî aveam îndoeii asupra naturei și întinderei leziunilor acestui organ. Urmând această practică, am recurs la nefrectomie numai dupe ce am incisat rinichiul și am constatat de visu leziunile de cari era atins.

Nefrotomia póte fi nu numai exploratrice, dar chiar curativă, ca în cazul următor :

Hematurie renală dréptă persistentă, probabil calculoasă. Nefrotomie. Hidronefrosă. Ureterul, explorat cu o sondă introdusă prin plaga renală, a fost găsit liber. Calculul a fost împins în hēșică, unde s'a găsit mai trãđiũ.

Intr'un alt cas am practicat nefrotomia pentru anurie calculoasă,

care data de 4 zile. Bolnava a fost adusă în coma. Antecedente de colici nefretice în drépta. Am incisat rinichiul drept pe care l'am găsit foarte congestionat și de 3 ori mai mare ca în stare normală.

Nici un calcul angajat în ureter.

La autopsie am găsit ureterul stâng astupat de un calcul aprópe la partea sa de mijloc.

În alte 5 casuri dupe nefrostomie, am lăsat rinichiul deschis :

3 ori pentru pionefrosă calculósă ;

1 pentru hidronefrosă supurată ;

1 pentru o simplă hidronefrosă.

În toate casurile ureterul explorat s'a găsit astupat ; totuși fiind-că parenchimul renal ne-a părut a fi încă în stare de a funcționa, am recurs la nefrostomie. Afară de un cas, în care basinetul direct era destins, ceea-ce ne-a permis a incisa direct punga. Noi incisăm rinichiul pe marginea lui convexă și drenăm fie cu gaz iodoformat, fie cu drenuri.

Noi credem că nefrostomia este o operațiune paliativă, căci crează numai o cale de scurgere a productelor septice reținute în rinichiū.

Aceste indicațiuni sunt justificate în 3 ordine de fapte : Lesiuni limitate, lesiuni concomitente în cel-l'alt rinichiū și obstrucțiunea ureterului, indicațiuni cari se rapoartă toate la calculi și supurațiuni. Dar dacă cel-l'alt rinichiū e sănătos, nu esităm a preferi nefrectomia, care este o operație radicală.

Asemenea recurgem la nefrectomie în tuberculoza primitivă a rinichiului și în pionefrose intense. Acestea sunt indicațiunile cari ne-au hotărât a practica nefrectomia.

Din 20 de casuri, 3 au murit de fenomene de infecțiune înaintată, toți cei-alți s'au vindecat. Noi preferim incisia lombară.

Reynier (Paris). Când nu e vorba de rinichi calculoși, nefrotomia nu vindecă ; se face o fistulă care e mai puțin suferită de cum crede *Guyon* și *Albarran*. Am fost nevoit în aceste casuri să fac nefrectomia secundară în rele condițiuni. Așa că nefrectomia primitivă cred că e mai bună, afară numai dacă și cel-alt rinichiū e prins.

Am practicat nefrotomia de 12 ori, cu rezultate cam puțin favorabile :

O-dată pentru hidronefrosă supurată ; mai târziu a trebuit să fac nefrectomie și ureterectomie secundară.

O-dată pentru hidronefrosă a trebuit să fac nefrectomia secundară.

O-dată pentru hidronefrosă, o fistulă a persistat.

O-dată pentru hidronefrosă supurată ; am făcut nefrectomia secundară și bolnavul a murit de infecțiune flebitică.

O-dată pentru calcul renal ; bolnavul s'a vindecat, e singurul cas.

O-dată pentru calcul renal ; o fistulă care s'a infectat.

O-dată pentru hematurie ; bolnavul s'a vindecat de operație, hematuria continuă.

O-dată pentru tuberculoza renală ; mort.

O-dată pentru pionefrosă ; mort.

O-dată pentru rinichiū polikistic ; mort prin anurie.

De două orî pentru rinichiū polikistic supurat ; morți.

Eū conchid că nefrotomia este o operațiune gravă și necomplectă și trebuie părăsită pentru nefrectomie.

Pentru mine e o operație de urgență.

În ce privește manualul operator, eū insist numai asupra incisiunilor largi, cari permit o bună explorare.

Bazy (Paris). Nu mă voiū ocupa de indicațiunile nefrotomiei în diferitele afecțiuni ale rinichiului în cari e indicată, indicațiunii ce sunt puse de mult timp, voiū trata numai următoarele :

1. *Manualul operator al nefrotomiei lombare.* Incisia plécă de la unghiul costo-muscular și se opresce la unul său două laturi de deget de la partea cea mai ridicată a crestei iliace.

Fixarea marginelor incisiei renale la piele este inutilă sau imposibilă.

Dupe nefrotomie, se introduce în ureter prin basinet o sondă pentru a destupa ureterul, a se asigura de permeabilitatea lui și de a împedica acest ureter de a se astupa în zilele dupe operație, de ché-gurî sau dopuri de puroiū. Acéstă manoperă pôte fi înlesnită printr'un instrument special (cateter pielo-uretral).

Unele pionefrose sunt, în parte sau în totalitate, sub-costale ; trebuie să știm acésta pentru a nu uita cum-va a deschide asemenea pungi.

2. *Pronosticul nefrotomiei.* Depinde mult de condițiuni și mai ales de starea rinichiului de partea opusă. Acésta nu se pôte ști prin analiza urinei. Cateterismul ureterului este inutil și periculos ; albastrul de methylen pare mijlocul cel mai bun pentru a se vedea permeabilitatea rinichiului.

3. *Nefrotomia precoce.* Nefrotomia precoce, în supurațiuni, este operațiunea în adevér conservatōre ; intervine înainte de a se fi produs lesiuni cari nu se mai pot îndrepta.

4. *Studiul comparativ al secrețiunei urinare* arată că, în rinichiū hidro sau pionefrotici prin obstacol la escrețiune, cantitatea de urină secretată de rinichiul bolnav pôte fi și este adesea superiōră aceleia a rinichiului sănētos ; ea pôte fi înduoitā și întreitā.

Cantitatea totală a ureei este inferiōră, câte o dată egală sau chiar superiōră, clorurile micșorate sau câte-o dată egale, acidul uric micșorat, câte-o dată egal, acidul fosforic când mărit, când micșorat.

Când cantitatea și calitatea sunt mult micșorate, se pôte face nefrectomia secundară, dacă ea este indicată.

Resultatele îndepărtate sunt în general bune. Pe mai mult de 50 nefrotomi, a trebuit în două rânduri să fac încă-o dată nefrotomia, de 3 orî nefrectomia, o-dată, acum 6 ani, bucată cu bucată, fără a face din acest mijloc o metodă.

Unii bolnavi pot păstra o fistulă luni și ani, fără neajunsuri.

Tuffier (Paris). Am practicat 57 nefrotomii, dintre cari 3 abdominale, dintr'o greșală de diagnostic.

O dată am găsit o fistulă nefro-intestinală, am drenat, și bolnava s'a vindecat de fistula ei.

În 3 casuri de nefrotomie deja făcute, am văzut ivindu-se abscese în substanța renală și insist asupra multiplicității absceselor latente în rinichi.

Am văzut încă un cas rar de hernia unei tumori a rinichiului : un mixom complicând un absces al rinichiului.

În unele casuri de hematurii prin cancer, am intervenit cu succes prin nefrotomie ; tumora a continuat evoluția sa, hematuria însă a încetat.

Într'un cas de hematurie fără cauză cunoscută, am făcut, acum 6 ani, nefrotomia și bolnava a fost vindecată 2 ani, pe urmă sîngele a reapărut. Înotriva anuriei trebuie operat cât mai curînd. În casuri de hidronefroză, nefrotomia îmi pare inferioară operațiunilor cari au de scop a îndrepta rinichiul.

În sfîrșit, în leziunile septice ale rinichiului, adesea avem o fistulă care pöte fi urinară, uro-purulentă sau purulentă.

În fistula urinară simplă se cöse dupe ce se scöte marginile fistulei. În fistula uro-purulentă se va interveni mai mediocru, cea purulentă se vindecă mai lesne. În tuberculosa recentă prefer nefrectomia.

Doyen (Paris). Cred că nefrectomia trebuie făcută numai când e indispensabilă.

Relativ la explorarea ureterelor prin cataterismul retrograd, cred ca *Bazy*, că e un procedeu periculos. În 1887 recomandam deja următorul procedeu pentru a diagnostica funcțiunea fie-cărui rinichi; bășica spălată cu îngrijire, se comprimă prin perete unul din uretere, în acest timp urina se strînge în bîșică și dupe câte-va minute se sondază bolnavul ; urina obținută provine de la rinichiul a cărui ureter n'a fost comprimat. Se procedează astfel pentru cel-alt rinichi și obținem astfel pe rînd urina ambilor rinichi. Se pot compara ușor și diagnostica rinichiul bolnav.

Am observat un cas de pio-nefroză deschis în pleură. În sfîrșit din punct de vedere operator, insist asupra căei vaginale care 'mi-a permis de mai multe ori a scöte calculi fôrte mari și cari erau înțepenii în ureter la nivelul micului basin.

Fousson (Bordeaux). — Pe 15 bolnavi am practicat nefrotomia pentru diferite bôle : de 2 ori am făcut nefrolitotomia; nefrotomia o dată pentru uro-pionefroză ; de 5 ori pentru pio-nefroze, dintre cari 4 tuberculöse ; de 3 ori pentru pielonefrită-acute ; de 4 ori pentru anurie-calculösă. Am avut 2 morți, 2 anurici în a 8-a și a 12-a zi.

În ce privește rezultatele, trebuie deosebit casurile în cari rinichiul este aseptice sau nu. De 3 ori rinichiul era aseptice ; 2 sau vindecat repede și era vorba într'un cas de un calcul înțepenit, în celălalt de

anurie calculoasă ; al 3-lea a murit de infecțiune secundară 3 luni în urmă ; era un operat pentru anurie.

Nuoe din bolnavii mei erau deja infectați în timpul operațiunei ; 7 aveau fistule ; o-dată era o pielonefrită calculoasă, 2 ori pielită colibacilară, 4 ori tuberculoasă, de 5 ori am practicat nefrectomia secundară. Din cei-alți duoi, unul a murit de o bôlă intermitentă, altul e încă în căutare.

Relativ la patogenia fistulelor, insist asupra neregularității focarelor și recomand operațiunile timpurii.

În sfârșit propun, ca operațiune nouă, nefrotomia împotriva colicelor nefretice ; operația are întreitul avantaju a micșora tensiunea intrarenală, a face să înceteze spasmul și a împedece evoluția leziunilor epitelului renal.

P. Michaux (Paris). — Nu e de ajuns să cunoscem indicațiile și tehnica unei operațiuni, numai rezultatul îndepărtat ne permite de a aprecia valoarea ei.

Când bolnavul e scăpat de crisa de anurie, care putea să 'l omore în câte-va zile, când calculul e scos, când s'a deschis un rinichiū voluminos atins de pielo-nefrită, opera chirurgului nu e încă terminată, trebuie pentru ca operația să fie bună, ca rinichiul să se cicatrizeze, să reia funcțiunea lui, ca fistula lombară creată să se închidă dupe câte-va luni sau să secrete puțin, ca starea generală să se îndrepte mult, ca bolnavul să nu mai sufere.

Aceste condițiuni sunt ele realizate în tot-d'a-una prin nefrotomie ? Urmările îndepărtate sunt ele în tot-d'a-una satisfăcătoare, dau ele tot-d'a-una sau cele mai adese vindecări durabile ?

Faptele pe cari le-am observat nu 'mă permit de a răspunde în mod satisfăcător la această cestiune. Fără îndoială statistica mea e mică, dar bolnavii mei au fost urmăriți cu îngrijire mai multe luni ; temperatura, urina, starea generală, au fost toate notate.

Pe 6 nefrotomii făcute pentru abcese ale rinichiului, nefrită calculoasă, pielonefrită prin infecțiune generală, am obținut rezultate imediate foarte satisfăcătoare, dar dacă exceptez abcesele bine colectate ale rinichiului, care 'mă-au dat o satisfacție cu atât mai mare cu cât starea anterioară a bolnavului era mai gravă, câte o-dată chiar desperată, n'a fost tot așa în cele 3 casuri de nefrită calculoasă și de nefrită infecțioasă în cari volumul rinichiului, piuria și fenomenele dureroase m'au făcut să practic nefrotomia.

Acești 3 bolnavi momentan au fost mult ușurați, dar de scurtă durată, în curând duoii din bolnavii mei au început să sufere din nou, fistula lor oro-purulentă să secrete mult, aveau infecțiuni ce nu se puteau opri cu pansamentele cele mai îngrijite.

Bolnavii au rămas luni în serviciul meu, la unul din ei am fost nevoit să fac nefrectomia secundară ; la cel-alt am cauterizat în zadar cu ferul roșu parenchinul renal larg deschis. Cu toate îngrijirile, starea acestor 2 bolnavi s'a înrăutățit mereu și au sucombat amândouă de

infecțiunea lor renală, unul dupe 6 luni (nefrită calculosă), cel-alt dupe un an (nefrită ebertică), la acesta din urmă am practicat nefrectomia secundară.

Amânduoi aveau rinichi foarte degenerați, cantitatea de urină descrescea mereu, durerile din ce în ce mai mari; nu se linisceau nici cu injecțiuni repețite de morfină.

Să ne gândim bine la alterațiunile rinichiului în aceste pielonefrite septice, cu abcese multiple și ne vom da seama de greutatea ce le întempină nefrotomia pentru a le vindeca definitiv.

E bine ca chirurgul să nu se bizue pe rezultate satisfăcătoare îndepărtate în toate cazurile în cari leziunile sunt multiple, întinse și înaintate; sunt de acord în acest punct de vedere cu colegul meu *Reynier*.

Acésta nu împedică ca nefrotomia să nu fie o operațiune bună, câte o-dată chiar singura operațiune practicabilă de urgență, dar aceste sunt condițiuni cari nu sunt în tot-d'a-una realizate.

Punctul important e ca rinichiul să nu fie prea alterat, de aceea nefrotomia trebuie practică din vreme ca să dea rezultat bun, când leziunile renale se pot încă cicatriza. Dacă nefrotomia e făcută prea târziu, dacă leziunile sunt prea înaintate, rezultatele imediate pôte vor fi bune, vor ușura, dar nu vor putea vindeca. Aceste concludțiuni rees din observațiunile mele.

F. Legueu (Paris). — Am făcut o singură dată nefrotomia exploratrice la o femeie de 18 ani, care suferea într'una de rinichiul stâng. Rinichiul a fost spintecat de alungul marginii sale convexe, nu era nici un calcul. Nici o leziune vădită cu ochiul nu explica acésta durere, cu toate acestea a avut de efect încetarea durerilor. Adevărat e că crize nervoase au apărut, confirmând diagnosticul de nevralgie renală pus de mine.

Acésta incizie a marginii externe este singura la care am recurs, pentru căutarea și explorarea calculilor. Hemoragia se oprește ușor, prin comprimarea pediculului său prin tamponare. Într'un cas totuși am avut o hemoragie secundară mortală, apărută a 8-a zi la un bolnav calculos la ambii rinichi și la care am deschis rinichiul stâng plin de calculi mari. Rinichiul prea alterat nu a putut fi cusut și totuși feliele erau gróse și vasculare. Am tamponat cu gaz și când a 8-a zi am scos gazul, s'a produs o emoragie abundentă, intermitentă, care a omorât pe bolnavul deja anemiatic prin pierderi anterióre și abundente. Deja înainte de operație acest bolnav sângera mult și într'una în cât mă întrebam dacă nu e hemofilic.

În anuria calculosă sunt partisanul nefrotomiei în contra ureterotomiei, am recurs de 4 ori la ea în ast-fel de împrejurări.

Nefrotomia răspunde în tot-d'a-una la cele 2 indicațiuni: căutarea pietrei sau crearea unei fistule. Crearea fistulei este un rêu necesar la care trebuie să ne supunem cele mai adesea-ori. Când ne-am asigurat prin cateterismul retrograd al ureterului că drumul e liber,

se p \acute{o} te \acute{i} nchide rinichiul. Pe 4 bolnavi, de 3 ori am g \acute{a} sit rinichiul prea bolnav pentru a fi \acute{i} nchis ; alt \acute{a} dat \acute{a} a \acute{s} i fi \acute{i} nchis rinichiul dac \acute{a} nu constatam o u \acute{o} sr \acute{a} cr \acute{a} p \acute{a} tur \acute{a} \acute{i} n basinet. Din contra, \acute{i} ntr'un cas \acute{i} n care rinichiul m \acute{a} i p \acute{a} rea s \acute{a} n \acute{e} tos \acute{s} i \acute{i} n care eram sigur de permeabilitatea ureterului, am \acute{i} nchis complet rinichiul. Chiar \acute{i} n s \acute{e} ra opera \acute{t} iei, bolnavul a urinat prin b \acute{e} sic \acute{a} \acute{s} i reunirea s'a f \acute{a} c \acute{u} t per primam f \acute{a} r \acute{a} incident. Consider \acute{a} nd chiar c \acute{a} fistula lombar \acute{a} va fi rezultatul final al opera \acute{t} iei la un bolnav sl \acute{a} bit, intoxicat \acute{s} i \acute{i} n \acute{i} mprejur \acute{a} ri grele, nu trebuie \acute{i} n mod sistematic s \acute{a} ne mul \acute{t} umim cu deschiderea rinichiului, trebuie c \acute{a} utat calculul care astup \acute{a} , s \acute{a} 'l sc \acute{o} tem, de \acute{s} i adesea \acute{i} n-cerc \acute{a} riile sunt f \acute{a} r \acute{a} de folos.

\acute{I} n infec \acute{t} iunile renale am recurs numai la nefrotomie pentru pielonefrite cu sa \acute{u} f \acute{a} r \acute{a} distensiune.

\acute{I} n p \acute{i} onefrose am notat benignitatea relativ \acute{a} \acute{s} i siguran \acute{t} a nefrotomie \acute{i} . Fistula temporar \acute{a} este condi \acute{t} iunea de vindecare ; c \acute{a} ci rinichiul se desinfect \acute{e} z \acute{a} numai prin drenare prelungit \acute{a} . Lesiunile ureterale j \acute{o} c \acute{a} un rol important \acute{i} n persisten \acute{t} a fistulei. C \acute{a} nd aceste leziuni sunt mici, ca \acute{i} n p $\acute{i$ onefrosele calcul \acute{o} se, fistula se \acute{i} nchide \acute{i} n cate-va s \acute{e} pt \acute{e} m \acute{a} ni, dupe sc \acute{o} terea calculului obturator.

\acute{I} n pielonefrite f \acute{a} r \acute{a} distensiune, am \acute{i} ncercat de trei ori nefrotomia, \acute{i} n disperare de cauz \acute{a} , mijl \acute{o} cele medicale r \acute{e} m \acute{a} n \acute{a} nd f \acute{a} r \acute{a} efect. Am avut o m \acute{o} rte repede la un bolnav operat \acute{i} n extremis, o supravie \acute{t} uire de trei luni la un bolnav cu s \acute{a} n \acute{e} tate compromis \acute{a} \acute{s} i \acute{i} n fine o ameliorare \acute{i} nsemnat \acute{a} cu \acute{i} ncetarea febrei \acute{s} i sc \acute{a} derea infec \acute{t} iunii.

\acute{I} n aceste casuri, nefrotomia trebuie s \acute{a} deschid \acute{a} t \acute{o} te focarele renale : am v \acute{e} du \acute{t} dou \acute{e} fistule lombare \acute{i} ntre \acute{i} nute numai prin focare r \acute{e} u drenate \acute{s} i cari a \acute{u} \acute{i} ncetat dupe de \acute{s} ertarea acestora. \acute{I} n deschiderea perinefritelor supurate secundare, trebuie procedat la c \acute{a} utarea \acute{s} i deschiderea imediat \acute{a} a rinichiului.

I. Albarran (Paris) — Trebuie s \acute{a} deosebim trei variet \acute{a} \acute{t} i \acute{i} n fistule : fistule urinare, purulente \acute{s} i uro-purulente.

a) Pentru ca *fistula urinar \acute{a}* s \acute{a} se formeze, e necesar ca basinetul sa \acute{u} caliciile s \acute{a} fie interesate prin traumatismul operator, sa \acute{u} s \acute{a} se fi produs o deschidere secundar \acute{a} a acestor cavit \acute{a} \acute{t} i, determinat \acute{a} prin infec \acute{t} iunea pl \acute{a} gei. C \acute{a} nd opera \acute{t} iunea se face pe un rinichi \acute{u} nedestins, fistula e rar \acute{a} \acute{i} n afar \acute{a} de tuberculos \acute{a} , chiar c \acute{a} nd exist \acute{a} pielonefrit \acute{a} . C \acute{a} nd opera \acute{t} iunea e practicat \acute{a} pe un rinichi \acute{u} \acute{i} n stare de reten \acute{t} ie, fistula consecutiv \acute{a} e f \acute{o} rte frecuent \acute{a} . Aceste fistule nu sunt datorite altera \acute{t} iunii \acute{t} esutului renal, care nu se p $\acute{o$ te cicatriza, dar obstacolului la scurgerea liber \acute{a} prin ureter a productelor secretate de punga renal \acute{a} . Acest obstacol consist \acute{a} \acute{i} n str \acute{a} mp \acute{o} rtarea, \acute{i} ndu \acute{o} irea sa \acute{u} inser \acute{t} ia vici \acute{o} s \acute{a} a ureterului \acute{i} n punga pielo-renal \acute{a} . C \acute{a} nd urina se scurge lesne prin ureter, fistula operator \acute{e} se \acute{i} nchide de la sine, chiar c \acute{a} nd \acute{t} esutul renal presint \acute{a} leziunile obicnuite ale p $\acute{i$ onefrosei.

Ast-fel am putut, \acute{i} ntr'un cas de p $\acute{i$ onefros \acute{a} , s \acute{a} \acute{i} n \acute{l} atur fistula consecutiv \acute{a} nefrostomie \acute{i} , pun \acute{e} nd din prima \acute{q} i o sond \acute{a} ureteral \acute{a} \acute{i} n loc.

În alte trei cazuri de uropionefrosă și de pionefrosă, am văzut cum din ziua în care sonda ureterală a fost pusă în loc, ori-ce scurgere înceta prin fistulă, care s'a închis de la sine în câte-va zile. Din cei 4 bolnavi pe cari 'i am pomenit, 3 s'a vindecat definitiv, numai prin introducerea sondei ureterale la demeure, dupe procedeul meu, și vindecarea se menține de 22 luni în primul, de 14 și 9 luni în cele-alte 2; al 4-lea avea o inserțiune viciósă a ureterului și a trebuit să fac uretero-pielostomia.

E clasic de șis că trebuie cusut rinichiul, când există o fistulă urinară renală și când ureterul e liber, și se citéză un succes obținut de *Tuffier*. Acéstă intervențiune îmi pare inutilă când urina se scurge liberă prin ureter, căci în acest cas fistula se închide singură repede; când acéstă condițiune lipsește, intervenția póte fi periculósă, creând o retențiune renală.

În prezența unei fistule renale post-operatorie, eă determin mai întâi prin cateterismul cistoscopic al ureterelor valoarea funcțională a pungei renale. Dacă analiza urinei rinichiului fistulos îmi arată că e folos a 'l păstra, intervin în mod diferit, dupe cum ureterul este saú nu permeabil la sondă.

Când ureterul este permeabil și lasă să intre o sondă până în basinet, las acéstă sondă în loc și o înlocuesc în zilele următóre prin sonde mai gróse, ajungénd, dacă e posibil, la No. 11 și 12. Când fistula rămâne închisă 15 zile, se scóte sonda care a servit ast-fel la spălarea pungei. Se verifică în urmă la diferite intervale dacă retenția renală a dispărut complect. Dacă dupe acest tratament se constată că retenția renală persistă, de și fistula s'a închis, trebuie presupus că ureterul n'a recăpétat calibrul lui saú că inserția lui pe punga renală presintă o dispoziție particulară, care va cere o intervențiune la fel cu aceea a bolnavilor al căror ureter este impermeabil la sondă.

Când ureterul nu lasă să trecă o sondă până la basinet, trebuie intervenit direct. În aceste cazuri, introduc înainte de operație o sondă în ureter, împingénd'o cât mai departe posibil, printr'o incisie suficientă ajung la rinichiú și găsind ușor ureterul, grație sondei introdusă de mai înainte, pot explora mai aménunțit condițiunile ureterului și să lucrez dupe împrejurări. Se póte practica ast-fel, dupe cas, ureterotomia, uretero-pielostomia, saú cum am făcut în duoé cazuri, resecția autoplasică a rinichiului saú capitonagiul pungei pielorenale. Tóte aceste operațiuni au de scop a păstra rinichiul și ne vom decide pentru nefrectomie numai când va fi imposibil a restabili cursul normal al urinelor.

b) *Fistulele purulente pure* sunt datorite leziunilor de perinefrită. Când rinichiul însuși este în cauză, urina se amestecă cu puroiú, chiar când rinichiul este redus la o cóje subțire. Într'un mare număr din aceste fistule, rolul rinichiului consistă în a împiedica prin prezența lui o bună drenare a anfractuosităților plăgei; pentru ca rinichiul să secrete puroiú fără urină, trebuie ca să fie prea distrus prin bólă.

În fistulele purulente, încă trebuie pus un diagnostic precis, recurgând la cateterismul ureteral. Dacă se constată că rinichiul secretă urină prin sondă, intervențiunea se va limita la curățirea și deschiderea largă a focarelor perirenale; rinichiul însuși va fi sacrificat numai când aceste focare perirenale nu pot să se golască bine fără a extirpa organul.

Când din contră e dovedit, într'o fistulă purulentă simplă, că rinichiul nu mai secretă urină, trebuie făcută nefrectomia mai mult sau mai puțin atipică, dupe casuri. Ast-fel am vindecat printr'o intervențiune largă o bolnavă care avea de 11 ani o fistulă purulentă, operată de mai multe ori și întreținută de un mic calcul, rămas în fundul unei bucați de rinichiū.

c) În fistulele uro-purulente, încep tratamentul ca în cele urinare simple. Dacă urina și puroiul sunt produse de rinichiū, condițiunile sunt asemenea cu cele ale fistulilor urinare și vindecarea se obține prin aceleași mijloce. Dacă puroiul provine în totalitate sau în parte din leziuni perirenale, poate fi nevoie de a lucra direct asupra acestora. Ast-fel la un bolnav care avea o fistulă uro-purulentă dupe nefrotomie, am practicat cateterismul ureteral cu sonda în loc; urina nu mai trecea prin plașa lombară, dar continua să dea puroiū și a trebuit să fac raclajul fosei lombare, fără a atinge rinichiul, pentru a vindeca pe bolnav.

Sfârșesc, dicend, că relativ la intervențiunile cari au de scop a restabili cursul normal al urinei prin ureter, nu trebuie să încercăm a face operațiuni plastice în același timp cu nefrostomia, chiar dacă starea generală permite o operațiune lungă, condițiunile locale se pot opune. Cred de asemenea, că în ast-fel de casuri nu trebuie să ne grăbim a vindeca fistula post-operatorie; dacă așteptăm puțin se poate ca leziunile de ureterită să dea în dărăt și atunci suntem în condițiuni mai bune de reușită.

Phocas (Lille). Am practicat de 4 ori nefrotomia pe 4 femei. Operațiunile mele datéză de 2 ani.

O dată era vorba de un rinichiū tuberculos, altă dată un rinichiū calculos supurat și cele-alte două observațiuni se rapoartă la pionefroze ascendente simple, cu streptococi și stafilococi. În toate casurile am operat prin metoda extra-peritoneală, prin incizia lombară. Rinichiul a fost deschis cu bisturiul pe marginea lui convexă. Într'un cas am scos 4 calculi ramificați. Resultatul imediat al acestor patru nefrotomii a fost foarte bun. Urinele au devenit iar normale în cantitate și calitate, starea generală s'a îndreptat, rinichiul s'a micșorat în volum. Din punctul de vedere al rezultatelor consecutive și îndepărtate, trei din bolnavele mele trăesc și sunt destul de bine pentru a se ocupa de treburile lor; una a murit, 12 luni dupe operație, de tuberculosă acută. Toate au avut fistule.

Într'un cas fistula e mică și nu împedică pe bolnavă să 'și vadă de

ocupațiile ei, de a îndeplini datoriile sale lumesci și chiar a dansa. Cele-alte două au fistule mai supărătoare.

Din aceste observațiuni conchid că nefrotomia este o operațiune benignă și ușoră. Efectul trebuie apreciat în mod diferit, dupe scopul ce ni-l propunem și dupe felul pionefrosei.

Loumeau (Bordeaux). Am practicat de 24 ori nefrotomia lombară în condițiunile următoare; congestie renală luată drept o pionefrosă, 1 cas urmat de reunire imediată; calculi primitivi ai rinichiului, 2 casuri vindecate prin sutură renală; anurie calculoasă, 8 casuri cu 6 vindecări, în 2 prin reunire per primam; hidronefrosă fixă și închisă, 2 casuri în cari nefrotomia a trebuit să fie complectată în urmă prin nefrectomie secundară, urmată de vindecare; pielonefrită cu retențiune, 2 casuri vindecate, fără fistulă; pielonefrită secundară calculoasă, 6 casuri; unul operat în plină septicemie și terminat prin mörte dupe 3 luni, și cel-alți 5 vindecați, dintre cari 2 cu fistulă perirenală; pielonefrită cu perinefrită supurată și accidente septicemice, un cas terminat dupe o lună prin mörte; hematurie renală gravă din cauză necunoscută, un cas în care prin nefrotomie nu s'au găsit leziuni apreciable în rinichiul incizat, s'a tamponat glanda și s'a vindecat prin a doua intenție, cu încetarea hematurii cari nu s'au mai arătat dupe 4 luni.

Din aceste 24 nefrotomii am avut 4 morți, cari nu se pot reproșa intervenției; un anuric operat în plină comă anurică și mort dupe 48 ore; un alt anuric mort cu accidente coleriforme 3 săptămâni dupe intervențiune; 2 bolnavi atinși de pielonefrită complicată de septicemie, la care nefrotomia n'a oprit terminarea fatală o lună dupe operație într'un cas, 3 luni dupe cel-alt.

De 4 ori am vădut hemoragii renale mari, operând rinichi fixați adânc.

Pe 20 nefrotomii urmate de vindecare, am obținut de 5 ori reunirea per primam a rinichiului prin nefrorafie imediată, de 2 ori la anuricii operați în a 3-a zi de anurie; de 4 ori am notat fistule renale postoperatorii, dintre cari 2 urinare necesitând nefrectomie (hidronefrose fixe și închise) și 2 purulente neoperate; o dată, însărsit, în cursul unei nefrotomii în drépta, practică pe un rinichiü gros și scoborit peritoneul a fost fără voe deschis și imediat cusut fără nici o urmare.

Toma Ionescu (București). Indicațiile nefrotomiei sunt destul de precise; nu e tot așa cu cele ale nefrotomiei pusă față în față cu nefrectomia primitivă, în casurile de pionefrosă calculoasă sau tuberculoasă; faptele singure vor putea legitima practica fie-căruia.

Ceea ce mă silește să raportez casurile mele, de și puține. Am practicat 3 nefrotomii și nefrolitotomii lombare pentru afecțiuni aseptice ale rinichiului și 4 nefrectomii, 2 lombare și 2 transperitoneale pentru pionefrosa calculoasă sau tuberculoasă, cu un mort.

În acest caz era vorba de o pionefrosă enormă calculoasă, ocupând jumătatea dreaptă a unui rinichi în potcovă, jumătatea cea-altă era sănătoasă. Prin nefrectomie transperitoneală am amputat jumătatea bolnavă a rinichiului, am cusut secțiunea sănătoasă a jumătății rămase; bolnavul a murit de anurie permanentă și absolută de natură reflexă; porțiunea rămasă a rinichiului s'a găsit sănătoasă și ureterul liber.

Cele 6 cazuri de vindecare se descompun astfel: o nefrotomie exploratrice urmată de nefropexie, indicată prin dureri renale, bănuind existența unor calculi și prin mobilitatea rinichiului. Două nefrolitotomii cu scoterea unui calcul unic situat în basinet aproape de intrarea ureterului. În cele 3 cazuri sutura imediată a rinichiului cu catgut a oprit hemoragia și reuinea plăgei lombară s'a făcut prin prima intenție, în cele 2 cazuri cari nu s'au drenat; o mică fistulea a rămas prin drenarea logei renale într'un caz, dar a dispărut repede.

Două nefrectomii pentru pionefrose calculoase: una pe calea transperitoneală pentru o enormă tumoră care a transformat tot rinichiul într'un mare număr de puști neregulate cu pereți groși și scleroși și pline de calculi; cel-alt pe calea lombară, tumora fiind mai mică s'a putut scote rinichiul pe această cale.

Și în acest caz starea rinichiului era astfel că ori-ce operație conservatoare părea imposibilă și chiar vătămătoare. Într'un caz de pionefrosă calculoasă, rinichiul, însemnat de focare caseose și ramolite, a fost scos pe calea lombară.

Într'un singur caz am practicat drenarea lombară; un mic traject fistulos a durat cât-va timp și s'a închis. În cele-alte nu s'a drenat și reuinea per primam s'a făcut fără nici un neajuns.

În toate intervențiunile mele asupra rinichiului, pe calea lombară, întrebuițez incisia paralelă cu coasta a XII-a și a XI-a, când prima e scurtă, incisie care se poate prelungi dupe trebuință, și care permite în tot-d'auna o explorare ușoară și extragerea rinichiului și dacă cazul se presintă, fixarea organului de coasta a XII-a sau a XI-a, dupe cum am recomandat.

Pentru a conchide, cred că benignitatea absolută și eficacitatea incontestabilă a nefrotomiei și nefrolitotomiei, urmată de scoterea calculului și sutura imediată a rinichiului, trebuie să decidă pe chirurg la intervențiunile timpurii în afecțiunile calculoase ale rinichiului, pentru a opri la timp mersul afecțiunii și a opri pionefrosă de a se mai produce. Operațiunea de ales este, cred, în aceste cazuri nefrotomia, secțiunea rinichiului permițând o explorare complectă a calicilor și a basinetului, și înlăturând fistula, care complică adesea pielotomia recomandată în aceste cazuri.

Operațiunea de ales în pionefrosă calculoasă sau tuberculoasă este, cred, nefrectomia, translombară dacă e posibil, transperitoneală dacă volumul tumorii opresce scoterea ei pe calea lombară. Nefrostomia e o operațiune de necesitate, cerută de starea leziunilor: aderențe

prea întinse ale tumorei, care nu permite scóterea ei, siguranța asupra bilateralității leziunilor sau nesiguranța asupra stărei rinichiului opus, în sfârșit starea generală prea rea a bolnavului, care face să se amâne nefrectomia pentru mai târziu.

Acéstă opiniune e basată pe examenul rinichilor pe cari 'i am scos, toți, fără excepțiune, erau într'o stare că existența lor fiziologică era problematică, și pe neajunsul, chiar pericolul acelor fistule cari nu se mai isprăvesc, apanajul nefrostomiilor în pionefrosele cât de puțin vechi.

Lavaux (Paris). Fără a insista asupra raportului lui *Guyon* și *Albarran* și asupra celor-alte comunicări cari au urmat, voiú insista în special asupra importanței patogeniei leziunilor pielo-renale, de care trebuie să ținem cont pentru a nu ne expune să intervenim fără folos asupra căilor urinare superioare.

Chibret (d'Aurillac). E vorba în acest cas (nefrotomie pentru anurie calculósă de 6 zile) de un om puternic de 55 ani, având în antecedentele sale o singură crisă de colică nefretică, acum 15 ani. La 1 Ianuarie 1897 a doua colică, la drépta. Din acest moment anurie absolută, totală.— La 7 Ianuarie nefrotomie dréptă; nu se găsesce nici nisip, nici calculi, imediat dupe aceea o diureză abundentă; vindecare foarte repede.

Acéstă observațiune ne-a părut interesantă din cauza stărei rinichiului. Rinichiul avea un volum aprópe de 2 ori mai mare, violaceu, foarte congestionat, și așa de friabil în cât degetele mele au intrat în el ca într'un corp mólle, când am vrut să 'l scot prin plágă, așa că 'l am desfăcut cu degetul de-alungul mărghinei convexe și am intrat ușor în basinet. Acéstă stare cu totul deosebită 'mi pare că n'a fost nici o-dată notată.

Am operat în condițiuni de instalație próstă și totuși bolnavul s'a vindecat. Nefrotomia pentru anurie trebuie pusă în cadrul operațiunelor de urgență, ca și kelotomia și tracheotomia.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL GUȘEI

(EXCEPTÂND CANCERUL ȘI GUȘA EXOFTALMICĂ)

la

RAPORTUL D-LUI I. L. REVERDIN (Geneva)

De 30 de ani tratamentul chirurgical al gușei a făcut progrese enorme, mortalitatea operatorie a scădut treptat, tehnica s'a perfecționat, noui metode s'au creat și indicațiunile s'au întins.

Eú impart indicațiunile operatorii în indicațiuni de urgență, de necesitate și de comlesență (sau cosmetice). Primele sunt date de turburările respiratorii amenințátore și inflamația septică, cele de al doilea de turbură ile funcționale pronunțate, creșterea tumorei și insuccesul mijlócelor medicale. Intru cât privesce indicațiunile cosmetice, trebuie să le cedăm adesea-ori, de când mortalitatea operatorie a scădut.

Vrêsta bolnavilor, volumul tumorei nu mai sunt astăzi contra indicațiuni; dar în unele cazuri starea generală a gușatului și condițiunile rele locale, imposibilitatea de a opera în mod aseptice pot opri pe chirurg de la intervențiune.

Înainte de a începe descrierea operațiunilor propriu zise, un cuvânt despre injecțiile parenchimatose; printre toate preparațiunile încercate, tinctura de iod și iodoformul sunt singurele bune, tinctura de iod este periculoasă din două puncte de vedere: ea a provocat de multe ori morțe subită sau repede și de altă parte ea modifică gușa așa fel că face operația mai grea în cas de nereușită. Iodoformul n'are pericole imediate și nu provocă indurația tumorei, dar ca și tinctura de iod, nu e activ de cât în gușa difusă și vasculară, care cedeză adesea și unui tratament medical (iod, tiroidă).

Operațiunii propriu zise. — Studiez întâiu anestesia și descoperirea tumorei în genere.

Anestesia. — În operațiunile gușei, anestesia este foarte discutată; unii cred că anestesia nu este periculoasă, alții vor numai anestesia locală, alții de loc. Experiența mea personală și scrutarea literaturii mă aduc la următoarele concluziuni: în cazurile simple de gușă nesufocantă, cu dispnee ușoară, nu e nici pericol, nici inconvenient a administra un anesthetic, și personal eu sunt convins de superioritatea eterului; în cazurile grave, din contra, trebuie operat fără anestezie sau cu anestezie locală; cazurile intermediare sunt grele de judecat și abținerea frecventă e mai bună ca abuzul.

Descoperirea tumorei. — Incisia pielii, în afară de excepțiuni rare, trebuie să fie simplă, cea transversală dă cicatricile cele mai frumoase și dă mai mult loc de cât pare; se pot face și incisiuni oblice sau cotate; cele verticale dau cicatrice în cordă și trebuiesc ocolite.

În timpul incisiei părților sub-cutanate, venele trebuiesc tăiate numai între două legături, din cauza pericolului intrării aerului. În ce privește mușchii, sterno-mastoidienii sunt numai îndepărtați, mușchii sub-hioidienii tăiați, sau mai bine fasciculele lor separate cu un instrument netăetor. Mai rămâne atunci d'înaintea gușei un strat celulos aparținând aponevrosei mijlocii, care va fi tăiat cu băgare de sémă; eu numesc această lamă, pe cari mulți autori au numit-o pe nedrept capsula proprie, învelișul aponevrotic; capsula proprie sau fibroasă aparținând glandei trebuie să fie respectată. Invelișul aponevrotic tăiat, gușa e descoperită.

Extirparea totală. — Nu voi vorbi de ea, fiind-că această operațiune trebuie părăsită din cauza accidentelor generale, datorite suprimării glandei întregi.

Extirparea parțială. — Gușa descoperită, lobul bolnav va fi luxat cu degetele în afara plăgei, fie din afară înăuntru, practica cea mai răspândită, fie din năuntru în afară, dupe tăierea istmului, cum face Poncet.

În urmă se lăgă venele, apoi arterele. Dacă pentru artera tiroi-

diană superioară nu încape discuție, nu e tot așa pentru cea inferioară; pericolul de a răni recurentul a făcut să se admită diferite procedee: legătura cu totul aprôpe de gușă (*Billroth*), legătura pe marginea internă a carotidei (*Kocher*), descoperirea nervului înainte de a face legătura. Nicî unul din aceste procedee nu 'mî pare sigur. Cu ocazia acestui raport am făcut câte-va cercetări asupra acestui subiect și am găsit că adoptând incisia transversală convexă în jos, îndepărtând înăuntru tumora împreună cu carotida și jugulara internă, se pôte lega tiroidiana inferioară pe margina internă a scalenului în momentul când ea cotesce pentru a deveni transversală, prin urmare, departe de recurent.

Duoë puncte de reper ne pot conduce: artera se găsește sub partea tendinoasă a omo-hioidienului și la un centimetru sub tuberculul carotidian; pe cadavru această operațiune nu e grea.

Ultimul timp al extirpării consistă în secțiunea istmului și despărțirea lui de trachee.

În procedeul lui *Kocher*, istmul e tăiat, dar se lasă o porțiune din tumoră pe partea laterală a tracheei, pentru a înlătura posibilitatea de a răni recurentul.

În procedeul lui *Wolff*, compresiunea digitală în timpul operațiunii permite de a ne lipsi de legături sau a face mai puține. În acela al lui *Doyen*, pediculele vasculare sunt slărâmate cu un instrument special (clamp vasotrib). În fine, îmbucățirea a fost întrebuițată numai de Péan și e un procedeu de excepțiune.

Resecția.— Operația constă în a ridica o parte din tiroidă, dintre 2 părți cari rămân. Resecția, de și practică altă dată în diferite chipuri, a fost introdusă din nou și regulată de *Mikulicz*, cu scopul de a ușura păstrarea unei părți din organ și a înlătura mixedemul; în procedeul lui *Mikulicz* tiroidiana sau tiroidienele superioare sunt legate, iar partea sau părțile păstrate rămân atârinate de vasele tiroidiene inferioare.

În procedeul lui *Hahn* tiroidienele superioare sunt legate și cele inferioare numai apăstate în timpul resecției cu nisce pense îmbrăcate în cauciuc; în acela al lui *Zoege von Manteuffel* se face compresiunea digitală pe tiroidienele superioare și inferioare în timpul resecției; în procedeul lui *Ostermayer*, se apucă tumora cu o pensă puternică, se taie d'înaintea ei și se lęgă în mai mulți pediculi în șanțul pensei, suprafața de secțiune.

Enuclearea intraglandulară.— Altă dată practică de *Porta*, adoptată pentru kiste de *Burkhardt* și *Kottmann*, ea a fost generalizată la tumori solide de *Socin*. Operația, care a fost regulată de către acest din urmă chirurg, consistă, o-dată gușa descoperită, a incisa stratul mai mult sau mai puțin gros de țesut glandular care învelesce tumorile inkistate solide sau licide și a enuclea pe acestea cu degetele sau instrumente bonte; această operațiune se pôte executa și când nodulii neoplazici sunt unici și când sunt multipli.

Procedeul lui *Rose* consistă în a strânge în timpul enucleării baza tumorii cu o legătură elastică.

Roux lăgă câte o dată arterele și *Nichans* le comprimă temporar cu pense.

Golirea lui Kocher. — Cója tumorii e deschisă și masa din interior e scósă cu degetele saú cu lingura tăetóre.

Enuclearea masivă a lui Poncet. — Consistă în a tăia cója și a enuclea în bloc nodulii saú kistele pe cât e posibil numai în capsulă, numai când aderențele sunt mari eșim și din capsulă.

Exotiropexia. — Operațiune care consistă în a luxa tumora prin plagă și a lăsa în acéstă situație, acoperită de un pansament. *Gangolphe*, într'un cas de gușă sufocantă, a luxat o parte din tumoră pentru a face tracheotomia și a părăsit părțile luxate în situația lor ast-fel creată. *Jaboulay* a făcut luxația totală fără tracheotomie și a generalizat întrebuințarea acestui procedeu ca mijloc de a provoca atrofia gușelor. *Poncet* și *Jaboulay* au recurs numai la punerea tumorii în contact cu aerul, tot cu acest scop.

Operațiuni combinate. — S'au combinat extirparea, resecția și enuclearea între ele.

Dislocarea gușei. — Operația consistă în a deplasa sub piele saú sub mușchi părțile cari provócă prin situațiunea lor accidente de compresiune și cari nu se pot extirpa. Operațiunea a fost descrisă acum în urmă de *Wölfler*.

Legături atrofiante. — Propuse mai cu sémă de *Wolfler*, e vorba de legătura arterelor nutritive ale corpului tiroid, cu scop de a 'l atrofia.

Operațiunile aplicate kistelor sunt : punțiunea simplă, punțiunea cu injecțiuni iritante, drenarea, incisia cu saú fără resecție și suturare la piele, enuclearea ; acésta din urmă trebuie să fie considerată ca operațiunea de ales, incisia ca motódă excepțională ; cele-alte trebuiesc părăsite.

Pansament, tratament consecutiv. — Orí-care ar fi operația practicată, se caută în genere reunirea per primam și pansamentul este aseptíc saú antiseptic.

Resultatul operațiunilor. — Pentru a stabili rezultatul operațiunilor de gușă, mă basez pe un total de 6.103 operațiuni, dintre cari 2.120 culesc din literatură și cele-alte cari 'mí au fost comunicate de autorii lor sub formă de statistici integrale ; aceste statistici copriind operațiuni făcute într'o epocă destul de îndepărtată, cel puțin unele din ele, ast-fel că mortalitatea operatorie calculată dupe ele este de sigur d'asupra realității actuale ; totuși ea este numai de 2,88 pentru 100, pe când dupe *Liebbrecht* ea era de 31,4 % pentru operațiunile practicate înainte de 1851.

Comparând diferitele operațiuni din punctul de vedere al mortalității, găsesc că la 3.408 casuri care 'mí au fost comunicate cu amănunțimi, o mortalitate de 18,97 % pentru extirparea totală, de 3,46

pentru extirparea parțială, de 0,78 pentru enuclearea intra-glandulară, de 6,66 pentru resecție; numărul casurilor pentru cele-alte operațiuni este prea mic pentru ca mortalitatea lor să aibă valoare.

Resultă din cifrele mele că enuclearea este mai superioară ca extirparea parțială și resecția și că mortalitatea în extirparea totală este foarte mare.

Studiul cauzei morței arată că cele mai de temut sunt complicațiunile respiratorii, pe urmă vin turburările circulatorii, tetania, mixedemul, hemoragiile și complicațiunile septice; în urma enucleării nu e nici o morțe prin hemoragie, nici prin accidente septice, nici prin tetanie sau mixedem.

Pentru a judeca valoarea unei operațiuni, trebuie să ținem socotela în afară de mortalitatea și de accidentele nemortale ce le pot provoca; în ce privește operația gușei, eu împart aceste accidente în 3 categorii: accidente datorite leziunilor organelor vecine, accidente datorite suprimării organului glandular tiroidien, accidente datorite infecțiunii. În prima categorie avem leziunile venelor și intrarea aerului, accidente ce se pot înlătura cu o tehnică bună; hemoragiile arteriale fie primitive sau întârziate, sau secundare datorite efortului operațiv sau unor legături rău făcute; hemoragiile primitive nu sunt de temut pentru un operator puțin exercitat, eu cred însă că precedeele lui *Wolff*, *Hahn*, *Zoega von Manteuffel* sunt periculoase din acest punct de vedere.

Frecvența hemoragiei primitive în enucleare s'a exagerat foarte mult, iar cifrele lui *Bergeat* și *Bailly* arată că superioritatea extirpării nu e așa mare precum s'a ținut. Totuși trebuie să fim în tot-d'una gata a transforma o enucleare începută în extirpare, dacă hemoragia este prea mare; acesta se întâmplă de alt-fel rar.

Se pot răni nervii și mai ales recurenții în toate metodele, mai lesne totuși în enucleare ca în extirpare; nu sunt în măsură a trage concluziuni decisive din statistica mea, fiind-că nu știu dacă operații au fost examinate și urmărite din acest punct de vedere. Leziunile laringelui superior, ale simpaticului, ale laringelui, tracheei, esofagului și plevelor sunt cu mult mai rare.

Accidentele septice sunt mult mai puțin dese astăzi, iar în acelea care se produc sunt mai puțin grave ca altă dată. Din acest punct de vedere, tracheotomia este periculoasă și trebuie ocolită pe cât e posibil, și poate fi ocolită în imensa majoritate a casurilor.

Tetania și mixedemul, datorite suprimării funcțiunilor tiroidiene se observă mai cu seamă dupe extirparea totală, excepțional în urma extirparilor parțiale, mai rar încă dupe enucleare; nu cunosc de cât două cazuri de tetanie și două de mixedem, dupe operația lui *Socin*.

Să comparăm acuma, dacă e posibil, rezultatele diferitelor operațiuni de gușă, fie sub raportul plastic, fie sub raportul funcțional.

Din primul punct de vedere, incisia transversală pare că dă cele mai frumoase cicatrice și enuclearea lasă gâtului forma cea mai nor-

mală. Din punctul de vedere funcțional, operațiunile de gușă dau în genere rezultate satisfăcătoare; turburările în respirație, circulație, disfagia, sunt vindecate sau ameliorate, paralisile recurente sunt suprimate sau ușurate într'un număr oare-care de casuri.

Tôte operațiunile, afară de extirparea totală, care trebuie părăsită, expune la recidivă, enuclearea nu e mai expusă ca extirparea parțială și ea are acest mare avantajii că, în cas de recidivă, o nouă operațiune nu pôte deveni periculoasă prin suprimare totală sau aproape totală a corpului tiroid.

* * *

Voiu conchide acum în privința valôrei relative și a aplicațiunilor fie-cărei metode.

Enuclearea este operațiunea de ales; mortalitatea ei este cea mai slabă, ea expune mai puținca alte la accidente diferite și în particular la tetanie și mixedem; ea nu e mai periculoasă în ce privește perderea de sânge. Pentru ca ea să se pôtă aplica, se cere ca gușa solidă sau ligidă să fie închistată și virgină de tratamente iritante; aceste condițiuni sunt realizate în mare majoritate a casurilor, nu pot însă să dau cifre exacte asupra acestui punct.

Din cele-alte metode, enuclearea masivă și deșertarea 'mă pare a avea indicațiunii excepționale și presintă neajunsuri diferite; legăturile arteriale dau rezultate sigure numai în gușile vasculare; în afară de gușa exoftalmică indicația lor e rară.

Extirparea parțială, resecțiunea și operațiunile combinate se pot aplica în casurile în cari gușa nu se pôte enuclea, fie că e difusă, neinchistată, fie că a fost modificată printr'un tratament anterior.

Gușile anormale prin sediul lor, accesorii, se pot trata la fel și enuclearea încă este procedeul de ales, dacă e posibilă. Dupe situația tumorii se vor face și incisiuni particulare sau chiar operațiunii prealabile, precum e resecția mânerului sternului în gușele endotoracice. Să nu uităm că aceste tumori au caracterele obișnuite de vascularitate ca și gușele în genere; acest caracter este important de considerat mai ales în tumori tiroidiene endo-laringiene, endotraheale sau ale bazei limbei.

În sfârșit, în gușele inflamate putem face incisia și extirparea sau câte o-dată enuclearea. Fără a stabili o regulă fără excepțiunii, putem spune că extirparea va fi indicată la început și incisia mai târziu. În afară de vârsta inflamației, mai jôcă rol în alegerea procedeu-lui și natura și virulența inflamației.

Discuția raportului

Roux (Lausanne). — Experiența mea personală se întinde asupra 526 operațiunii de gușă ordinară. Din punctul de vedere al indicațiunilor operatôre, bine precisate de *Reverdin*, îmi permit mai întâi

a insista asupra influenței gușei asupra circulației. În afară de Basedow și de turburările cardiace consecutive acțiunii mecanice a gușei și a genei în respirație, eu cred că gușa provacă cu timpul în aparatul cardio-vascular turburări care nu se pot încă explica și care ne reamintesc fără voe vechea teorie a regulării sanguine atribuită altă dată corpului tiroid. Experiențele recente ale lui *Cyon* par a demonstra acțiunea directă a unei iritațiuni a rămurilor cardiace la nivelul corpului tiroid.

E aproape imposibil a recunoște cu siguranță și de la început transformarea cancerosă a unei gușe vechi, așa că trebuie scosă ori-ce gușă care de o-dată începe să crească repede.

Pronosticul depărtat al gușei cancerose, operată din vreme, fiind excelent, e încă un motiv că nu trebuie să așteptăm turburări accentuate care să impună diagnosticul. Am fost cel d'ânteu care am recomandat a se renunța la anestezie, chiar la cea locală, cu cocaină, care are și ea neajunsuri la omeni a căror cord e susceptibil. Narcosa inițială a lui *Julliard* e mai neplăcută de cât anestesia profundă.

Operația fără narcosă este mai puțin sângerosă, mai ușoră și mai puțin periculoasă, bolnavul acuzând imediat tracțiunile și induoirurile exercitate asupra tracheei, se evită adesea ori tracheotomia. Congestia pulmonară dupe operația de gușă se observă tot așa de des fără narcosă ca și dupe cloroformisare sau eterisare. Bolnavii se simt mai bine dupe operația făcută fără narcosă. Eu prefer incisia în formă de gulerăș, mai ales la femei.

Secțiunea mușchilor pre-tiroidieni se face ați rar. Ca și *Kocher*, mă mulțumesc cu o tăetură mediană aproape de inserția de sus a mușchilor, mai ales în gușa care se coboră și dacă turburările respiratorii sunt pronunțate.

Nimeni n'a insistat măi mult ca mine asupra importanței de a începe prin legătura tiroidienei superioare și prepararea gușei—legătura istmului—in apropierea tracheei, pentru ca acesta să fie accesibilă unei tracheotomii imediată la ori-ce moment. Acei care recomandă a începe cu luxarea unui lob întreg, cu sau fără legătura tiroidienei inferioară se expun a face o tracheotomie grea și sângerosă prin istm și mai cu sémă a nu cădea illico pe fața anterioară a tracheei. Numai dupe ce ne-am asigurat că trachea este lesne de găsit, procedăm la luxarea lobului întreg și facem legătura trunchiului chiar al tiroidienei inferioare, pentru a cruța recurentul. Dacă voim să facem enuclearea lui *Socin* primul act al operației nu trebuie să fie luxarea tumorii întregi. Dupe ce am tăiat capsula glandulară (*Reverdin*), se țin marginile îndepărtate cu pense cu ramuri late și se face enuclearea kistelor simple sau puțin nutrite, și cu acul lui *Reverdin* asigurăm hemostasa printr'o cusătură continuă cu catgut, care apropie fețele lojei lăsată liberă în restul corpului tiroid.

Când e vorba de gușă închistată, vascularisația poate fi mare și hemoragia dacă nu alarmantă, cel puțin abundentă și mai cu sémă inu-

tilă. Pentru aceste cazuri am recomandat legătura tiroidienei inferioare imediat dupe enucleare. In cas de strumită practicăm excisia sau enuclearea, când una din aceste operațiuni este indicată în afară de infecțiune supra adăogată, cu condiția ca infecțiunea să fie la începutul ei sau să fie o colecțiune veche bine închistată. In periôda flegmonosă trebuie să ne mulțumim cu incisia, pôte cu termo cauterul pentru a feri secțiunea de inoculare. Acastă incisie pôte da hemoragii mari, când procesul inflamator este încă prôspet, când în jurul unui focar de supurație, rău limitat, există părți strumose încă bine vascularisate. Hemoragia în asemenea casuri se face printr'un mecanism analog cu acela care se întâmplă în formarea gușelor hemoragice. Dislocarea lui *Wölfler* va fi rar indicată, fiind-că un corp tiroid rău aședat se manifestă într'un fel ôre-care când e destul de modificat pentru a merita mai mult de cât o simplă deplasare, dacă medicația iodurată nu ajunge.

Imbucățirea îmi pare nefolositoare de când *Kocher* și *Socin* au arătat cât de simplă a devenit operațiunea regulată. Exotiropezia, de care nu se mai vorbește din fericire, a fost inventată de *Mathias Mayor*, și mă miră că autorul n'a botezat o de la începutul secolului El numea acesta a transforma o gușă d'înăuntru într'o gușă din afară.

Procedeul lui *Doyen*, așa cum e cunoscut, nu 'mi pare un procedeu necesar, nu e nici așa sigur pentru integritatea recurentului și mă cam înduoesc să fie și mai repede; operațiunea lui *Kocher* și *Socin* se execută în puține minute, jumătate din timp pentru sutura cutanată.

Din 235 operațiuni de la lucrarea lui *Kopp*, care a fost utilizată de raportor, am pierdut 3, cea ce dă 1,27 % mortalitate. Avem 92 enucleări simple sau combinate cu legătura trunchiului arterial; cele-alte cazuri sunt operate dupe procedeul lui *Kocher*.

Prefer enuclearea simplă, dupe *Socin*, pentru toate kistele puțin vascularisate; o completăm prin legătura trunchiului tiroidian când e complexă sau prea sângerândă, și pentru cele-alte cazuri urmăm preceptele lui *Kocher*, șeful nostru, al tuturilor în materie de gușă.

Socin (Bâle). — Eu nu recurg în genere la anestezie, iar dacă da cred că cloroformul e superior eterului. In genere e de ajuns să facem anestezia locală cu cocaină 1%. In cazuri de gușă polikistică cu nucleii multipli, fac enuclearea masivă, cum o practică *Poncet*, dar trebuie să menajăm cõja glandulară comună. Statistica mea coprinde 200 operațiuni, dintre cari 117 enucleări, 62 extirpări și 21 operațiuni combinate. Am avut 163 vindecări în 8 zile, 36 cazuri complicate de absces și 1 cas mort de pneumonie hipostatică la o femeie de 69 ani.

Poncet (Lyon). — Enuclearea masivă n'are indicațiuni așa rare. De câte ori nu e vorbă de kiste bine limitate și justiciabile de enuclearea simplă a lui *Socin*, ci de gușe kistice generalisate la totă

glanda, enuclearea masivă va da rezultatele cele mai bune. De sigur că cõja trebuie păstrată pe cât e posibil.

Girard (Berne). — Raportorul pune sarcina ca contra indicațiune operatorie. Acastă stare nu e favorabilă, totuși nu cred că operația are o gravitate excepțională. Câte o-dată suntem forțați a interveni prin accidente de sufocație. Am intervenit de 6 ori în timpul sarcinei : de 3 ori în sarcini de 3—6 luni, de 2 ori în a doua lună și o-dată în a 8-a lună în timpul facerei. Tõte operatele s'au vindecat, în ultimul cas copilul s'a născut. Am practicat 545 operațiuni cu 6 morți, adică 1% ; două holnave au murit de pneumonie, unul de infecțiune supra-acută, și 3 de morțe subită în 48 ore. De 3 ori n'am putut practica operațiunea din cauza morței, survenită o-dată înainte de incisia pielii și de 2 ori înainte de incisia capsulei. Nu trebuie să recurgem de cât rar la anestezie și anume la cloroform.

Am făcut 159 enucleări, 130 extirpări parțiale, 112 resecțiuni și 88 operațiuni combinate.

Enuclearea este metoda de ales pentru gușe cu kiste solide sau licide, numèrul nodulilor însă să nu fie prea mare.

Imbucățirea lui *Péan* 'mi a dat rezultate în 2 casuri de gușe retrosternale. Pensele strivitoare ale lui *Doyen* 'mi-au servit în veri-o 10 casuri de resecțiune, dar nu sunt ispitit să le întrebuițez pentru pediculul, mai ales pentru cel inferior.

Nu cred în legătura atrofiantă a lui *Wölfler*. Succesul obținut prin această metodă în gușe simple difuze se explică și alt-fel. Adesea această gușă dispare prin ședere în spital, fie din cauza atmosferei iodoformată, fie din cauza repausului. Pentru ce se atrofiază jumătatea gușei care rămâne dupe extirparea celei alte jumătăți cu tõe că arterele primei jumătăți n'au fost atinse ?

În gușele vasculare sau *Basedow*, cred că nu interceptarea circulației arteriale lucrază ; căci ea se pôte ușor restabili pe cale colaterală, dar legătura frișorelor simpaticului care înșoțesc arterele cari se lęgă.

Legăturile cu mètase trebuesc părăsite, fiind-că adesea produc supurațiuni îndelungate.

Operații mei, în genere, s'au vindecat în 5—8 zile. În termen mediu operatul ese din spital dupe 8 zile.

Ed. Schwartz (Paris). — Am practicat veri-o 30 de operațiuni pentru gușe. Am părăsit de mult metodele nesângeroșe, ele sunt aprõpe în tot-d'a-una nefolositoare și adesea vătămătoare, când e vorba să facem o intervențiune ulterioară.

Aprõpe în tot-d'a-una am adormit operații mei cu cloroform sau eter, n'am observat nici un accident, totuși cred că în unele gușe kistice, lesne de enucleat, anestezia locală cu cocaină e de ajuns.

Operațiunea de ales în tumorii încapsulate în corpul tiroid este enuclearea intraglandulară. Am practicat-o de 16 ori fie pentru tumorii kistice, fie pentru nucleii solidi ; toți s'au vindecat prin prima in-

tenție. Odată am avut un accident serios, o hemoragie secundară, 2 ore dupe intervenție dintr'o greșelă de tehnică.

Am practicat de mai multe ori sutura hemostatică a capsulei glandulare, ca *Poncet*, și am avut succes. Drenez în toate cazurile. N'am observat recidivă și rezultatele plastice au fost bune, afară de unele cazuri în cari am făcut incisia cutanată longitudinală sau oblică. Incisia de ales este în gulerăș, convexă în jos, dă cicatricele cele mai frumoase.

Am făcut o-dată evidarea, o-dată enuclearea masivă sub capsulară și de 8 ori tiroidectomii: 5 unilaterale și 3 totale sau bilaterale.

Tiroidectomia unilaterală m'a dat 4 vindecări și un mort prin broncho-pneumonie. La acesta am făcut și o tracheotomie de urgență pentru accidente respiratorii grave; la un altul am observat o paralisie a vîlului palatului, care s'a vindecat, coincidând cu o paralisie recurențială care s'a ameliorat.

Tiroidectomia unilaterală trebuie făcută numai când dispoziția anatomică, o hemoragie serioasă care nu se poate opri, ne împiedică de a face enuclearea sau altă intervenție sub capsulară.

Am făcut de 3 ori tiroidectomia bilaterală cu 1 mort și 2 vindecări.

Intervențiunile mai recente sunt 2 din 1896; una s'a vindecat, cea-laltă a murit cu tetanie generalizată, dupe 3 săptămâni, cu tot tratamentul cu tiroidină. În ambele cazuri am lăsat aproape un sfert din glandă, chiar mai mult în cazul cu terminație fatală. Examenul a arătat că leziunile erau înaintate în porțiunea rămasă. Trebuie să ne abținem de la intervențiunile bilaterale.

Prima bolnavă, operată în 1882, a fost revădută dupe 10 ani cu o mică gușă a piramidei lui *Lalouette*, cerend să fie operată. Am refuzat, convingend'o că de asta ține starea ei generală bună.

Boeckel (Strasbourg).—Am practicat 74 operațiuni pentru gușă, cu 8 morți: 3 subite, câte-va ore dupe intervenție. O-dată am rupt jugulara internă, mergend prea repede.

De 59 ori am operat femeii între 20 și 50 ani; înainte de 15 ani am vedut numai 4 cazuri.

De 59 ori era gușă parenchimatósă, de 6 ori gușă retrosternală, de 11 ori kistică.

Am făcut 25 tiroidectomii parțiale cu 3 morți; 2 totale cu un mort subit, 47 enucleări cu 2 morți.

Poncet în 1896 a descris enuclearea masivă, și 'i a dat un nume nou. Eu făceam această operațiune cu toate amănunțimele ei înainte de comunicarea lui *Poncet*.

Fontan (Toulon).—Relatez cazul unui om de 57 ani, la care o gușă enormă a disociat și îndepărtat esofagul de trachee. Am făcut extirparea masivă, la sfârșitul operației am observat că esofagul a fost tăiat. Am vedut atunci că gușă a împins tracheea la dreapta și esofagul la stînga; iar distanța între cele 2 organe era de 15 centi-

metri. Bolnavul a murit de mediastinită și bronco-pneumonie infecțioasă dupe 3 luni.

Tédenat (Montpellier).—Am făcut 25 extirpări pentru gușă; de 13 ori enuclearea masivă a lui *Poncet* (gușă degenerată în totalitate); de 4 ori resecțiunii parțiale. Toți au fost operați fiindcă gușa le pricinuia accidente, și toți s'au vindecat.

Am recurs la anestezie generală cu cloroform sau eter fără accident.

Doyen (Paris).—Eu prefer incisia cutanată transversală, fiindcă lasă o cicatrice mai mică. Eu sunt de părere că trebuie operat repede, a scôte imediat prelungirea sternală, a o luxa și a merge drept la pediculul vascular, la artere. Operând ast-fel 'mi trebuie 6—15 minute și n'am hemoragie.

Pentru a combate accidentele de dispnee, recomand un mic aparat inventat de mine pentru a tuba laringele, în loc de a face tracheotomie. Adaptând la el altă piesă se poate împinge până în trachee.

Poncet (Lyon).—În privirea accidentelor asfixice care le întâmpinăm în timpul operației de gușă, tubajul laringelui va fi nefolositor. Sediul obstacolului este mai jos, mult mai jos, și pentru acesta s'a construit de mult canule de 12—14 centimetri lungime.

Doyen (Paris).—Pentru acesta am spus și eu că trebuie adăogat acestui aparat un ajustaj cu o sondă de cauciuc roș.

Roux (Lausanne).—Nu cred că trebuie să insist așa mult asupra manoperilor tracheale în gușă. Prin acesta accidentele pulmonare au mai multă șansă a se produce și scim că tocmai aci e pericolul.

Poncet (Lyon).—Adug că voiți protesta în tot-d'a-una în privirea tendinței la măestria operatorie. Fără îndoială, trebuie mers repede, dar cu băgare de seamă, pentru a nu rupe vase, fără folos, trăgând prea tare. *Doyen* spune că trebuie să aținșim asupra arterelor, dar aproape în tot-d'a-una hemoragia se face din vene.

Doyen (Paris).—Lui *Poncet* voiți spune că trebuie procedat repede și că ore-care iuțelă e mai puțin periculoasă ca o lentore prea mare.

Lui *Roux* voiți răspunde că n'am făcut nici o-dată tracheotomie pentru gușă. Aparatul de tubaj pe care 'l presint este bun de cunoscut pentru a combate accidente de dispnee de altă cauză decât aceea care poate hotări scoterea unei gușe. În tiroidectomie nu 'l am întrebuințat nici o-dată.

Bérard (Lyon).—După tiroidectomie adesea temperatura se urcă la 40° și 41°, în proporție de $\frac{6}{10}$ pentru enucleațiile, de $\frac{3}{10}$ pentru resecțiunile parțiale. Acesta e datorită resorbției de substanță hipertermisantă conținută în gușă și revărsată în plagă în cursul operațiunii. Pentru a proba acesta am injectat la iepuri produse glicerinate de gușă și am obținut febră, pe când injecția de glicerină conținând sucule corpului tiroid normal nu făcea nici un efect.

Supurațiunile otitice ale lojei cerebeloase

Picqué (din Paris),—distinge următoarele varietăți: colecțiuni osteo-durmeriene, intra-durale, peri-cerebeloase și intra-cerebeloase, colecțiuni în bisac saū în etaje.

Colecțiunile durmeriene anteriore vor fi atacate pe calea mastoidiană, iar cele posterioare prin calea occipitală.

Calea mastoidiană parțială permite de a ajunge pe colecțiunile intra-durale peri-cerebeloase și colecțiunile intra-cerebeloase antero-interne.

Simpla trepanațiune a fosei occipitale este insuficientă, de aceea propune de a tăia un larg lamboū osteo-plastic mastoido-occipital retro și sub sinus.

Reunirea imediată a pavilionului urechei dupe cura radicală a otoreei

Maure (din Bordeaux),—propune pentru a înlătura mal-formațiunile cicatriciale să se sutureze imediat pavilionul urechei.

Malherbe spune că a întrebuițat încă de la 1894 un procedeu analog cu cel descris de *Maure*.

Craniectomia temporară

Toma Ionescu (din Bucuresci).—Craniectomia temporară, care permite de a descoperi suprafața unui emisfer cerebral, de a practica explorațiunii întinse ale suprafeței și în profunđimea creerului, și de a obține decompresivni complete, grație incisiunii întinse a durei-mater, și acesta fără largi pierderi de substanță permanentă a craniului, este o operațiune ideală, cu condițiune ca să fie absolut benignă. Simplificarea manualului operator, o instrumentație care să evite ori-ce sguduire a creerului, sunt condițiuni indispensabile pentru a asigura benignitatea acestei operațiuni, și a o face să intre în practica curentă a chirurgiei. Instrumentațiunea lui *Doyen* a simplificat mult operațiunea și a asigurat în parte benignitatea; dar se pōte să înlăturăm încă unele inconveniente pe cari le presintă instrumentația lui *Doyen*; în adevăr, aparatul instrumental de care mē servesc acum îmi pare mai superior prin simplitatea sa și mai cu sēmă prin inocența sa absolută.

Nu mē servesc de cât de 3 instrumente: trepanul montat numai cu meșa perforatorie a lui *Doyen*, fără să recurg la frese.

Găurile făcute, punțile osose intermediare sunt tăiate printr'un ferestrăū mensurator, construit ast-fel în cât în momentul mensurațiunei grosimei osului, cursorul descopere lama ferestrăului pe o înălțime egală cu aceia a osului de ferestrut. Pentru a tăia tabla internă și deci puntea osoasă rămasă în urma ferestruirei, mē servesc de un instrument format din 2 tije vericale și paralele, una fixă și alta mo-

bilă, mișcându-se pe o tijă orizontală pe care ea este visată. Extremitățile libere ale celor două tije verticale sunt introduse în cele 2 găuri care limitează puntea osoasă. Cele 2 tije sunt apropiate cu ajutorul unei chei puternice și extremitățile tijelor se angajează așa de bine în secțiunea osoasă, în cât depărtază suprafețele, făcând să eclateze lama internă pe totă întinderea liniei de secțiune a lamboului osos, al cărui pedicul cedeză în același timp, fără să avem nevoie a mai recurge la daltă și ciocan. Deci se înlătură cu totul sguđuirea cerebrală.

Am practicat 16 craniectomii temporare pe 15 bolnavi; pe un microcefal am făcut hemicraniectomia bilaterală.

Aceste 16 intervențiuni se descompun ast-fel: 14 hemicraniectomii și 2 craniectomii parțiale, fronto-parietale. În 11 cazuri operațiunea a fost numai decompresivă și evacuatrice a edemului cerebral; în 4 cazuri ea a fost urmată de resecțiunea întinsă a scórței cerebrale; și o dată am resecat un segment din dura-mater îngroșată și aderentă.

Am pierdut un singur operat, prin hemoragie cerebrală secundară, în urma unei resecțiuni întinse și profunde a scórței, hemoragia s'a produs prea repede și mórtea a survenit prea iute, pentru a permite o intervențiune secundară, care ar fi putut salva bolnavul. Două bolnavi epileptici și maniaci au sucombat târziu, o lună și o săptămână dupe intervenție, unul în acces, iar altul de o gangrenă pulmonară, iar nu de urmărirea operațiunii.

Rezultatele terapeutice sunt: două cazuri de epilepsie traumatică veche, una generalisată, alta jacksoniană; craniectomie fronto-parietală parțială, cu resecțiunea unui segment din dura-mater îngroșată și aderentă, într'un cas; iar în altul, resecțiunea scórței ulcerată pe o întindere de mărimea unei piese de 5 lei. Amândouă bolnavii sunt perfect vindecați (dupe 5 și 6 luni). O epilepsie jacksoniană, fără leziuni aparente, hemicraniectomie stângă, resecțiunea scórței rolandice 3—4 c. m. Vindecare dupe un an. Două frați gemeni, histerici, căzuți într'o stare de prostrațiune și de idiotism, de 7 luni; hemicraniectomie stângă, edem cerebral, decompresiune. Vindecare, dupe un an și jumătate. Un epileptic și manie acută, hemicraniectomie, edem cerebral, depresiune prin mobilizarea lamboului osos. Vindecare dupe 4 luni. Patru idioți, 2 idioți epileptici, hemicraniectomie, insucces, într'un cas am găsit lobul frontal stâng complet atrofiat. Un epileptic hemiplegic și afasic, hemicraniectomie stângă, resecțiunea scórței rolandice, foarte ameliorat. Două epileptici cu manie acută, la care am făcut întâiu resecția simpaticilor și nu am obținut succes; hemicraniectomie, edem cerebral; sunt cei două cari au sucombat dupe o lună și 6 săptămâni. În fine un microcefal idiot a fost foarte ameliorat dupe a doua hemicraniectomie, căci a fost bilaterală.

În defnitiv, avem 6 vindecări, 2 ameliorări, 6 insuccese, 1 mort operator, adică 6.7%, și 2 morți tardiv, adică 13.3%.

Doyen pe 38 cazuri, are 13 morți, deci 31.5% și o singură vindecare terapeutică, 17 ameliorări și 8 insuccese. *Chipault*, 12 cazuri cu 2 morți, deci 16.6%. Mortalitatea operatorie este: *Doyen* 21%; *Chipault* 8.3%. Mortalitatea tardivă: *Doyen* 10.5%; *Chipault* 8.3%.

Pe o statistică generală de 90 de operațiuni, găsim: 69 vindecări operatorie, 14 morți operatori și 7 tardivi. Pe 69 vindecări operatorii, 22 vindecări terapeutice, 24 ameliorări și 23 insuccese.

Mortalitatea operatorie este deci de 15.5%, pe când în trepanațiune (*Terrier*, *Chipault*) ea este de 28.7%.

În definitiv, benignitatea mai mare a craniectomiei temporare, eficacitatea sa de sigur superioară, căci ea permite explorarea întinsă și completă a suprafeței și a profunzimii emisferului cerebral; posibilitatea de a stabili o largă și permanentă decompresiune a creierului, fără largi și permanente pierderi de substanță care rămân după trepanațiune, sunt avantajele indiscutabile ale craniectomiei pe care le-a dobândit grație mai ales manualului operator, desigur mai sus.

Operațiunea strabismului

Landolt (din Paris), descrie un procedeu care consistă în a detașa mușchiul și a-l fixa prin două puncte la sutură, aproape de cornee.

Extirparea unui polip naso-faringian prin metoda lui *Doyen*

Chibret (d'Aurillac). Am operat prin acest procedeu un caz de polip nasofaringian la un om de 27 ani, și care data de 10 $\frac{1}{2}$ ani. A mai fost operat parțial de 2 ori cu ansa galvanică. Tumora a continuat totuși să crească și când am vădit-o avea o prelungire nasală și una orbitară la dreapta.

Am operat prin procedeul lui *Doyen*, și operația a fost ușoară. O hemoragie abundentă s'a oprit îndată ce tumora a fost scoasă. Bolnavul s'a vindecat în 15 zile.

Avantajele acestei metode sunt repedeștiunea în executare și lipsa de mutilare. Intubația laringee cu tubul lui *Doyen* simplifică operația. Hemoragia mare se explică prin natura histologică a tumorii, un mare număr de vase de nouă formațiune, permițând a face diagnosticul de angiom.

Un nou procedeu operator în cazurile de constricțiune cicatricială a maxilarelor

Ceci (din Paris), a imaginat un procedeu nou care coprinde următorii timpi: se taie 2 lambouri geno-maseterine, plecând de la comisura buzelor, la șanțul labio-mentonier; se extirpă aderențele și masele cicatriciale existente, se depărtază cu forța maxilarul inferior, cu ajutorul a 2 lambouri musculo-cutanate, coprinzând fie-care jumătatea frunzei, cu pedicule temporale se realizează ast-fel o autoplastie bilaterală. După 15 zile se secționază pediculele temporale.

Tratamentul chirurgical al paralisei faciale prin anastomosa spino-facială

Faure (din Paris). In casurile de paralizie datorită secțiunii saū distrugerii nervului facial în interiorul stâncei, propune anastomosa capătului periferic al nervului facial cu capătul central al nervului spinal.

Torticolis spasmodic; resecțiunea spinalului

Coudrag (din Paris), consideră resecțiunea ramurei externe a spinalului ca singurul tratament rațional în torticolisul spasmodic; critică secțiunile multiple și succesive ale mușchilor gâtului. Bine înțeles că rezultatul terapeutic, consistă numai într'o simțită ameliorațiune, știut fiind, că contractura este de ordinar sub dependența leziunilor cerebrale.

Doyen se laudă cu succesele obținute prin procedeul lui *Kocher*.

Secțiunea simpaticului cervical

Abadie (din Paris), arată că excitațiunea permanentă a nervilor vasodilatatori, provocă turburări de nutrițiune în organele la care se duc, și bôle diferite pot să resulte din aceste perturbațiuni vasculare. Deci nu e nimic surprinzător că afecțiuni atât de desparate în aparițiune ca glaucomul, gușa exoftalmică, etc., să se vindece în urma secțiunii simpaticului cervical.

Témoin (din Bourges), comunică un insucces într'un cas de gușa exoftalmică, la care a făcut resecțiunea bilaterală a simpaticului cervical.

Resecțiunea simpaticului cervical ca tratament al epilepsiei, gușei exoftalmice și glaucomului

Toma Ionescu (București). Din August 1896, când am practicat cel d'ântăiū resecțiunea simpaticului cervical, întinsă la început la primii două ganglioni și în urmă la tot lanțul cervical, ca tratament al gușei exoftalmice și al epilepsiei, am repetat de 55 ori această operațiune. Din Septembre 1897, când am resecat cel d'ântăiū ganglionul cervical superior al simpaticului în glaucom, am repetat de 8 ori această intervenție.

Resultatele imediate și tardive pe cari le-am obținut, au fost publicate în parte la congresele de chirurgie din 1896 și 1897, la congresul din Moscova și la Academia de medicină. Scopul acestei comunicări este de a da statistica mai integrală și de a precisa basându-mă pe casuri destul de vechi și destul de conchiștătoare, efectele terapeutice ale operațiunii, precum și urmările imediate și tardive.

Resecțiunea chiar totală și bilaterală este o operațiune absolut benignă. N'am perdut din cauza operațiunii absolut nici un bolnav, și pentru a reduce la minimum traumatismul, este de preferat de a face operațiunea în 2 ședințe, distanțate de 7—8 zile, resecând de fiecare dată simpaticul dintr'o parte. Resecția numai a ganglionului superior pöte fi făcută de ambele părți numai într'o singură ședință, fără nici un inconvenient.

Urmările imediate sunt neînsemnate, fenomenele oculare post-operatorii ca infundarea globului ocular, căderea pleópei superioare, strimtorarea pupilei, se observă tot-d'a-una și sunt permanente. Urmările tardive sunt absolut nule. Starea generală nu e întru nimic influențată. Operații, dupe două ani și mai mult chiar, sunt într'o perfectă sănătate și nici o dată n'am avut ocasiunea să înregistrez cea mai mică turburare trofică.

Cât despre efectele terapeutice, iată statistica mea: pe 45 epileptici operați, 6 au sucombat, timp mai mult sau mai puțin lung dupe operație, fie în timpul unui acces, fie de o acțiune intercurrentă. Din 39 cari rămân, unii sunt prea recenți ca să pot să vorbesc de ei, alții n'au putut să fie urmăriți, 18 însă dintre ei au fost urmăriți destul timp; dintre aceștia 10 sunt perfect vindecați, nemaî având nici un acces de 2 ani (5), de un an și 7 luni (1), 15 luni și 1½ an (3), 6 luni (1); 6 sunt ameliorați și pe 2 n'am obținut nici un rezultat.

Deci 55⁰/₀ vindecări, 28 ameliorări și 15⁰/₀ insuccese. Printre casurile vindecate vom semnala unul unde epilepsia era asociată cu corea; ei bine, ambele afecțiuni au fost vindecate dupe operațiune (dupe 2 ani).

Aceste excelente rezultate sunt datorite, de sigur, operațiunii pe care o preconizez și o practic=resecțiunea totală și bilaterală a lanțului cervical al simpaticului=, căci numai ea modifică destul de profund circulațiunea encefalică, ceea ce nu se pöte obține nici prin simpla secțiune a cordonului (*Jaboulay*), nici numai prin resecțiunea ganglionului superior (*Alexander*), a celui mediu sau inferior, ale căror efecte nu pot fi de cât trecătoare și incomplete.

În bóla lui Basedow, pe 10 operați, am 6 casuri tip de Basedowism adevărat, cu 6 vindecări, datând de 26, 25, 15, 11, 7½ și 4 luni; într'unul din casuri, maladia lui Basedow era asociată cu glaucomul și 4 casuri frustrate și Basedowism secundar, foarte ameliorate, dar nevindicate. Într'unul din aceste casuri din urmă, n'am făcut de cât ablațiunea unilaterală a simpaticului. Afară de primele 2 operate la care n'am ridicat de cât cei 2 primii ganglioni și cari de altfel sunt perfect vindecate astăzi, în toate cele-alte casuri am făcut ablațiunea totală a lanțului cervical. Modificarea profundă a stărei nervoase, disparițiunea foarte repede a fenomenelor oculare, scăderea pulsului și dispariția tachicardiei sunt primele urmări ale operațiunii. Gușa diminuează puțin câte puțin și suferă o transformare sclerósă, care merge până la dispariția completă. Și aci bunele rezultate pe

care le-am obținut sînt datorite resecțiunii forțe întinse sau totale, pe care am preconisat'o și practicat'o în locul simplei secțiuni a simpaticului, singura intervențiune care a fost propusă și practică înaintea mea (*Jaboulay*). De alt-fel toți cari de la comunicarea mea la congresul de chirurgie din Paris, din 1896, au încercat să trateze boala lui Basedow printr'o intervenție asupra simpaticului, n'au făcut mai mult de cât resecțiunea simpaticului mai mult sau mai puțin întinsă, dupe cum o preconisaseam, și între aceștia se coprinde și *Jaboulay*.

În definitiv, resecțiunea simpaticului dă rezultate excelente, mai cu seamă în formele adevărate ale bôlei lui Basedow, acolo unde operațiunile pe corpul tiroid dau rezultate aproape nule (*Schlessinger*), dar pentru acêsta, trebuie să ridicăm tot lanțul simpatic, căci *Morat* a demonstrat că nervii vaso-dilatatori ai corpului tiroid urmêză lanțul toracic și ganglionul cervical inferior, pentru a ajunge în corpul tiroid. Trebuie dar, să se ridice acest din urmă ganglion, pentru a obține un efect durabil și sigur. (*Briau*, Thèse de Paris, 1897).

În glaucom, pe 7 resecțiuni ale ganglionului cervical superior și o resecțiune totală a simpaticului cervical, am obținut rezultate excelente și durabile, mai ales în trei casuri; două glaucome cronice simple în care vederea s'a ameliorat într'un mod simțitor și s'a menținut dupe 11 luni într'un cas, dupe 9 în altul, cei 2 bolnavi suferiseră prealabil dubla iridectomie, fără rezultat. Unul a conservat percepțiunea luminosă într'o parte și distingerea obiectelor numai la câte-va centimetre în partea opusă; astăzi, 11 luni dupe operație, distinge perfect literile de 8 cm. înălțime, la 1.50 cm. cu ochiul drept și la 1 m. cu cel stîng.

Al doilea, bolnava operată de o singură parte, unde avea percepțiune luminosă și putea număra degetele la 15 cm. actualmente, 9 luni în urmă, distinge toate obiectele la 2.75 cm. În fine, al treilea, atins de glaucom cronic iritativ, care suferea de dureri violente periorbitare și occipitale de 10 ani, și căruia i se făcuse dublă iridectomie fără rezultat, 'i-au dispărut complect durerile imediat dupe operațiune și dupe un an nu mai suferă de loc, căci vederea i-s'a ameliorat așa că scrie perfect, citește scrisorile femeii sale și toate imprimatele. Starea sa nervosă s'a ameliorat, așa că, declară că se află într'o stare excepțională, nedorind de cât durabilitatea acestui perfect rezultat.

În cele-alte 5 casuri, rezultatele n'au fost așa de bune, fie în glaucomul acut, fie în glaucomul cronic simplu absolut.

În definitiv, cum operațiunea este absolut benignă, nu esit a o preconisa în toate formele de glaucom, așteptând ca experiența să ne arate casurile unde eficacitatea sa este mai sigură și mai durabilă.

Vindecarea adenitelor cervicale fără cicatrice

Calot (din Berck-sur-Mer),—pentru a înlătura cicatricele după gât, preconisează în cazurile de ganglioni ramoliți o simplă puncțiune făcută cu un ac subțire și urmată de o injecțiune modificatrice.

Guinard susține extirparea urmată de sutura intra-dermică.

Le Dentu și *Reboul* susțin injecțiunile modificatrice.

Esofagotomia intra-mediastinală pentru corpi străini în esofagul toracic

Emile Forgue.—Un copil de 8 ani, înghite o monedă mare, acum 3 luni. Un confrate încercă în zadar a-o scóte cu panierul lui *Graefe*, esofagul sângeréză. Un alt medic *Masmejean* (Bességes) nu mai încercă extragerea, alimentația devenise grea, înghițirea durerósă, se hrănea numai cu lapte, devenise slab și palid, avea o durere toracică profundă, accese de sufocație și crise de tusă chintósă, după care espectora o spută muco-purulentă cu striuri de sânge; avea semne de bronchită mai cu sémă la drépta și de acéstă parte o zonă de submatitate pulmonară; vèrséturi de alimente, în fine, cu urme de sânge. Părea decí că corpul strein, de și cu conturul neted s'a fixat în esofag, producénd și un șanț ulcerat în punctul de fixare. Era decí prudent a nu mai face nici o încercare de a scóte moneda cu forța, pentru a nu perfora esofagul, producénd o hemoragie mortală prin lesiunea vaselor mari sau un flegmon septic în mediastin sau în pleure. Nu se puteau lăsa lesiunile parietale să se agraveze, denuțriția să crească prin disfagie, trebuia decí procedat la extragerea corpului printr'o incisie metodică directă și aseptică. Cunoscințele de medicină operatorie asupra căilor de pătrundere în mediastinul posterior, datorite lui *Wasiloff*, *Quénu* și *Hartmann*, și localizarea precisă cu radiografie a corpului strein, au fost de mare folos. Radiografia făcută de profesorul *Imbert*, a arătat că moneda s'a oprit la nivelul celui de al 4-lea spațiu intercostal, la drépta colónei vertebrale.

Contrar preceptului lui *Quénu* și *Hartmann*, toracotomia s'a făcut la drépta pentru a ajunge în mediastinul posterior. Operația a fost simplă și repede în primele timpuri. Copilul culcat pe partea stângă, un sul sub torace, capul puțin plecat înainte, se face o incisie verticală de 14 cm. pe unghiul cóstelor, între șira spinărei și marginea spinală a omoplatului, mijlocul incisiei respunde la un lat de deget sub spina omoplatului. Se taie până la cóste. Se denudéză de periost cóstele a 5-a, a 6-a și a 4-a de fie-care parte a unghiului, pe o întindere de 5 cm. și se rezeacă. Se face hemostasa celor 3 artere intercostale, toracele fiind ast-fel deschis se bagă degetul sub marginea internă a deschidéturei toracice, deslipind pleura parietală. Clivajul fóei parietale se face la acest nivel fórte ușor și cu siguranță, fiind grósă și resistentă. Ast-fel ajungem pe flancul drept al verte-

brelor dorsale. Cu degetul se simte moneda, dar la o profunzime de 8 cm. într'un focar întunecat printr'o hemoragie mică venoasă; era imposibil și neprudent a face o incizie în această profunzime. Cu degetul se încercă a libera esofagul, urmând linia de reflectare a pleurei mediastinale pentru a deslipi de fața posterioară și flancul drept al esofagului. Manopera acesta n'a reușit, degetul lucra în spațiul celular grănos care se continuă cu spațiul cervical retro-visceral al lui *Henle*. Nu se mai găsea planul de clivaj dintre esofag și pleură, iar moneda nu se mai simțea. Încercările au trebuit să fie întrerupte, copilul se asficsia. Se tamponază mediastinul cu un *Mikulicz*, în punctul decliv se pune un dublu dren și se cose partea de sus a inciziei.

Urmările au fost simple, moneda însă rămase în loc, cum s'a vădit la radiografie. Dupe 12 zile altă intervențiune. O nouă încercare de extragere pe cale naturală nu putea să mai fie așa periculoasă, mediastinul fiind drenat prin intervenția anterioară, chiar dacă se perfora esofagul. În adevăr, cu panerul s'a scos moneda printr'o tracțiune forte.

Froelich crede că trebuie să facem o deosebire între copiii netezi și cei neregulați, asușiți. Cei d'ânteu trebuie scoși tot-d'a-una cu panerul lui *Graefe*; el a scos de 2 ori câte o monedă din esofag, cu acest paner, odată dupe 15 zile, a doua oară dupe 3 luni.

Auto-plastia prin alunecare a sânului

Legueu, — într'un cas de cancer al sânului recidivat, dupe ce a extirpat din nou părțile bolnave, a fost nevoit, pentru a acoperi suprafața rămasă sângerândă să croiască un lambou dupe jumătatea opusă a toracelui, făcând ast-fel să alunece complect mamela din partea sănătoasă.

Morbul lui Pott la copii de țâță

Froelich (Nancy). — Studiul e basat pe 26 observațiuni personale, sediul leziunii e tot-d'a-una colona lombară, prima și a doua vertebră (22 ori din 26); leziunile nervoase sunt nevrite prin compresiunea codeli de cal, abcese prin congestie (4 casuri). Bôla începe prin paralisia membrilor inferioare, pe urmă apare o gibositate lombară largă, fără unghiū, precedată printr'o stare de rigiditate a regiunii lombare.

Pronosticul e bun (4 morți), durata de 1—2 ani.

Diagnosticul e greu la început, paraplegia sémănă cu paralisia infantilă; se deosebesce prin aceea că ocupă ambele membre, nu e nici o-dată complectă, lipsesce reacția de degenerescentă. Paraplegia se mai pôte confunda cu impotența membrilor inferioare de la începutul rachitismului, datorită durerilor. Apăsarea pe ôse este dureroasă în rachitism și nedureroasă în morbul lui Pott. Când gheba e primul

simptom, se p \acute{o} te confunda cu cifosa lombară rachitică sau cu atitudinea vici \acute{o} să trec \acute{t} ore a copiilor de t \acute{a} ț \acute{a} . Dar în aceste afecțiuni, col \acute{o} na lombară r \acute{e} m \acute{a} ne liberă și când se înțepenește în rachitism nu mai e ghebă lombară ci o cifosă lombo-dorsală, ușoră de d \acute{o} osebit.

Tratamentul trebuie să îndrepteze și să imobilizeze col \acute{o} na și să vin \acute{d} ice leziunile nerv \acute{o} se.

Pentru a imobiliza și îndrepta gheba la un copil mai mic de un an, autorul se servă de o scândurică capitonată pe care fixează copilul îmbrăcat, în lordosă, cu cingători și bretele.

La copii de peste un an întrebuintează corsetul gipsat amovibil, întărit cu 6 atele de fetru.

Când p \acute{a} ntecele e mare, corsetul se reduce la 2 inele gipsate înguste unul sub axile, cel-alt împrejurul basinului, reunite la spate prin 4 atele de fetru.

Corsetele imobilizează copilul în lordosă tare, dupe ce se îndrept \acute{e} ză gheba, dac \acute{a} există. Servesc 8 luni p \acute{a} nă la un an.

Impotriva leziunilor nerv \acute{o} se masagi \acute{u} , electricitate, hidroterapie.

Resultatele: pe 26 casuri, 4 morți, 10 încă sub tratament, 12 vindecați; gheba nu e aparentă la exterior, turburările nerv \acute{o} se au dispărut și starea generală e f \acute{o} rte bună.

Resultatul ligaturilor atrofiante în tumorile neoperabile

Tuffier. — Comunică ultimele încercări în acest sens. În 1896, luna Iunie, a practicat legătura vaselor uterine și utero-ovariene la o femeie care a sucombat tocmai în August 1898. Din nenorocire e singurul cas încurageant observat de d \acute{e} nsul, căci în alte casuri evoluțiunea neoplasmului nu a fost de loc modificată, totuși scurgerile au diminuat f \acute{o} rte mult.

Le Dentu și *Roux* au făcut, primul în mai multe casuri de cancer al limbei, legătura lingualelor, și cel-alt legătura hipogastricelor în cancerul uterin și nu au observat nici o modificare notabilă.

Vindecarea unei spine bifidă, operată de la nascere

Larger. — Presintă un copil de 3 ani pe care l'a operat în primele 24 ore de la nascere, pentru o spină bifidă.

Dor (din Lyon). — Vorbesce asupra anatomiei patologice comparate a botryomicosei umane și equine.

Thi \acute{e} ry (din Paris). — Susține eficacitatea și inocuitatea pansamentului picrat în tratamentul arsurilor.

Duoi ani de chirurgie gastro-intestinală

Roux (Lausanne). — Se p \acute{o} te observa la noi un progres asupra stărei în care bolnavii de stomac vin la chirurg, fie de la sine sau trim \acute{e} și de medic. Acesta ține de reclama spontanee pe lângă public a

operațiunilor reușite asupra stomacului, a căror număr crește saū de la fiasco mai mult saū mai puțin complet al chimiatriei stomacale.

În acești 2 ani, în loc de 36⁰/₀ de bolnavi la cari nu se mai putea face nici o operațiune, cum am scris în *Revue de Gynécologie* a lui Pozzi, n'am avut de cât 2 bolnavi la cari s'a făcut numaī o laparatomie exploratrice și unul saū duoī la cari și acesta era contra indicată.

Pentru cancer al pilorului, am putut face 11 pilorectomiī pe 15 gastro-enterostomiī; numaī în 4⁰/₀ din casuri s'a făcut simpla laparatomie exploratrice.

În sfârșit, în acești 2 ani am operat atâtea casuri de cancer al pilorului, ca în primii 9 ani ai serviciului meu spitalicesc.

În ce privește procedeul, avem șese pilorectomiī ordinare cu un mort; 2 dupe Kocher, fără mort; 4 prin procedee combinate, cu 2 morți. Total 12 operațiuni cu 3 morți. Voiū menționa rezultatul funcțional minunat obținut la 2 bolnave atinse de strămptorare maximă, aprōpe la mijlocul stomacului, strămptorare reprezentată în afară printr'un cordon gros ca degetul și lung de 2 c. m., la una din bolnave, de 6—7 c. m., la cea-altă. Stomacul era împărțit în 2 pungī, dintre cari, cea pre-pilorică ocupa $\frac{2}{5}$ aprōpe, cea-altă $\frac{3}{5}$.

O incisie de 10 cm. pe fața anterioară a fie-căreia din pungī, cu cusătura în trei planuri ne-a dat un rezultat funcțional imediat, excelent. Ultima bolnavă, care suferea de 25 ani, credea că nu mai are stomac.

Pentru gastro-enterostomie am rămas credincios procedeulū în Y; totuși de 4 ori, pentru a găsi un loc liber pe pēreții stomacului, a trebuit să facem o gastro-enterostomie anterioară, și pentru a economisi minutele, a o face iute; 2 bolnavi aū murit. Unul avea o tumoră pornită din pancreas și copleșind ficatul, cel-alt o carcinosă a peritoneului. Unul din cei supra-viețuiți a suportat câte-va luni mai înainte o gastro-enterostomie posterioară, a cărei deschidere se astupase cu cancer; 7 țile dupe a doua operație a părăsit clinica.

Pentru a suprima saū micșora scurgerea conținutului gastro-intestinal în abdomen, am făcut ore-cari încercări; ast-fel am făcut câte-va gastro-enterostomiī posterioare simple, fie cu forfecele lui Eck, saū ansa de platină cu o funcțiune analogă, când era urgent de a câștiga 8—10 minute. În unul din aceste casuri din urmă, bolnavul de 66 ani, emfisematos și cardiac, a murit,— adică 1 pe 10 în această serie.

Dacă trecem acum la gastro-enterostomia în Y, avem 31 casuri cu 3 morți post-operatorii. O altă bolnavă, trăind singură cu servitōrea, morfomană și de mai multe ori atinsă de apoplexie, a avut a doua țile de la operație o hemiplegie totală, cu afasie; mai târziu a refuzat ori-ce nutriment, și a fost lăsată așa mai multe țile; ansele intestinale s'aū lipit între ele și în a 3 săptămână a avut fenomene de ocluziune, o incisie exploratrice a permis să se vadă induoitura jejunului în țevă

de pușcă, fără de nici o urmă de iritație peritoneală; bolnava a murit dupe 3 săptămâni. Atinsă de un ulcer mare cu transformare malignă, ea întârziase operația, recunoscută urgentă de 6 luni.

Cu această ocazie am făcut ôre-cari încercări pentru a reduce la volumul unei ampule a lui *Vater*, comunicarea dintre prima porțiune a jejunului cu a doua. Pentru acesta, dupe ce am tăiat circular tunica seroasă și musculară, am legat mucôsa cu un fir cu un singur nod, pe urmă am tăiat'o cu termo-cauterul. Cele două capete ale firului au fost legate în jurul unui grăunte de plumb de 5—10 milimetri și tăiate la nivelul nodului. Se taie apoi lateral ansa jejunală inferioară, numai atâta cât trebuie pentru trecerea grăuntelui de plumb. Sa face cusătura seroasă și musculară și trăgând de d'inafară asupra grăuntelui de plumb, el cade în intestin, trăgând și nodul și ast-fel se deschide ampula artificială.

S'ar putea generalisa întrebuițarea grăuntelui de plumb pentru toate anastomosele gastro-intestinale sau ne putem servi de butonul lui *Murphy* sau alte; acest procedeu ar avea mai multă siguranță ca firul lui *Doyen*, care se scôte pe afară. În acest procedeu cele două grăunțe de plumb ar înlocui potasa caustică a lui *Souligoux*, cu acest avantaj că tragerea lor în intestin as'gură o comunicare imediată.

Se vor pune firele cu grăuntele de plumb sau dupe strivirea tunicelor cu pensa lui *Souligoux* sau a lui *Doyen*, sau pe mucôsa. Secțiunea dincolo de fir cu termo-cauterul garantează asepsia. Gastro-enterostomia posterioară în Y cu 3 planuri de cusătură, cu toate că e posibil să se scurgă puțin din conținutul gastro-intestinal și cu toate că durează mult, nu e o operațiune așa de periculoasă, căci pe o serie de 24 gastro-enterostomii pentru afecțiune nesuspectă a pilorului n'am perdut nici un bolnav. Durata mijlocie a operației: 42—43 minute, cu totul, adică 85 minute pentru două operațiuni consecutive, cuprinzând și suturile mesenterice pentru a preveni o strangulare internă.

Era vorba cele mai adesea-orî de stricturi cicatriciale consecutive unor ulcere vindecate sau inel fibros funcțional la vechi gastroptose.

Cum a spus *Doyen*, în afecțiunile necancerose, chirurgia stomacală va avea un viitor strălucit, cât timp cel puțin femeile nu vor renunța a-și spânzura rochiile cu cordone strânse la partea de jos a toracelui său a-și face o talie de vespă cu corsetele lor.

Procedeu rapid de gastro-enterostomie cu jejunostomie

Gallet (Bruxelles). — Presint 3 observațiuni de gastro-enterostomie posterioară cu jejunostomie. În casurile de stenoză pilorică în care pilorectomia—operațiunea de ales—nu e posibilă, eu insist: 1) asupra necesității de a practica gastro-enterostomia, ast-fel ca să nu se

p^otă int^orce bila în stomac, nici alimente în duoden; 2) necesitatea de a recurge la un procedeu rapid.

Procedeu pe care îl întrebui^otez este gastro-enterostomia cu cusătură și jejuno-jejunostomia cu un mic buton de *Murphy* cu țeva strâmtă. O-dată puse în prezență porțiunile de stomac și intestin, care trebuie să se unescă, se face o cusătură gastro-intestinală sero-seroasă de 4—5 cm; paralel cu această cusătură se taie intestinul; prin această spărtură se bagă de fie-care parte a ansei intestinale o pensă lungă armată cu una din bucățile butonului; la 10 cm. aproape de stomac, cele două piese sunt apropiate și strinse. Indată ce jejuno-jejunostomia e terminată, se isprăvesce și gastro-enterostomia.

Intrebui^oțarea butonului lui *Murphy* în clinica lui *Czerny*

Jordan (din Heidelberg). — Arată că în clinica lui *Czerny* se recurge forțe des la butonul lui *Murphy* și că rezultatele sunt mai mult de cât încurajătoare; mai ales că timpul necesar pentru o gastro-enterostomie, de exemplu, se reduce la jumătate prin acest procedeu. Mai în tot-d'a-una s'a făcut gastro-enterostomia posterioară (pe 83 casuri de 78 ori).

62 operațiuni asupra stomacului

Tuffier (Paris). — Am avut ocazia să fac în ultimii ani 62 de operațiuni pe stomac. Elimin 4 intervențiuni în cari am distrus numai aderențe din dreptul pilorului său de pe fața anterioară a stomacului și cari fixău aceste regiuni la ficat, vesicula biliară la perețele abdomin^ol. Rămân 58 de operațiuni, 9 pilorectomii și 50 gastro-enterostomii. Din cei 9 cu pilorectomie, 4 au murit a doua zi sau în primele zile dupe intervenție; din cei-alți 5, cari au eșit din spital ca vindecați de operație, 3 au și acuma o stare excelentă, 1 a murit dupe 5 luni de generalizare, de unul nu mai scim nimic. Cei 3 morți de operație sunt: 1 prin șoc, a doua zi dupe operație; 1 prin peritonită, a patra zi; bolnava, o femeie tin^oră, înghițise a doua zi 4—5 litri de Vichy, cee-ce a desfăcut firele de cusătură; 1 în sfârșit la care s'a găsit la autopsie un mare revărsat de sânge în duoden.

Pentru pilorectomie, sau mai bine dis, gastrectomie, n'am nici o metodă specială. Scot întâiu tumora cât se p^ote de larg, și dupe cum e posibil sau nu de a apropia bontul stomacal de cel duodenal, fac sau o cusătură termino-terminală, sau o cusătură termino-laterală (duodenul se deschide la fața posterioară a stomacului) sau în fine o gastro-enterostomie între fața posterioară a stomacului și prima ansă jejunală. Prima metodă de cusătură am întrebui^oțat'o numai odată, de 4 ori a doua și de 3 ori gastro-enterostomia. Toate pilorectomiile s'au făcut pentru neoplasme.

Gastro-enterostomiile, 50 la număr, m'au dat 2 morți, de peri-

tonită prin perforația ulcerului pentru care am operat. Intr'un caz, ulcerul foarte larg, aderent prin fundul lui la fața inferioară a ficatului a fost foarte tare tras și rupt în cursul operației; în al doilea caz ulcerul s'a rupt de la sine în zilele de dupe operație. Indicațiile gastro-enterostomiei au fost: ulcere 6, neoplasme în regiunea pilorică 20, stenose cicatriciale 24, dilatație simplă de stomac 3.

Procedeuul meu operator este acela al lui *Von Hacker*. La început făceam des gastro-enterostomia anterioară, pe urmă am încercat'o pe cea postero-superioară a lui *Courvoisier*. Acum fac numai metoda lui *Von Hacker*, rezervând pe cea anterioară când nu pot ajunge la fața posterioară a stomacului. Fac numai cusături și totuși operez repede (chiar 20—25 minute). Nu mă servesc de pense nici de legături provisorii pentru a închide stomacul și intestinul înainte de a face gastro-enterostomia. Când bolnavii dorm profund, rar se întâmplă expansiunea conținutului stomacul dupe incisie. De alt-fel cavitatea peritoneală este apărată cu comprese aseptice, că nu riscă să fie infectată, totă operația se petrece în afară de abdomen.

Chirurgia stomacului și a intestinului

Roussel (din Reims). — Comunică în numele lui *Doyen* că acesta, în gastro-enterostomiă, admite procedeuul lui *Roux* cu simpla modificare că anastomosa în loc să fie terminală o face laterală. Nu face gastro-enterostomia anterioară de cât în casurile în cari ulcerul este așezat pe fața posterioară a organului.

Technica suturei în gastro-enterostomie

Hartmann (din Paris), spune că face un prim plan coprinzând toate tunicile intestinului, adică mucósa, musculósa și serósa; apoi adaogă o serie de suturi neperforante. Preferă sutura în surget.

Gastro-enterostomia

Monprofit (din Angers), basat pe 19 gastro-enterostomii făcute de dñsul, crede că procedeuul lui *von Hacker* este de preferat; firul de mētase și acul ordinar înlocuiesc cu suficiență butonul.

Chénieux (din Limoges) se declară partisan al pilorectomiei spunend că se abuzază prea mult de gastro-enterostomie.

Hartmann arată că mai toți chirurģii sunt convinși că gastro-enterostomia este o operațiune de necesitate, gastrectomia fiind operațiunea de ales.

Cholecistogastrostomia

Masse (Bordeaux). — Operațiunea reușește lesne la animale și laboratorul de medicină operatóre din Bordeaux are un mare număr

de căini cari au de mai bine de un an deschiderea acésta anormală a vesticulei biliare în stomac. Cu totă prezența bilei în stomac, funcțiunile digestive rămân normale.

La cele mai multe animale s'a legat și canalul coledoc la partea de mijloc. *Camac*, vechiul ajutor de anatomie, elev al laboratorului, a făcut acésta dublă operație pe un mare număr de animale, în Octombrie 1897; el a susținut tesa sa la Bordeaux asupra cholecistogastrostomie.

Multe animale operate în Octombrie s'au autopsiat în Iunie și Iulie. Astuparea coledocului s'a găsit completă și fistula dintre vesicula biliară și stomac permeabilă.

Resultatele obținute la animale arată că se poate introduce acésta operație și în chirurgia umană, în casuri de obstrucția absolută a canalului coledoc. S'au făcut câte va operațiuni urmate de succes.

Toleranța stomacului pentru bilă arată că sunt nefolositoare operațiunile practicate cu gastro-enterostomia pentru a împedica intrarea posibilă a bilei în stomac dupe acésta operațiune. Se poate practica gastro-enterostomia simplă, fără operațiuni complimentare.

Ulcerile perforante ale stomacului

Guinard (din Paris),—spune că diagnosticul perforațiunei ulcerilor gastrice este foarte dificil. Simptomele cari permit diagnosticul perforațiunei ulcerilor gastrice sunt furnisate prin durere, forma particulară a timpanismului și a balonamentului abdomenului și, în fine, prin antecedentele subiectului. Bolnavii au în tot-d'a-una un trecut gastric. Pe 6 bolnavi a avut 4 insuccese.

Anus contra-naturei vaginal

Le Dentu într'un cas de anus contra—naturei vaginal, în urma unei operațiuni vaginale a suturat fistula prin două planuri, unul cu cordă pe rect și altul cu fire de argint pe pereții vaginului.

Extirparea abdomino-perineală a rectului

Quénu (din Paris),—expune resultatele obținute prin procedeul său, care consistă în combinarea calei abdominale cu calea perineală în cancerile rectului. Pe 4 casuri a obținut 3 vindecări și un mort.

Apendicită sau anexită

Bouilly (din Paris),—arată importanța diagnosticului între o apendicită și o anexită. Într'adever, apendicita cere o intervențiune imediată, pe când în anexite se poate aștepta. Simptomele locale și generale sunt mult mai grave în apendicită de cât în peritonită de origină anexială.

Roux (din Lausanne), — spune că nu trebuie nici o dată să intervenim imediat în cazurile în care fenomenele presintă o oarecare gravitate, fiind mai bine de așteptat 10—12 ore, pentru ca să operăm într'o perioadă de acalmie.

Asupra unei forme de apendicită cronică

Walther (din Paris), — arată că la mai mulți bolnavi, pe cari a avut ocasiunea să 'i opereze, cu toate că nu aveau de cât câte-va turburări digestive și dureri abdominale cu maximum la nivelul apendicelui, a constatat leziuni de apendicită cronică.

Tuberculoza cecului

Tédenat descrie 5 intervențiuni practicate de el; în toate cazurile a făcut resecția ileo-colică și a obținut 3 vindecări și 2 morți.

Tumórea vesiculei biliare

Duret descrie observațiunea unui cas de cancer al vesiculei biliare.

Duoé observațiuni de kist hidatic al ficatului

Bousquet citește duoé observațiuni de kiste hidatice. Într'un cas abdomenul conținea mai mult de cât 300 de kiste, de dimensiuni variabile.

Chirurgia căilor biliare

Delagenière arată rezultatele pe cari le a obținut prin procedeul sêu de colecistostomie, dând o mortalitate de 1 la 10.

Fistule de origină apendiculară

Demoulin spune că fistulele consecutive apendicitei nu sunt rare, se observă în duoé condițiuni, fie că s'a incisat numai o colecțiune supurată de origină apendiculară, fără să se resece apendicile.

Gangrena herniară, enterectomie urmată de enterorafie circulară

Houzel descrie procedeul de resecție a intestinului, întrebuițat de el într'un cas de hernie crurală strangulată. Sutura circulară a fost făcută în duoé etaje, primul musculo-mucos, și al doilea seroseros. Bolnavul s'a vindecat.

Guillemain adaugă o observațiune personală de enterectomie într'un cas de hernie inguinală strangulată. El a făcut sutura circulară în etaje.

Cura radicală a herniilor fără ablațiunea sacului, chiar la bătrâni

Poulet spune că în procedeul său de hernie lasă în tot-d'a-una sacul herniar, fără a 'l diseca, în traectul canalului inguinal, căutând numai a strimptora acest traect.

Cura radicală a unui anus contra-naturei ombilical, prin resecțiunea și anastomosa intestinală

Monprofit descrie modul cum a procedat într'un cas de anus contra-naturei ombilical; dupe ce a liberat cele două capete intestinale a făcut implantarea laterală a capetului inferior în capetul superior dupe ce 'l-a închis complet pe acesta din urmă. A procedat ast-fel, pentru că capetul inferior al intestinului era atrofiat, mult mai strămpt de cât cel superior.

Hematurii renale, dişe esențiale, rebele tratamentului medical

Demons arată că la mulți bolnavi hematuria vine dintr'un singur rinichiū, în afară de or-ice cauză generală, ca hemofilia, și că leziunea locală variază dupe casuri și une orî chiar nu se pôte precisa. În cazul în care esamenul clinic nu permite de a face un diagnostic, nu trebuie să esităm de a face nefrotomia, care va putea să se termine printr'o nefrectomie, dacă se constată leziuni apreciable.

Asupra leziunilor nervilor în fracturele membrelor

Reboul a observat 3 casuri de leziuni ale nervilor în urma fracturei umărului, cu paralisii consecutive, cari au dispărut complet în urma intervențiunilor făcute de el, cari au consistat în liberarea nervului comprimat sau înglobat în calusul osos.

Spina ventoză tuberculösă

Ménard propune evidarea, în periöda fistulösă, când supurațiunea este abundentă și persistentă, înainte ca articulația să fie coprinsă. Această evidare trebuie făcută de la o epifiză la alta. Ablațiunea subperiostală dă rezultate deplorabile, pentru că nu este urmată de reproducerea osului ridicat.

Lavaux raportază 2 casuri de uretrită tuberculösă urmată de generalizarea tuberculoşei dupe o intervenție chirurgicală.

Phocas face o comunicare asupra unui cas de extrofia băşiceii la o copilă, tratată printr'un nou procedeu autoplastic.

Endoteliom al vaselor

Poncet a avut ocasiunea să studieze pe un singur caz cunoscut în Franța, un endoteliom al vaselor, și s'a convins că tumorile cunos-

cute sub numele de anevrisme și tumori erectile ale vaselor nu sunt de cât endoteliome.

Duocé casurî de anevrism difuz primitiv consecutiv leziunei vaselor mari

H. Bousquet a observat 2 casurî de anevrism difuz primitiv în care legătura vasului de-asupra și de-desuptul leziunei aú dat rezultat. Intr'un cas era un om de 50 anî, la care încercându-se a se reduce o luxație a umérului se rupsesse axilara producénd tumefacția imediată a axilei și în curénd sfacelul tegumentelor. Printr'o incisie pe marginea pectoralului, se légă capetele arterei, asigurându-se hemostasa, dar rămânénd o impotență a membrului, datorită leziunei elementelor plexului brachial.

Al 2-lea este un ténér care scăpă cuțitul pe cósă înțepându-și ferorală; plaga e cusută și pare vindecată, dar dupe o lună se desvoltă anevrismul. Legătura vasului de-asupra și de-desuptul leziunei a dat și aci vindecarea.

Tratamentul chirurgical al varicelor

Sc¹ wartz a operat peste 100 casurî simple saú complicate de ulcer, flebită, sciatică. Deosibesce 3 categorii: 1) Ligatura și resecția safenei interne saú safenelor dupe *Trendelenburg*. 2) Ligatura cu resecția venelor și pachetelor varicoase. 3) Ligature etagiate și resecția de lambourî cutanate coprinđénd pachete varicoase, pe care o practică de peste un an, când pielea a perdut elasticitatea ca în unele varicocele și constituind ast-fel un ciorăp natural, ce ajută la obținerea rezultatului.

Ulcerele se vindecă prin ligatura etagiată.

Flebita o resecă fără a aștepta resorbiția legând înteuî la capétul superior pentru a împedica emboliile.

Afară de contra-indicațiile generale, recomandă a nu se opera varicositățile cutanate numeroase cu cianosa membrelor, nici când există turburări trofice saú funcționale.

N'a avut de cât o singură mórte la o femeie de 60 anî prin congestie pulmonară, fără a se fi găsit la autopsie ver-o embolie pulmonară saú cardiacă.

Mobilisațiune precoce dupe tóte operațiunile destinate a reconstitui mișcarea normală a articulațiilor

L. Championnière susține că mobilisațiunea articulațiilor traumasate este vêtămătore, precum dupe resecția umérului, cotului saú genunchiului. Se pretinde că previne durerea, dar acesta se face prin pansament. Inflamațiunea nu e probat că e oprită prin imobi-

lisare. Deformațiunile secundare nu se produc când se fac mișcări regulate de la a 5-a și, chiar și pentru articulațiunile cele mai distruse.

Luxațiune bilaterală traumatică a șoldului

Mauclair și *Prevot* au observat un caz asemenea la un marinăr ce a primit lovitura unei bărci cu genunchile, adică direct, reducțiunea făcându-se prin tracțiune.

Luxația post-tifică a șoldului

Jourdan a observat un caz la articulația șoldului, reducându-se sub cloroform.

Desarticulația inter-ilio-abdominală

Gérard a făcut-o de 3 ori cu un insucces prin șoc. Turburările funcționale nu erau măi mari ca în urma desarticulației coxo-femorale, trebuind a intra între operațiunile clasice, fiind indicată în sarcomul femurului pătrundând în basin și coxalgie incurabile prin alte mijloce.

Tratamentul ortopedic și chirurgical al maladiiei lui Little

Rédard și *Bezangon* recomandă masagiul, exercițiul, permițând educațiunea mușchilor, suspensiunea verticală, aplicațiunea aparatelor ortopedice, îndreptarea forțată și menținere în aparate gipsate, în fine mio și tenotomie. Din $\frac{10}{30}$ casuri rezultatele au fost excelente, 15 ameliorațiuni, în 5 casuri, rezultatele fiind puțin apreciable, starea cerebrală fiind prea defectuoasă.

Flexiunea mânei pe antebraț, consecutiv unei arsuri întinse, îndreptare sângeră

Moulouquet (Amiens) a operat o fată de 19 ani, la care mâna era flexată în unghiū drept. Dupe resecția țesutului cicatricial, mâna neputându-se îndrepta, a trebuit să se resece oșele carpului și o parte din cubitus și radius. Plaga s'a acoperit cu o grefă abdominală.

Tratamentul chirurgical al metatarsalgiei

Pénaire și *Mally* au observat prin ajutorul radiografiei, că este produsă de o sub-luxațiune netă a metatarsienelor deformate, produse de osteită condensantă, constatată histologicesce în urmă. Tratamentul consistă în resecția capetelor tuturor metatarsienelor durerose.

Relațiunea mielomelor cu xantomele

Dor citește o notă arătând că mielomele tecelor sinoviale sunt mai tot d'a-una mixte.

Remy face o comunicare asupra etiologiei clinice și anatomiei patologice a varicelor.

Cura radicală a unei eventrațiunii supra-ombilicale

Walther comunică un cas de eventrație produsă în urma unei plăgi operatorii pe ficat. Trăgând marele oblic și dreptul anterior din partea opusă, a închis spațiul rămas între cele două căpătêie ale mușchiului drept anterior, secționat în prima intervenție, și ale cărui suturi căduse.

Limfangiom al mesenterului

Vautrin a operat un asemenea cas, făcând resecția intestinului strangulat de tumóre și a mesenterului, în triunghiū. Tumórea s'a reproduș și bolnava a sucombat prin uremie.

Isterectomie abdominală totală și supravaginală

Terrier comunică 30 noi casuri, din cari 24 supra-vaginale cu o mórte și 6 totale cu 2 morți, datorite extirpațiilor întinse necesitate de cancer. În total a făcut 50 isterectomii supra-vaginale cu 5 insuccese și 25 totale cu 6 insuccese. Preferă pe cea d'ântêiū orî de câte orî nu e nevoit a face alt-fel.

Isterectomie abdominală totală pentru fibrome complicate de sarcină

Demons a observat 3 casuri; în 2 a intervenit făcând isterectomia cu succes. Sarcina era într'un cas de 2 $\frac{1}{2}$ luni, în cel-alt de 5 luni. Într'un cas de fibrom voluminos și sarcină de 5 luni, a așteptat născerea ce s'a făcut la termen, fără accident. Aparițiunea de accidente serioșe însă ar legitima intervenția.

Ablațiunea fibromelor prin isterectomie vaginală

Bouilly a operat ast-fel 109 casuri diverse, cu 8 morți, dar numai când durerile, hemoragia sau crescerea repede justifică intervenția. Nici o-dată durata operației n'a trecut peste o oră.

Isterectomia abdominală totală în cancerul uterin

Reynier o crede operațiune de ales. A făcut 7 casuri, începând prin vagin cu o incizie circulară, apoi făcând laparatomia, disecând

uterul de bășică și punând pense pe ligamente, apoi dupe extirparea uterului, legături pe bonturi.

Terrier procedeză identic, deschidând însă numai fundul de sac anterior. Nu întrebuițeză pense de témă să nu prinďă ureterele. Leagă vasele pe măsură ce le secționeză.

Pantalon admite calea abdominală numai pentru cancerle corpului uterin; în privința recidivei nu are de cât o singură operată care e bine dupe 18 luni în urmă.

Isterectomia abdominală totală în inflamațiunile anexelor

Legueu arată că isterectomia vaginală dă rezultate miraculoase în tratamentul leziunilor supurate ale anexelor, dar une-orî este escesivă, în sensul că suprimă organe cari ar putea fi păstrate printr'o operațiune abdominală, iar alte orî pungile sunt așa de aderente că nu se pot deslipi, și deci operația rămâne insuficientă. Din aceste cauze a practicat în 12 casuri isterectomia abdominală totală, cu succes în toate. Incepe cu ablația anexelor, excepțional cu a uterului. Dreunajul îl face când este hemoragie sau pericol de infecție.

Isterectomia abdominală totală prin secțiune mediană

Faure arată că acest procedeu al său 'i-a permis să potă opera casuri ce la început îi păreau foarte complicate. A făcut ast-fel 8 casuri, toate vindecate.

Terrier se teme că acest procedeu să nu infecteze abdomenul prin deschiderea cavității uterului, pe care el o cauterisază cu termo cauterul când face isterectomia supravaginală.

Monprofit crede de asemenea că acest procedeu nu e aplicabil pentru cancer, care nu trebuie îmbucătățit, când se scote prin abdomen.

Willar spune că în supurațiunile anexiale, extirpază întâi uterul spre a 'și face loc să desfacă anexele de jos în sus, ceea-ce e foarte avantajos.

Hartmann spune că a încercat o dată procedeuul lui *Faure*, dar 'i-a părut mai greu ca dacă ar fi păstrat gâtul uterului.

Faure adoagă că asepticizează cavitatea uterină ca și *Terrier* cu termo cauterul.

Amputația supra-vaginală a gâtului uterin canceros

Pamard relatează un cas în care a făcut amputația colului cu ansa galvanică, și bolnava a venit cu o recidivă dupe 15 ani. În isterectomia totală recidiva cea mai târzie a fost dupe 17 luni.

Ablațiunea kistelor ovarelor și ligamentelor largi prin vagin

Delahunay crede că orî-ce kist ce nu trece de mărimea unui cap de adult pôte fi scos prin vagin, făcînd incisia în fundul de sac unde proemină, exceptând casurile unde sunt aderențe sau vaginul e prea strîmpt.

Delagenière relatéază un cas în care a făcut isterectomia abdominală totală pentru fibrom și nefrectomia pentru un cancer al rinichiului.



CONGRESUL DE UROLOGIE

ȚINUT LA PARIS ÎN ZILELE DE 20—23 OCTOMBRE 1898

I. CISTORAFIA PRIMITIVĂ

DESCRIPTIA UNUI NOU PROCEDEU OPERATOR

2. GISTOTOMIA PREALABILĂ ÎN RESECȚIA URETRII

DE

TOMA IONNESCU

CISTORAFIA PRIMITIVĂ

Descripția unui nou procedeu operator

La acest congres am avut onórea a face următoarele două comunicări :

Cistorafia primitivă dupe talia hipogastrică, făcută pentru extragerea unui calcul saú pentru extirparea unei tumori vesicale, este încă foarte discutată. Unii prefer a lăsa vesica deschisă în tot-d'una, fără a căuta în ce stare se găsește vesica și urinele. Alții admit cistorafia primitivă, însă numai în casurile în care urina este aseptică și vesica sănătoasă. Foarte puțin, în fine, sunt acei care preconizează sutura imediată, atunci chiar când vesica este infectată, cu singura condițiune numai ca pereții vesiceii să nu fie prea bolnavi.

Diversitatea acésta de vederi vine, cred eu, din insuccesele obținute prin procedeele de cistorafie cunoscute până acum. Eu însu'mi, nu am obținut prin procedeele ordinar de cistorafie (sutura în etaje) de cât câte-va rezultate bune, în cele mai multe casuri rămăneau mici fistule care persistau în timp mai mult saú mai puțin lung. În adevăr, pe 5 intervențiuni de acest gen, publicate la congresul de chirurgie din Paris din 1895, o singură dată am obținut reunirea per primam, cu vindecare completă în 6 zile, în cele-alte 4 casuri, reunirea a fost incompletă, rămânând un mic traect fistulos cât-va timp.

Pentru a obține în tot-d'una reușită perfectă, trebuie a se avea în vedere doi factori importanți : alegerea casurilor la care închiderea imediată póte fi și trebuie căutată, și alegerea procedeeului operator.

Când se póte și când trebuie să căutăm închiderea imediată a plăgei vesicale ? Practica mea îmi permite a afirma că două fapte singure constituiesc adevăratele contra-indicațiuni, și anume : *a*) suprafețele sângerânde prea întinse, care rămân în urma extirpării tumorilor vesicale cu baza largă, când hemoragia secundară este de temut, și *b*) o alterațiune prea profundă a pereților vesicali, în casuri de cistită purulentă calculosă.

Nu vorbesc, bine înțeles, de casurile în cari există leziuni ascendente, căci acestea sunt casuri speciale, cari nu intră de loc între acelea cari fac obiectul acestei comunicări.

Deci cistorafia primitivă este recomandată :

1) Dupe ablațiunea tumorilor vesicale pediculate, cari nu lasă dupe estirparea lor suprafețe sângerânde întinse.

2) Dupe extragerea calculului când urina este aseptică și vesica sănătosoasă și în casurile chiar în cari urina este septică, însă pereții vesicali nu sunt prea profund alterați.

Vârsta bolnavului nu 'mă pare să aibă nici o importanță, căci am suturat vesica la indiviđi de 62 ani, precum și la copiii de 8 ani.

Operatorul este în măsură în tot-d'a-una a aprecia starea exactă a vesicii și deci el pôte decide, dacă trebuie sau nu, a recurge la cistorafia imediată, așa că nu se pot pune reguli precise d'înainte.

Indicațiunea suturei imediate fiind pusă, rămâne alegerea procedurii operator. — Din Februarie, anul acesta, am întrebuintat în 5 casuri un nou procedeu de cistorafie, imaginat și experimentat pe câini în institutul meu, de către asistenții mei *Juvara* și *Bălăcescu*.

Acest procedeu coprinde 4 timpi operatorii :

1. *Cistotomia*. — Se face laparatomia supra-pubienă, mediană la femelă, laterală la câine. Běșica scosă afară din cavitatea abdominală între buzele plăgei, este deschisă pe o lungime de 4—6 c.m.

Am practicat cistotomia indiferent pe fața anterioară, pe vėrf sau pe fața posterioară, transversală, verticală sau oblică. Une-ori am deschis bėșica secționând strat cu strat, alte-ori dintr'oa dată prin transfecție, luând în tot-d'auna precauțiunea ca urina să nu pătrundă în cavitatea abdominală. Pentru acėsta, în momentul deschiderii bėșicel, se astupă orificiul plăgei abdominale cu comprese sterilizate, îndreptând în același timp țigănitura urinei în afară de câmpul operator.

2. *Disecțiunea unui lambou muscular*. — Se pôte practica disecțiunea acestui lambou în două feluri deosebite, ce vom descrie pe rând :

a) Mucosa prinsă pe una din buzele plăgei vesicale, cu 2—3 pense hemostatice, apoi urmând pătura celulosă sub-mucosă, se disecă musculara în totă lungimea plăgei, pe o lărgime de 1 — 1 1/2 c. m., sub forma unui lambou, care este asvărlit afară.

b) Una din buzele plăgei vesicale, de obicei aceea din partea operatorului, este prinsă între police și indicator și întorsă pe dos, așa în cât se arată prin fața ei internă sa mucosă ; apoi cu histuriul sa cu fórfecele se secționează mucosa la 1 — 1 1/2 cm. de la marginea liberă a lamboului, croind ast-fel din mucosă numai o fâșie în formă de semi-lună, care este disecată de tunica musculară cu pensa și fórfecele.

Intrebuintând unul sa altul din aceste două metode, se obține un mic lambou din pėretele bėșicel, avivat pe fața sa profundă prin despoarea lui de mucosă.

3. *Sutura mucósei* am executat'o în diferite moduri. Une-orî am făcut sutura peste muche, trecënd în unele casuri firul prin tótã grosimea mucósei, în alte casuri însã am cãutat ca firul sã nu strãbatã întrãga mucósã, ci sã rămãe ascuns în grosimea ei, întorcënd ast-fel spre lumenul vesiceî buzele resfrãnte înãuntru. Alte-orî am trecut firul ca bãerile unei pungî, de jur-împrejurul orificiului mucósei și strãngënd capetele firului mucósã e încrãfitã, vesica închidëndu-se întocmai ca o pungã.

În tot-d'auna m'am servit de un ac ordinar subțire, cu care cos cusãtoarele, și de fire de córdã No. 0, sau 00.

Tóte aceste diferite feluri de a închide plãga mucósei sunt bune, ultimul mod de a sutura mucósã în burse, nu póte fi aplicat cu folos, de cãt când lungimea plãgei nu trece peste 2—3 c. m.—Întocmai ca și *Albarran*, nu vedem nici un inconvenient ca firul sã trecã prin tótã grosimea mucósei, mai ales când firul este de córdã, cãci fiind resorbabil nu póte constitui un corp strãin prejudiciabil.

4. *Sutura lamboului muscular* constituie timpul operator cel mai important și trebuie executat cu tótã îngrijirea posibilã, cãci de la dënsul depinde tot succesul operației.

Acéstã suturã, ca și aceea a mucósei, este fãcutã cu un ac ordinar drept și cu un fir de córdã No. 0. Ea coprinde 3 rënduri : unul care unesce rãdëcina lamboului cu marginea muscularã a buzei opuse a plãgei vesicale ; altul care unesce partea mijlocie a lamboului muscular, rãsturnat întocmai ca un capac peste primul rënd de suturã, cu përetele bëșiceî, și în fine al 3-lea pe muchea lamboului, între dënsul și përetele bëșiceî. Aceste 3 rënduri de suturi pot fi fãcute cu același fir care este oprit pentru fie-care rënd, sau cu 3 fire deosebite.

În tot cazul se începe sutura din una din extremitãțile plãgei, acul împins spre rãdëcina lamboului strãbate cea-altã buzã a plãgei vesicale, intrãnd între musculósã și mucósã, ese dupe ce a strãbãtut pãtura muscularã la 3 — 4 mm. în afarã de marginea sa. De aci acul strãbate din nou rãdëcina lamboului la 7—8 m. m. departe de prima înțepãturã. Firul ast-fel trecut este strãns și legat, apoi se continuã a se cósë în același mod, pãnã la nivelul celui-alt capët al plãgei, unde firul este oprit, fãcënd o împunsãturã înapoi sau înodãndu-l ca de obicei.

Cu același fir se face un al 2-lea rënd de cusãturi, acul trecënd de o parte prin grosimea lamboului, iar de cea-altã parte nu ia de cãt numai pãtura muscularã. Prin acest mijloc se aplicã în modul cel mai intim fața sãngerãndã a lamboului pe përetele bëșiceî. Ajuns spre extremitatea opusã a lamboului, firul este din nou oprit, apoi se continuã cu același fir o nouã cusãturã pe muche, acul luãnd dintr'o parte a bëșiceî și trecënd de cea-altã parte prin marginea lamboului.

Execuțiunea sa este tot-d'auna fôrte ușorã. Talia vesicalã fãcutã

cât mai sus, nu prezintă nici o dificultate, căci deslipirea peritoneului de pe vîrfurile bîșiceii, și chiar de pe fața ei superioară, se obține în toate cazurile. O singură dată am rupt seroasa pe o mică întindere, însă cu două puncte de sutură am închis plaga peritoneală și am putut continua operațiunea în afară de cavitatea peritoneală.

Eu am făcut în tot-d'auna talia longitudinală. Apoi disecețiunea mucóseii vesicale am făcut-o fără nici o dificultate și nu am întîlnit nici o dată o vesică cu pereții așa de subțiri pentru a nu 'mi permite această dedublare; mai mult chiar, eu cred că aceste cazuri nu există. Am ridicat în tot-d'auna segmentul de mucósă rezultat din disecețiunea lamboului muscular și am suturat cele două buze mucóse, străbătînd totă grosimea sa, cu un surjet de córdă fină (No. 00). Dupe ce am suturat baza lamboului muscular cu buza musculară din partea opusă, am fixat buza liberă a acestui lambou pe perețele vesical cu un surjet de córdă (No. 00), fără să recurg la al 3-lea rînd de sutură, acela care fixează partea mijlocie a lamboului muscular la perețele vesiceii. Aceste suturi se fac cu o extremă ușurință, cu un ac de cusut, drept. În fine plaga abdominală este complect închisă. În primele cazuri am făcut sutura în 2 etaje, cu mătase pentru stratul muscular și cu córdă (intradermică sau surjet) pentru piele; în celelalte 4 cazuri am făcut tot sutura în etaje, unul musculo-aponevrotic și altul cutanat, însă cu ajutorul firelor de argint în U. Nici o dată nu am drenat; însă, cred, că în cazurile de cistită intensă, ar fi prudent, mai ales la bătrîni, de a pune o meșă de tifon în unghiul inferior al plăgei abdominale, pentru a ne pune la adăpostul neajunsurilor ce pòte da o infiltrație de urină în cazul unei desuniri a plăgei vesicale.

În 4 din 6 cazuri, am asigurat scurgerea urinei punînd o sondă „à demeure”; în celelalte 2, copii de 4 și 15 ani, calculoși aseptici, nu am recurs nici la sondă à demeure, nici la cateterismul repetat; bolnavii au urinat singuri, fără nici cel mai mic inconvenient.

Eu cred că sonda à demeure nu este nici o dată indispensabilă, și că chiar în cazurile de urină purulentă, un cateterism repetat în mod regulat și urmat de spălături vesicale cu nitrat de argint $1 \frac{0}{100}$, sau cu soluțiune boricată $4 \frac{0}{100}$, dacă nitratul nu este tolerat, constituie o practică preferabilă. Însă în cele mai multe cazuri, mai ales când urinele sunt aseptice și vesica sănătósă, sau aproape sănătósă, putem să ne dispensăm de ori-ce cateterism dacă sutura vesiceii este bine făcută; cele două din urmă cazuri o probéză. La copii mai ales, sonda à demeure este rău suportată. Voiu adăoga încă că sonda lui *Pezzet* prezintă inconvenientul că se astupă foarte ușor prin depunerea de substanțe calcare, făcînd ast-fel funcționarea iluzorie, și o dată pavilionul incrustat nu pòte să fie extras de cât cu multă greutate, când nu sfârșește prin a se rupe și a rămînea în vesică. De aceea ori de câte ori întrebuițez sonda à demeure, întrebuițez sonda *Nélaton*.

Reunirea plăgei vesicale a fost în tot-d'auna perfectă, iar firele temporare cu cari am făcut sutura abdominală le-am ridicat a 10-a zi.

În fine țin a spune că în nici un cas nu am recurs la Falonul lui *Petersen*, nici la destinderea bătășii prin injecțiuni prealabile de licide, și în tot-d'auna am găsit bătășea foarte ușor. Eu cred că aceste artificii sunt absolut inutile, mai mult încă, balonul poate fi periculos.

Iată resumatul celor 6 observațiuni.

Primele 3 observațiuni au fost deja publicate în *Revista de chirurgie* No. 5 din 1898, pag. 232.

Casul al patrulea.—*Calcul vesical.*—*Cistotomie supra-pubienă.*—*Cistorafie prin imbricare; reunire prin prima intențiune.*

Băiat de 14 ani. Urinele aseptice, nu are cistită. A fost operat la 17 Maiu 1898. S'a extras un calcul de mărimea unui bob de fasole. S'a pus sonda a demeure.

La 29 Maiu s'a ridicat punctele de sutură abdominală. Reunire prin prima intenție.

Casul al 5-lea.—*Calcul vesical.*—*Cistotomie supra-pubienă.*—

Cistorafie prin imbricare.—*Reunire prin prima intenție*

Băiat de 4 ani. Urinele aseptice, nu are cistită. A fost operat la 25 Maiu 1898. Extracțiunea dupe sdrobirea unui mic calcul fixat în gâtul vesicii. Nu s'a pus sonda a demeure, nici nu s'a sondat bolnavul. Micțiunii spontanee și facile.

Firele abdominale au fost ridicate la 1 Iunie, reunirea a fost obținută prin prima intenție.

Casul al 6-lea.—*Ión Mateiș, 6 ani, intră la 9 Maiu 1898.* De 2 ani dificultăți în micțiune, dureri mari. În ver-o două rânduri hematurii. Alte-ori e bine 2—3 zile, urineză lesne și fără dureri.

Își golește bătășea apröpe complet, cu sonda se găsește puțină urină purulentă, capacitatea bătășii foarte redusă, nu ține nici 20 grame de lichid. Se simte cu sonda de cauciuc existența unui calcul.

Operat la 29 Maiu.—*Talie hipogastrică.*—Se scöte un calcul lungăreș, cât un ou de porumbel, turtit. Mucösa fiind alterată, bătășea contractată, nu s'a putut aplica procedeul prin imbricare.—*Cistorafie simplă,*—punënd 2 straturi de fire de catgut. S'a drenat plaga abdominală, la unghiul inferior și restul s'a cusut cu fire temporare de argint. Sonda permanentă. A 8-a zi s'a stabilit o mică fistulă urinară prin unghiul inferior, care s'a închis cu timpul.

Ese vindecat la 25 Iunie 1898.

Casul al 7-lea.—*Boiciu R., 13 ani, intră la 26 Maiu 1898.* De la vârsta de 3 ani a simșit dureri pe traectul uretrei, la începutul și sfârșitul micțiunii. Acum un an hematurie de 2 zile.— Când umblă mult sau face sforțuri, are dureri insuportabile.

Micțiuni 3—4 pe oră, nóptea mai rare.

Operat la 11 Iunie. *Talie hipogastrică.* Se extrage un calcul muriform de 12 mm. diametru. *Cistorafie prin imbricare.*

Ese la 4 Iulie vindecat.

Concluziuni.—Pentru a conchide voiți spune :

1. Reunirea primitivă a vesiceî, în talia pentru calculi, corpi străini sau tumorî, este operațiunea ideală, căci vindecarea se obține în 8—10 zile, pe când reunirea secundară cere 25—40 zile.

2. Cistită purulentă cu alterațiunea profundă a pereiilor, tuberculoasă, sclerosă parțială sau totală a pereiilor, largile suprafețe sângerânde dupe ablațiunea tumorilor sesile, sunt singurele contra-indicațiuni ale cistorafiei primitive. Cistitele superficiale, epiteliale, nu împedică reunirea primitivă.

3. Vârsta bolnavului nu constituie o contra-indicațiune.

4. Procedeu de cistorafie prin imbricare, *Juvara-Bălăcescu*, prezintă o superioritate absolută asupra celor-alte procedeeuri, căci el garantează reunirea prin prima intenție a plăgei vesicale, prin faptul că prin acest procedeu paralelismul liniilor de sutură este distrus, acoperind sutura mucosel prin lamboul muscular și pentru că crează o largă suprafață de adesiune între lamboul muscular și vesică.

5. Întrebuințând acest procedeu, nu numai că sonda a demeure nu este indispensabilă, dar se pôte evita chiar cateterismul intermitent.

II

CISTOTOMIA PREALABILĂ ÎN RESECȚIA URETREI

Resecțiunea uretrei prezintă în general 2 mari inconveniente : 1) dificultatea de a găsi capătul posterior, și 2) imposibilitatea aprópe absolută de a îndepărta din uretră urina în timpul cicatrísării plăgilor uretrale și perineale și a împedica ast-fel formarea traectelor fistuloase, atât de frecvente, datorite trecerei urinei, infecțiunii și defacerei complete sau parțiale a plăgei.

Pentru a preveni aceste 2 inconveniente, am imaginat încă din 1896, combinațiunea taliei hipogastrice prealabile cu resecția uretrei. Într'adevăr, talia permite de a găsi ușor capătul posterior al uretrei prin cateterismul retrograd și a deriva cursul urinei prin meatul hipogastric, ținând ast-fel uretra sbicită în timpul cicatrísării plăgei uretro-perineale. Resultatele ce am obținut în cele 6 casuri în cari am avut ocazia să întrebuițez acest mod de intervenție, mi au probat că metoda mea este bine justificată.

Talia va fi făcută cât-va timp înaintea resecțiunii uretrei sau imediat înaintea ei, în aceeași ședință operatóre, dupe casuri.

Într'adevăr, în casurile unde strictura prin care nu putem pătrunde este complicată de fistule uretrale, perineale sau perineo-scrotale, este preferabil de a face talia vesicală câte-va zile înaintea orî-cărei intervenții asupra uretrei, ceea ce va permite amendarea turburárilor perineale, grație derivării cursului urinei, și va da posibilitatea de a executa în bune condițiuni resecțiunea calosităților, traectelor fistuloase și a porțiunii stricturate a uretrei. Acésta este conduita

obiceiuită a multor chirurgi și este un compliment operator indispensabil, pot dice chiar necesar. Când din contră, ne aflăm în fața unei stricturi uretrale infranșabile, de ori ce natură, necesitând o uretrotomie, talia hipogastrică va fi făcută în aceeași ședință, cu resecția uretrei pe care o va preceda.

Pe cât știu, nici un chirurg până astăzi nu a preconizat talia ca compliment operator în aceste cazuri. Or, mi se pare că aci este cestiunea de un procedeu de ales, ce dă avantajii reale, făcând intervențiunea mai facilă și ferind'o de insuccese tot-d'a-una posibile, fără a 'i mări nici de cum gravitatea.

Iată cum proced :

Mai întâiu execut talia hipogastrică și cateterismul retrograd, ceea-ce îmi permite de a ajunge la limita profundă a stricturei. Apoi fac cateterismul direct prin meat până la strictură. Extremitatea celor 2 buji se simt perfect la cele 2 extremități ale segmentului strâmpătorat al uretrei. Atunci incisez perineul în dreptul strâmpătorărei, și dupe ce am disecat regiunea sclerozată, și dupe ce am resecat complect său în parte porțiunea strâmpătorată a uretrei, dupe cum inelul scleros este complect său përetele superior este liber și dupe întinderea segmentului uretral excisat, capetele celor 2 buji sunt scóse prin plaga perineală. În genere eü prefer resecțiunea incomplectă a lui *Guyon*, cu conservarea unei părți mucóse pe përetele superior al uretrei, și restaurația canalului prin țesutele perineului său penisului, mai ales când porțiunea resecată trece de $1\frac{1}{2}$ până la 2 centimetri ; nu fac resecția totală și reunirea cap la cap a uretrei, de cât în casurile în cari nu pot face alt-fel, lesiunile coprinđend totă circonferința canalului, său în casurile unde resecția este puțin întinsă și nu coprinde de cât un segment de 1—2 cm. cel mult. Capëtul perineal al bujiei vesicale este introdus în capëtul anterior al uretrei și scos prin meat dupe cum am scos bujia introdusă pe aci, pentru a face cateterismul direct al segmentului anterior al uretrei.

Imprejurul bujiei ast-fel trecută din bēșică până la meat, execut reconstituirea uretrei, fie prin sutura circulară cap la cap a canalului, fie prin sutura stratelor perineului în jurul bujiei, reconstituiesc un canal artificial capabil de a reface o uretră perfectă.

Meatul hipogastric este complectat prin sutura mucósei vesicale cu pielea și fixarea prealabilă a përeților bēșicei de buzele plăgei abdominale. Prin sifonul *Guyon-Perrier* bēșica este pusă în repaus complect, și scurgerea urinei este asigurată prin meatul hipogastric, fără a avea tendință de a pëtrunde prin meatul urinar profund, care de alt-fel este astupat de pavilionul bujiei.

Ast-fel uretra fiind sbicită, plaga uretro-perineală se vindecă repede și fără dificultate și când reunirea perfectă a uretrei s'a făcut, suprim meatul hipogastric, suprimând tuburile și bujia din canalul uretral prin bēșică. Gura vesicală este închisă printr'o cistorafie se-



cundară, ceea-ce permite o ocluzie foarte repede a meatului hipogastic, fără ca să prelungescă nici de cum durata vindecării.

Intr'adevăr, cistorafia în acest cas se face foarte ușor și reușita este regula, mai ales atunci când am avut grija de a asigura scurgerea liberă a urinei prin uretră, prin ajutorul unei sonde uretrale, fie permanentă fie intermitentă. Chiar atunci când suprimarea bujiei uretrale și a tuburilor vesicale n'ar fi urmată de cistorafia secundară, plaga vesicală se închide spontan și destul de iute, fără a prelungi mult durata tratamentului.

Am operat ast-fel 6 bolnavi, și în toate 6 cazuri vindecarea a fost obținută destul de repede.

În resumat : cistorafia prealabilă în resecția uretrei facilitează operațiunea și o pune la adăpostul desfacerei posibile a plăgei uretroperineale și a formării fistulelor uretrale, nu prezintă nici o gravitate și nu lungesce durata tratamentului.



TABLA DE MATERIE

CONGRESUL DE GINECOLOGIE DIN MARSILIA

Ținut în Octombrie 1898

TRATAMENTUL SARCINEI EXTRAUTERINE

| | Pagina |
|-------------------------------|--------|
| Raportul lui Segond | 9 |
| Discuția: Laroyene | 11 |
| Martin | 12 |
| Kiriac | 12 |
| Toma Ionescu | 12 |
| Solowieff | 13 |
| Pozzi | 13 |
| Leonte | 13 |

COMUNICĂRI DIVERSE

| | |
|---|----|
| Natura și tratamentul retro-versiunii uterine. Un procedeu de vaginofixațiune. Richelot | 13 |
| Castrația abdominală totală pentru leziunile septice utero-anexiale. Thoma Ionescu | 14 |
| Valoarea comparativă a histerectomiei vaginale și abdominale în tratamentul fibrómelor uterine și a cancerului colului. Dubourg | 29 |
| Delasylade | 29 |
| Pozzi | 29 |
| Enterocolita muco-membranosă de origină utero-anexială. Reynés | 29 |
| Accidentele care se produc din partea intestinului în cursul histerectomiei. Verdelet | 29 |
| Richelot | 29 |
| Fistula uretero-uterină. Calderini | 30 |
| Pozzi | 30 |
| Aciunea legăturii arterelor uterine în hemoragiile uterine. Mangin | 30 |
| Intrebunțarea oglindei frontale în ginecologie. Longe | 30 |
| Masajul ginecologic. Platon | 30 |
| Operațiunea lui Defontaine. Belin | 30 |
| Vaginism. Platon | 30 |
| Apa caldă în ginecologie Platon | 30 |
| Hematocelul retro-uterin. Villeneuve | 31 |

CONGRESUL L XII-LEA FRANCES DE CHIRURGIE

Ținut la Paris între 17—28 Octombrie 1898

| | |
|--|----|
| Nefrotomie. Raportul lui Guyon și Albarran | 35 |
| Discuția raportului: Le Dentu | 48 |
| Tédenat | 49 |

| | Pagina |
|------------------------|--------|
| Leonte | 49 |
| Reynier | 50 |
| Bazy | 51 |
| Tuffier | 52 |
| Doyen | 52 |
| Pousson | 52 |
| P. Michaux | 53 |
| F. Legueu | 54 |
| I. Albarran | 55 |
| Phocas | 57 |
| Loumeau | 58 |
| Toma Ionescu | 58 |
| Lavaux | 60 |
| Chibret | 60 |

TRATAMENTUL GHIRURGICAL AL GUȘEI

| | |
|--|----|
| Raportul lui I. L. Reverdin | 60 |
| Discuția raportului: Roux | 65 |
| Socin | 67 |
| Poncet | 67 |
| Girard | 68 |
| Ed. Schwartz | 68 |
| Boeckel | 69 |
| Fontan | 69 |
| Tédénat | 70 |
| Doyen | 70 |
| Poncet | 70 |
| Roux | 70 |
| Bérard | 70 |
| Supurațiunile otitice ale lojei cerebeloase. Picqué | 71 |
| Reunirea imediată a pavilionului urechei dupe cura radicală a otoreei. Moure | 71 |
| Malherbe | 71 |
| Craniectomia temporară. Toma Ionescu | 71 |
| Operațiunea strabismului. Landolt | 73 |
| Extirparea unui polip naso-faringian prin metoda lui Doyen. — Chibret | 73 |
| Un nou procedeu operator în cazurile de constricțiune cicatricială a maxilarelor Céci | 73 |
| Tratamentul chirurgical al paralizei faciale prin anastomosa spino-facială. Faure | 74 |
| Torticolis spasmodic, resecțiunea spinalului. Coudray | 74 |
| Doyen | 74 |
| Secțiunea simpaticului cervical. Abadie | 74 |
| Témoin | 74 |
| Resecțiunea simpaticului cervical ca tratament al epilepsiei, gușei exoftalmice și glaucomului. Toma Ionescu | 74 |
| Vindecarea adenitelor cervicale fără cicatrice. Galot | 77 |
| Guinard | 77 |
| Le Dentu și Reoul | 77 |
| Esofagotomia intra-mediastinală pentru corpi străini în esofagul toracic. Emile Forgue | 77 |
| Froelich | 78 |
| Auto-plastia prin alunecare a sinului. Legueu | 78 |
| Morbul lui Pott la copii de țară. Froelich | 78 |
| Resultatul ligaturilor atrofiante în tumorile neoperabile. Tuffier | 79 |

| | Pagina |
|---|--------|
| Le Dentu | 79 |
| Roux | 79 |
| Vindecarea unei spine bifidă, operată la naștere. Larger | 79 |
| Duoi ani de chirurgie gastro-intestinală. Roux | 79 |
| Procedeu rapid de gastro-enterostomie de jejunostomie. Gallet | 81 |
| Intrebunțarea butonului lui Murphy în clinica lui Czerny. — Jordan | 82 |
| 62 operațiuni asupra stomacului. Tuffier | 82 |
| Chirurgia stomacului și a intestinului. Roussel | 83 |
| Technica suturei în gastră-enterostomie Hartmann | 83 |
| Gastro-enterostomia. Monprofit | 83 |
| Chénieux | 83 |
| Hartmann | 83 |
| Cholecistogastrostomia. Masse | 83 |
| Ulcerile perforante ale stomacului. Guinard | 84 |
| Anus contra-naturei vaginal. Le Dentu | 84 |
| Extirparea abdomino-perineală a rectului. Quénu | 84 |
| Apendicită saă anexită. Bouilly | 84 |
| Roux | 85 |
| Asupra unei forme de apendicită cronică. Walther | 85 |
| Tuberculosa cecului. Tédenat | 85 |
| Înmărea vesiculei biliare. Duret | 85 |
| Două observațiuni de cist hidatic al ficatului. Bousquet | 85 |
| Chirurgia căilor biliare. Delagenière | 85 |
| Fistule de origină apendiculară. Demonlin | 85 |
| Gangrena herniară, enterectomie urmată de enterorafie circulară. Houzel | 85 |
| Guillemain | 85 |
| Cura radicală a herniilor fără ablațiunea sacului, chiar la bătrâni. Poulet | 86 |
| Cura radicală a unui anus contra-naturei ombilical, prin resecțiunea și | |
| anastomosa intestinală. Monprofit | 86 |
| Hematurii renale (ise esențiale, rebele tratamentului medical. Demons | 86 |
| Asupra leziunilor nervilor în fracturele membrelor. Reboul | 86 |
| Spina ventoză tuberculosă Ménard | 86 |
| Lavaux | 86 |
| Phocas | 86 |
| Endoteliom al vaselor. Poncet | 86 |
| Două cazuri de anevrism difus primitiv consecutiv leziunei vaselor mari. | |
| H. Bousquet | 87 |
| Tratamentul chirurgical al varicelor. Schwartz | 87 |
| Mobilizațiune precoce dupe toate operațiunile destinate a reconstitui miș- | |
| careă normală a articulațiilor. L. Championnière | 87 |
| Luxațiune bilaterală traumatică a șoldului. Mauclair și Prevot | 88 |
| Luxație post-tifică a șoldului. Jourdan | 88 |
| Desasticalațiunea inter-ilio-abdominală. Gérard | 88 |
| Tratamentul ortopedic și chirurgical al maladiiei lui Little. Rédard și | |
| Bezancon | 88 |
| Flexiunea mânei pe antebraț, consecutiv unei arsuri întinse, îndreptare | |
| singerosă. Moulouquet | 88 |
| Tratamentul chirurgical al metatarsalgiei. Péraire și Mally | 88 |
| Relațiunea mielomelor cu xantomele. Dor | 89 |
| Remy | 89 |
| Cura radicală a unei evențațiuni supra-ombilicale. Walther | 89 |
| Limfangiom al mesenterului. Vautrin | 89 |
| Isterectomie abdominală totală și supra-vaginată. Terrier | 89 |
| Isterectomie abdominală totală pentru fibrôme complicate de sarcină | |
| Demons | 89 |
| Ablațiunea fibrômelor prin isterectomie vaginală. Bouilly | 89 |

| | <u>Pagina</u> |
|---|---------------|
| Isterectomia abdominală totală în cancerul uterin. Reynier | 89 |
| Terrier | 90 |
| Pantaloni | 90 |
| Isterectomia abdominală totală în inflamațiunile anexelor. Legueu | 90 |
| Isterecțiunea abdominală totală prin secțiune mediană. Faure | 90 |
| Terrier | 90 |
| Monprofit | 90 |
| Willar | 90 |
| Hartmann. | 90 |
| Amputația supra-vaginală a gâtului uterin canceros. Pamard | 90 |
| Ablațiunea kistelor ovarelor și ligamentelor largi prin vagin. Delaunay | 91 |
| Delagenière | 91 |

CONGRESUL DE UROLOGIE

Ținut la Paris în zilele de 20—23 Octombrie 1898

| | |
|---|-----|
| Cistorafia primitivă. Descripția unui nou procedeu operator. Toma Ionescu | 95 |
| Cistotomia prealabilă în resecția uretrei. Toma Ionescu. | 100 |

