

DESPRE
KISTELE UTERINE PRIMITIVE

T E Z Ă

P E N T R U

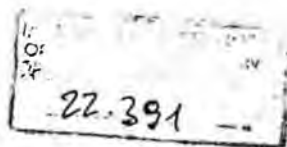
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de *10* Aprilie 1930, ora *16⁴⁵*

DE

CONSTANTIN I. ANDREOIU

Intern al spitalului Brâncovenesc



1930

Institutul de arte grafice „Bucovina”, I. E. Torouțiu
București, Calea Victoriei, 220.

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Prof. Dr. MINA MINOVICI

Profesori Titulari:

Clinica I-a chirurgicală	D I	Dr. Angelescu C.
Chimia medicală	"	Paulescu N (supl.)
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedică	"	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	"	Bacaloglu C.
Bacteriologia și patologia experimentală	"	Ionescu Mihăești
Istologia normală și Istogeneză	"	Besnea Șt.
Medicina experimentală	"	Contacuzino I.
Medicina operatoare	"	C. Constantinescu
Clinica ginecologică	"	Daniel C.
Clinica II-a medicală	"	Danielopol D.
Anatomia topografică	"	Gerola D.
Clinica și teoria obstetricală	"	Gheorghiu N.
Clinica II-a chirurgicală	"	Juvara E.
Clinica III a medicală	"	Danielopol (supl.)
Clinica III-a chirurgicală	"	Jianu A.
Clinica boala elor căilor urinare	"	Jianu A. (suplinit)
Farmacologia și materia medicală	"	Lalu S.
Clinica boalelor oto rino-laringologice	"	Meșianu N.
Clinica boalelor nervoase	"	Marinescu Gh.
Clinica infantilă medicală	"	Manicalide M.
Igiena și poliția sanitară	"	Mezincescu D.
Medicina legală	"	Minovici M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	"	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	"	Nanu-Muscel
Clinica dermatologică și sifilografică	"	Nicolau Șt.
Clinica boalelor mintale	"	Obregia Al.
Fiziologia umană	"	Paulescu N.
Patologia generală	"	Proca Gh.
Anatomia descriptivă și Embriologia	"	Rainer Fr.
Clinica terapeutică	"	Theohari A.
Zoologia medicală	"	Zolla Gh.
Patologia medicală	"	Di-scu Mante (supl.)

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președintele tezei: D-I Prof. Dr. JUVARA E.

Membrii (D-I Prof. Dr. Gheorghiu N.
 („ Conf. „ Jianu I.
 („ „ „ Hristidi E.
 („ Doc. Dr. Teodorescu Marius

Facultatea consideră opiniile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare nici desaprobare

Amnului Societ
A. Stăuca:

mașin și necunoscută
pentru Universitatea Babeș

C. J. Andreoiu
1930. aprilie 7

LUCRĂRI

- Intern:* Costache Dăniță, *extern* C. Andreoiu: „Asupra unui caz particular de kist hidatic al ficatului”. Soc. studenților în medicină, Martie 1927.
- Intern:* Costache Dăniță, *extern* C. Andreoiu: „Angiom subcutanat cavernos al feței”. Soc. studenților în medicină, Martie 1927.
- Intern:* Costache Dăniță, *extern* C. Andreoiu: „Tetanos parțial subacut al membrului inferior drept cu remisiune, vindecare”. Soc. studenților în medicină, Aprilie 1927.
- Interni:* Costache Dăniță, Alex. Seimeanu, *extern* C. Andreoiu: „Tratamentul osteo-artritelor t.b.c. prin metoda *Robertson Lavalle*”. Soc. studenților în medicină, Aprilie 1927.
- Intern:* Costache Dăniță, *extern* C. Andreoiu: „Un caz re neurofibromatoză cu degenerescență fibro-sarcomatoasă”. Soc. anatomică și pentru studiul cancerului, Mai 1927.
- Intern:* Costache Dăniță, *extern* C. Andreoiu: „Asupra unui caz de maladia lui *Recklinghausen* cu degenerescență fibro-sarcomatoasă”. Soc. studenților în medicină, Mai 1927.
- Intern:* Victor Banu, *extern* C. Andreoiu: „Un caz de triorhidie”. Soc. studenților în medicină, Mai 1927.
- Intern:* C. Andreoiu, *extern* I. D. Ionescu: „Sarcină în luna V-a, kist de ovar praevia”. Soc. studenților în medicină, Ianuarie 1928.
- Interni:* Dr. Mitacu Stelian și C. Andreoiu, *extern* Sotir Ciorapciu: „Abces rece al toracelui consecutiv puncțiilor toracice”, Soc. studenților în medicină, Ianuarie 1928.
- Interni:* Victor Banu și C. Andreoiu: „Asupra trei cazuri de plăgi toraco-abdominale”, Soc. studenților în medicină, Febr. 1928.
- Medic secundar:* Gr. Lăzărescu. *Intern* C. Andreoiu: „Ectopie renală

- stângă cu aplazie renală dr.", Soc. studenților în medicină, Aprilie 1928.
- Medic secundar:* Dr. Gr. Lăzărescu, *Intern C. Andreoiu:* „Sarcină extrauterină”, Soc. studenților în medicină, Mai 1928.
- Medic secundar:* Dr. Gr. Lăzărescu, *Intern C. Andreoiu:* „Insămânțare neoplazică a peretelui abdominal consecutiv unui *Miculitz*”, Iunie 1928.
- Medic secundar:* Dr. Gr. Lăzărescu, *Intern C. Andreoiu:* „Peritonizare prin procedeul *Delvaux* în isterectomiile subtotale”, Revista „Spitalul”, Septembrie 1928.
- Dr. Ion Stoia, *interni C. Vasiliu și C. Andreoiu:* „Un caz de nanism senil (Progeria)”, Revista „Spitalul”, Septembrie 1928.
- Interni:* C. Vasiliu și C. Andreoiu: „Un caz de hipertrofie staturală cu infantilism”, Revista „Spitalul”, Ianuarie 1929.
- Medic secundar:* Dr. Gr. Lăzărescu, *Intern C. Andreoiu:* „Uter dublu, hematometrie unilaterală”, Revista de ginecologie și obstetrică, 1928.
- Interni:* C. Adameșteanu și C. Andreoiu: „Tumură mixtă a glandei submaxilare cu transformare sarcomatoasă”, Soc. anatomică și pentru studiul cancerului, Mai 1929.
- Interni:* C. Andreoiu și C. Adameșteanu: „Elefantiasis enorm al organelor genitale externe cu tuberculoză verucoasă”, Soc. anatomică și pentru studiul cancerului, Mai 1929.
- Dr. I. Stoia, *intern C. Andreoiu:* „Limfosarcom mediastinal”. Soc. anatomică și pentru studiul cancerului, Februarie 1930.

INTRODUCERE

La început studiate incomplet, existența lor de multe ori negată, kistele uterine primitive erau obiectul cercetărilor și descrierilor macroscopice post-operatoriu sau post-mortem. Publicațiunile rare, cunoscute se referă la cazuri uneori abia bănuite. Mai târziu anatomia patologică microscopică folosită în cercetarea acestor cazuri, începe să ne lămurească, insuficient însă, în unele direcțiuni. Ca și pe vremea când în jurul acestui capitol se dezvoltau atâtea ipoteze, din cauza imposibilității complete a studiului și astăzi această chestiune se pretează la discuțiuni variate. Studiul clinic singurul aplicat fiecărui caz în parte, pe vremuri, trece pe planul al doilea odată cu punerea la punct a studiului istologic. Deosebirea constantă a structurii microscopice, descrisă aproape la fiecare kist a făcut să se ajungă la concluziuni diferite, permițând enunțarea de teorii patogenice felurite. Multiplicitatea acestor teorii etiologice, raritatea cazurilor precum și cele câteva publicațiuni răslețe făcute la noi în țară m'au determinat să mă ocup de această chestiune asupra căreia se discută ca și cum am fi la începutul ei.

În timpul stagiului de internat la Serv. III chirurgie și obstetrică dela Spitalul Brâncovenesc *D-l Dr. Gr. Lăzărescu*, medicul secundar, mi-a atras atențiunea asupra unui: „Kist uterin primitiv”, insistând asupra rarității acestora și a interesului lor științific.

Fără să am pretențiunea de-a spune ultimul cuvânt despre această chestiune, voi căuta să strâng într'un capitol de sinteză esențialul publicațiunilor de până astăzi.

NOȚIUNI EMBRIOLOGICE

Sistemul uro-genital. — Organul urinar cel mai primitiv este coelomul, care se deschide la exterior prin mai multe puncte. Din aceste deschizături se dezvoltă canaliculii renali, organe excretorii, în vreme ce glomerulul constituit dintr'o simplă extroflexie a peretelui coelomic, separată de tubii renali formează organul secretoriu. Tubii renali la vertebrate sunt canalicule transversale, segmentare sau metauresice, primitiv implantate pe un canal exterior comun, longitudinal. Aceste canalicule pot forma în cursul vieții animalului trei organe renale diferite, ce succed dinainte înapoi lungimea canalului excretor comun: „pre-nephros, mesonephros sau rinichiul primordial (*corpul lui Wolff*) și metanephros”. Canalul comun care primește canaliculii renali se numește canalul excretor primitiv sau *canalul lui Wolff*. *Corpul lui Wolff* sau mesonephrosul este format dintr'o serie de tubi flexuoși prevăzuți cu câte-un glomerul cari amintesc tubii renali contorți. El constituie un organ alungit care ocupă toată întinderea cavității abdominale și care la vertebratele amniote nu se observă decât într'o scurtă perioadă a vieții embrionare, ca foarte de timpuriu să se atrofieze. În partea sa inferioară (urinară) resturile constituiesc parovarium și paradidimul, iar în partea sa superioară (genitală) corpul lui *Rosenmüller* și restetetis.

Glandele genitale. — Dezvoltarea glandelor genitale se face astfel: La un moment dat, la toate vertebratele, se distinge o îngroșare a epiteliului coelomic situat pe partea dorsală a cavității viscerale, între mesenter și mesonephros. Această îngroșare este formată: a) din celulele epiteliale cilindrice; b) din mari celule rotunde intercalate între precedentele zise celulele mari genitale. Acest epitelium se numește epitelium germinativ (*Waldeyer*). El se întinde, la început, pe toată ca-

vitatea coelomică nu întârzie, însă, să dispară la extremitățile cranială și caudală, astfel încât organul care urmează este mult mai redus. Aceasta este o eșitură care poartă numele de eminența genitală formată din: a) epiteliu germinativ și b) un ax mesenhimatos, cari destul de curând se diferențiază cuprinzând: cordoane corticole, cordoane medulare și o rețea de canalicule wolff-iene. Rețeaua canalelor wolff-iene apare din mugurii ce iau naștere din pereții glomerulari în partea cranială a corpului lui Wolff, pătrund în eminența genitală printr'un pedicul: viitor mezovarium sau mezotestis.

Canalele excretorii. — Chiar dela începutul aparițiunii corpului lui Wolff, se dezvoltă în strânsă legătură cu acesta un canal special zis *canalul lui Müller*. Atunci când aparițiunea acestuia este desăvârșită el pleacă dela extremitatea cranială a corpului lui Wolff, păstrând marginea lui internă unde se deschide în peritoneu printr'un orificiu infundibuliform. Se îndreaptă apoi, spre marginea externă a corpului lui Wolff în afara canalului cu acelaș nume, parcurgând toată lungimea rinichiului primitiv. Ajuns la partea inferioară a rinichiului primordial, trece în afara canalului lui Wolff și se contopește cu omologul său din partea opusă. Canalul lui Müller poate fi considerat teoretic ca fiind rezultatul dedublării canalului lui Wolff. *Kölliker* și *Egli* cred că el se formează ca un cordon plin originar din epiteliu peritoneal, la nivelul căruia va fi mai târziu extremitatea anterioară și care se alungește puțin câte puțin printr'o creștere proprie a extremității posterioare.

Pentru *Waldeyer* apare sub forma unei gutiere peritoneale ocupând fața externă a corpului lui Wolff și care se închide mai târziu. *Sedgwick* admite că ia naștere pe fața posterioară printr'un fel de dedublare a canalului lui Wolff. — Canalul lui Wolff încetând de-a mai servi la evacuarea produselor secretorii, pe măsură ce rinichiul primitiv se atrofiază, devine un conduct exclusiv genital care-și împarte cu canalul lui Müller funcțiunea de-a evacua produsele sexuale. Conductele lui Wolff și ale lui Müller de-o parte ajunse la partea caudală a corpilor lui Wolff se îndreaptă în afară și se unesc cu cele din partea opusă formând un cordon gros unic și median așezat între rect și vezică: cordonul genital caracteristica mamiferelor placentare. Acest cordon cuprinde, în centrul său, tubii epiteliali corespunzând la cele două canale ale lui Müller iar pe părțile laterale ai acestora tubii epiteliali ai canalelor lui Wolff; aceste patru tuburi sunt unite între

ele într'o teacă comună groasă a mezenhimului. Dela acest punct începe diferențierea: *sexul femel* singurul ne interesează.

La femeii canalul lui Wolff se atrofiază în cea mai mare parte, în timp ce canalul lui Müller persistă. Cele două canale, drept și stâng, se unesc între ele în lungimea cordonului genital.

Deschiderea peritoneală a fiecăruia dintre ei va deveni pavilionul trompei, partea sa mijlocie trompa iar partea sa inferioară uter și vagin. Cele două conducte ale lui Müller se contopesc unul cu altul în porțiunea mijlocie a segmentului lor terminal; astfel, dacă sunt urmărite începând de jos, se vede că sunt mai întâi separate și distincte, apoi pe măsură ce ne ridicăm le găsim unite și confundate într'unul singur, ca mai sus, în sfârșit, să le vedem iar separate. Sudura lor se îndeplinește în porțiunea terminală, fiind confundate în toată partea lor inferioară care va deveni cu timpul: uter și vagin.

La femeii numai canalele lui Müller singure vor da naștere organelor genitale, în timp ce canalele lui Wolff la bărbat servesc dezvoltării aceluiaș organe. Totuș și la femeii se mai găsesc resturi ale canalului lui Wolff. Acestea constituiesc *canalul longitudinal al organului lui Rosenmüller* și *canalul lui Gärtner* cunoscute sub numele generic de resturi embrionare. Canalele lui Gärtner, unul drept și altul stâng, situate pe părțile laterale ale uterului și vaginului se deschid la extremitatea inferioară a acestuia din urmă în vecinătatea meatului urinar. Histologic sunt formate dintr'o tunică musculară, căptușită cu un epiteliu cilindric.

PRIVIRI GENERALE

Toate tratatele clasice de specialitate consultate, n'am găsit niciăieri un capitol care să se ocupe cu chestiunea kistelor primitive de uter. Notițe izolate, câteva memorii și discuțiuni cari însoțesc publicarea cazurilor întâlnite precum și câteva teze cari numai în treacăt pomesc despre tumorile kistice uterine, iată întreaga literatură.

Material, relativ sărac, însoțit de un istoric destul de bogat.

Legueu socotește că este imposibil de-a încerca o descriere cât de sumară a kistelor uterului, înglobând toate cazurile cunoscute până la el în categoria mioamenelor cu transformare kistică.

De curând *Faure* și *Siredey* cred că aceste kiste uterine primi-

tive ar proveni dintr'o transformare kistică a unor adenomioame uterine.

Cazurile împrăștiate 'n literatura medicală sunt destul de rare și semnalate drept curiozități lipsite aproape complet de-un interes științific.

Privite mai întâi ca pe orice kist în general, mai apoi examinate amănunțit, au putut fi identificate bine, astfel încât, istoricul lor se stabilește definitiv în ziua când se grupează un număr suficient de observațiuni bine analizate și un număr de piese îngrijit examinate.

Se știe că în uter există două feluri de formațiuni kistice: a) unele frecvent întâlnite, apărând ca o complicațiune sau degenerescență a tumorilor primitive existente, kistul fiind un element supraadăugat și secundar; categorie ce nu intră în subiectul lucrării de față și b) kistul primitiv care se prezintă ca o entitate morbidă, izolată, evoluând pe propriul său cont, putând să fie însoțit de alte leziuni patologice ale aparatului genital, constituind totuș, singur un fenomen unic, în afară de orice altă afecțiune uterină. Ne vom ocupa, așadar, cu această a doua categori de kiste.

După cât se pare, primele cazuri observate au fost acelea ale lui *Bovier* la 1839 și *Atlee* la 1843; lipsite complet fiind, de orice descripțiune anatomo-patologică macro sau microscopică, pot fi luate cu drept cuvânt ca niște fapte izolate, fără bază științifică susținută.

Huguier în 1847 publică un memoriu asupra kistelor uterului și a kistelor foliculare ale vaginului însoțit de observațiuni mai lămuritoare, putându-se cita printre primele în istoricul kistelor uterine. *Ferrier*, la 1854, semnalează, în câteva cazuri existența kistelor mucoasei corpului uterin. *Grenet* în 1857 își susține teza cu un studiu asupra kistelor foliculare ale uterului. În tratatul de clinica boallor uterului al lui *Demarquay*, apărut la 1878, găsim publicat un caz de tumoră kistică uterină care probabil este mai mult secundară. *Lebec* susținându-și teza la 1880 cu: „tumorile fibro-kistice și kistele uerului” remarcă desvoltarea lor în grosimea peretelui uterin, dând, prinurmă, un deosebit interes sediul acestor kiste, făcând primul distincțiunea între kistele subperitoneale și cele interstițiale. *Victor Babeș* în lucrarea sa tipărită la 1882: „despre adenomioame și kistadenomioame, pomenește și de kistele primitive de uter. În 1898, *Perret*, reluând părerea lui *Legueu*, afirmă ca și acesta că în nici-un caz kistele seroase simple ale uterului, nu pot fi privite drept formațiuni

primitive și distincte, ele fiind totdeauna tumori kistice secundare. *Druon* la 1899 în teza sa, negând existența kistelor primitive de uter, le socotește ca pe niște tumori kistice, a căror porțiune solidă a suferit în totalitate o transformare cavitară. *Latteaux* în *Revue de gynécologie* din 1905, studiind complet atât clinic cât și anatomo-patologic un caz de kist uterin ajunge la concluziunea că este vorba, propriu zis, de un adeno-mion cu transformare kistică. Curând după acesta, la 1906 *Salva Mercadé* în teza sa și apoi într'o monografie aproape completă în *Revue de gynécologie*, din 1907, tratează și chestiunea kistelor primitive de uter. Odată cu reluarea acestui studiu. *Mercadé* sprijinit de observațiuni amănunțite descrise și de examenul anatomo-patologic demonstrează existența sigură a kistelor primitive de uter. *Chifoliau* în 1911, publică în „Le progrès médical” sub titlul: „Les grands kistes de l'utérus” două cazuri dintre cari numai unul singur fiind studiat complet, arată că este vorba de un kist uterin primitiv. În acelaș an în „La clinica chirurgicală” *Felici Beati* sub: „Cisti del muso tinca” descrie incomplet o singură observațiune stăruind mai mult asupra originii unora din kistele uterine. Tot în acest an *O. Frankl* în: „Archiv für Gynécologie” publică un kist de uter.

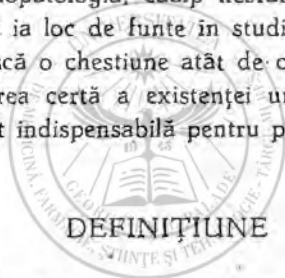
În 1912, *Dardanelli* în „La riforma medica” studiind un singur caz, dă la iveală un memoriu cu titlul „Le cisti del utero”. *Vautrin* în 1913 descrie în „Annales de gynécologie et obstétrique” două observațiuni sub titulatura: „Sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale”. Din acestea două numai unul prezintă certitudinea kistului uterin primitiv.

Petrescu, în 1916, în teza sa: „Chistele uterine primitive” face un studiu de ansamblu analizând două cazuri din serviciul Dr. Ion Jianu și un caz al profesorului Gerota. *Stübler*, în 1923 odată cu publicarea a două cazuri de kiste uterine tipice, face o privire generală asupra kistelor în general, insistând mai cu seamă asupra patogeniei. Acesta citează totdeodată și cazurile lui *von Iaschke* a lui *Combert* precum și pe cel al lui *Halban* tocmai pentru ca să poată trage concluziunile spre cari tindeau vederile sale. *Pribram* în 1926 și *Fukushima* în 1927, se ocupă cu cercetarea kistelor primitive de uter căutând să demonstreze fiecare cu câte un caz origina postfoetală a acestora.

Rare pe timpuri, kistele primitive de uter devin mai numeroase

cu cât ne apropiem de vremurile noastre, fără ca să se întâlnească totuși, atât de frecvent. La identificarea acestora posibilitățile de studiu mai amănunțit din ultimii ani au contribuit într-o mare măsură. Astfel descripțiunea acestor kiste făcută numai în urma operațiunilor sau la necropsie, bazată în amândouă cazurile pe simplă observațiune macroscopică arată o primă perioadă în istoricul acestui capitol, când existența lor era admisă teoretic fără să poată fi, însă, demonstrată științificește. Lipsa unui studiu anatomo patologic microscopic, fac mai târziu, pe unii autori să inaugureze etapa de negațiune a kistelor uterine primitive, pentruca apoi, odată cu introducerea studiului istologic, să intrăm definitiv în faza de existență sigură a acestor kiste. Ignorate cu desăvârșire din punct de vedere clinic, cercetate curios atunci când întâmplător apăreau ca surprize după laparotomii sau pe masa de necropsie, păreau, în prima și cea de-a doua perioadă, a interesa numai pe chirurșii ginecologi.

Astăzi anatomopatologia, câmp nesfârșit de vast, pentru cercetările microscopice ia loc de funde în studierea kistelor uterine, încercând să lămurească o chestiune atât de controversă. Factor principal pentru afirmarea certă a existenței unei asemenea formațiuni istologia este absolut indispensabilă pentru precizarea etiologiei.



Numim kist uterin primitiv, acea formațiune kistică a cărei origine are ca punct de plecare resturi embrionare din tractusul urogenital.

Prin această definițiune, relativ convențională, se exclud dela sine toate celelalte kiste uterine pseudo-kiste provenite din degenerarea, ramolirea sau transformarea cavitară a unor tumori ca: mioame, fibromioame, sarcoame, angioame precum și kistele provenite dintr'o cauză externă, cum ar fi kistul hidatic. Definițiunea de mai sus implică, neapărat, o structură specifică kistelor uterine după cum vom vedea mai jos. Aceste kiste sunt uni sau multiloculare, căptușite la interior uniform sau parțial cu acelaș fel sau mai multe feluri de elemente celulare; au totdeauna un conținut al cărui aspect și constituire diferă după cazuri.

Huguier spunea: „Desemnăm sub numele de kiste ale uterului

niște pungi simple, membranoase, închise, uniloculare sau sesile dezvoltate în grosimea peretelui uterin sau pe una din suprafețele lui submucoasă ori subseroasă, conținând mucus sau lichid seros și cunoscând drept sediu esențial țesutul celular sub seros sau foliculii sub mucoși uterini". Între aceste două definițiuni se pare că aceia din urmă nu numai că este incompletă deoarece nu pomenește nimic despre origine, dar este și greșit exprimată fiindcă noțiunea de: „dezvoltare în parenhimul uterin” se confundă cu aceia a: „sediului esențial în țesutul celular subseros sau foliculii submucoși uterini”.

CLASIFICARE

A) Definițiunea exprimată de *Huguier* asupra kistelor uterine încearcă, în același timp, să stabilească și-o clasificare a acestora. Ori după cum definițiunea însăși nu corespundea adevărului pe care voia să-l enunțe la fel și împărțirea făcută, luând drept criteriu raportul ce exista între sediul kistelor și stratele uterului precum și punctul de plecare dela seroasă sau dela mucoasă nu se potrivea cu realitatea *Huguier* clasificase pentru prima oară kistele uterine astfel:

- a) kiste uterine subseroase
- b) kiste uterine interstițiale
- c) kiste uterine submucoase

B) *Mercadé* lasă la o parte clasificățiunea de mai sus și stabilește pe cea următoare conducându-se de etiologie. Astfel, acest autor împarte kistele uterine primitive în:

- a) mucoase sau foliculare plecând dela mucoasa uterină
- b) hidatice având origină externă
- c) embrionare cu etiologie împărțită discutată
- d) seroase plecând dela peritoneu
- e) sanguine având punctul de plecare într'un angiom
- f) dermoide, fără ca pe acestea să le considere precis derivate ale uterului
- g) s'ar mai putea adăoga cele limpatice ipotetic admise.

C) Fără ca să mai discutăm clasificarea lui *Mercadé*, pe care am menționat-o pentru a vedea că printre celelalte kiste uterine pomenea și pe cele embrionare, trecem la diviziunea lui *Victor Babeș*

care pare cea mai rațională. Bazat pe studii anatomo-patologice macro și microscopice Babeș a împărțit kistele uterine primitive în :

- a) kiste de origine wolffiană
- b) kiste de origine mülleriană
- c) kiste dezvoltate pe contul germenilor rătăciți
- d) kiste ce-au luat naștere din porțiuni de organe incluse.

D) Se credea că odată cu stabilirea făcută de Babeș clasificarea kistelor ar fi terminată, când apare studiul făcut de *R. Meyer* în care acestea sunt astfel divizate :

- 1. kiste uterine primitive embrionare
- 2. kiste uterine primitive post-foetale.

Pe cele embrionare le subdivide în:

a) kiste primitive din resturile corpului lui Wolff, acelea cari sunt situate în colțul tubar

b) kiste rezultate din canalul lui Wolff (*Gärtner*), cele cari se dezvoltă în sau provin din peretele lateral uterin

c) kiste cu origine din canalul lui Müller, atunci când kistul se află median în raport cu uterul.

2. Pe cele foetale le împarte în:

a) kiste provenite din seroasa uterului

b) kiste dezvoltate în urma proliferării și dilatării vaselor limfatice

c) kiste provenite din glandele uterine, cunoscute clasic sub denumirea de adenomioame uterine.

Din aceste clasificări cea mai logică ar fi aceea enunțată de *Babeș* despre care ne vom ocupa în special. Fără a nega interesul ce-l prezintă clasificarea lui *Meyer* ne permitem să afirmăm că nu este suficient de legitimată apărând, cu mici modificări, ca o deducțiune teoretică a împărțirii făcută de *Babeș*.

SITUAȚIUNE

Mercadé credea că așezarea kistelor ar fi aproape constant la nivelul coarnelor uterine, pe părțile laterale și în dreptul fundului uterin. De altfel, mai toți autorii încearcă să tragă concluziuni etiologice după cum kistul este situat față de uter, chiar înaintea examenului histologic. Admițând aceste presupuneri în cazul când kistul dezvoltat

in locurile pomenite ar avea o mărime relativ neinfluențabilă asupra organului din care pornește, suntem nevoiți să pretindem că atunci când volumul acestuia crește prin imprimarea schimbării de rapoarte spusele lui *Mercadé* și-ale celorlalți n'ar mai avea importanța ce li se acordase. Dacă, însă, kistul evoluând, n'ar mai păstra cu uterul un raport intim, ca la început, ci s'ar lega de acesta numai printr'un pedicul, s'ar putea presupune cu toată probabilitatea punctul de plecare al lui. Indiferent de mărimea pe care-ar avea-o în acest din urmă caz, împlântarea pediculului ne-ar îndreptăți să bănuim origina lui. In general kistele primitive de uter ocupă părțile laterale și linia mediană a uterului.

ETIOLOGIE-PATOGENIE

Kistele uterine primitive, cu totul ignorate, la început, au trecut neobservate sau neexplicate până la 1884, fiind socotite după împrejurare seroase sau mucoase.

Autorii germani, plecând dela 1890, au interesante monografii în acest sens. Primul *Rieder* la 1884 făcând o lucrare despre canalul lui Gärtner pomeneste de două observațiuni fără ca să încerce să le atribuie vre-o origine wolffiană. *Klein* la 1890 admitând existența kistelor canalului lui Wolff pretinde drept elemente de diagnostic ale acestora:

a) structura peretelui formată de un strat muscular înlăuntrul căruia se găsea un strat de țesut conjunctiv captușit de un epiteliu cilindric scund dispus într'unul sau mai multe etaje

b) topografia kistelor

c) dispozițiunea lor sinuoasă urmând axul longitudinal al uterului.

Recklinghausen, la 1895, semnalează asemenea kiste considerându-le ca pe niște adenoame kistice. El le atribuie aceiaș origine cu aceia a adenoamelor coarnelor uterine adică: „corpul lui Wolff”. De aici încolo, patru teorii emise și susținute cu aceiași stăruință caută să demonstreze explicarea formării acestor kiste. Unii autori în urma lui *Chiari* și *Schauta* admit împreună cu *Gottschalk*, *Opitz*, *Bibert*, *Franqué* numai origina inflamatorie excluzând complet pe cea

congenitală. Alții cu *Pick* apărând afirmațiunile lui *Recklinghausen* recunosc origina wolffiană și anume :

- a) *Pick* și *Recklinghausen* fiind pentru corpii lui Wolff, iar
- b) *Amann* numai pentru canalul lui Wolff.

Cei din urmă cu *Kossmann* atribuie acestor formațiuni kistice o origine mülleriană ,explicând aparițiunea lor sub dependența invaginațiilor embrionare ale canalului lui Müller. Oricare ar fi origina acestor elemente, ele tind spre două tipuri deosebite de tumori:

1. primele pline constituesc adevărate tumori,
2. celelalte destul de rari, cavitare, sunt kistele propriu zise.

Nedkow, în 1897, își trece teza sa, despre kistele wolffiene uterine, mărginindu-se a repeta cele spuse de *Recklinghausen*.

La 1901, *M-me Cohn*, în teza inaugurală asupra: „Les nodosités des cornes utérines” vorbește de posibilitatea apariției kistelor în această regiune. Din câte se vede acei cari-au avut sarcina să-și spună cuvântul în materie de kiste uterine au fost germanii. Opiniunile lor fiind destul de împărțite, raritatea cazurilor îngreunând studiul de ansamblu, nu s'a putut ajunge însă, la emiterea unei idei unice în ceea ce privește etiologia și patogenia.

Oridecâteori s'a descris câte-un caz de kist uterin primitiv s'a încercat explicarea patogenică respectivă. Variabilitatea, raritatea cazurilor ca și numărul autorilor cari s'au ocupat cu descrierea acestora explică lipsa unității vederilor. O scurtă privire asupra acestui paragraf ne îndreptățește afirmațiunea de mai sus.

Recklinghausen a descris la nivelul coarnelor uterine două feluri de tumori: a) adenomioame și b) cistadenoame; primele fiind adevărate adenoamioame uterine, cele de-al doilea adenoame cari au suferit o evoluțiune kistică. Prin definițiune, chiar, adenomioamele trebuiesc, neapărat, să fie formate dintr'o hipertrofie și o neoformare a fundurilor de sac a aeinilor glandulari. Interpretarea aceasta aplicată la uter a fost susținută de mulți și formează prima teorie patogenică privitor la adeno-mioame și kiste uterine.

Existența embrionară a canalelor lui Wolff și a lui Müller fiind demonstrată, *Recklinghausen*, *Pick* și *Mercadé*, *Kossmann* și *R. Meyer* socotesc că resturile acestor canale îndeplinesc un rol efectiv nu numai în formațiunea adenomioamelor și kistelor uterine în general, dar că sunt elementul principal din cari se desvoltă kistele uterine primitive.

A) Iată-ne, așa dar, ajunși la *teoria patogenică wolffiană* a kistelor uterine primitive. Unii autori au susținut ca punct de plecare evolutiv al kistelor uterine canalul lui Wolff iar alții corpul lui Wolff așa că această teorie se găsește împărțită în două subdiviziuni:

a) *teoria wolffiană propriu zisă*

b) *teoria canaliculară wolffiană;*

amândouă bazându-se pe persistența canalelor lui Wolff deși aceasta a fost negată stăruitor de câțiva autori.

În scara zoologică, la rozătoare și rumegătoare s'a dovedit persistența canalelor lui Wolff sub forma unor canale mici ce pleacă dela paraovarium, în lungul pereților laterali ai uterului și vaginului pentru ca să se deschidă deoparte și de alta a orificiului uretral. Acestea sunt canalele lui *Gärtner*, (Wolff) după numele celui care le-a descris *Beigel* și *Dorhn* le-au găsit la foetus uman iar *Fischl Rider* și *Debiere* la femeia adultă.

a) În 1896, *Recklinghausen* emise *teoria originii wolffiene* a kistelor uterine, punctul de plecare al acestora fiind canaliculii aberanți ai *corpului lui Wolff*. Invocând prezența pseudo-glomerulilor, cari printr'o secrețiune activă târzie ar determina dilatarea kistică a acestora, socotește suficient de susținută această ipoteză. Acelaș autor adăugând, la cele de mai sus, sedjul kistului la nivelul cornului uterin, rapoartele acestuia cu corpii lui Wolff, cât și coexistența cu unele leziuni ale aparatului genital, stabilește în acel timp, *teoria wolffiană* a kistelor primitive de uter.

b) În vreme ce *Recklinghausen* demonstra teoria sa wolffiană admitând ca origine a producțiunilor kistice a coarnelor uterine e-pooporonul, *Amann* atribue direct *canalului lui Wolff*, mai târziu devenit *canalul lui Gärtner* etiologia kistelor intra și extrauterine.

Mercadé în teza sa susține aceiaș părere. Din moment ce canalul lui Wolff constituie o cavitate închisă, iar secrețiunea sa nepuțând fi eliminată transformățiunea kistică a lui apare ca o determinare logică (*Merkel*). Ceiace pare curios și 'n acelaș timp destul de simplu, este faptul că de unde patogenia wolffiană a kistelor uterine primitive a fost scindată în două mai mult dintr'un capriciu, unicitatea anatomică a pereților acestora este evidentă: „acelaș epiteliu cilindric ciliat dispus într'un singur strat“.

Ușor se deduce, așa dar, greutatea diagnosticului etiologic, chiar atunci, când precizarea acestuia s'ar încerca la microscop. Un moment s'a crezut că prezența diverticulilor canalului lui Wolff, la

nivelul coarnelor uterine, așa cum le-a descris *Beigel* și *Klein* ar fi îndeajuns pentru a ne face să bănuim origina wolffiană a kistelor uterine. Se pare posibil, în același timp de-a atribui acestor diverticule ale canalului lui *Wolff* origina kistelor pentru motivul rarității amândorora. Predominanța lor pe laturile uterului și mai cu seamă în dreptul colului a făcut pe *Babeș* să admită situațiunea principală a kistelor wolffiene de-o parte și de alta a uterului și 'n apropierea colului uterin. Relativ la așezarea acestora *Mercadé* pretinde frecvența lor la nivelul coarnelor uterine în plin țesut muscular; *Klein* le așează lateral față de uter, iar *Baraban* și *Vautrin* înapoia buzei posterioare a colului. Și în acest caz vedem cât de greu s'ar putea diferenția un kist primitiv de origine wolffiană luând sediul acestora raportat la uter ca element principal. Din părerile, emise de mai sus *Mercadé* susține teoria wolffiană canaliculară impusă de *Amann*. El considera ca factori determinanți: așezarea, direcțiunea și traiectul canalului lui *Wolff*. Unite într'o singură origine, canalul lui *Wolff* și diverticuli săi, kistele uterine primitive ar lua naștere când din canalul însăși pe flancul uterului sau în parenhimul acestuia, când din diverticuli unghiului uterin, când în sfârșit din diverticuli colului.

c) Găsim nimerit să amintim afirmațiunile lui *R. Meyer*, care studiind patologia canalelor lui *Gärtner* spune că: „un anumit număr de kiste uterine și în special, cele denumite primitive, se formează de fapt pe contul canalelor excretoare a rinichiului primordial“. Situațiunea acestora este înapoia locului de implantare a ligamentului rotund. Sunt, însă și numeroase excepțiuni. Greutatea cunoașterii originii gärtneriene ne-o arată deosebirea vederilor între *Schottländer* și *R. Meyer*. Primul susține că conductul lui *Gärtner* nu are musculatură proprie pe când cel de-al doilea consideră ca tipic un perete cu mai multe straturi musculare. Rezultatul practic al acestei divergențe de păreri se evidențiază amintind cazul lui *Küster*, unde este vorba de un kist mare uterin, provenit din canalul lui *Gärtner*, ai cărui pereți groși erau compuși dintr'un țesut fibros și numai pe ici pe colo, din câteva fibre musculare netede și cazul lui *E. Wolff* cu un perete gros muscular caracteristic. Iată prinurmă și aici logica interpretărilor multiple explicând greutatea individualizării în cazuri de kist primitiv originar din canalele lui *Gärtner*. Totuși sediul kistului, locul de implantare al pediculului pe uter, precum și structura istologică a membranei ce-l căptușește pe dinăuntru formată dintr'un strat de celule epiteliale

cilindrice ciliate cu nucleu mare central ne pun pe punctul de-a stabili cu oarecare aproximațiune diagnosticul.

B) *Teoria Mülleriană*. În 1897 *Kossmann* și apoi *Lockstaedt* atribue kistelor uterine origina invaginațiunilor embrionare a *canalului lui Müller*. Acești autori demonstrează că toate caracterele descrise de *Recklinghausen* formațiunilor kistice wolffiene se pot raporta producțiunilor mülleriene. Mai mult, ei aduc contra teoriei wolffiene, situațiunea la embrion a corpurilor lui *Wolff* la extremitatea abdominală a canalelor lui *Müller*, precum și interpunerea canalelor lui *Wolff* între trompă și corpul lui *Wolff*. Nu s'au putut găsi, niciodată, resturi din corpul lui *Wolff* în uter, așa că respingând teoria lui *Recklinghausen* nu îngăduiesc nici analogia pseudo-glomerulilor cu corpusculii lui *Malpighi*, nici existența țesutului citogen, care-ar lipsi totdeauna. Pentru acești autori, cât și pentru *R. Meyer*, kistele uterine primitive iau naștere din ramificațiunile congenitale ale mucoasei, cari pătrund printre fibrele musculare, mai des la fundul uterului și în partea superioară a corpului, mult mai rar la nivelul colului și la partea inferioară. *Baraban* fără să combată teoria wolffiană spune: uneori la locul de întâlnire al canalelor lui *Müller* se produc incluziuni parțiale din pereții acestor canale, cari rămân în țesutul uterin în stare de elemente liniștite până când unele fenomene congestive sau iritative ale menstruații, sarcina sau inflamațiunea ca și menopauza (*Fink*) le redeșteaptă forțându-le la o creștere târzie. Aceste producțiuni celulare regăsindu-și orientarea și formele primitive renasc la viață și aduc în jurul lor un spor de proliferare activă din partea țesuturilor ambiante. Teoria mülleriană se sprijine pe invaginațiunea ramificațiunilor glandulare. Ori la orificiu canalele lui *Müller* sunt simple tuburi epiteliale. Nu există repliuri, iar glandele apar târziu, către vârsta de 8—10 ani, în mucoasa uterină, pe când în cea tubară lipsesc complet. Acest fapt embriologic ar fi suficient pentru ruina unei teorii care se bazează pe existența invaginațiunilor glandulare congenitale. Cât despre incluziunile parțiale ale canalelor lui *Müller* n'ar fi decât o ipoteză nesprijinită de vre-o dată științifică. Cu toate acestea *Vautrin* susține că singura greutate în deosebirea originii wolffiene și mülleriene constă în faptul că aceste două canale iau naștere dintr'un punct comun, iar elementele cari le constituiesc și mai ales epiteliul ce le căpтуșește sunt identice. Pentru a stabili o părere aproape de adevăr, asupra originii reale a uneia din producțiunile morbide, ne vedem siliți să ne servim când de sediul și

rapoartele imediate pe cari acestea le au, când pe tendința evolutivă și formativă a elementelor lor esențiale ce-și păstrează întreaga putere a diferențierilor.

Microscopicește *Vautrin* crede că putem să afirmăm origina wolffiană a unui kist, atunci când peretele intern al acestuia este căpșut de un strat de celule cilindrice ciliate sau nu. Prezumțiunea de kist uterin primitiv müllerian se impune, dacă în afara celulelor cilindrice găsim un epiteliu stratificat pavimentos, prismatic și cilindric, cu sau fără glande de tip cervical, la o formațiune kistică juxta-uterină.

Și într'un caz și într'altul resturile embrionare ectopice sunt, prin-urmare, susceptibile de-a conserva proprietățile potentiale ce posedă țesutul lor de origine. Mai mult, capacitatea potențială, specifică a epiteliului müllerian ar fi un reactiv prețios pentru înlesnirea cunoașterii originii mülleriene sau wolffiene a unei neoformațiuni kistice incluse în parenhinul uterin sau pornită din el. Greutatea și raritatea punerii în evidență a epiteliului ne lipsește de-o utilitate științifică reală. Vedem, deci, cât de împărțite sunt părerile în privința acestei chestiuni: când se exclud unele pe altele, când fără negarea unei teorii se admit și se completează. Greu de susținut și mai greu de impus una din teoriile de mai sus, ne găsim obligați să admitem, deocamdată, *teoria mixtă adaptată de Vautrin-Babeș*, deoarece canalele lui Wolff (devenite Gärtner prin evoluție) sunt capabile să dea naștere la kiste identice cu cele provenite din canalele lui Müller. Lipsa de noțiuni precise, imposibile de fixat, asupra etiologii și patogenii acestor kiste ne îngreuiază bănuiala frecvenții unora din acestea, cu atât mai mult cu cât anatomia lor patologică se confundă, iar sediul nefiind un argument îndeajuns de serios pentru deosebire.

C) La 1887 *Chirai* și *Schauta* încearcă să introducă, în patogenia kistelor uterine primitive, *teoria inflamatorie*. Această concepțiune este însușită și susținută mai târziu de *Gottschalk* și *Franqué*. Ei pretind că mucoasa uterină inflamată proliferază și determină invaginațiuni printre fibrele musculare. Treptat aceste invaginațiuni ajung până sub seroasă, chiar; comunicațiunea cu cavitatea uterină, punctul lor de plecare, dispărând, printr'un proces de inflamațiune și ploriferare, rămân izolate formând un nodul adenomatos. Acesta poate evolua către forma nodulară sau kistică. Iată-ne, așa dar, în situațiunea de-a da o interpretare deosebită etiologii kistelor ce-ar avea ca factor determinant o inflamațiune cronică simplă a mucoasei

după credința lui *Franquē*, o inflamațiune blenoragică după afirmațiunile lui *Chiari-Schauta* și în sfârșit, una bacilară după spusele lui *Bulins* și *Hegar*.

Oricât de îngăduitori am fi cu aceste presupuneri, nedemonstrate suficient, nu putem acorda factorului inflamator decât un rol adjuvant, în producerea kistelor uterine și nici decum nu-l putem accepta drept cauză determinantă. De altfel, atât practica zilnică, studiile macro și microscopice ca și extrem de rara coincidență între inflamațiunile citate curent și existența kistului uterin ne îndrituiesc să avem părerea expusă. În vremea din urmă, această părere, reluată de *Fukushima* este prezentată sub altă formă. Astfel, el pretinde că din mucoasa cronic inflamată, în urma unui raclaj s'ar detașa grupe de celule glandulare uterine cari diseminate printre interstițiunile musculare ar plorifera tinzând spre seroasă. În această ordine de idei, ar intra kistele uterine primitive clasate de *R. Meyer* în seria celor zise postfoetale. Fără să tăgăduim autenticitatea cazului descris de *Fukushima*, ne permitem să facem o remarcă ce se raportează direct și la cele susținute de *R. Meyer*. Așa dar, nu ne putem explica pe deplin raritatea cazurilor de kist primitiv cu o astfel de origine, atâta vreme când e destul de cunoscută frecvența inflamațiunilor cronice uterine cât și practicarea atât de extensivă a raclajului. Ceva mai mult, în cazurile cunoscute din literatură, după câte am văzut, raclajul lipsește absolut în mod constant în antecedentele operatorii suferite de bolnave.

D) *Teoria peritoneală*. Nașterea și dezvoltarea kistelor uterine primitive au fost puse de *Pick*, *R. Meyer* și *Blount* pe seama invaginărilor foetale a epiteliului peritoneal. Acești autori pentru a putea da o interpretare găsirii epiteliului cilindric ciliat, ce căptușește punga kistică la interior, amintesc că epiteliul peritoneal este ciliat la unele spețe lipsite de oviduct și chiar în mod tranzitoriu la celelalte. Mai mult, *Von Brun* crede că repeziciunea descompunerii cililor ar explica greutatea cu care se observă aceștia pe membrana peritoneală. Această ipoteză începe să ia un caracter afirmativ odată cu punerea în evidență a celulelor peritoneale ciliate în speța umană, printr-o tehnică specială descrisă de *Paladino* și *Muscatello*. De aici încolo, s'a presupus că în urma unui puseu peritoneal s'ar putea face invaginațiuni epiteliale în țesutul celular subperitoneal ce acopere ute-

rul. Aceste invaginațiuni în urma stragularilor ar suferi cu timpul o transformare kistică.

De curând s'a căutat a se demonstra că peritoneul ar interveni direct, în patogenia acestor kiste, fie printr'o transformare metaplastică a endoteliului peritoneal, fie printr'o proliferare, sub influența hormonului ovarian, a celulelor bazale ale peritoneului rămase în stadiul lor primordial și nediferențiate. Deși din punct de vedere ipotetic, aceste păreri ar putea fi admise totuș lipsa unor cercetări bine documentate ne obligă numai să le cităm.

E) *Teoria germenilor rătăciți*. — *Victor Babeș*, încă dela 1882 ocupându-se cu studierea kistelor uterine publică o monografie asupra originii acestora în: „*Allgemeinischezeitung*“. *Babeș* pretindea că aceste kiste ar lua naștere din niște elemente inclavate în musculatura uterină. Aceste elemente provin din stratul generator al viitoarei mucoase uterine, cât și a glandelor corespunzătoare, elemente izolate prin desvoltarea parenhimului uterin. Anumite cauze, în timpul activității genitale, ar putea exercita influențe excitatorii asupra acestor elemente incluse, făcându-le să se desvolte și să prolifereze pe propriul lor cont. Datorită acestei concepțiuni, suntem liberi să credem că kistele uterine primitive s'ar putea găsi oriunde pe corpul și pe colul uterin. Pe porțiunea internă a colului se întâlnesc, câteodată, niște producțiuni rotunde, ovolare, ajungând până la mărimea unui bob de mazăre, producțiuni cunoscute sub numele de *oule lui Naboth*. Aceste formațiuni kistice pline cu un lichid sero-mucos în care întâlnim elemente celulare ca: epiteliu descuamate și leucocite, ar lua naștere din astuparea glandelor colului. Procesul secretoriu continuând, glandele astfel izolate suferă o transformare kistică, devenind așa zisele ouă ale lui Naboth. S'ar putea ușor lua aceste ouă Naboth, drept kiste prin germeni rătăciți în grosimea colului uterin. Diferența constă în faptul că pe când origina celor dintâi este accidentală cele de-al doilea sunt determinări morbide cari influențate de anumite cauze suferă o evoluțiune mult mai accentuată și mult mai deosebită. Discutând teoria lui *Babeș*, *Mercadé* socotește că aceste kiste încep să apară tocmai la pubertate. Afirmațiunea lui este sprijinită pe desvoltarea târzie a glandelor din sfera genitală. Totuș, posibilitatea existenței timpurii a unor germeni rătăciți în țesutul uterin fiind independentă de aparițiunea glandelor despre cari vorbește *Mercadé*, pretențiunea unei desvoltări kistice direct în

raport cu dezvoltarea glandelor pare nesusținută. *Teoria lui Babeș* se apropie, în acest caz, cea mai mult de adevăr.

Din examenul microscopic al kistelor uterine unii au dedus că dezvoltarea s'ar face în regiunea colului, pe seama mucoasei uterine și vaginale. Cu alte cuvinte, pe când kistul corpului este căptușit pe partea internă de un epiteliu asemănător celui de pe mucoasa uterină, aceiaș față a kistelor colului este acoperită de un amestec de celule epiteliale identice cu acelea ale colului și de grupe de celule pavimentoase cu caracterele celulelor vaginale.

F) *Teoria formării kistelor din porțiuni de organe mai îndepărtate.* — Neapărat că din cauza originii embrionare comune a organelor urinare și genitale, s'ar putea ca în timpul diferențierii, organele genitale primitive să izoleze părți din rinichiul primordial. Faptul că *Recklinghausen* a întâlnit în unele kistadenoame elemente ce se apropiau mult de acelea ale corpului lui *Wolf*, a făcut să se bănuiască drept origine a kistelor uterine primitive resturile rinichiului primordial, incluse în mezenhimul uterin. Caracteristica acestora sunt: infundibilul glandular căptușit cu un epiteliu cilindric ce amintește canaliculii rinichiului, un țesut citogen ce separa tubii și pseudo-glomerulii, situați la nivelul ampulelor canalelor glandulare, amintind glomerulii lui *Malpighi*, precum și așezarea și împărțirea tubilor ce se apropie de cei uriniferi. După cum se vede, această teorie are puncte comune, aproape, cu teoria wolffiană propriu zisă ceiace-a determinat pe *Recklinghausen* s'o considere ca atare. Ceva mai mult, conținutul kistelor descrise, se deosebete fundamental de produsul secretoriu renal.

Victor Babeș mai adaugă acestui paragraf unele kiste uterine provenite din paraovarium.

G) Pentru unii, kistele uterine primitive, s'ar desvolta sub dependența tubilor glandulari incluși în țesutul uterin. Astfel *Schroeder*, *Voigt*, *Schottländer*, *Jagen* și *Marieu*, admit c'ar fi vorba de invaginațiuni glandulare ale mucoasei adulte iritată prin diferite cauze. Fundurile de sac glandulare proliferând, pătrund în țesutul propriu uterin și termină prin a se separa de mucoasa din care au pornit putând astfel deveni, cu timpul, kiste uterine.

Din cele spuse până acum reiese că este imposibil a trage o concluziune științifică unic sistematizată. Pretindem, numai, că proveniența congenitală a kistelor uterine primitive este suficient de-

monstrată, având însă, puncte de plecare diferite. Admițând deci origina congenitală a kistelor primitive, dezvoltarea lor se poate face indiferent la orice vârstă a femeii, existând chiar dela naștere după cum se vede din observațiunea lui *Klein*. Discutând teoria inflamatorie, am văzut că acest proces patologic poate fi luat drept cauză ocazională prin excitarea imprimată dezvoltării unui kist primitiv în stare latentă.

Pe orice lature am privi chestiunea, suntem de părere să rămânem la acordul stabilit, că adevărata cauză a dezvoltării acestor kiste este prezența în parenhinul uterin a resturilor embrionare de ori origine organică ar fi ele.

ANATOMIE PATOLOGICĂ

De obicei, kistele uterine primitive se întâlnesc în grosimea pereților uterini și mai ales în stratul extern al acestora, având o tendință evidentă spre evoluțiune subseroasă. Fixarea coarnelor uterine ca loc de predilecțiune al dezvoltării acestora a căzut, admițându-se, în general, că se pot întâlni în orice alt punct al uterului. La stânga sau la dreapta materiei n'au nici-o legătură cu persistența, mai des întâlnită, a canalului lui Wolff de partea dreaptă. Mai totdeauna kistele sunt descrise în plin țesut uterin departe de mucoasa acestuia, formând o cavitate închisă. Volumul lor e destul de variabil, putând ajunge la mărimi considerabile (cazul lui *Săvescu* cântărea 6000 gr.). Forma lor diferă: rotundă, alungită, ovalară, nu rareori e boselată. După cum kistul este dezvoltat în peretele uterin sau nu face corp cu el, la fel și grosimea peretelui variază. În constituția acestuia găsim: fibre conjunctive, musculare și țesut fibros într'un raport care variază dela caz la caz.

Conținutul lor adesea serocetrin, poate fi floconos, serohematic și chiar hematic.

Constituția chimică a acestuia se apropie mult de aceia a plasmiei sanguine.

Istologie. — Suprafața internă a kistului este căptușită de un epiteliu cilindric, prevăzut sau nu cu cili. Uneori membrana epitelială este constituită din celule neciliate uni sau multistratificate. Nu sunt rare cazurile în cari continuitatea acestui epiteliu să fie întreruptă,

după cum sunt și cazuri în cari abia se găesc, după multă insistență porțiuni mici acoperite cu elemente epiteliale. În unele locuri, se pot semnala chiar frangiuri acoperite de acelaș epiteliu. Prezența epitelului cilindric ciliat sau nu nu-i totdeauna simplu. Astfel s'a descris și un epiteliu pavimentos prismatic alternând cu cel cilindric (cazul lui *Vautrin*).

Peretele kistului n'are nici-o limită proprie, continuându-se intim cu țesutul uterin când nu este pediculat.

STUDIUL CLINIC

Oricare ar fi originea kistelor uterine primitive simptomatologia lor rămâne una și aceeaș. În general aceste kiste se dezvoltă încet, așa că debutul lor nu poate fi niciodată bănuț. De multe ori, mici ca volum, nu produc nici o turburare organică așa că pot trece mult timp neobservate. În evoluțiunea lor, totuș putem considera două stadii: *pelvian* și *abdominal*, fiecare cu simptome proprii.

1. În stadiul pelvian:

a) Din punct de vedere *funcțional* simptomele diferă după cum el este așezat dacă se însoțește sau nu de procese inflamatorii perikistice ce ar putea determina o înclăvare a kistului. În acest caz apar fenomene de compresiune și durere, la cari se pot adăoga, fenomene generale.

Compresiunea produsă de mărimea unui kist în evoluțiune poate lua diferite grade, fiind mai totdeauna suportabilă.

b) *Obiectiv*. Examinarea vaginală, însoțită de palparea abdominală ne arată: o tumoră de mărime variabilă, de obicei regulată, depresibilă, limitată, fluctuantă, ușor sensibilă sau complet nedure-roasă, continuând uterul, fără separațiune sau deosebindu-se de această când e pediculat. Neapărat, ca să ne putem da seama de existența unei tumori kistice pelviene, aceasta trebuie să aibă un volum oarecare perceptibil. De aceea, în cazurile incipiente din pricina decelării acestora pot fi trecute neobservate. Atențiunea care ni se atrage asupra căutării ovarelor și trompelor, în timpul tactului vaginal, pentru înlesnirea diagnosticului, ni se pare puțin folositoare, întrucât grosimea pereților abdominali ne poate împiedica această manevră.

2. În stadiul abdominal:

a) Simptomele *funcționale* se suprapun celor ale kistului de ovar. Se citează ușurința ce simte bolnava după eșirea kistului, uneori compresiv, din pelvis, care determina fenomene cistice și rectale.

b) Semnele *obiective* sunt aproape exact cele ale kistului de ovar, totuș se semnalează cazuri în cari acestea difereau cu totul, mai cu seamă când tensiunea intrakistică era scăzută, iar mărimea lor pronunțată. *Chifoliau* pretinde că o tumoră lichidă ce trage uterul în sus, îl împinge înăuntru și în lături și o tumoră kistică fluctuantă în fundul de sac anterior continuând uterul ce se găsește în retroversiune ne face diagnosticul permițându-ne în primul caz afirmarea unui kist de ovar și în al doilea kist uterin primitiv.

DIAGNOSTIC

Diagnosticul de tumoră lichidă pelviană sau abdominală este relativ ușor de făcut, precizarea sediului acestei pungi hidrice, însă, este cert imposibilă. Dacă teoretic diagnosticul diferențial se poate face cu o mulțime de afecțiuni ale aparatului genital intern, practic interesul acestuia este complet nul. Vom încerca cu toate acestea să fixăm o deosebire între simptomatologia kistului primitiv uterin și aceia a afecțiunilor cu cari s'ar putea confunda.

1. *Kistul ovarului*. La examenul genital se află situat lateral față de uter, păstrează o mobilitate netă, individuală, uterul rămânând fix când se imprimă mișcări kistului și invers; este independent de uter pe care-l deplasează când volumul crește.

2. *Peritonita tuberculoasă inchistată pelviană* și chiar abdominală cu care se confundă des, se deosebesc, în special, prin alterarea stării generale. Se va lua în considerațiune slăbirea din ultimul timp, lipsa de poftă de mâncare, transpirațiunile nocturne și mai cu seamă curba termică a cărei oscilațiuni ne vor îndrepta bănuiala întotdeauna în direcțiunea acestuia. Procedând la examenul genital vom găsi fundurile de sac libere iar mișcările imprimare uterului nu se vor transmite colecțiunii kistice.

3. *Kistele ligamentului larg* situate lateral față de uter, de cele mai multe ori separate de acesta, au pereții subțiri, sunt fluctuente și se simt bine la examenul genital în fundurile de sac.

4. *Salpingitele kistice* se deosebesc, în general, prin evoluțiunea lor mai rapidă.

a) *Hidrosalpinxul* evoluiază prin crize, se însoțește de dureri spontane și provocate. De multe ori reacțiunea inflamatorie de vecinătate limitează mișcările uterului. Fundul de sac respectiv este dureros la tactul vaginal. Forma acestei pungi kistice este din cele mai caracteristice; atunci când este voluminoasă, este de obicei rotundă, ovoidă sau fuziformă, cu extremitatea cea mai subțire inserându-se pe cornul uterin corespunzător. Situațiunea acestuia este variabilă găsindu-se fie în fundul de sac al lui Douglas, fie deasupra ligamentului larg sau în grosimea lui, fie chiar, înaintea uterului.

b) *Piosalpinxul* urmează unei infecțiuni genitale netratată, consecutivă unei gonococii sau infecțiuni post-partum ori post-abortum. Constnat găsim aici, durerea spontană exagerată care obligă bolnava la atitudini speciale, caracteristice, cum ar fi flexiunea coapsei de partea piosalpinxului.

Temperatura cu oscilațiuni mari, sau în platon cu mici variațiuni, menținându-se mereu de-asupra lui 37°, va fi luată în considerațiune. Examenul genital arată fundul de sac lateral ocupat de o tumefacțiune dureroasă așezată în afara uterului, pe care-l deplasează sau îl înglobează într'un proces comun inflamator. Evoluțiunea este din cele mai rapide.

c) *Hematosalpinxul* infecțios, datorit, însă, în marea majoritate a cazurilor unei sarcini ectopice se întovărășește de simptome proprii evidente. Examenul genital ne indică acelaș lucru ca la producțiunile kistice salpingiene, în general.

5. *Sarcina uterină* este confirmată de semnale probabile de sarcină și anume: încetarea menstruațiunii, pigmentarea aureolei perimamelonare aparițiunea tuberculilor lui Morgani și Montgomery, pigmentarea linii albe, congestia mamelelor, stări gastrice caracteristice și mai ales evoluția uniformă a uterului cu proprietățile lui. Mai târziu semnele de certitudine nu mai lasă nici-o îndoială.

6. *Kistele hidactice* ale basimului sunt destul de rare. Semnul lui *Briançon*, fremismenul hidatic citat de unii, negat de alții, reacțiunea *Weinberg-Pârveu*, cuti-reacțiunea *Casoni*, eozinofilia sanguină ne fac să ne gândim la posibilitatea acestora. Ele au un sediu diferit găsindu-se atât în ligamentul larg cât și în pereții corpului uterin. Au o aparițiune insiduoasă, cu evoluțiune lent progresivă. Nu se semnalează decât foarte rar turburări de menstruație, în asemenea cazuri; tumora este absolut indolentă, iar starea generală se menține bună.

7. O vezică urinară plină, un diverticul al ei sau o vidare incompletă ne pot pune în încurcătură. Situațiunea, cateterismul și la rigoare chiar, cistoscopia ne lămușesc definitiv.

Distincțiunea între diagnosticul unui kist uterin primitiv și unul secundar se face cu ajutorul examenelor genitale anterioare. Cu toate acestea simptomatologia lor se confundă. În orice caz, socotim că diagnosticul de certitudine clinicește este imposibil de făcut, deși Petrescu citează un caz de decelarea kistului înaintea intervențiunii făcut de Daniel în clinica lui Toma Ionescu. Singură intervențiunea operatorie sau necropsia urmată de examenul microscopic ne permit diagnosticarea unui asemenea kist.

COMPLICAȚIUNI

Se citează ca posibile teoretic:

a) *Supurațiunea kistului*, calea de infecțiune fiind cea sanguină sau limfatică precum și propagarea directă dela țesuturile din vecinătate mai ales: metritele. Fenomenele dureroase, reacțiunile termice evidente indică aparițiunea unei colecțiuni purulente.

b) *Hemoragiile intrakistice consecutive* unui traumatism, unei evoluțiuni rapide a kistului sau atribuită unei dilatațiuni varicoase din peretele lui. Drept simptome avem distensiunea bruscă, dureroasă a kistului cu creștere rapidă de volum, semne generale de hemoragie.

c) *Ruperea kistului* este datorită, unui traumatism sau măririi tensiunii lichidului. Calea de deschidere poate fi spre cavitatea peritoneală, în uter, în vagin, în rect sau în vezică. Ne dăm seama despre aceasta în cazul când volumul descrește repede iar tensiunea kistului scade brusc. Uneori se adaugă fenomene alarmante însoțite chiar de hemoragii externe.

d) *Torsiunea kistului dacă acesta este pediculat*. Ne gândim la această eventualitate când durerea survine acut de-o intensitate accentuată, mărirea volumului kistului, fenomene peritoneale uneori îngrijorătoare, întocmai ca la torsiunea unui kist de ovar.

e) *Aderențele* cu organele de vecinătate nu sunt tocmai rare. Evoluțiunea kistului precum și întovărășirea lui de fenomene inflamatorii perikistice, pot determina aderențe cu bășica, cu intestinele, cu rectul, cu ovarele, cu peritoneul parietal, având drept manifesta-

țiuni dureri vagi continui, senzațiuni de tracțiune, fenomene de compresiune: pseudo-ocluzii intestinale, polakiurie, disurie, false senzațiuni de scaune. În asemenea cazuri imobilitatea kistului este destul de apreciabilă.

f) *Transformarea malignă*. Kistul uterin primitiv este o formațiune relativ benignă, care poate suferi câteodată o evoluțiune atipică cu transformare sarcomatoasă periclitând viața pacientei. La simptomele kistului se adaugă în acest caz alterarea stării generale, prinderea ganglionilor respectivi ilio-lombari precum și metastaze organice posibile.

PRONOSTICUL

Este benign, deoarece evoluția normală a kistelor uterine primitive este aceea a oricărui alt kist. Totuși câteodată complicațiunile sau transformaările sarcomatoase survenite în evoluția lor pot duce la un sfârșit letal.

TRATAMENT

Diagnosticul niciodată pus clinicește, s'a intervenit totdeauna printr'o laparotomie exploratrice. Fiind vorba de-o produțiune kistică, neapărat tratamentul chirurgical este singurul indicat.

În unele cazuri și tocmai fiincă diagnosticul era departe de realitate s'a punționat kistul.

În cazul când starea generală a bolnavei se agravează, din cauza creșterii kistului, când din cauza locului, posibilitățile intervenirii sunt irealizabile se practică punțiunea evacuatice ca pentru orice ascită. Dacă în urma unei laparotomii extirparea membranei kistice este imposibilă de executat, din cauza aderențelor strânse cu organele vecine, atunci limităm intervențiunea la deschiderea kistului cu marsupializarea lui. Când kistul nu contractă aderențe cu organele de

vecinătate și este pediculat, extirparea lui se face cu cea mai mare ușurință exact ca la un kist de ovar. Situațiunea intraparietală a kistului uterin primitiv, uni sau multilocular, indică neapărat isterectomia abdominală. Din lucrările de până acum socotind benignitatea acestei maladii se va face isterectomia subtotală. La femeile cu vârsta înaintată se va practica isterectomia abdominală totală, această intervențiune asigurând drenajul vaginal și prevenind, pe cât e posibil recidivarea kistulelor colului sau dezvoltarea de leziuni neoplazice tardive pe col.



OBSERVAȚIUNEA I.

Publicat în: Revista științelor medicale No. 5, din Maiu 1925.
cazul aparține d-lui Dr. V. Săvescu

Lora Schwartz, de 19 ani, virgină, intră în serviciul II chirurgical dela Spitalul Colțea, în ziua de 15 Septembrie 1921 pentru: o mărire progresivă a abdomenului.

Antecedente heredo colaterale. Mama moartă în urma unui cancer al mamelei.

Antecedente personale. Menstruată la 13 ani. Menstrele veneau regulat, la interval de 28 zile, ținând 3—4 zile, nefiind prea abundente și fără dureri. Cu trei ani înainte de intrarea în serviciul nostru, menstruația a încetat timp de 3 luni, în care timp a avut cefalee intensă.

După această dată vine în mod regulat.

Istoric. Cu un an înainte de intrarea în serviciu, bolnava simte dureri puțin intense, însă jenante, în regiunea hipogastrică și după puțin timp observă că abdomenul se mărește. Examinată de medicii din localitate i se pune diagnosticul de peritonită tuberculoasă, instituindu-i-se tratamentul prin cură de soare, supraalimentațiune, injecțiuni cu arsenic. De atunci și până acum două luni, însă, abdomenul se mărește mai mult, durerile și jena generalizându-se la întreg abdomenul. În tot acest timp, bolnava n'a avut febră și nici transpirațiuni nocture ;a avut poftă de mâncare n'a slăbit. Nici o altă turburare din partea altor organe.

Starea prezentă la intrarea în serviciu. Bolnava, de constituție relativ debilă, prezintă abdomenul balonat, cu maximum în hipogastriu și pe flancuri, însă, uniform făcând impresiunea în decubitus

dorsal mai mult a unui abdomen de batracian. Nu se remarcă circulațiune colaterală, nici oedeme ale membrilor inferioare.

La palpare, abdomenul este destul de flasc, nu se percepe vre-o indurațiune sau tumoră sau vre-o regiune cu consistența inegală. Există senzațiuni de val, iar matitatea de pe flancuri deplasabilă cu poziția bolnavei și având concavitățile în sus. Tactul vaginal nu s'a putut face. Prin tactul rectal, nu se simte nimic deosebit, decât uterul în pozițiune normală. Nimic din partea pleurilor sau a celorlalte organe. Nici-o turburare funcțională. Temperatura, în serviciu, oscilând între 36^s—37^a, primele cinci zile înainte de intervențiune. Nu s'a făcut punțiuni explortrice.

Diagnosticul serviciului a fost: „peritonită tuberculoasă formă ascitogenă”.

Operațiune. Sub rahianestezie cu novocaină se face laparotomie subombilicală. Peritoneul nu este îngroșat; la deschidere, se găsește în cavitatea abdominală o pungă kistică enormă, flască, cu pereții în partea exterioară, ușor neregulați, având un pedicul scurt de un lat de deget grosime, în toate sensurile și implantat pe peretele posterior al uterului în treimea sa superioară, pe linia mediană și la un lat de deget de fundul uterin.

La nivelul implantațiunii pungii kistice pe pedicul și în partea antero-laterală stângă, o altă pungă kistică, mult mai mică, trilobată; fiind lipită de prima prin tractusuri fibroase. Punga kistică nu avea aderențe cu nici un organ abdominal. După secțiunea pediculului pe peretele uterin, se pune un surjet de catgut pe soluțiunea de continuitate; se controlează apoi anexele, cari sunt absolut normale ca aspect și situațiune.

Examenul piesei. Tumora kistică este formată din două pungi aderente cari, însă, nu comunică între ele. Una foarte mare, ocupând întregul abdomen și relaxată, lichidul conținut fiind astfel într'o cantitate mult mai mică decât capacitatea pungii. Dimensiunile pungii erau de 38 cm. în sens transversal și de 33 cm. în sens vertical. Pereții acestei pungi erau în parte netezi, în parte cu mici kiste, de volum variabil, cel mai mare netrecând de volumul unei alune.

A doua pungă acolată primei este trilobată și de mărimea unei pere mari, plină cu acelaș lichid filant, foarte puțin citrin, care există și în punga kistică mare.

În totalitate, ambele pungi cântăreau 6 kg. Prin incizie, se

scurge o cantitate de lichid ușor filant și sero-citrin. Pereții pungilor sunt subțiri. Pe alocurea și în special al pungii mici sunt foarte subțiri. Numai în porțiunea inferioară a pungii mari și mai cu seamă spre pedicul, devine gros de grosimea unui deget, având la secțiune alte mici și numeroase kiste cu conținut sero-citrin. Pediculul format din țesut conjunctiv lax, fără a mai exista urme macroscopice de formațiuni kistice.

Examenul microscopic făcut de Dr. Condrea arată: În secțiunile din peretele kistului mare, către porțiunea superioară, liberă, se observă un țesut conjunctiv adulat formând rețele și fiind tapetat la interior de celule cilindrice cu un nucleu vezicular și așezat către bază. Pe alocurea aceste celule lipsesc cu totul. În secțiunile făcute către pedicul țesutul conjunctiv devine abundent, formând rețele, în cari se văd formațiuni kistice de mărimi variate, cu epiteliu cilindric de acelaș aspect; fără a se găsi cili vibrațili. Între fibrele conjunctive se găsesc și fibre musculare, cari se multiplică în secțiunile făcute către pedicul. Pediculul e format din țesutul celular lax și muscular, fără a mai găsi formațiuni kistice. Examenul citologic și chimic al lichidului conținut în pungă nu s'a făcut.

Considerațiuni asupra cazului. Observațiunea de mai sus se raportează la un caz absolut tipic de kist primitiv uterin. Macroscopiceste avem integritatea absolută a anexelor, lipsa oricărei aderențe de organele vecine precum și legătura printr'un pedicul de peretele uterin; iar din punct de vedere microscopic o membrană conjunctivă, tapetată la interior de un strat epitelial, fără a exista la nivelul conexiunii cu uterul vre-o urmă de inflamație. Aici imposibilitatea unui examen genital și mai cu seamă cantitatea mică de lichid, față de capacitatea pungii a făcut ca pe de o parte să nu se simtă existența unei adevărate tumori, pe de altă parte se explică deplasarea lichidului în raport cu poziția bolnavei. Apariția kistului a fost desigur în peretele posterior al uterului, unde se află înconjurat de țesut muscular. Prin creșterea rapidă a pungii, acesta a evoluat către abdomen luând cu el și din țesutul uterin, a căror urme s'au găsit în pedicul și chiar în partea inferioară a tumorii, sub formă de fibre musculare răspândite în țesutul conjunctiv perikistic.

OBSERVAȚIUNEA II.

Publicat în Revista de Obstetrică, Ginecologie și Puericultură,
No. 1, Ianuarie 1928.

cazul aparține d-lui Dr. Stanca C-tin

Femeea A. R. de 38 ani, căsătorită la 20 ani. Neagă orice boală infecto-contagioasă și nu-și aduce aminte să fi fost vre-odată bolnavă. Menstruată la 15 ani, cu ciclul menstrual de patru săptămâni, durata șape zile, avea pierderi abundente. În cursul menstruațiilor are dureri în abdomen, în șale și cefalee mare. Nu a fost niciodată gravidă. Ultima menstruație înainte cu o săptămână. Intră în spital la 25 Octombrie 1927. La interogatoriu ne comunică, că aproape de un an se simte bolnavă și i se mărește treptat abdomenul. Menstruațiile au devenit tot mai dureroase și mai abundente. De vre-o patru luni are deranjeri gastro-intestinale, eructațiuni, inapetneță, diaree alternând cu constipație. În ultimul timp se sufocă foarte des și se obosește repede după orice efort fizic.

Bolnava de statură mică, slabă, anemiată.

Cord, pulmonii, sistem nervos fără schimbări patologice. Abdomenul balonat, se aseamănă cu o sarcină la termen. Se simte prin peretele abdominal foarte întins o tumoră rezistentă, care ocupă întreaga cavitate abdominală. Matitatea splinei confluentă cu a tumorii, tot asemenea și a ficatului. Tumoră nu se poate delimita, căci peretele abdominal este foarte întins asupra-i. Uterul în ante-flexie-versie antepoziție. În dreapta și în stânga se simte câte o rezistență vagă despre care însă nu se poate dovedi dacă aparțin tumorii de mai sus sau nu.

La examenul radiologic se vede o umbră uniformă în regiunea mediană a abdomenului.

În urină albumină în urme.

La diagnosticul diferențial ajungem la concluziunea unui kist ovarian, neexcluzând însă o peritonită specifică, presupunere ce era justificată prin starea de imobilitate în care se afla tumora și emacierea bolnavei. Stând înaintea unei alternative decidem pentru o laparotomie.

În 29 Octombrie 1927 se face intervențiunea operatorie. V. reg. op. No. 255/254. Rachianestezie cu sincaină 8%. Deschizând

cavitatea peritoneală printr-o inciziune mediană supra și subombilicală se pune în evidență o tumoră kistică, cu pereții subțiri, care are aderențe cu peretele abdominal deasupra ombilicului. După desfacerea aderențelor căutând limitele tumorii ne convingem că nu are legătură cu ficatul. În jos însă spre pelvis tumora devine din ce în ce mai voluminoasă, cu pereții tot mai groși, încât nu mai e transparent lichidul dela interior. Ne dăm seama că tumora pleacă dela organele genitale, căci aici o țineau multiple bride. Tumora are volumul unui pepene mare și credem că este un kist ovarian. Se face puncțiunea pentru diminuarea volumului; lichidul ce se ascurge este cristalin, aspectul serului. Se scot aproape cinci litri lichid, lăsându-se un rest cam de o jumătate litru în tumoră. Tumora astfel devenind mobilă se constată că ea nu pleacă dela vre-un ovar sau dela trompe acestea fiind ambele la locul lor și prinse în Douglas între aderențe. Spre marea noastră surprindere, tumora pleacă din fundul uterin având punctul de plecare în apropierea coluțului tubar stâng. Aci kistul e foarte gros, aproape ca mușchii uterin și pereții kistului se țin cu peretele muscular. Urmează isterectomie subtotală, cu ridicarea ambelor anexe, fiind și ovarele macro și mikrokistic degenerate, acoperite cu false membrane. Peritonizare completă. Apendicele prezentând fenomene de inflamațiune cronică, fiind aproape cât un deget de gros, deplasat în pelvis și aderent de anexele din dreapta, se extirpă. Sutura peretelui abdominal în trei etaje. Decursul post-operator fără nici un inconvenient. În ziua a opta se scot firele, unire per primam, în ziua a XII-a pleacă acasă vindecată.

Examenul macroscopic. Pereții kistului se aseamănă cu ai kistului ovarian, îndeosebi în regiunea distală (polul superior) unde e numai de 2 mm. grosime. Kistul e unilocular, învelișul pare a fi format din mucoasă. Kistul are inserție largă pe fundul uterului în apropierea cornului stâng. Făcând o inciziune sagitală la acest nivel se vede clar, cum musculatura uterină se continuă în peretele kistului, exact așa după cum o descrie un autor japonez *Fukushima*: „ca foile de ceapă”. Uterul de volum mărit, pe peretele anterior are un nod fibros cât o alună. (Anexele: ambele trompe îngroșate, obliterate, deplasate în Douglas și aderente; ovarul drept la dublu mărit, makrokistic degenerat, cel stâng aproape normal, ambele acoperite de false mebrane). Controlând mai departe raportul dintre locul inserțiunii kistului pe peretele uterin, vedem că mucoasa uterină în

apropierea cornului tubar stâng formează o mică infundătură, prin care ea se continuă în sus, trecând prin musculatura fundului uterin și dispare chiar în dosul mucoasei ce căptușește kistul.

Examenul microscopic. Doctor Popa Rubin dela Institutul de Anatomie patologică a facultății de medicină din Cluj. *Rezultatul cercetărilor:* opt secțiuni microscopice făcute în diverse porțiuni ale peretelui kistic arată structură microscopică variată. Secțiunile făcute din porțiune de inserție a kistului în fundul uterin sunt formate în majoritate dintr'un țesut muscular neted, dispus în fascicule asemănătoare cu musculatura uterină. În interstițiul între aceste fascicule se găsește un țesut conjunctiv fibros abundent în care se găsec numeroase vase unele de neoformațiune, altele cu pereții bine formați. Tot aici se observă infiltrațiuni leucocitare difuze. Suprafața uterină a kistului este căptușită cu un epiteliu format din celule cilindrice, cu nucleul ovalar în unele porțiuni asemănătoare cu epiteliul glandelor uterine.

Considerațiuni asupra cazului. În urma acestor examinări macro și microscopice s'ar putea crede că avem de a face cu un kist uterin cu punct de placare din glandele uterine. În cazul de mai sus luând în considerare anexita și perianexita bilaterală cronică, sterilitatea definitivă a femeii, suntem dispuși a crede (nefiind altă cauză) că o endometrită cronică (poate chiar specifică Neisser) a fost baza pe care s'a dezvoltat această proliferare a glandelor uterine care au dat apoi kistul uterin. Totuș origina glandulară embrionară așa cum a descris-o Babeș nu-i exclusă.

OBSERVAȚIUNEA III.

Publicat în Zentralblatt für Gynäkologie No. 6, Aprilie 1929.
cazul aparține d-lui Dr. A. Fink

Femeia H. M., în vârstă de 44 ani, quinquipară, ultima facere a avut-o acum 10 ani. Este de un an și jumătate în menopauză. A fost examinată, în timpul climacteriului, de un specialist mai bătrân decât mine și-a fost găsită fără tumoră. La un an și jumătate, cu aproximație; dela încetarea menstruații se constată mărirea clară a uterului, se precepe o senzațiune de depresiune la nivelul vezicii, pola-

kiurie și anorexie continuă. În ziua de 13 Martie 1927 pacienta a fost primită în spital cu următoarea stare: de constituție slabă, are celelalte organe sănătoase, peretele abdominal foarte întins printr'un kist de mărimea unui cap adult, imobil și care părea să fie un kist al ovarului. Prin tactul vaginal se simte uterul împins de tumoră în sus și înapoi. Pe baza acestor constatări tumora, a cărei situațiune era mai mult la stânga linii mediane a fost considerată ca un kist al ovarului cu desvoltare intra-ligamentară. Parametrul este liber, starea anexelor din cauza tensiunii nu poate fi cunoscută.

După *laparotomie*, se constată că tumora de mărimea indicată mai sus nu prezintă aderențe la organele vecine. Imobil, deoarece formează cu treimea inferioară a peretelui anterior al uterului o unitate. Plica de reflexiune a uterului se află la cupola tumorii. După ridicarea peritoneului, pentru a putea extirpa tumora, se face o puncțiune a kistului scoțându-se $1\frac{1}{2}$ litri lichid clar de consistență vâscoasă. La polul inferior, tumora este aderentă, pe-o întindere de un leu, de peretele posterior al vezicii, de care trebuie, deci să fie disecată. Apoi cu mare greutate se reușește a se scoate tumora împreună cu uterul. Golirea kistului și fixarea lui cu formol l-au redus la mărimea unui cap de copil și-au îngroșat pereții lui la 4—7 mm. Tumora conține un spațiu gol și mare și două cavități mai mici cari comunică cu cel mare, toate căptușite cu un epiteliu neted.

*Examenu*l istologic al peretelui kistului, ne arată că este format din fibre musculare netede înăuntrul fiind căptușit cu un sngur strat de celule epiteliale cilindrice, înalte, având un nucleu mare.

Împreună cu Dr. Töppich am ajuns la concluziunea că ar fi vorba de-o tumoră care provine din conductul lui Gärtner. N'ar trebui să se ridice bănuiala că această tumoră, din cauza structurii sale istologice, n'ar proveni din canalul lui Gärtner, deoarece toate cazurile aproape, publicate până astăzi aveau structuri istologice diferite și totuș erau originare din resturi gärtneriene. Din cauza îndepărtării canalului cervical normal, separat prin masse musculare groase de formația kistică se exclude că această tumoră ar proveni din proliferarea glandelor mucoasei uterine. Kistul care-i mai mult spre partea stângă a uterului, nu poate fi considerat nici ca o parte a peretelui cervical, deoarece poate fi disociat cu ușurință de el, rupând numai câteva fibre musculare.

Considerațiuni asupra cazului. Tumora bănuită ca provenind

din conductul lui Gärtner, deși nu păstrează locul indicat de Meyer, totuș ar putea fi luată ca atare dacă ne gândim la variabilitatea canalului gärtnerian. Apoi, creșterea sa intensivă a deviat înainte sau poate germeul tumorii din cauza gestațiunilor anterioare a fost deplasat.

OBSERVAȚIUNEA IV.

Publicat în Revista de ginecologie și obstetrică No. 5—6 Iulie 1929.
cazul aparține d-lui Dr. Gr. Lăzărescu

Este vorba de bolnava A. C. în etate de 28 ani din Ploești care-i internată, în serviciul III de ginecologie și obstetrică al Dr. Bonachi (†) dela spitalul Brâncovenesc, în luna Miuu 1927 pentru o tumoră așezată în regiunea hipogastrică, însoțită de dureri în spate și fosa iliacă dreaptă.

Antecedente personale. Febră tifoidă la 10 ani. Menstruată la 11 ani, menstruele normale, nedureroase durând 3—4 zile. Căsătorită la 19 ani, are cinci faceri la termen, normale.

În Noembrie 1926, are un avort, provocat, după care menstruația îi revine normal.

În Ianuarie 1927, în urma unui purgativ, spune bolnava, are timp de 11 zile metroragii cu dureri în hipogastru. Este consultată de un medic care diagnostichează o sarcină uterină de 3½ luni și o sfătuiește să revină spre a vedea evoluția sarcinii. Bolnava intră într'un spital la Ploești unde i se pune aceeaș diagnoză. Efectiv după 3 luni, pacienta începe să simtă la palpare uterul mărit. Din proprie inițiativă, se adresează unui radiolog, care după ce-i face o radioscopie, o trimite D-rului Bonachi cu următoarea notiță: „se constată în dreapta uterului o tumoră mare cât un cap de copil care se mișcă odată cu uterul”.

Examenul genital. Colul prezintă câteva cicatrici din facerile anterioare. Corpul uterin, ușor mărit de volum, mobil, nedureros. Anexa stângă liberă. În dreapta uterului și pe un plan anterior se găsește o tumoră de mărimea unui cap foetal la termen, cu conținut lichid, renitentă, lichid sub tensiune. Tumora face impresiunea că ține la anexa dreaptă având un pedicul destul de lung și fiind rela-

tiv mobilă. Imprimând mișcări colului uterin acestea nu se transmit tumorii. Diagnosticul clinic: kist al ovarului dr., pentru care se consiliază intervențiunea chirurgicală.

Operațiunea. Rahianestezie cu novocaină 0.12 ctg. Loperotomie mediană subombilicală. Se dă peste o tumoră rotundă, mare cât un cap de făt, fără aderențe, netedă, cu aspect de țesut uterin kistică cu pereții groși. Enucleindu-se tumora din abdomen, se vede că ține de fața anterioară a uterului, legată printr'un pedicul de aproximativ 3 cm. lung. 2 cm. lățime și $\frac{1}{2}$ cm. grosime, fixându-se de uter exact pe linia mediană-Uterul și anexele de aspect și dimensiuni normale.

Se secționează pediculul în rasul uterului; iar plaga uterină se suturează cu fire de catgut în două straturi muscular și seros. Se închide cavitatea abdominală în trei straturi fără drenaj. Mers post operatoriu bun.

Examenul pieselor. Macroscopic. Piesa prezintă o tumoră rotundă de mărimea unui cap de copil, kistică, suprafața aproape regulată, de colorațiune sâfău-roșietică, vascularizație mică, mai mult pe fața anterioară, în întregime acoperită de seroasa lucioasă. (Fig. 1).

La secțiune se vede că este formată dintr'o cavitate mare, plină cu aproximativ $1\frac{1}{2}$ litri lichid clar, consistența apei. Suprafața internă, netedă albicioasă. Pereții kistului nu sunt de aceeași grosime. În apropierea pediculului ating grosimea de 3—4 cm. Subțindu-se către partea autero-superioară a tumorii unde devin o membrană subțire de 2 mm.

Pe suprafața de secțiune, peretele oferă aspectul de țesut miomatos, de consistență mai moale. În nici un punct, nu oferă macroscopic, aspect de degenerescență malignă.

În grosimea pereților, mai ales pe peretele anterior se disting mai multe kiste lenticulare, variind ca mărime dela o alună până la o nucă mare, făcând relief ușor la suprafață, cu pereții subțiri, unele transparente, cu conținut clar, conținut hematic.

Analiza chimică și citologică completă a lichidului kistului: se găsesc urme de albumină, clorur de sodiu în proporție de 6% și câteva globule roșii. Nu se găsesc: glucoză, uree și elemente figurate.

Examen microscopic. Se constată că suprafața interioară a kistului este tapisată de un epiteliu format dintr'un singur strat de celule cilindrice, cu nucleul central bine colorat, prevăzute pe aproape toată.

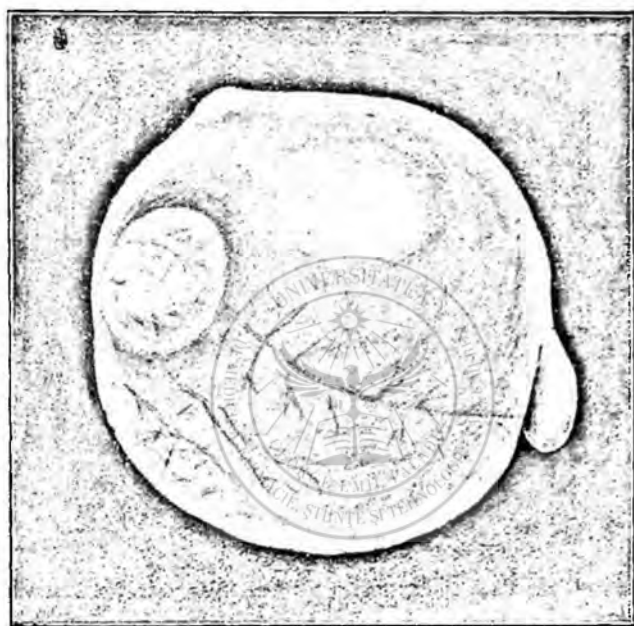


Fig. 1. — Kistul uterin văzut din față.







Fig. 3. — Secțiuni în peretele kistului. Obiectiv No. 1. Ocular No. 1 Zeiss.



întinderea cu cili vibrațili. Restul peretelui este format din fâșii musculare netede, separate printr'o stromă conjunctivo-vasculară laxă. (fig. 1).

Fibrele musculare numai într'o minimă parte, păstrează caracterul lor normal de fibre alungite, cu nucleul fuziform, cu protoplasma acidofilă bogată în miofibrile. Cea mai mare parte sunt celule de forme și dimensiuni variate, unele globuloase mari, altele rotunde mici, poligonale, mai rar ovoide. Nuclei mari intens colorați; unele celule au câte doi nuclei, foarte rare cariochineze. Colorațiunea cu van Gieson păstrează caracterul tinctorial al fibrei musculare (fig. 2 și 3).

Din cele descrise vedem că avem de-a face cu un kist uterin al cărui perete muscular prezintă degenerescență mio-sarcomatoasă.

Diagnosticul este verificat de *Manouéhan* la Paris și de *A. Babeș* aici.

Considerațiuni asupra cazului. Kistul studiat mai sus prin așezare perfect pe linia mediană, prin prezența de epiteliu cilindric cu cili vibrațili, ca cele din trompa uterină, ne face să inclinăm spre origina mülleriană. Interesant este de reținut, prezența proliferațiunilor mio-sarcomatoase în pereții lui.

Din punct de vedere anatomic și patologic studiul acestui kist este asemănător cu acel al adenomului.



CONCLUZIUNI

1) Kistul uterin primitiv este o entitate morbidă, congenitală, bine definită: o formațiune cavitară dezvoltată în grosimea pereților uterini sau sub dependența acestora, având o structură specifică și un conținut lichid.

2) Ele cunosc o patogenie eminentemente embrionară.

3) Clasificația kistelor uterine primitive se face după sediul lor, după anatomia patologică și după etiologie.

4) Pereții kistului sunt formați în general dintr'un țesut asemănător macro și microscopiceste cu parenhimul uterin din care derivă.

5) În mod constant, sunt căptușite, la interior, cu o membrană epitelială ale cărei caractere variază după origina embriologică.

6) N'au o simptomatologie proprie.

7) Diagnosticul clinic este imposibil de făcut, ele apărând ca surprize operatorii sau necropsice.

Diagnosticul diferențial se face cu orice tumoră kistică din sfera genitală. Pentru precizarea diagnosticului post-operatoriu, examenul istologic este absolut indispensabil.

8) Raritatea lor este cunoscută; pronosticul e relativ benign.

9) Au o evoluție lentă, fără alterarea stării generale. Uneori periclitează viața în urma unor complicațiuni sau a transformărilor maligne pe cari le pot suferi.

10) Tratamentul lor este chirurgical, depinzând de posibilitățile anatomice. Se citează: puncțiunea și marsupializarea, enuclearea și extirparea.

Tratamentul cel mai rațional rămâne isterectomia totală abdominală.

Văzută și bună de imprimat,

Președintele tezei,

(ss) ERNEST JUVARA

Decanul Facultății

(ss) MINA MINOVICI



CONCLUSIONS

1) Le kyste utérin primitif est une entité morbide congénitale bien définie: une formation cavitaire développée dans l'épaisseur des parois utérines ou sous leurs dépendance ayant une structure spécifique et un contenu liquide.

2) Les kystes connaissent une pathogénie éminemment embryonnaire.

3) La classification des kystes utérins se fait d'après leur situation, d'après l'anatomie pathologique et d'après l'étiologie.

4) Les parois du kyste sont formés en général par un tissu sensibla macro et microscopiquement avec le paréncyme utérin dont il dérive.

5) En mode constant, ils sont tapissés à l'intérieur avec une membrane épithéliale dont les caractères varient d'après l'origine embryologique.

6) Ils n'ont pas une symptomatologie propre.

7) Le diagnostic clinique est impossible à faire, apparaissant comme de surprises opératoires ou nécropsiques. Le diagnostic différentiel est fait avec toute tumeur kistique de la sphère génitale. Pour la précision du diagnostic post-opératoire, l'examen histologique est indispensable.

8) Leur rareté est connue, le pronostic est relativement bénigne.

9) Ils ont une évolution lente sans l'alteration de l'état général. Quelquefois ils périssent la vie à la suite de quelques complications et de transformations malignes lesquelles peuvent être supportées.

10) Leur traitement est chirurgical en dépendant des possibilités anatomiques. On cite: la ponction et la marsupialisation, l'enucléation et l'extirpation.

Le plus rationnel traitement reste l'hystérectomie totale abdominale.

Vue et bonne à imprimer,

Le président de la thèse,
(ss) ERNEST JUVARA

Le doyen de la faculté,
(ss) MINA MINOVICI

BIBLIOGRAFIE

- Amann.* — Ueber Cysten des Wolffschen Ganges. — Monatschr. für Geb. und Gyn., 1896.
- Atlee.* — Volumineux kiste de l'utérus. — American journal of the medical Sciences 1843.
- Babes Victor.* — Ueber die adenomiome und Cystadenomiome. — Allgemeinschezeit 1882.
- Beati Felice.* — Cisti del muso di tinca. — La clinica chirurgica 1911.
- Bernard et Dunet.* — Kystes et pseudokystes de l'utérus. — Lyon chirurg., 1925, XXII.
- Bouvier.* — Kiste interstitiel de l'utérus. — Bull. de l'acad. roy. de méd. 1839—1840, t. IV.
- Brauereisen.* — Fall von Cystadenoma uteri. — Beiträge zur Geb. und Gyn 1905.
- Chifoliau.* — Les grands kystes de l'utérus. — Le Progrès Médical 1911.
- Craustown.* — Cystic adenorugoma of uterus. — Proc. Roy — soc. med. Lond. 1921—1922 — XV.
- Dardanelli.* — Le cisti del utero. — La riforma medica 1912.
- Le Dentu et P. Delbet.* — Traité de chirurgie clinique et opératoire. 1901, Tom. X.
- Dohrn.* — Ueber Gärtnerische Kanäle beim Weibe. — Arh. für Gyn. 1883.
- Faure-Siredey.* — Traité de gynécologie medico-chirurgicale, Paris 1928.
- Follin.* — Rech. sur le corps de Wolff. Thèse. — Paris 1850.
- Frankl.* — Ciste des Uterus — Arch. fur Gyn. 1911.
- Fink K.* — Beitrag zur kenntnis der Uteruscysten, die vom Gärtner'schen hang herkommen. — Zentralblatt für Gyn. 53/850 — 1927.

- Fukushima.* — Uterus cyst. — Zentr. für Gyn. 51/2238 — 1927.
- Kossmann.* — Cyste des rechten wolffschen Ganges — Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1890.
- Lăzărescu.* — Kist primitiv uterin. — Revista de gynecologie No. 5—6, 1929.
- Latteaux.* — Les myomes et les fibromes kistiques de l'utérus. — Revue de gynécologie 1905.
- Maccarbruni.* — Per la migliore conoscenza dei tumori cistica del utero. — Ann. di ostet. Milano — X/IV 147—263.
- Mercadé Salva.* — Kystes et abcès de l'utérus. — Thèse. Paris. 1906.
- Mercadé Salva.* — Les kystes de l'utérus. — Revue de gynécologie 1907.
- Meyer R.* — Ueber die Genese der Cystadenome und Adenomyome des Uterus — Zeitschr. für Geb. u. Gyn. 1897—1907.
- Milone.* — Cist. epiteliale del colo. — Arth. per. le st. med. Torino. XI, II, 1924.
- Petrescu.* — Kistele uterine primitive. — Teza No 1485, Buc. 1916.
- Pribram.* — Uterus cyst. — Arch. Gynak. 129—271—284/1926.
- Recklinghausen.* — Die Adenomyome und Cystadenome des uterus, und die Tubenwandung, ihre Abkunft von Resten und Wolffschen Körpers 1896.
- Săvescu.* — Kistele uterine primitive. — Revista științelor medicale No. 5 — 1925.
- Schubert.* — Cystenbildungen in der cervi Uteri. — Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1911.
- Stanca.* — Chist. uterin. — Revista de obstetrică, Ginecologie și Puericultură No. 1, 1928.
- Stübler.* — Uterus cysten. — Zentr. für Gyn. 1923. XI — VII.
- Subelli.* — Sulla istogenesi delle cisti dell' utero. — Arch. di ost. et Gyn. Napoli 1925, 2—5, XII, 7315.
- Thumin.* — Ueber adenomatose Hyperplasie am Cervikalen Anhang der Gärtner. — Arch. f. Gyn.
- Testut.* — Anatomie descriptive 1923. Tom. IV.
- Valenti.* — Varieta, dell' organi di Rosenmüller e rudimenti del canale di Gärtner nella donna. — Bollet della socz in Siena 1883.
- Vautrin.* — Sur les tumeurs kistignes de l'utérus d'origine congenitale. Annales de Gyn. et d'obst. 1913.

