

INUNDAȚIILE PERITONEALE ACUTE

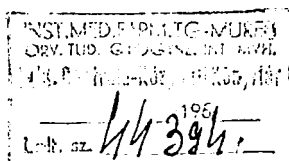


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1938

DE

IULIU A. PORA

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr M. Sturza

Profesori:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologia	„ „ „ <i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	„ „ „ <i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	„ „ „ <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	„ „ „ <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ „ <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	„ „ „ <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	„ „ „ <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ „ <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	„ „ „ <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	„ „ „ <i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică	„ „ „ <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	„ „ „ <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	„ „ „ { <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	„ „ „ { <i>Agr. Zolog M.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ „ <i>Negru D.</i>
Clinica chirurgicală	„ „ „ <i>Papilian V.</i>
Medicina operatorie	„ „ „ <i>Pop A.</i>
Clinica infantilă	„ „ „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	„ „ „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Chimia	„ „ „ <i>Secăreanu Șt.</i>
Balneologia	„ „ „ <i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	„ „ „ <i>Tălaru C.</i>
Clinica urologică	„ „ „ <i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	„ „ „ <i>Manta I.</i>
Clinica psihiatrică	„ „ „ <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	„ „ „ <i>Vasiliu T.</i>
Fizica medicală	Dl. Conf. Dr. <i>Bărbulescu N.</i>

Juriul de promoție:

Președinte: Prof. Dr. C. Grigoriu.

Membrii: { *Prof. Dr. I. Hațieganu.*
Prof. Dr. Gh. Buzoianu.
Prof. Dr. Alex. Pop.
Prof. Dr. Gr. Benetato.

Supleant: Doc. Dr. I. Voicu.

INTRODUCERE

Subiectul pe care îl tratez în această lucrare se încadrează, în cea mai mare parte, în patologia ginecologică și obstetricală. De sigur, clinica de boli interne ne-a furnizat date și contribuțiuni prețioase din punctul de vedere, de asemenea și chirurgia, totuși preponderența în cazuri și fenomenologie clinică, revine fără îndoială clinicei ginecologice.

Prognosticul vital al inundațiilor peritoneale acute e rezervat, simptomatologia lor e foarte dramatică totuși intervenția medicală de urgență și ameliorarea stării bolnavilor destul de rapid ne face să spunem că aici găsim unul din relativ puținele cazuri în care medicina își afirmă, își dovedește puterea ei vindecătoare.

Domeniul din care face parte și modesta mea lucrare inaugurată este poate unul din cele mai studiate ramuri ale medicinei. De sigur impulsul pentru această emulațiune, stimulul care este un real factor de progres, este dat de ființa atât de delicată care este femeia. Suferințele ei au fost un imbold pentru cercetători, cari toți au căutat să le afle originea, cauza, decursul, pentru a indica remediul. Fiind deci un drum atât de bătut, lucrarea mea nu are pretenția unui aport original ci se mulțumește doar cu o sintetizare a cunoștințelor medicale asupra sindromului inundațiilor peritoneale acute, extrăgând din complexul vast, datele și noțiunile principale, care-l conturează.

Sunt recunoscător Dnui Prof. Grigoriu și Dlui Docent Voicu, pentru că mi-au dat posibilitatea să aduc totuși o cât de mică contribuție în elucidarea și clasificarea unei probleme, care prin dramatismul ei este una dintre cele mai impresionabile manifestări morbide în patologia ginecologică și poate chiar din întreaga patologie.

Dlui Docent Voicu îi adresez mulțumiri respectuoase pentru bunăvoința cu care m'a sfătuit în redactarea lucrării mele, iar colegului Dr I. Georgescu, mulțumiri pentru ajutorul dat și asigurări de prietenescă afecțiune.

ISTORIC

Ruysch, la 1737 amintește pentru întâia oară de trecerea sângelui în cavitatea peritoneală, și apoi până la lucrările lui Nelaton, care descrie magistral sindromul acestei inundații peritoneale acute, către anul 1850, nu s'a mai scris nimic. După această dată lucrările au început să abunde. S'au emis numeroase ipoteze asupra etiologiei acestui sindrom. Prima ipoteză se caracterizează prin multiplicitatea originelor inventate, și e intitulată de Le Csaptois „L'exhalaisor sanguine aigue du peritorie“. Tardieu o susține iar mai târziu găsește un sprijin însemnat în pana autorizată a lui Bernutz, Virchow și Ferber, cari în 1883-1884 vorbesc de asemenea despre pachiperitorita emoragică. Ovarita cronică e susținută de Huguier, apoi de Denovilliers în 1881, Puech în 1858, Boeckel în 1861. Rabin, în teza sa din 1885, face o clasificare a emoragiilor din ovarită și distinge emoragii veziculare, putând să se revarse în peritoneu și emoragii interstițiale. Pozzi, raportează în acelaș fel, cazurile de inundații peritoneale acute ematocel, ca fiind datorite unei degenerescențe microchistice, unei apoplexii a chistului folicular sau a chistului corpului galben. Trousseau, Richet și alții numeroși autori au invocat alte mecanisme în procedura acestei inundații peritoneale acute. În 1878, Lawson — Tait substituie tuturor acestor mecanisme patologice a simptomului, unul singur — ducând la ipoteza unicistă a etiologiei și patogeniei peritoneale acute și a ematocelului — sarcina extrauterină complicată. După el, aceasta ar fi singura cauză ce duce la dramaticul tablou al catastrofei peritoneale acute. Tartanson în teza sa din 1908, Lecère și Dșoara Taitz, precum și numeroși alți autori, au controlat și cercetat cele afirmate de înaintașii lor și au ajuns la concluzia că, în afară de ruptura din sarcina extrauterină și alte numeroase cauze pot fi declaratoare de inundații peritoneale acute, ajungându-se la teoria pluralistă a etiologiei și patogeniei sindromului.

Această chestiune doresc să o cercetez în lucrarea de față.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE

Din istoricul de mai sus, am văzut cât de numeroase sunt cercelările și lucrările cari s'au făcut pentru a duce la deslegarea problemei. S'au găsit numeroase cauze ce își au originea în ovar, trompă sau uter. Voiu căuta să le înfățișez pe fiecare în parte, pentru a se vedea că, nu numai sarcina extra-uterină duce la sindromul inundației peritoneale acute, după cum afirmă încă și azi numeroși autori. E perfect adevărat, că sarcina extra-uterină ruptă e întâlnită în absolută majoritate a cazurilor, de inundație peritoneală acută, dar nu e unica ei cauză.

Voiu începe cu cauzele ovariene, cari, în afara celor de sarcină extra-uterină, duc mai frecvent la sindromul inundației peritoneale acute. Se găsesc în ovar două părți bine distincte: aparatul nobil, însărcinat cu funcția specială a glandei și aparatul de susținere — stroma ovariană. Alături stroma, dar mai ales aparatul nobil, joacă un rol preponderant în declanșarea acestor emoragii. Aparatul nobil al ovarului adult e în perpetuă evoluție; sub formă de foliculul lui De Graaf mai întâi, apoi ovulul ce-l conține maturându-se, foliculul de Graaf se rupe și proiectează ovulul în trompă, apoi în uter; se lasă astfel ca foliculul de Graaf, să devină corpul galben. Nu toți foliculii de Graaf se rup, unii suferă o degenerescență specială cunoscută sub numele de atrezie foliculară, care îmbracă forma chistică, ducând la chistul folicular. Corpul galben evoluează în mod normal către regresiune, sunt însă cazuri când rămâne și persistă în formă chistică, e chistul corpului galben. După cum vedem sunt numeroase aspecte succesive ale aceluiaș aparat ovarian. Toate aceste faze pot duce la declanșarea emoragiei peritoneale. Sunt numeroase cazuri, când sursa emoragiilor e mixtă, ține atât de aparatul nobil, cât și de stromă, e ceea ce se cunoaște sub numele de chist sanguin, născut în aparatul folicular sau derivatele lui și revărsat în țesutul de susținere. Unele emoragii pot pleca dintr'un țesut particular, țesutul de neoformațiune al unei tumori, un chist ovarian de exemplu. Care

e mecanismul acestor inundații peritoneale acute? Foliculul de Graaf, ajuns la maturitate, înaintază către suprafața ovarului. Rezistența stratului cortical cedează puțin tendinței de expansiune a ovisacului, datorită presiunii crescânde a lichidului folicular din interiorul veziculei și ajunge la un moment dat, când limita de rezistență a stromei e depășită și ruptura se produce. Lichidul folicular se scurge în cavitatea peritoneală, antrenând și ovulul cu el. Teaca internă a foliculului fiind foarte vascularizată, în momentul rupei sale, vasele pe care le conține se rup și dă naștere emoragiei, care uneori poate fi foarte abundentă, ducând la inundația peritoneală acută. Iperemia ce precede dehiscența ovulului și decompresiunea ce-i urmează, face ca un act ce e fiziologic, să se transforme și să îmbrace haina unuia patologic.

Emoragia acută, ce pleacă dela corpul galben, de asemenea trebuie să ne atragă atenția și e aceea, care o întâlnim mai frecvent și e ușor de analizat. Schiskelé din Strasbourg i-a consacrat în 1924 în revista Gin. și Obst. un articol foarte judicios, arătând că unele emoragii ale corpului galben, nu reprezintă decât exagerațiunea unui proces normal, fiziologic, formarea chiagului central.

Când dintr'o cauză sau alta iperemia e excesivă la nivelul ovisacului rupt și când sistemul vascular al membranei luteice nu se cicatrizează repede după ruperea ovisacului, avem momentul favorabil al unei inundații peritoneale acute. Exagerația emoragiei centrale a corpului galben, furnizează un tip de inundație peritoneală acută. Expulsia membranei luteice, ruptura cicatricei foliculare, care poate avea loc după 3—4 zile dela dehiscența ovisacului, poate duce la emoragii mai mult sau mai puțin grave și acestea sunt cele trei forme pe care le îmbracă emoragiile corpului galben.

Ruptura unui ematom folicular, se formează în modul următor: aparatul folicular are o teacă internă, care e limitată înăuntru de membrana granuloasă și în afară de membrana externă. Un revărsat sanguin se produce în grosimea tecei interne; el nu poate trece nici către centru, nici la periferie, va trebui deci să decoleze, după cum a descris W. Shaw în *Journal Obstetric British Empire* din 1927, membrana granuloasă a planurilor subjacente, făcând-o să bombeze în ca-

vitătea centrală; această cavitate având dimensiuni mici, de nu e suficientă pentru a opri emoragia. se produce o ruptură și inundare a sângelui în stromă, dacă ovisacul e profund situat, în cavitatea peritoneală, dacă el e superficial situat. Rup-tura unui chist folicular, superficial situat, care e o cavitate în vecinătatea căruia vasele ovariene sunt mai dilatate rețeaua vasculară care îl înconjoară participând mai mult sau mai puțin activ la degenerarea foliculului atrezic, ne explică producerea unei emoragii puternice, ce duce la o inundație peritoneală acută, atunci când ruperea are loc.

Ruptura unui chist al corpului galben, a unui chist sanguin, care nu e decât un ematom al ovarului, cu punct de plecare dela ovisac sau corpul galben, ruperea unei tumori ovariene, în cavitatea peritoneală, în urma creșterii enorme a tensiunii intrachistice, duce la inundația peritoneală acută.

Stroma însăși poate da naștere la o inundație peritoneală acută, dar foarte rar. Vasele ce le conține această stromă, pot suferi sub o influență sau alta, o alterațiune, care face ca aceste vase să fie atât de alterate, încât numai sub influența presiunii sanguine să se rupă și să ducă la emoragia internă. Sunt citate cazuri de către Jayle, Heidler, Depange. Accidentul acesta e mai frecvent în lumea animalelor femele, decât la femeie. Tumori ovariene a căror țesut de neoformațiune e foarte vascularizat, pot ocaziona o emoragie internă, care de cele mai multe ori e fatală. E cazul raportat de Forgue și Moline la Societatea Științelor medicale și biologie din Montpellier și Languedoc în 1927. Cine facilitează aceste emoragii? Traumatismele, iperemia, inflamația, alterațiunile sângelui și predispozițiile individuale sunt principalii factori etiologici.

Traumatismele pot acționa direct sau indirect asupra ovarului. Coitul brutal, un examen clinic sub forma tușeului vaginal, combinat cu palparea abdomenului, un tușeu rectal — caz citat de Hadden — poate duce la nașterea unei emoragii interne.

Manipularea ovarelor în timpul deschiderii cavității abdominale, poate duce la emoragia internă. Feigson a operat la ora 9 dimineața o femeie. A văzut un corp galben, pe unul din ovarele ei. La ora 5 seara, în aceeași zi, bolnava făcând o emoragie internă puternică, corpul galben văzut dimi-

neața era expulsat, iar la locul de expulsie avea loc emoragia. Eforturile musculare exagerate, accidente de automobil, scoborîrea bruscă din tren, pot determina producerea unei inundații peritoneale acute. Avem exemple citate de Melchior, Phoneuf, Kaboth. Influența pe care o exercită iperemia în producerea emoragiilor ovariene nu a neglijat-o nici un autor. La congestia fiziologică, fundamentală și necesară, care are loc în fiecare lună, se adaugă o a II-a, care e accidentală — congestia fiziologică datorită excitației sexuale. Aceste congestii joacă un rol important în geneza emoragiilor abdominale, independente de sarcina ectopică, mai ales atunci când avem prezentă o stază ovariană, favorizată de o retroversie uterină, o tumoră a micului bazin, o insuficiență cardiacă, o jenă în circulația pulmonară. Normală sau patologică iperemia ovariană poate favoriza și chiar determina producerea unei inundații peritoneale acute. Wolf, Bittmann, au arătat aceasta.

Procesul inflamator dela nivelul ovarului, e de cele mai deseori cauza emoragiilor abdominale de origină ovariană. Ovariatele de orice natură sub diversele lor forme, sunt favorizate procedurii emoragiei interne. Ovarita cronică instalată după o sarcină, după o blenoragie ne prezintă forma cea mai propice. Toldy a citat câteva cazuri. Ovaritele secundare survenite în cursul anumitor toxi-inflamații, mai rare decât precedentele pot da naștere la inundație peritoneală acută. Cazuri clinice de ovarite emoragice în urma intoxicațiilor cu Pb. sau în urma arsurilor întinse sunt cunoscute. Iperemia și degenerescența celulelor în urma procesului inflamator, explică mecanismul emoragiilor ovariene. Procesul inflamator de orice natură ar fi nu e o cauză imediată a emoragiei, dar joacă un rol de mare importanță în etiologia acestor catastrofe peritoneale.

Cloroza, anemia, scorbutul și leucemiile pot fi semnalate în etiologia emoragiilor în general. Smidt.

Predispozițiile individuale, bănuite de Taylor, nu le vom neglijă și atunci când nu găsim o explicare a emoragiei interne, să o bănuim. Sarcina extra-uterină ovariană care poate fi internă — adică dezvoltată în foliculul Graaf sau externă, dezvoltată înafara foliculului de Graaf, fiind o localizare rară, o vom discuta mai pe larg, când vom vorbi de sarcina extra-uterină tubară, care, după cum am afirmat și în rândurile de

mai sus, e aproape absoluta cauză principală a inundației peritoneale acute, poate deasemenea duce la declanșarea emoragiei interne, în urma ruperei sale și nu vom neglijă nici odată corectarea acesteia în cazurile inundațiilor peritoneale acute, de origină ovariană.

Ruperea tubei, e aceea care joacă cel mai mare rol în producerea inundațiilor peritoneale acute. Această rupere se poate produce în urma diferitelor procese morbide, ce se dezvoltă la nivelul ei. Sarcina extra-uterină e fenomenul causal al celor mai multe ruperi a trompei. Desvoltarea oului fecundat pe traectul trompei, care nu are decât un calibru minim; rare ori se poate face în mod normal, de obicei când oul ajunge luna 2—3 a sarcinei, trompa în urma diferitelor mecanisme pe care le vom enumera, se rupe și duce la emoragia internă, care e foarte abundentă și de multe ori fatală, de nu se intervine de urgență Coitul brutal, curetajul uterin, tentativele de avort, contracțiunile trompei, congestiile menstruale, traumatismele de orice natură, pot duce la ruperea trompei. Mecanismul ruperei se înțelege ușor de ne reamintim de particularitățile anatomice ale oului tubar.

Absența caducei preservative la nivelul inserției oului, permite vilozităților de a-și exercita proprietățile lor devastatrice. Ele dislocă fibrele musculare, în unele locuri peretele tubar, fiind redus la stratul peritoneal. E suficientă o augmentare a presiunii în acest punct, pentru a duce la ruptură. Se produce o emoragie internă fudroiantă, un adevărat cataclism peritoneal. Aceste emoragii se pot produce însă și înafară de sarcină extrauterină ruptă și acest fapt nu trebuie uitat. Salpingita sub toate formele ei clinice, poate declanșa sindromul inundației peritoneale acute. Pachisalpingita emoragică, salpingita cronică, salpingita tuberculoasă și cea sifilitică, ruptura tumorilor salpiregice, toate pot fi cauza acestor emoragii abdominale. Bazy în 1910, arată că pachisalpingita emoragică constituie o entitate anatomo-patologică bine definită considerând-o ca o reacțiune specială a trompei la influențele ce o determină. Invația microbiană nu face decât să sensibilizeze canalul salpingian, alături de alte excitații. Oricare ar fi mecanismul patogenetic al afecțiunii, infecția se întinde pe cale sanguină, primele reacțiuni inflamatorii apărând în țesutul in-

terstifial al trompei, îngrămădirile leucocitare având loc în special la limita dintre epiteliu și chorion, și în felul acesta epiteliul tubar pierde contactul cu țesutul conjunctiv subjacent, și suferă un proces de necroză, făcând ca suprafața chorionului să rămână denudată. Un proces de reparație nu întârzie să ia naștere ducând până la urmă la formațiunile caracteristice pachisalpingitelor, cunoscute sub numele de mugurii conectivo-vasculari. Acești muguri invadează atât endoteliu peritoneal, cât și pe cel tubar și dezvoltându-se extraordinar trompa nu poate rezista distensiunii la care e supusă și în consecință avem ruptura trompei, care duce la emoragie abdominală. Salpingita cronică, accidental poate deveni emoragică și atunci poate să se verse în cavitatea abdominală, dând naștere unei inundații peritoneale. Mériel a descris cazul unei femei operate de el și care prezenta o salpingită cronică dreaptă. Salpingita tuberculoasă și cea sifilitică, prin procesele ulcerative, de care sunt însoțite, pot da naștere la emoragii interne, în urma erodirii vaselor, ce întâlnesc în țesăturile trompei afectate. Tumorile tubare sarcomatoase ramolite, pot fi cauze a emoragiilor abdominale.

Din aceste enumerări se poate observa că și în afară de sarcina extra-uterină, găsim numeroși factori etiologici de origină tubară, cari pot fi factori declanșatori ai inundațiilor peritoneale acute, și-mi rămâne să mai studiez grupul factorilor de origină uterină, pentru a termina cu capitolul etiologiei și patogeniei inundațiilor peritoneale acute. Știm că emoragiile uterine sunt în primul rând emoragii externe. Cea urmată de fluxul menstrual, reprezintă calea pe care o va urma și celelalte revărsări sanguine, sunt însă cazuri unde găsim abateri de la această regulă și aceste cazuri, formează sursele inundațiilor peritoneale acute, de origină uterină.

Fibromul uterin, uneori e cauza cea mai importantă și frecventă a emoragiei abdominale, de origină uterină. Mecanismul de producere e variat: ruperea unui vas perifibromatos, torsionarea unui fibrom pediculat sau ruptura parțială ori totală a fibromului.

Fibromul uterin e foarte vascularizat. Creșterea lui de volum, duce la jenă în circulație, venele fibromului se destind foarte mult și la un moment dat tensiunea interioară fiind foar-

te ridicată poate spontan să se rupă și să dea naștere unei veritabile inundații peritoneale acute. Cazurile publicate sunt numeroase. Ruptura sponală a fibromului uterin, nu e cunoscută, cea traumatică e posibilă, dar rar. Meredith descrie cazul unei femei, care era purtătoarea unui voluminos fibrom uterin, care căzând într-o zi se produce o ruptură parțială a tumoarei și consecutiv o inundație peritoneală acută.

Caraven descrie câteva cazuri de inundație peritoneală acută în urma așa zisei menstruații retrograde. Fluxul menstrual neputându-se scurge colului uterin, duce la o retenție sanguină intra-uterină. Când retenția e destul de mare, sângele caută o cale de eșire și prin ostium uterin, trece în trompă, de aci prin ostium abdominal, în cavitatea abdominală. Rupturile uterine cunoscute din timpurile cele mai vechi, sunt cauze etiologice și patogenetice ale inundațiilor peritoneale acute.

Uterul unei gravide din cauze cunoscute sau necunoscute se poate rupe și duce la nașterea rapidă a fetei în urma emoragiei interne, la cari dă naștere. Guillemeau e acela care descrie primul caz.

Levret, Bandl, Joly, Tarnier au studiat mai amănunțit mecanismul acestor rupturi uterine. Ele se pot produce la femeile gravide mai ales, dar și la cele negravide. Sunt de cele mai multe ori de natură traumatică, se produc în timpul sarcinii, în timpul travaliului facerei, în urma manoperelor avortive. Marile traumatisme, trecerea cu roatele a unei trăsurii, lovituri cu copitele animalelor pot duce la astfel de rupturi, cari au drept consecință o emoragie abdominală abundentă.

Perforațiile consecutive curetajului uterin, în urma retențiilor placentare, perforațiile produse de vilozitățile placentare, ce au pătruns atât de adânc în peretele uterin, încât au ajuns până la cavitatea peritoneală cicatricile post operative lăsate de cezarienele anterioare desfăcându-se pot duce la rupturi și consecutiv la inundațiile peritoneale acute. Mecanismul acestor rupturi, mai ales a celor din timpul travaliului facerei e complex, dar se poate spune că în mare majoritate a cazurilor, se face prin distensiunea exagerată a segmentului inferior (Bandl), unde de mai avem și o cicatrice, musculatura mai subțiată cedază și duce la ruptură.

D-șoara La Chapelle, crede că ruptura s'ar produce pen-

tru că peretele uterin fiind comprimat în jurul strâmtoarei superioare a bazinului, țesutul uterin e uzat pentru a ne exprima astfel și duce la ruptură. E uzura perforată a lui Breus și acest mecanism e exact în unele cazuri.

Din această lungă expunere asupra etiologiei și patologiei sindromului inundației peritoneale acute reese, că nu trebuie să uităm că alături de cauza principală sarcina extra-uterină ruptă — se mai găsesc un număr mare de altele, secundare fără îndoială, dar imposibile de neglijat, atunci când căutăm să punem diagnosticul și să indicăm conduita terapeutică a acestor inundații peritoneale acute. Trebuie să căutăm să iasă din mentalitatea noastră, confuzia. Inundațiile peritoneale acute sunt complicații ale sarcinei extra-uterine rupte.



ANATOMIA PATOLOGICĂ

Anatomia patologică, a sindromului inundațiilor peritoneale acute ne e dată de studierea macro și microscopică a leziunilor ce produc declanșarea emoragiei interne. În toate cazurile vom găsi leziuni reacționale la nivelul peritoneului. Vasele sanguine și limfatice turgescnte, forțele peritoneale, colorate și impregnate cu pigmenții de transformare a revărsatului sanguin.

Sânge în cantitate mai mare sau mai mică, în diferite faze de desagregare, chiazuri sanguine de culoare negricioasă, reacțiune leucocitară intensă. Dacă avem o sarcină extra-uterină trompele sunt turgescnte vasele sale augmentate de volum, flexibilitățile sale normale șterse. Greutatea și volumul mărit, cari fac să cadă în fundul de sac posterior. Modificările anatomice ne arată un perete ipetrofiat, ipetrofia ce interesează mai ales fibrele musculare ale organului. Un edem al țesutului conjunctiv și o reacțiune leucocitară intensă. Arterile sunt mai voluminoase, de formă eliciană, iar venele turgescnte și formând veritabile lacuri. În unele puncte se constată în locul ipetrofiei generale a pereților tubari o subțiere foarte însemnată, mai ales când sarcina a depășit luna 2-a. Fibrele musculare se disociază și oul vine în raport direct cu peritoneul. Aici ceață subțire atinge maximul la nivelul inserției placentare, ceea ce ne explică proprietățile distructive a acestor vilozități choriale. Perețele abdominal impregnat cu serozitate serosanghinolentă. Putem găsi uneori aer mai ales în regiunea supra-pubiană. Lichidul amniotic, meconiul poate să-l constatăm în lichidul ce umple cavitatea peritoneală. În cazul inundațiilor peritoneale acute de această origină decât cea a sarcinei extra-uterine, vom găsi la examenul anatomo-patologic leziu-

nile ce caracterizează procesul mobil ce duce la inundație. În pachisalpingită în rupturile uterine, în tumorile diverselor organe ale aparatului reproducător găsim tabloul caracteristic fiecăreia dintre ele, la cari se adaugă reacțiunile peritoneale, care sunt comune aproape tuturor acestor inundații peritoneale acute și nu voiu căuta să-l descriu acum, deoarece scopul acestei lucrări nu e de a face, decât o sinteză a cunoștințelor, iar nu o monografie a inundațiilor peritoneale acute.



SIMPTOMATOLOGIA ȘI EVOLUȚIA CLINICĂ

Tabloul clinic al inundației peritoneale se arată mai mult sau mai puțin dramatic, după cauzele ce-l determină. Scena clinică se desfășoară uneori atât de rapid, atât de fudroiant, încât chirurgul n'are nici timp să mai intervină. Brusc, femeia în plină sănătate, simte o durere vie în regiunea ipogastrică sau în una din fosele iliace. Scoate strigăte de durere, cade jos, devine palidă, își pierde cunoștința și poate muri în câteva ore. E cataclismul lui Barnes. E rar acest sfârșit și mai ales în sarcina extra-uterină ruptă și în rupturile uterine mari, din timpul travaliului facerei. De cele mai multe ori însă, oricât de gravă ar fi inundația peritoneală acută, aproape totdeauna îmbracă o formă mai puțin severă.

Debutul totdeauna brutal, dar evoluția mai puțin rapidă. După durerea inițială, aproape totdeauna însoțită de sincopă, bolnava prezintă încetul cu încetul sindromul atât de caracteristic al emoragiei interne. Fața de ceară, buzele decolorate, cianotice, ochii infundați în globii oculari, înconjuțați de cearcâne, vocea stinsă, priviri anxioase. Sudori reci, abundente, în formă de perle pe frunte, mâini reci, pulsul abia perceptibil, dar foarte frecvent. Sete mare, urechile îi vâjje și-i trosnesc. Tensiunea arterială scăzută. Vărsături verzi, semne ale unui șoc peritoneal intens. Abdomenul sensibil, ușor balonat. Percuția arată o malitate, cu concavitatea în sus. La tușeul vaginal, de se face, când ajungem în fundul de sac posterior, bolnava scoate un strigăt — așa zisul strigăt a Douglasului. La puncție, făcută tot în fundul de sac posterior, scoatem sânge. Urmează o perioadă de acalmie, în care fenomenele dureroase se amendsază. E o ameliorare înșelătoare, emoragia neoprinduse decât pentru puțină vreme. De nu se intervine, bolnava moare în urma anemiei acute, în timp de 24—48 ore.

DIAGNOSTIC ȘI DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Diagnosticul inundației peritoneale acute în prima linie, e un diagnostic semiologic și se face cu ușurință, din interpretarea semnelor clinice. Dificultatea în diagnostic nu constă în recunoașterea sindromului, ci în determinarea naturii etiologice lui. Avem de a face cu o inundație peritoneală acută, produsă de o sarcină extra-uterină ruptă sau produsă de altă cauză în afară de sarcina extra-uterină. Prezența sau absența semnelor de sarcină la începutul istoricului bolii, absența sau prezența produsilor fetali și placentari pe mucoasa trompei, ovarului, în revărsatul sanguin, în urma examenului isto-patologic și de laborator ne îndreptățește să excludem sau să admitem sarcina extra-uterină, în mecanismul și etiologia inundației peritoneale a cazului că-l avem de studiat. Vom face diagnosticul diferențial în primul rând cu ematocelul retro-uterin; cu emoragia retro-placentară, placenta previa, un trombus pelvian, apendicita perforată și ileusul. În ematocelul retro-uterin avem prezența semnelor de emoragie internă, dar acestea sunt mai puțin marcate, senzația de împăstrare mai pronunțată. Cantitatea de sânge revărsat e mult mai mică, ca'n cazul inundației peritoneale acute.

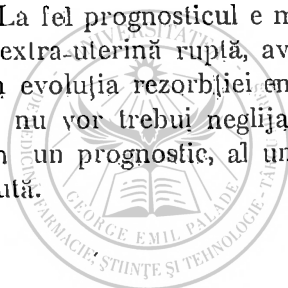
În cazul emoragiei retro-placentare, găsim aceeași stare generală rea, aceleași semne de emoragie internă, dar uterul e foarte voluminos, dur, dureros, nedeformat.

În placenta previa, avem pierderi de sânge roșu, ce se scurge în afară. Lipsesc fenomenele de șoc peritoneal. Trombusul pelvian, prin ruptura vaselor intra-ligamentare e întâlnit rar.

Apendicita acută, mai ales cea perforată, ileusul pot constitui de asemenea elemente de diagnostic diferențial și să nu le

scăpăm din vedere niciodată. Anamneza și antecedentele în cazul acesta ne ajută f. mult, în elucidarea problemei.

Prognosticul să fie totdeauna rezervat. Majoriata femeilor ce sucombă nu mor imediat. În primele două ore, sucombă cam 5—6%, către a 10-a, 12-a oră cam 17%, iar după 24 ore, cam 20%, unele în urma emoragiei, iar altele în urma proceselor infecțioase. Deci cam 40—45% a cazurilor sunt fatale dacă nu se intervine la timp. În unele statistici, mortalitatea e mult mai ridicată 67 la sută. În urma intervențiilor, mortalitatea se reduce sub 10%, și reușita intervenției, e funcție de rapiditatea cu care s'a operat. Cu cât operăm mai la începutul apariției fenomenelor de inundație peritoneală acută, cu atât prognosticul e mai favorabil. Cavitățile prognosticului e în funcție de etiologia sindromului. O ruptură uterină, în urma travaliului facerii cu aruncarea fătului în cavitatea abdominală, va avea un prognostic mai grav, decât o ruptură uterină din cauza unei manopere abortive. La fel prognosticul e mai grav atunci, când pe lângă o sarcină extra-uterină ruptă, avem și prezența unui proces inflamator în evoluția rezorbției emoragiei abdominale. Toate aceste indicii, nu vor trebui neglijate, atunci când vom încerca să formulăm un prognostic, al unui sindrom de inundație peritoneală acută.



TRATAMENT

Tratamentul acestor inundații peritoneale acute e inclusiv chirurgical și de urgență. Trebuie sătuește, în rupturile tubare să apunem femeia în repaus, cu pungă cu gheață pe abdomen. Când fenomenele s'au calmat, înlocuim gheața prin pansamente umede calde și vindecarea ar surveni în cea mai mare parte a cazurilor. El nu intervine prin laparatomie decât în caz de recidivă a emoragiilor. Impotriva acestei opinii s'au ridicat toți ginecologii. I. L. Faure, Doleris — Essen — Möller sunt de părere să operăm cât mai urgent și în toate cazurile. Anestezia se face cu eter sau locală. Conduita ce urmărim în tratament, e precizată de etiologia sindromului. În sarcina extra-uterină tubară, bolnava inclinată moderat, se incizează subombilical fără a ne neliniști sângele ce curge în valuri, introducem mâna către micu bazin, căutăm de care parte e ruptura și facem emostaza. După aceea procedăm la anexotomie. Scoatem chiagurile de sânge din fundul de sac și închidem, fără a drena.

În cazul unei rupturi uterine din timpul travaliului facerei, facem mai întâi extracția fătului, fie pe căile naturale, fie prin laparatomie, după cum părțile fetale sunt angajate sau nu în micul bazin. Aplicăm forceps sau facem o embriotomie, dacă operația ne-ar părea foarte laborioasă. Dacă partea fetală e mobilă, desupra strâmtoarei superioare, presupunem o strâmtoare a bazinului sau că fătul e în întregime în cavitatea abdominală și practicăm laparatomia pentru extracția fătului. Întotdeauna ne vom conduce de principiul de a utiliza procedeul cel mai puțin traumatizant pentru uter, fiind obligați deseori de a sacrifica fătul. După extracția fătului, facem tratamentul plăgei, combătând emoragia și infecția. S'au încercat numeroase procedee pentru a rezolva problema rupturii, ne pare mai bun și e de ales procedeul lui Glaryansky — interectomia; care poate fi totală sau parțială. Cea subtotală e de preferat.

În afară de aceste două cauze mai importante a etiologiei sindromului, mai sunt și celelalte pe care le-am enumerat mai sus și a căror tratament variază după cum emoragia internă e produsă de un factor localizat în ovar, trompă sau uter și unde vom face o excizie a glandei totală sau parțială, o ablația a trompei o isterectomie sau legătura vasului perimterin rupt. În afară de aceste norme generale, clinica ginecologică din Cluj, mai propune secarea unei transfuzii îndată după operație, ori care ar fi etiologia emoragiei interne; alții ex. Lichtenstein, propune de a recolta sângele conținut în cavitatea abdominală și a-l dilua cu soluție Ringer și apoi îl injeștează în recl. Nu vom neglija deasemenea îngrijirile ce se dau în toate emoragiile interne sau externe mari ca: injecții cu oleu camforat, seruri artificiale subcutanat sau intravenos, seruri glucozate, clisme, alimentare și repaosul. Întreg acest arsenal chimicoterapeutic, combinat cu cel chirurgical de urgență care e și cel mai important, au dus la rezultate, care ne îndreptățesc să sperăm la formularea unui prognostic mai favorabil, pentru sindromul inundațiilor peritoneale acute. Mortalitatea e mult redusă 1—2%, în cazurile unde am intervenit curând.

Profilactic s'ar putea împiedica apariția sindromului emoragiei interne, examinându-se cât mai des și mai frequent, femeea gravidă precum și cea negravidă și să fim cu băgare de seamă, în cazurile când alte cauze decât sarcina, ar putea să ducă la apariția sindromului și să le înlăturăm pe cât ne va fi în putință.

CONCLUZIUNI

1. Inundațiile peritoneale acute sunt emoragii de obicei de origine genitală a căror cauză poate fi localizată pe unul din organele aparatului reproducător: ovar, trompă sau uter.

2. În etiologia și patogenia inundațiilor peritoneale acute, în afară de sarcina ectopică la care trebuie să ne gândim întotdeauna când ne aflăm în fața unui caz, se cunosc și alte numeroase mecanoze patologice, cari însă sunt întâlnite mai rar.

3. Foliculul pe cale de maturare, foliculul matur, corpul galben, chistul folicular, chistul corpului galben, ematomul ovarian, pachisalpingita, emoragică, salpingita cronică, salpingita lbc. sau sifilitică, tumorile salpingiene, emoragiile fibromului uterin, menstruația retrogradă, rupturile vaselor peri-uterine, rupturile uterine sunt momente etiologice în declanșarea sindromului inundației peritoneale acute și nu trebuiesc neglijate niciodată.

4. Traumatismul direct sau indirect, iperemia activă și pasivă a organelor aparatului genital, infecția lor și predispoziția personală a femeii au rol însemnat în mecanismul patogenetic al sindromului inundației peritoneale acute.

5. Inundațiile peritoneale acute în afară de sarcina extrauterină sunt uneori atât de discrete încât trebuiesc cercetate și numai intervenția chirurgicală, examenul isto-patologic al componentelor aparatului reproducător feminin, pun diagnosticul exact al sursei emoragiei.

6. Prognosticul e totdeauna rezervat. Mortalitatea generală 10—45%. Unii autori, au statistici cu mortalitate chiar mai ridicată.

7. *Tratamentul e chirurgical și de urgență. Se face o laparatomie și apoi după cauza etiologică se practică fie o exereză totală sau parțială a ovarului, o ablație a trompei, o isterectomie totală sau sub totală, o ligatură a vreunui vas periuterin.*

Se fac transfuzii, injecții cu seruri glucozate, repaus, cardiotonice și roborante.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:

Decanul facultății:

Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU. Prof. Dr. MARUIS STURZA.



BIBLIOGRAFIE

1. *Bazy*: Hemoragies de la trompe non gravide. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale.
 2. *Besançon M.*: L'inundation péritoneale et hématocile en dehors de la grossesse extra-utérine.
 3. *A. Brindeau et I. Lemeland*: Ruptures utérines din La pratique de l'art des accouchements. Vol. III.
 4. *Caraven*: Hématocile pelvienno par sténose cicatricelle du col. Presse médicale.
 5. *I. L. Faure et A. Siredey*: Traité de gynécologie medico-chirurgicale.
 6. *Hoehne O.*: Die ektopische Schwangerschaft col. Aalban—Seitz. Biologie und pathologie des Weibes.
 7. *Mesaroşiu C.*: Sarcina extrauterină. Teza.
 8. *Şoimaru*: Hémoragies intrapéritonéales de la trompe non gravide. La gynécologie. Sept. 1925.
 9. *Stanca C.*: Noi cercetări în plexul dureros la distanţă în maladiile anexiale la femei. Rev. de Obst. gin. şi puericultură. 1927.
 10. *Vallace*: Hemoragies intra-péritonéales dans les cas de fibro utérine. The Journal of obst. and gyn. of the British empire. 1910.
 11. *Zachern*: Hémorragie interne suite de rupture de corps jaune. Archiv. J. Gyn. 1923.
-