

# SARCINA EXTRAUTERINĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

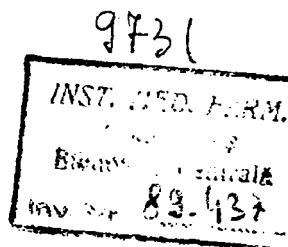
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 19 MAI 1938

DE

MESAROȘIU V. CORNEL

MEDIC AUXILIAR OM. LA INST. PENTRU STUDIUL ȘI PROFILAXIA CANCERU-  
LUI, FOST MEDIC INTERN LA SPITALUL DE FEMEI CLUJ

24 MAY 2005



CLUJ

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

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

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

**Profesor:**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie . . . . .	" "	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană . . . . .	" "	<i>Benetato Gr.</i>
Fizică . . . . .	conf.	<i>Bărbulescu N.</i>
Istoria medicinei . . . . .	Prof.	<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 Cr.</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>
Igienă și igienă socială . . . . .	" "	<i>Moldovan I.</i>
Chimia biologică . . . . .	" "	<i>Manta I.</i>
Radiologie medicală . . . . .	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	)	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare		
Clinica infantilă . . . . .	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	Supl.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Balneologie . . . . .	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Chimia . . . . .	" "	<i>Secăreanu S.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	<i>Tălaru C.</i>
Clinica urologică . . . . .	" "	<i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" "	<i>Vasilii T.</i>
Biologie generală . . . . .	" "	<i>Racoviță E.</i>

**JURIUL DE PROMOTIE**

Președinte: Domnul Prof. Dr. *Cristea Grigoriu*

Membrii: } Domnul Prof. Dr. *A. Pop*

              } " " " *I. Aleman*

              } " " " *V. Bologa*

              } " " " *Gr. Benetato*

Supleant: Domnul Doc. Dr. *Tr. Popoviciu*

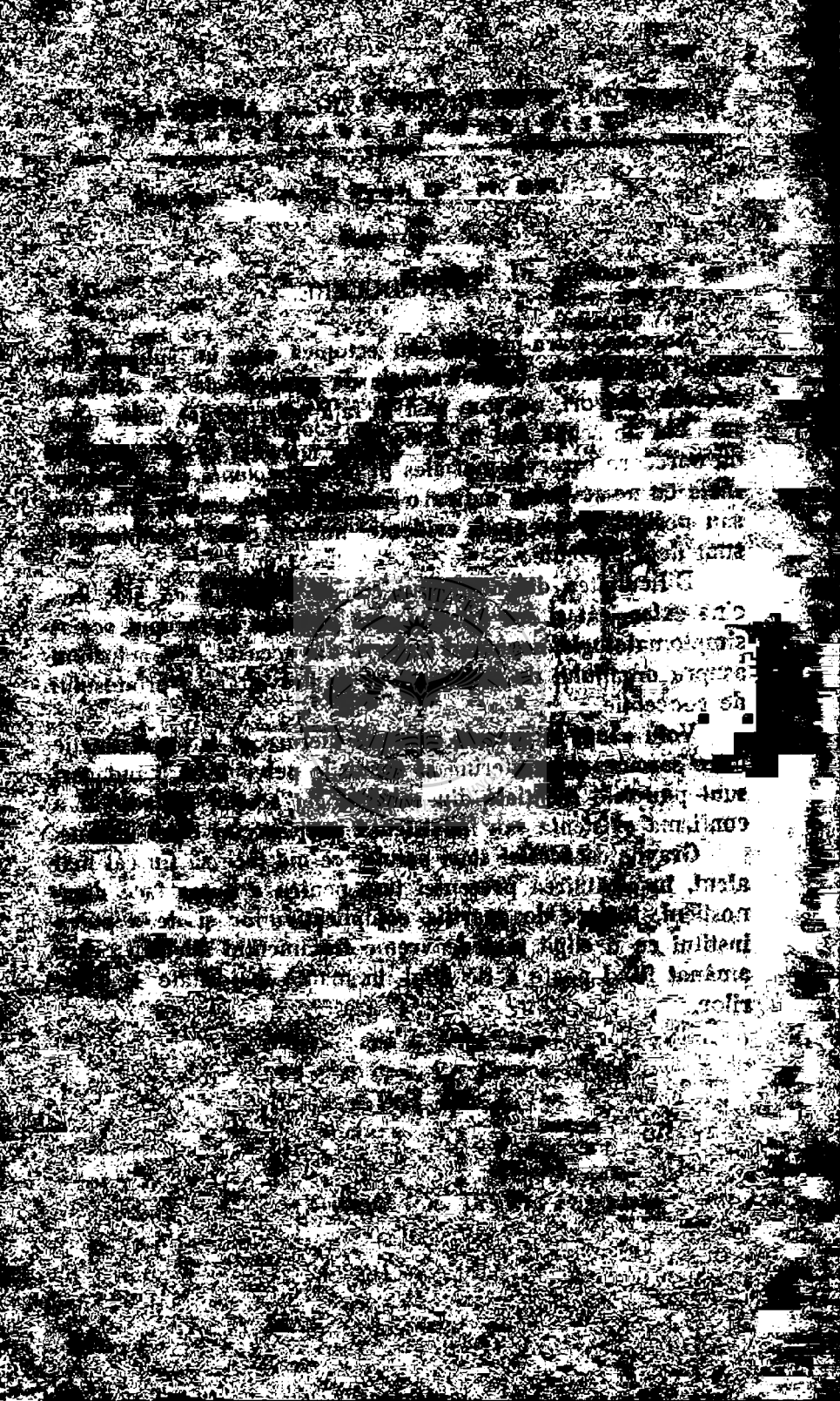
## INTRODUCERE.

Sarcina extra-uterină sau ectopică este un subiect derbătut și expus în toate tratatele de gynecologie și cu toate acestea, deseori, ne vom găsi în fața unor cazuri, unde diagnosticul ne scapă sau în orice caz va fi pus cu dificultate și cu oarecare rezervă, mai ales în *faza incipientă* când simptomele ce ne-ar putea indica o sarcină extra-uterină sunt nule sau nesigure, devenind evidente numai când complicațiile sunt deja prezente.

Dificultatea diagnosticului constă în faptul că atât sarcina extra, cât și cea intra-uterină prezintă la început aceeași simptomatologie, neputând trage — din aceasta — concluziuni asupra organului de cantonare și de dezvoltare a produsului de concepție.

Voiu căuta în această modestă lucrare să fac o distincție între sarcina extra-uterină și tumorile pelviene, arătând cari sunt punctele esențiale din semeiologia acestei maladii în a confirma existența sau inexistența unei sarcini extra-uterine.

Gravitatea acestei stări patologice mă face să fiu cât mai atent, în alcătuirea prezentei teze pentru a putea face diagnosticul, înainte de apariția complicațiilor și de a putea înstitui cu o clipă mai de vreme tratamentul adecuat, care amânat fiind poate să fie fatal în marea majoritate a cazurilor.



## PATOGENIE ȘI ETIOLOGIE.

Vorbim despre sarcină extra-uterină sau ectopică ori de câteori oul se cantonează și se dezvoltă înafară de cavitatea uterină.

Localizarea cea mai frecventă este pe traectul trompei. Sarcinile tubo-ovariene, tubo-abdominale, ovariene și peritoneale fiind extrem de rare, în lucrarea de față mă voiu limita în a le cita numai.

Patogenia migrării anormale a oului este foarte complexă, dar în acelaș timp și interesantă.

În localizarea anormală a oului fecundat se obicinuiește să se dea explicații numai în leziunile trompei sau uterului, neglijându-se complet rolul oului. Oul la început în stadiul de morulă nu are trofoblast (înveliș nutritiv și corosiv); acest înveliș îl dobândește în stadiul următor de blastulă — în uter. Dacă se produce o accelerare sau întârziere de evoluție, rezultă o serie de stări patologice, condiționate nu numai de leziunile utero-anexiale ci și de evoluția anormală a oului. Dacă trofoblastul nu apare deși oul este în uter, acesta neputându-se greșa și nida este eliminat, iar consecință, avorturi repetate cari trec însă neobservate. Dacă întârzierea în apariția trofoblastului este mai mică, greșa se poate face pe segmentul inferior al uterului — dând placenta praevia — sau — foarte rareori — în canalul cervical — dând sarcina cervicală.

Dacă există o accelerare în evoluția oului, greșa se face în trompă în porțiunea interstițială *sarcină interstițială* sau în colțul uterin *sarcină anulară*. În *sarcina istmică, ampulară, tubo-abdominală, tubo-ovariană și peritoneală*, se admite și o migrare externă a oului fecundat. Cele mai frecvente forme de sarcină extra-uterină sunt: *Sarcina ampulară*, care poate evolua până la termen, — trompa fiind dilatabilă în această porțiune — și *sarcina istmică*, al cărei rezultat rapid

este ruptura. Evoluția sarcinii extra-uterine este în funcție de localizare și de modul de implantare al oului. Mucoasa trompei este subțire și nu este aptă pentru nidarea oului și formarea unei caduce. Capsula este formată în cea mai mare parte pe seama țesutului conjunctiv subepitelial și a musculaturii. Dacă această capsulă este rezistentă și vascularizația suficientă ca să asigure nutriția oului, sarcina poate evolua foarte mult timp, uneori ajungând la termen.

Este lucru unanim recunoscut că la început adică în momentul fecundării ovulului de către spermatozoid toate sarcinile sunt extra-uterine, apoi oul fecundat prin mișcările peristaltice ale trompei este împins până în cavitatea uterină unde în mod normal și fiziologic se grezează și evoluează.

O oprire în această migrare a oului — spre cavitatea uterină — constituie afecțiunea de care mă ocup în această lucrare și care este cunoscută în clinică sub denumirea de sarcină extra-uterină sau ectopică.

Cauzele acestei anomalii de migrare a oului sunt după diferiții autori diverse și pot fi — după cum am spus deja mai sus — atât de însuși oul cât și de trompă.

Oul ar fi incriminat în producerea sarcinii extra-uterine în cazul când: a) fie că este prea mare de volum ca într'o sarcină gemelară și de aici dificultatea de migrare prin însuși volumul său; b) fie — după alți autori — că ar exista o tulburare în vitalitatea sa — apariția tardivă a trofoblastului care ar opri migrarea înainte ca oul să-și fi ajuns ținta finală.

*Trompele* pot fi și ele cauza unei sarcini extra-uterine. Cauzele pot fi grupate în trei categorii:

a) *Malformațiunile congenitale* — după elaboratorul și Webster — ar avea la bază o origine atavică în sensul că la animalele inferioare nu există nici o deosebire între reacția deciduală a trompei și a uterului, iar în favorul acestei teorii *Lauche* și *Sampson* au semnalat prezența de țesut uterin în unele trompe.

O altă cauză ar fi *atrofia congenitală* (Hypoplasie) a trompelor, constituind un obstacol în migrarea oului, care se cantonează și desvoltă în aceasta.

b) *Spasmele trompelor* ar avea la bază, cauze cari ar fi de un traumatism la nivelul abdomenului sau în fine de o cauză psihică morală.

*Astruc* admite o frică în timpul coitului găsind sarcina extra-uterină mai frecvent la tinerele fete precum și la văduve. *Baudeloque* insistă asupra unei spaimе violente în timpul concepțiunei cum ar fi bunăoară un zgomot neașteptat sau frica delictului flagrant.

c) *Afecțiunile trompei*, cari pot fi la rândul lor de două feluri: tumori și leziuni inflamatorii. Tumorele pot interesa fie uterul — fibrom, — fie trompele — chiste.

Leziunile inflamatorii pot interesa direct trompa sau se producă o reacție dela distanță. Astfel aderențele peritoneale, consecutive: bolilor infecțioase, unei crize de apendicită, etc. sunt capabile să producă pliuri și sinuozități cari sunt incompatibile cu migrarea oului în mod fiziologic spre cavitatea uterină, putând totodată să deranjeze funcțiunea normală a peristaltismului salpingian, prin însăși bridele aderente de trompe și organele vecine ale bazinului. Cele mai frecvente turburări de acest fel le dă incontestabil marele procent de anexite. *Baculescu* într'un studiu statistic al său, găsește că 90% din cazurile de sarcină extra-uterină sunt datorite anexitelor.

*Lawson Tait* susține că pentruca oul să se nideze în trompă este nevoie de o distrugere a epiteliului salpingian, după cum și epiteliul uterin este distrus cu fiecare menstruație, iar salpingitele și anexitele ar avea tocmai acest rol. *Blandi* și *Sutton* susțin tocmai contrariul, crezând că pentruca oul să se nideze ar avea nevoie absolută de o integritate totală a mucoasei salpingiene, iar salpingitele având rolul mecanic de a distruge ciliile vibratili și prin urmare de a asigura migrarea. *Beckers* admite formarea de noduli la nivelul regiunii istmice sau interstițiale în salpingitele fie acute fie cronice și că acești noduli sunt obstacol în migrarea oului spre cavitatea uterină.

După *Gastone Cotte* leziunile din endometrită modifică țesutul endometrului în mod suficient pentru a explica oprirea migrării oului. *Pozzi* admite ca posibilă o apoplexie tubară. *Daniel* semnalează faptul că în timpul menstruației hiperemia trompei interstițiale închide trompele și orificiile uterine, având un rol dublu prin paralizia jocului cililor vibratili și asigurând oului condițiuni foarte prielnice pentru a se

grefa, iar *Nisot* adaugă că orice congestie a organelor bazinului, — în cazuri de sarcină extra-uterină existentă deja — nu face decât să favorizeze o ruptură și tocmai din această cauză insistă de a nu se da niciodată medicamente abortive la femeile unde presupunem sau suntem siguri de o sarcină extra-uterină.

Multiplele cauze incriminate în etiologia sarcinei extra-uterine, ne pune în situația de a nu putea vorbi nimic în mod cert despre cauzelor cari ar produce-o.

### SIMPTOMATOLOGIE.

Simptomele sarcinei extra-uterine — după cum am spus în introducere — la începutul ei, sunt aceleași ca și ale sarcinei normale, totuși unele date ne vor atrage atențiunea și ne vor putea îndrepta pe calea diagnosticului adevărat.

Astfel aspectul simptomatologiei sarcinei extra-uterine este extrem de variat după cum o observăm la început sau în cazuri foarte rare, — aproape de termen.

Femeile cu sarcină extra-uterină nu consultă medicul decât atunci când turburări tipice trădează, o sarcină extra-uterină complicată.

În faza de debut simptomele produse prin grefarea oului într'o trompă sunt asemănătoare cu acelea ce acompaniază debutul sarcinei normale: suprimarea menstruației, turburări gastrice, senzații particulare (gusturi bizare), mărirea de volum a sânilor, cianoza vulvară, relaxarea mucoasei vaginale, imbibarea seroasă a porțiunii vaginale a colului ce arată în acelaș timp o culoare violacee, metodele auxiliare de diagnostic a sarcinei, probele biologice, toate sunt pozitive.

În unele cazuri totuși aceste simptome sunt numai schițate făcând să se nască în bolnavă și medic un semn de întrebare. Menstruația nu complect suprimate, ci diminuată sau numai întârziată și bolnava poate avea uneori dureri pelviene ce ne face să ne gândim la o afecțiune a anexelor.

Dacă examinăm bolnava găsim o tumoră mică de volum, pe una din părțile laterale ale uterului, fără nici un caracter particular ce seamănă cu o salpingită.

În faza de debut la cazurile unde putem vorbi de apari-



șia unor simptome acestea ar fi pierderile de sânge și durerea.

*Pierderile de sânge* puțin timp după menstruația care a lipsit și uneori chiar în timpul când trebuia să apară găsim o secreție rozată, striată de sânge — uneori roșu, alteori negricios, deseori secreția e compusă din sânge pur. Această secreție de aspect variat trebuie să ne atragă atenția cu atât mai mult cu cât în salpingită sau în tumori anexiale secreția este mai des muco-purulentă. Această secreție variază cantitativ și se prezintă adesea în urma colicilor, putând uneori să avem puțin sânge pur și clar.

Coincidența acestei pierderi de sânge cu o întârziere a menstruației și cu o tumefacție păstoasă juxta uterină dureroasă, constituie dela început un semnal de alarmă ce ne impune o supraveghere atentă a bolnavei, pe care o punem imediat în pat în repaus absolut reexaminându-o la intervale mici de timp.

După câteva zile constatăm că de și bolnava este în repaus absolut și cu pungă cu gheață pe regiunea etajului abdominal inferior, tumora crește în volum, fapt ce ne întărește și mai mult bănuelile.

Cu toată imobilitatea impusă, bolnavele prezintă din timp pierderi de sânge de o abundență variabilă, procedate sau acompaniate de crize dureroase, mai mult sau mai puțin întinse cu un ansamblu de neplăceri ce amintesc pe acelea ale menstruației, acompaniate uneori de contracții ale intestinului ce pot să ne durezeze, îndepărtându-ne atenția dela obiectivul principal. După *Baculescu* pierderile de sânge se găsesc în 80% și sunt un simptom de o foarte mare importanță, putându-le lua drept un simptom patognomic, unele femei prezentându-se la medic tocmai pentru acest inconvenient neputându-ne furniza alte simptome subiective.

*Cazeaux* explică aceste hemoragii, ca o urmare logică a congestiei intense a mucoasei uterine hipertrofiate.

În timpul acestor pierderi de sânge femeile ne pot spune că au eliminat și niște formațiuni membranoase, cari au o valoare diagnostică mare impunând diagnosticul de sarcină ectopică, căci aceste formațiuni membranoase eliminate, nu constituie altceva decât *expulsia caducei*, absența căreia ne poate face să bănuim un avort.

Unii autori ca *Cestan* admit că *expulsia caducei* indică

moartea fătului, iar alții ca *Pozzi* și *Cazeaux* cred contrariul că expulsia caducei nu atrage după sine moartea inevitabilă a fătului.

*Durerea* am spus că alături de pierderile de sânge ne pot furniza singurele simptome de debut ale unei sarcini ectopice.

Noțiunile de anatomie și fiziologie ne spun că nervii cari vin la trompe provin din două plexuri simpatice ale organismului și anume din plexul hypogastric și din plexul solar.

În mod fiziologic trompele se contractă ritmic constituind peristaltismul lor, care favorizează dacă nu declanșează chiar, migrarea oului spre cavitatea uterină. Atunci când oul se nidează în trompă constituie pentru ea un corp strein, iar contracțiunile fiind mai puternice, vor fi semnalate sub formă de dureri. Dilatarea trompei prin însăși creșterea oului va fi deasemenea o cauză a durerii și va fi cu atât mai mare cu cât oul s'a cantonat într'o regiune mai bogată, în ramificații nervoase și care cedează extensiunii mai greu. Aceste dureri sunt de tipul durerilor vagi, insidioase, localizate la nivelul jumătății inferioare a abdomenului prezentând iradieri în direcții foarte variate ca anus, coapsă și regiunea lombară. *Laffont* descrie o iradiere a durerii în umărul respectiv, denumindu-l de „semnul umărului“ și care după *Stanca* se găsește la femeile bogate în ramificațiuni nervoase simpatice, putându-l constata la femeile aceleiași familii cu o regularitate foarte mare. Acelaș autor constată că semnul umărului apare în momentul când trompa în mersul ei, stă întinsă la maximum; experimental a putut provoca acelaș reflex în timpul laparotomiilor pensând trompa cu o pensă hemostatică; durerea reflexă a dispărut imediat ce pensa a fost îndepărtată. Experimentul lui *Stanca* în „vivo“, a fost confirmat de însăși școala lui *Laffont*. La examenul genital vom găsi că tumefacția dureroasă localizată — cu câteva zile mai înainte — la nivelul anexelor dintr'o singură parte, se întinde înapoia uterului. În acest moment avem câteva indicii de hemoragii interne: paloarea marcată a feței și frecvența mai mare a pulsului ce devine în același timp mai slab perceptibil. În prezența acestor accidente intervenim, căci sunt simptomele inițiale ale unei rupturi tubare, ce se produce cel mai des și cu predilecție la data când trebuie să vină menstruația în prima lună după oprirea acesteia, dar mai frecvent

în a doua lună. Ruptura se produce deodată, hemoragia inundă peritoneul dând hemoragia cataclismică a lui *Barnes*.

Uneori accientele au înfățișare mai puțin dramatică fără să-și piardă nimic din gravitate, sângele se scurge în cantitate mică, — fie printr'o figură a trompei destinse, fie prin pavilion — adunându-se în fundul de sac a lui Douglas și constituind *Hematocelul retrouterin*.

Atunci când sarcina extra-uterină a ajuns la jumătatea a doua a evoluției, vom găsi semne cari ne permit să fim mai categorici în a afirma diagnosticul de sarcină extra-uterină.

Începând cu luna a cincea femeia simte mișcările fetale, cari la această epocă sunt deja prezente. La inspecție nu observăm încă o creștere netă a abdomenului, tumora fetală fiind mai proeminentă de o parte ca de cealaltă. Tușeul combinat bimanual ne va permite a deosebi două tumori: una, uterul, împins înapoi sau de o parte, care deseori trebuie căutat foarte atent, iar alături de el a doua tumoră, ocupând locul uterului mult mai mare de volum și care este chistul fetal. Când poziția fătului este de așa natură încât cordul fătului bate în apropierea mâinii vom avea enzația de „thrill“ descris de autorii englezi. Disparația „thrill“-ului după ce odată am avut certitudinea lui, ne indică moartea fătului.

Controlul băților cordului fetal se face ca și în sarcina normală prin ascultație cu ajutorul stetoscopului. *Cullen* descrie un simptom care constă dintr'o colorare albastră lividă periombilicală și denumită de el de „semnul albastru“, care apare în urma revărsatului peritoneal, sau o mică echimoză prin infiltrarea subcutanată a sângelui.

## DIAGNOSTICUL.

Sarcina extra-uterină în faza ei inițială este diagnosticată foarte rareori; greutatea constă în căutarea elementelor diagnosticului, cari sunt la o sarcină extra-uterină neîntreruptă: întârzierea sau sistarea menstruației — cu semne de sarcină — o secreție sero-sanghinolentă sau sanghinolentă, durere și tumoră juxta-uterină se observă aproape fără excepție variind doar în intensitate. Interogatorul ne va arăta că menstruația a fost întârziată și acest fapt trebuie reținut fiind de-

o importanță capitală, căci la o femeie normal menstruată această întârziere, fie ea chiar minimă, trebuie să ne atragă atenția asupra unei sarcini. Femeia mai simte în plus o turgescență a sânilor și o senzație de greutate în sfera aparatului genital. Scurgerea sero-sanghinolentă sau sanghinolentă nu trebuie confundată cu menstruația de care diferă prin cantitate și durată, care e mai lungă, intermitență, n'are aparența prăfoasă a sângelui menstrual, la început nici mirosul acestuia, uneori e roșu, deseori amestecat cu serozitate, e foarte fluid, se oprește pentru câțiva timp mai ales în timpul colicelor de la nivelul trompelor pentru a apare apoi ca o mică hemoragie, de culoare negricioasă cu mici chlaguri.

Bolnava mai simte aproape întotdeauna într'una din părțile laterale ale uterului o jenă pronunțată și chiar o durere surdă aproape continuă, ce crește la efort și oboseală. Din timp în timp apar colici pe care bolnava nu le poate localiza, însoțite de colici intestinale, provocate de o ușoară reacțiune peritoneală cu grețuri.

Examenul genital ne va evidenția fie o tumoră în colțul uterului, fie una net delimitată, fie — și acesta este cazul cel mai frecvent — o împăstare într'una din fosele iliace, sensibilă la presiune.

Aceste tumori au caracteristica de a prezenta o creștere rapidă și de-ași modifica forma fără să aibe duritatea unui fibrom și nu încetează să crească sub influența repaosului și a pungei cu ghiață. Dacă aceste simptome nu ne conving, sau ne fac să ezităm în punerea diagnosticului, această ezitare o părăsim în momentul când tumora crește rapid, când durerea se întinde în Douglas și când avem o senzație de tumefacție în Douglas, ce presupune începutul unei ușoare hemoragii din pavilionul tubar. Cât privește localizarea sarcinei extra-uterine, nu prezintă importanță prea mare, cel mult putem presupune că dacă a trecut de luna a cincea este abdominală.

*Evoluția* unei sarcini extra-uterine se termină de obicei după o perioadă destul de scurtă prin accidente ce pot fi avort tubar sau ruptură tubară. Formele istmice și interstițiale se complică mai des cu ruptura pe când cele ampulare produc mai des avortul tubar. Indiferent de forma sarcinei

extra-uterine, vom găsi un grup de simptome comune, cari ne permit întotdeauna să presupunem întreruperea probabilă a unei sarcini extra-uterine.

Orice hemoragie uterină persistentă, care survine după suprimarea unei epoci menstruale și după turburări subiective de sarcină, o considerăm suspectă de sarcină extra-uterină, dacă vom constata unul sau mai multe crize dureroase unilaterale, acompaniate de fenomene peritoneale și de o anemie mai mult sau mai puțin pronunțată. Atragem atenția că foarte des întreruperea sarcinei extra-uterine se poate face în epoca menstruală sau chiar puțin timp înainte, încât trebuie să fim prudenți și să nu calificăm această hemoragie de menstruație normală. Vom bănuși o sarcină extra-uterină întreruptă ori de câteori ne găsim în fața unei hemoragii uterine slabe și uniforme. Lipsa de chiaguri, -- care acompaniază un avort uterin -- culoarea mai închisă a sângelui și rezistența la orice tratament medicamentos, sau curetaj, constituiesc alte particularități ale hemoragiilor în legătură cu o sarcină extra-uterină.

Avortul tubar și ruptura tubară sunt acompaniate de dureri cari rezultă din contracțiile periodice ale trompei. În cazul unei rupturi tubare cu rundație peritoneală găsim o anemie acută cu sincopă repetată, puls mic și accelerat și existența unei revărsări peritoneale cu matitate declivă. Debutul e caracterizat printr'o durere bruscă și violentă, e o senzație de sfășiere internă în partea de jos a abdomenului, de o singură parte, pe care femeea o localizează destul de precis. Această durere e difuzată apoi în toată partea de jos a abdomenului și apoi în întreg abdomenul; foarte rapid starea generală se alterează, bolnava are o senzație de slăbiciune, o stare sincopală, puls mic, rapid, uneori nu se poate număra, paloare a buzelor și a feței, toate semne ale unei anemii acute, provenite prin hemoragie internă. Examenul abdomenului ne arată o ușoară balonare presiunea suprapubiană determină o durere vie cu contracție pasageră a peretelui fără ca să fie o contracție permanentă ca în peritonită. Tușeul ne va arăta puțin, degetul nu poate percepe sângele lichid revărsat, dar pune în evidență durerea fundului de sac posterior vaginal, o durere bruscă ce smulge un țipăt și se produce când degetul deprimă profund fundul de sac pe linia

mediană. Această durere e cu atât mai paradoxală cu cât tușul nu ne arată în acest loc nici o tumefacție, pe când anele sunt percepute în fundurile de sac laterale mai puțin dureroase. Această durere pare a fi datorită iritabilității peritoneului sub influența revărsatului sangvin. Degetul deprimând peritoneul declanșează un reflex dureros al simpaticului pelvian. Pentru o confirmare a diagnosticului mai facem și puncția fundului de sac a lui Douglas pe lângă o asepsie riguroasă și cu un ac de calibru suficient, — ea — aducându-ne o clarificare deplină și rapidă în toate cazurile unde confuzia cu alte afecțiuni nu poate fi evitată. Sângele care provine din cavitatea abdominală nu se coagulează sau se coagulează foarte greu. Sângele care provine dintr'un hematocel se caracterizează printr'o culoare mai închisă și conține chiaguri. Puncția poate fi uneori negativă ca în cazul unei rupturi recente însoțite de o hemoragie ușoară, ca în avortul tubar recent, colecțiuni prea vechi etc. Deci o puncție exploratoare negativă nu înseamnă să abandonăm definitiv diagnosticul de sarcină extra-uterină, atunci când alte semne ne atrag atenția și pledează pentru existența acesteia. La fel o puncție exploratoare pozitivă nu reprezintă un simptom absolut patognomic pentru o sarcină extra-uterină, sângele aspirat putând să provină dintr'o tumoră ovariană vascularizată și în stare de ruptură, dintr'un hemato-salpinx, dintr'un chist al corpului galben sau dintr'o hemoragie foliculară (ruptura foliculului lui Graaf). Când la puncție aflăm sânge ce ne indică o hemoragie internă facem imediat laparotomie, chiar când celelalte metode de investigație n'au clarificat definitiv etiologia ei. În concluzie putem spune că diagnosticul unei sarcini extra-uterine întrerupte, în general este ușor atunci când se cunoaște bine simptomatologia și când avem la îndemână toate mijloacele de diagnostic. În practica curentă cu toate că este extrem de dificil — tindem dacă este posibil — la localizarea exactă a unei sarcini extra-uterine tubare. În sarcina interstițială, la puncția de inserție al trompei în uter se constată o tumefacție a cărei mărime e în funcție de vârsta oului. Vom exclude localizarea interstițială în cazul când la palparea comunicarea între locul oului și uter e mai subțire și avem impresia unui pedicul. Autorii *Ruge-Simon* admit ca simptom

— în localizarea interstițială a sarcinei extra-uterine poziția verticală a fundului uterin. Alți autori au luat ca normă de conduită poziția și parcursul ligamentelor rotunde dar ambele sunt inconstante și variabile încât nu pot forma baza diagnosticului de localizare.

În sarcinile abdominale, ovariene și peritoneale datele obținute prin examenul fizic sunt și mai greu de interpretat, încât în unele cazuri nici chiar laparotomia nu aduce o perfectă elucidare a lucrurilor.

*Radiografa* care ne permite să distingem punctele de osificare ale scheletului fetal ne poate fi de mare utilitate, în sarcinile mai avansate.

*Sonda* este contraindicat mai ales în prima jumătate a sarcinei.

Nu vom exclude de asemenea cazul când o femeie ne va spune că a fost operată odată de sarcină extra-uterină, ea putând avea o nouă sarcină extra-uterină de partea opusă constituind sarcina extra-uterină „recidivantă“.

Acolo unde se poate aștepta, fără ca vieța femeii să fie în pericol, reacțiile biologice de sarcină *Ascheim-Zondek*, *Friedmann-Broucha*, etc. vor da nota hotărâtoare.

## DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL.

Am amintit în capitolele precedente că diagnosticul unei sarcini extra-uterine în plină evoluție — rămâne numai un diagnostic de probabilitate — unilateralitatea durerii, provocată prin palpate pe traectul trompei interesate, umplerea păstoasă a regiunii — coexistența unor semne de sarcină ca: suprimarea menstruației, cianoza vulvo-vaginală, uter cu caractere de sarcină, — sunt singurele criterii cari ne atrag atențiunea asupra posibilității existenței unei sarcini extra-uterine.

Dat fiind faptul că din punct de vedere clinic — sunt puține și nesigure simptomele — tindem să descriem în acest capitol grupul afecțiunilor cari intră în combinație atunci când este vorba de diagnosticul diferențial al unei sarcini extra-uterine în plină evoluție.

În primul rând sarcina extra-uterină necomplicată poate fi confundată cu o *sarcină uterină* — angulară — asimetria

uterului, bombarea colțului uterin respectiv — descrise de *Piskacek*, nu dispare decât în luna a IV-a sau a V-a încât este foarte logic să nu neglijăm posibilitatea unei sarcini extra-uterine interstițiale.

Excludem o *afecțiune inflamatoare* anexială care a determinat modificări de formă și consistență la nivelul anexelor, prin bilateralitatea procesului, — întrucât sarcinile extra-uterine bilaterale sunt excepțional de rare — și prin datele obișnuite prin interogator — și prezența semnelor de sarcină, cari ne va facilita diagnosticul. Repaosul la pat și punca cu ghiață vor duce la o ameliorare a afecțiunii inflamatoare, pe când în sarcina extra-uterină tumora va continua să crească de volum. Temperatura ajunge în afecțiunile inflamatorii la 39-39.5 iar numărul leucocitelor la 15.000—20.000 cu polinucleoză.

Cu *ovarele hipertrofice* — în cazul de sarcină extra-uterină întreruptă (cu făt mort) fătul suferă o mumiificare și o transformare calcară, având deasemenea o consistență dură. Cu *miomele pediculate* și *chistele foliculare* unde la examenul gynecologic practicat de un specialist și sub anestezie generală, vom reuși cu ușurință a face diagnosticul diferențial, tumora fiind netedă, regulată și foarte mobilă.

*Pseudo-tumorile* ca: anse intestinale aglomerate, materii fecale, ascarizi, etc. sunt deseori confundate cu sarcina extra-uterină mai ales de unii începători în specialitatea gynecologică.

*Fibromatoza-uterină* poate imita forma neregulată a unui făt, dar aici va lipsi ramolirea și hipertrofia colului uterin, apoi pierderile de sânge nu sunt continue și dureroase ci intermitente, iar femeia se simte bine în unele intervale.

Cu *hidrosalpinx-ul* și *hemato-salpinx-ul* unde nu vom găsi semne de sarcină ci o consistență chistică a tumorii.

*Peritonita difuză acută* a fost confundată nu rareori cu sarcina extra-uterină. În peritonita difuză acută durerile din avortul tubar ca și din nuptura tubară datorită contracțiunilor mai mult sau mai puțin periodice ale trompelor și iritația peritoneală precum și prezența altor semne peritoneale ca: eructații, vome, sensibilitate post compresivă și suprimarea pasagiului intestinal, justifică îndeajuns diagnosticul diferențial. Greșeala de diagnostic va putea fi evitată practicând întotdeauna puncția exploratoare.



Intre *hematocelul retro-uterin și retroflexia uterului gravid* se face deseori greșala de diagnostic, care trebuie evitată. Insist asupra faptului, că în retroflexia uterului gravid avem turburări caracteristice din partea aparatului urinar ca retenție de urină, pe când hematocelul este precedat de hemoragii, crize dureroase, pasagere și semne peritoneale.

*Ocluzia intestinală — ileus-ul* — este o altă afecțiune care se pretează la confuzie. Aici însă suprimarea pasagiului intestinal, sonoritatea la percuție și balonarea precum și puncția exploratoare ne vor permite să evităm greșala de diagnostic, apoi atât ileus-ul cât și sarcina extra-uterină necesită laparotomie de urgență încât chiar o eroare de diagnostic nu aduce nici un prejudiciu bolnavei.

La *tumorile conjunctive ale trompei* (fibro-miome și sarcome) la tușeul combinat vom simți o tumoră paramediană, dură, insensibilă, fixă sau mobilă, iar menstruația nu suferă modificări aproape niciodată.

Cu *pelvipertonita* unde antecedentele, examenul secrețiilor, precum și apărarea musculară în etajul abdominal inferior vor fi concludente.

*Apendicita* încă poate fi cauza unei confuzii de diagnostic, aici însă sensibilitatea maximă în punctul lui Mac-Burney, leucocitoza, accelerarea sedimentării globulare și aparatul genital normal la examinare — vor exclude sarcina extra-uterină.

(Cu *coletithiaza* poate fi confundată prin iradierea durerilor în regiunea epigastrică, dar examenul genital ne va clarifica. Tot asemenea ne vom gândi și la crizele de *lithiază ureterală*.)

Poate intra în discuție încă *torsiunea pediculară a anexelor normale și ale tumorilor uterine*, unde eroarea de diagnostic nu poate prejudicia femeia, întrucât în oricare din aceste cazuri laparotomia de urgență este indicată.

## COMPLICAȚIUNILE.

Gravitatea sarcinii extra-uterine rezidă tocmai în faptul că, nediagnosticată la timp, duce la complicațiuni, cari de cele mai multeori expune femeia la accidente fatale și care este ultima fază a evoluției acestei afecțiuni.

*Ruptura trompei gravide* poate avea loc chiar din primele zile, ca și mai târziu către luna a IV-a. Această ruptură are simptomatologia ei destul de caracteristică prin tabloul dramatic compus din dureri cari apar brusc în plină sănătate, de o intensitate mare putând lua forma unei crize acute și care poate iradia după cum am văzut deja spre: flancuri, hypocondru, epigastru, lombe, umăr, etc. Femeile vor semna durerea sub forma unei împunsături de pumnal, fiind urmate de amețeli, văjeituri în urechi și pierderea cunoștinței. Obiectiv vom găsi fața palidă, mucoasele anemiate, extremitățile reci și cianotice, puls tachicardic și filiform sau uneori chiar dispărut. Acestei stări uneori i-se mai adaugă simptome de dispnee, sughițuri și stări de apatie și uneori confuzie mentală acută.

În această fază intervenția chirurgicală este indicată de urgență, femeia lăsată fără acest ajutor, este expusă morții într'un timp cât se poate de scurt și care variază dela o jumătate de oră până la câteva ore.

Toate aceste simptome sunt rezultatul unei *hemoragii interne acute* provenită din ruptura vaselor trompei. Această hemoragie va varia după calibrul vaselor lezate putând ajunge la o veritabilă inundație peritoneală unde mortalitatea ajunge de la 63% până la 97%.

Când oul se desprinde și este împins — de mișcările peristaltice ale trompei — spre cavitatea abdominală, vom avea complicațiunea descrisă de *Werth* sub numele de avort tubar și care este însoțită de dureri violente repetate, uneori ritmice, însoțite de pierderi de sânge abundente. Concomitent cu hemoragia externă vom avea și una internă — care dacă nu este prea mare să ducă la inundația peritoneală — va forma *hematocelul peritubar*. Dacă însă cantitatea de sânge este ceva mai mare, se va colecta în cavitatea pelviană spre punctul mai decliv al ei — fundul de sac al lui Douglas — împingând uterul înainte și în sus, formând ceea ce *Nelaton* a descris sub numele de *hematocel retrouterin*.

În cazuri excepționale hematocelul poate fi *anteuterin*, împingând în acest caz uterul înapoi și în sus.

Evoluția hemoragiei intra-peritoneală poate fi foarte variată. Dacă pentru o inundație acută provenită dintr'o rup-

tură sau dintr'un avort tubar, nu se va interveni, aceasta va putea cauza moartea femeii; hematocelul din contră se poate resorbi, sau suprainfectându-se cu agenți patogeni virulenți se transformă într'o colecție purulentă. (*Stanca*).

Afară de complicațiunile descrise mai sus și cari sunt cauzate de trompă, putem avea complicațiuni și din partea oului.

În cazurile fericite, — de altfel foarte rări — ruptura poate să se producă în peretele trompei în partea inferioară. Hemoragia care are loc în acest caz poate să nu rupă seroasa și astfel coagulul care se formează să aibă rolul de tampon natural, oprind o nouă hemoragie. Prin acest procedeu viața femeii momentan nu este în pericol însă o soluționare radicală totuși va trebui să se facă.

Astfel oul dacă este mic poate dispărea în masa hematocelului resorbindu-se și neaducând vre-un prejudiciu femeii; dacă însă oul a ajuns la o epocă de dezvoltare mai înaintată poate sau să se *putrifice* și să se elimine prin intestin sau o infecție secundară îl poate transforma într'un chist supurat, care va obliga peritoneul să reacționeze, uneori până la peritonită generalizată, cu consecințele ei.

Excepțional de rar oul nu va suferi nici una din complicațiunile mai sus descrise, ci se va transforma într'o masă calcificată numită *litokelpos*, iar dacă procesul de calcificare va interesa exclusiv oul, va da ceace se numește *litopedion* și care după un timp de multeori lung de 20—30 de ani se poate elimina prin intestin sau să perforizeze în vezica urinară, lăsând în urmă fistule de dimensiuni considerabile.

*Mumificarea fătului* este deasemenea excepțional de rară.

## ANATOMIE PATOLOGICĂ.

Leziunile la care dă naștere sarcina extra-uterină sunt din cele mai variate și depind de locul unde se face dezvoltarea anormală a embrionului.

Un fapt fundamental este că oul ori unde s'ar dezvolta, e înconjurat de membranele sale coriale ca și când ar fi în cavitatea uterină. Țesuturile în contact cu corionul suferă modificări profunde și devin repede foarte vascularizate, iau

un aspect roșu, violaceu și prezintă adevărate vilozități coriale și mai târziu ca cele placentare. Când oul se dezvoltă în trompă, aceasta crește în volum și ia un aspect chistic. Uterul suferă o evoluție ce amintește pe aceea dintr'o sarcină normală. Poate crește până la 12—14 cm. și să-și conserve acest volum în tot timpul evoluției sarcinei extra-uterine. Corpul și colul uterin prezintă o ramoliție asemănătoare celei din sarcina normală. Mucoasa uterină se transformă într'ocaducă analoagă căducei uterului gravid și când sarcina extra-uterină se termină, fie prin moartea embrionului, fie prin exfiltrarea trompei respective prin intervenție, această caducă se elimină fie în bloc, fie în fragmente microscopice pierdute în chiagurile sanghine. Din partea sânilor și a organelor genitale externe survin deasemenea modificări ce caracterizează evoluția sarcinei normale. Cel mai adesea sarcina extra-uterină se termină brusc după o perioadă destul de scurtă prin o serie de accidente bine cunoscute și cari se pot remedia.

*Histologic* peretele tubar mărit de volum e vascularizat și peretele intern al arterelor îngroșat, mucoasa prezintă numeroase vilozități ce se întretes cu vilozitățile coriale scobind în aceasta adevărate lacuri sanghine ce comunică larg cu arterele și venele. La nivelul franjurilor tubare se constată o transformare deciduală, dar în urma unei insuficiențe de nutriție, vilozitățile coriale se atrofiază, se retractă, deschizând în lacurile sanghine în care pătrundeau, căi pe unde sângele iese, dând ușoare hemoragii, ce se repetă, se înmulțesc, decolează oul de pe peretele tubar și-l împing către centrul trompei unde îl putem găsi pierdut sau alterat în mijlocul unui chiag voluminos, — hematosalpinxul — cel mai simplu accident datorit evoluției sarcinei extra-uterine tubare ce poate de altfel uneori să se vindece spontan, iar chiagul cu embrionul să dispară cu timpul prin resorbție. Cel mai ades însă hemoragiile se repetă și oul târât de sânge înafara cavității tubare, constituie avortul tubar.

La începutul sarcinei tubare se poate produce un avort peritoneal căci orificiul peritoneal al trompei care se închide totdeauna în sarcina extra-uterină după *Bland-Sutton* este deschis până în săptămâna 5-a. Caracteristica acestui avort peritoneal este că se produce la începutul sarcinei, trece aproape neobservat și dă loc la accidente puțin grave, de cel

mai deseori constituind hematocelul care se poate închista, rezorbi și dispăre spontan sau să fie deschis și evacuat prin colpotomie sau pe cale abdominală. Alt accident mai frecvent al sarcinei extra-uterine este ruptura ce se produce obișnuit în a 3-a lună, rar în a 4-a, excepțional după a 5-a lună. Rolul principal în ruptura trompei îl joacă alterațiile peretelui tubar la nivelul inserției placentare, la care punct e profund modificat prin penetrarea vilozităților coriale. Rezistența e puternic diminuată și sub influența unui puseu hemoragic intra-tubar puțin mai violent, peretele se rupe pe o lungime ce variază de la 1—3 cm. acompaniându-se în general de o hemoragie abondantă ce poate duce la moarte în unele cazuri. Oul aproape totdeauna e evacuat în cavitatea peritoneală unde rareori se poate gresa și evolua, constituind o sarcină peritoneală secundară, în care fătul poate ajunge până la termen când femeea prezintă dureri de naștere, hemoragii, în sfârșit false dureri, ce nu duc la nici un rezultat și dacă examinăm femeea vedem că uterul e gol și facem diagnosticul de sarcină ectopică. După câteva ore sau zile se elimină o caducă, falsele munci încetează și fătul e mort. Un făt la termen sau de 4—5 luni e prea mare ca să poată fi resorbit. El rămâne ca un corp străin în organism, se vestejește (stafidește), se închircește, se infiltrează cu săruri calcare persistând nedefinit, formând ceea ce numim un lithopedion. Cel mai des se infectează secundar din cauza vecinătății și duce la moarte sau se deschide într'un organ sau la piele, dând supurații interminabile.

## CAZUISTICA.

*Cazul I.* — P. V. de 30 ani, căsătorită. Antecedente heredo-colaterale și personale: fără importanță. Menstruată la 15 ani, epocile catameniale se repetă regulat la 28 zile, ținând 3—4 zile fără inconveniente. Ultima menstruație înainte cu aproximativ 4 luni. O naștere normală la termen, un avort provocat.

Boala actuală: de trei luni dureri mari în etajul inferior al abdomenului mai accentuate la data când trebuia să-i vină menstruația. De 4 ore o durere violentă sfâșietoare în abdomen urmată de pierderea cunoștinței. Este adusă în serviciul Clinicei în stare gravă. La examenul aparatului genital se constată uter mărit de volum, cu sem-

nele unei sarcini, Douglasul foarte sensibil, bombează, nu se palpează; nici o tumoră anexială. Având simptome de hemoragie internă și uterul necorespunzând unei sarcini în luna a 3-a, prezența de sânge în Douglas după kolpo-puncție, diagnosticul de sarcină extra uterină impunându-se se face laparotomie de urgență unde se găsește: cavitatea abdominală plină cu chiaguri de sânge uterul mărit de volum, de consistență mai moale, Douglasul plin cu sânge coagulat, la îndepărtarea coagurilor se găsește un făt viu de 12 cm. lungime, anexa din stânga normală. Trompa din dreapta în porțiunea din dreapta lărgită și rupturată, iar în ea este înserată placenta. Se face histerectomie totală. Bolnava părăsește serviciul vindecată per primam după 16 zile de ospitalizare.

*Cazul II.* — M. I. de 24 ani, căsătorită. Antecedente heredo colaterale fără importanță. Antecedente personale: Exemă dela vârsta pubertății, neagă boli infecto-contagioase și venerice. Menstruată la 13 ani, epocile catameniale repetându-se foarte regulat la 28 zile, ținând 3 zile în acest timp prezentând cefalee, dureri în lombe, senzație de frig și o stare de hipersensibilitate.

O naștere normală la termen, 9 avorturi provocate, ultima menstruație înainte cu 5 săptămâni. De 2 săptămâni dureri în etajul inferior abdominal cu grețuri și vărsături matinale. De 2 zile secreție sero-sanghinolentă. În urma unui efort fizic (ski) durerea se accentuează luând caracterul unei împunsături de pumnal, ce iradiază în spre umărul drept. Face o lipotimie, după care rămâne pentru scurt timp cu o senzație de hipoestezie a jumătății stângi a corpului. Consultă un medic care-i recomandă internarea într'un serviciu spitalicesc. Starea generală profund alterată, puls filiform, aritmic, mucoasele palide respirația superficială. La examenul genital găsim uterul în anteversie flexie, foarte puțin mărit de volum, colul păstos, fundul de sac vaginal posterior bombează, foarte sensibil la atingere. La nivelul trompei drepte se palpează o tumoră de mărimea unei nuci. Prin kolpopuncție se extrage sânge. Se face laparotomie de urgență unde se găsește o inundație peritoneală, găsind chiaguri de sânge și în lojile renale. La nivelul trompei drepte se găsește o nupătură de 1 cm. lungime, din care curge sânge. Anexa stângă normală. Se face anexotomie dreaptă. După intervenție bolnava este remontată cu multă greutate putând părăsi clinica vindecată după 3 săptămâni.

*Cazul III.* A. A. de 30 ani, căsătorită. Antecedente heredo colaterale și personale fără importanță. Menstruată la 14 ani, se repetă la 4 săptămâni cu o durată de 3—4 zile.

Înainte cu 5 luni are o menstruație care durează 1 lună, administrându-i-se stiptice hemoragia încetează; dela această dată amenoree. Înainte cu o zi dureri vagi în etajul abdominal inferior, cu 2 ore înainte de a intra în serviciul clinicii durerile se accentuează luând caracterul unui junghiu localizat în fosa iliacă dreaptă ce iradiază spre parineu și însoțite de lipotimii repetate. La examenul ginecologic se constată uterul mărit de volum în anteflexie versie;

la dreapta o tumoră care bombează în Douglas și care ajunge până la 2 degete sub ombilic. La puncția exploratoare a Douglasului se scoate sânge care nu se coagulează. Se face laparotomie. Deschizând cavitatea abdominală se găsește o inundație peritoneală cu coaguli de sânge iar în Douglas un embrion de 18 cm. lungime. Se extirpă placentă care este foarte aderentă de trompa dreaptă, ligamentul larg și peritoneu. Se face histerectomie subtotală, bolnava părăsește clinica după 26 zile.

*Cazul IV.* — B. G. de 27 ani, necăsătorită, antecedente heredo-colaterale fără importanță. În antecedente personale la 22 ani gonoree. Menstruată la 12 ani, se repeta de obicei regulat după gonoree neregulat. De o lună amenoree. De câteva zile o jenă în fosa iliacă stângă. La examenul ginecologic: uter în ușoară retroflexie, ușor mărit de volum celul moale ou cianoză vulvară. În stânga o tumoră de mărimea unui ou. Se face laparotomie se găsește trompa din stânga de mărimea unui ou. Se face salpingectomie stângă. Deschizând trompa se găsesc vilozități coriale în parte deslipite, în interior lichid amniotic, și un embrion de 1 cm. lungime. Părăsește clinica după 12 zile vindecată.

*Cazul V.* — A. L. de 35 ani, căsătorită. Antecedente heredo-colaterale: tatăl mort de c. c. gastric. Mama de tbc. pulmonar. Antecedente personale: scarlatină la 8 ani. Menstruată la 14 ani se repetă la 28 zile și ține 5—6 zile. Ultima menstruație înainte cu 6 săptămâni. De 4 săptămâni dureri în hipogastru și fosele iliace ce iradiază spre coapse. Greață, vărsături și o ușoară reacție febrilă. De o zi pierderi de sânge. La examenul ginecologic se găsește uter în anteversie flexie înpins spre stânga la dreapta lui o tumoră cât un cap de făt.

Se face laparotomie găsiindu-se în dreapta și înapoia uterului un hematocel închisat de mărimea unui cap de făt având numeroase aderențe de organele vecine. Se face anexotomie dreaptă bolnava părăsind clinica după 20 zile vindecată.

*Cazul VI.* — B. O. de 39 ani, căsătorită. Antecedente heredo-colaterale: un frate mort de lues(?). Antecedente personale: scarlatină și pojar în prima copilărie. Menstruată la 17 ani se repetă la 22 zile, durata o săptămână. Boala actuală datează de 2 luni, a început cu dureri în tot corpul mai accentuate în lombi, însoțite de pierderi de sânge și în fine expulsează o tumoră de mărimea unui ou de rață. La examenul ginecologic se găsește uterul în anteversie flexie mărit de volum în dreapta o tumoră cât un pumn în stânga și fundul de sac a lui Douglas o tumoră cât un cap de făt fluctuantă care umple tot basinelul. Se face laparotomie se găsește la dreapta un avort tubar cu un hematocel retrouterin, iar în stânga o tumoră chistică a ovarului și hidrosalpinx. Uterul înglobat în aderențe cu epiflonul și intestinale. Se face histerectomie totală bolnava părăsește clinica vindecată după 20 zile.

*Cazul VII.* — A. I. de 24 ani, necăsătorită, menstruată la 14 ani, se repetă la 24 zile regulat. Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță. Boala actuală datează de 6 săptămâni a înce-

put cu dureri în abdomen și fosa iliacă dreaptă. De 4 săptămâni senzație de vărsături și amețeli. La examenul ginecologic uter în anteversie flexie, în Douglas bombează o tumoră ușor fluctuantă. La kolpopuncție se extrage sânge.

Se face laparotomie, în sânge se găsește un hematocel încapsulat. Se scoate tumora trompa normală, ovarul cu sarcină extrauterină (ovariană). În dreapta un corp galben. Se face ooforo-salpingectomie stângă. Bolnava părăsește clinica după 15 zile vindecată.

*Cazul VIII.* — P. N. de 31 ani, căsătorită, antecedente heredo colaterale și personale fără importanță. Menstruată la 13 ani, epocile catameniale repetându-se la 25 zile ținând 3—4 zile. Boala actuală datează de 6 săptămâni de când are pierderi de sânge fără nici un alt inconvenient. Starea generală foarte alterată, dipotimii repetate puls filiform, aritmic. La examenul local găsim simptome de peritonită generalizată, iar la examenul ginecologic găsim un hematocel retrouterin care împinge uterul înainte și în sus, întreg Douglasul și pelvisul ocupate de o tumoră fluctuantă sensibilă la palpare. Se face laparotomie găsindu-se o tumoră de mărimea unui cap de făt foarte aderentă de organele vecine și care în timpul decolării se sparge și care lase să se scurgă din ea aproximativ un chilogram de chiaguri sanghine. Se face histerectomie sub totală cu păstrarea ambelor ovare. Bolnava sucombă după 4 zile în fenomene de peritonită.

*Cazul IX.* — M. M. de 22 ani, căsătorită. Antecedente heredo colaterale fără importanță. Antecedente personale amigdalite repetate. Menstruată la 18 ani, se repetă la 28 zile durând 3—4 zile. Menstruația ultimă înainte cu 6 săptămâni. De 2 săptămâni pierderi de sânge din vagin cu intermitență. Dureri sub formă de împunsături de pumnal. La examenul ginecologic găsim uter în anteversie flexie nițel mărit de volum în dreapta o tumoră de mărimea unui pumn, sensibilă la palpare. Făcându-i-se laparotomie se găsește o tumoră intraligamentară se face anexotomie dreaptă. Bolnava părăsește serviciul vindecată după 17 zile.

*Cazul X.* — Bolnava Z. S. 28 ani, căsătorită. Antecedente heredo colaterale și personale fără importanță. Menstruată la 11 ani se repetă la 28 zile ținând 4—5 zile. Ultima menstruație înainte cu 6 săptămâni. Starea generală alterată cu anemie pronunțată. Examenul ginecologic uter anteversie flexie nițel mărit în stg., o tumoră de mărimea unui pumn.

Se face laparotomie găsindu-se trompa stângă mărită de volum (de 6 ori) tumefiată la nivelul porțiunii istmice. Se face anexotomie stângă, la deschiderea ei se găsește un embrion de 1 cm. lungime, înconjurat de membranele fetale intacte.

Bolnava părăsește clinica vindecată după o lună și jumătate.



## TRATAMENTUL.

Trebuie dela început să spun că orice tentativă de a cura medical sau conservativ o sarcină — extra-uterină, va eșua — totuși excepțional s'au văzut cazuri cari s'au rezolvat fără nici o intervenție chirurgicală. Astfel rămâne bine stabilit chiar dela început, că tratamentul sarcinei extra-uterine rămâne exclusiv chirurgical și va fi în funcție de vârsta oului.

Werth afirmă că „ori de câteori ne vom afla în fața unui caz de sarcină extra-uterină, comportarea trebuie să fie aceeași ca și în cazul unei tumori maligne“.

I. L. Faure spune că: „o femeie cu sarcină extra-uterină nu este niciodată sigură de ziua de mâine, ea este în pericolul unei rupturi, care poate fi sudaoriantă și acest risc noi nu avem dreptul să-l lăsăm să fugă“.

Tratamentul sarcinei extra-uterine va fi adaptat cazurilor după cum avem de-a face cu: a) sarcina extra-uterină până la cinci luni fără complicațiuni; b) sarcina extra-uterină după cinci luni fără complicațiuni, care la rândul ei ea poate fi: 1. cu făt viu, 2. cu făt mort și c) sarcina extra-uterină complicată cu varietățile: 1. inundație peritoneală, 2. hematosalpinx, 3. hematocel.

În general tratamentul va fi una din următoarele intervențiuni: salpingectomie, anexotomie sau histerectomie.

a) *La sarcina extra-uterină până la cinci luni fără complicațiuni I, Pinard* susține că: „înainte de luna a cincea toate sarcinile extra-uterine diagnosticate, reclamă intervenția chirurgicală de urgență“. Medicul are rolul de a se folosi de toate mijloacele pentru a face femeia să accepte o intervenție, dacă femeia refuză, i-se recomandă un repaus absolut, iar în cazul când o ruptură a trompei s'ar instala, intervenția chirurgicală este indicată de urgență, nici un alt tratament conservativ nefiind în stare să garanteze viața femeii.

b) *In sarcina extra-uterină după cinci luni fără complicațiuni* tratamentul va diferi după cum avem de a face cu un făt viu sau cu un făt mort.

1. *In cazul unui făt viu care a ajuns luna a cincea, șansele ca fătul să ajungă la termen, fiind mari, nu avem dreptul să-l sacrificăm, intervenția făcându-se atunci, când fătul este considerat viabil. Vom ține însă întotdeauna cont că*

mama apoi fătul vor fi preferați în a-i salva. *Reynault* este mai categoric, zicând: „chestiunea salvării copilului nu se pune decât atunci când pentru mamă nu mai există nici un pericol“. Intervenția chirurgicală — care nu este altceva decât o *cezariană* la nivelul trompei, se va face de preferință la 8 luni și jumătate, viabilitatea acestor copii ajungând până la un procent de 60%.

2. *In cazul unui făt mort*, *Pinard* recomandă să se aștepte două luni de la data morții fătului. *Ferrari* din contră recomandă intervenția imediat ce moartea fătului a fost confirmată. Pentru susținerea tezei sale aduce argumente, care nefac să opinăm pentru intervenția imediată. Astfel ar fi evitate riscurile unei infecțiuni secundare sau ale unei sfacelări ale fătului, apoi aderențele fătului de organele bazinului fiind mai ușor detașabile traumatismul intervenției precum și riscurile ei vor fi mai mici.

În ambele cazuri intervenția este indicată, întrucât formarea unui litopedion ar duce, la sechelele descrise la capitolul complicațiilor.

c) *In sarcină extra-uterină complicată*, *Traub* încă cu trei decenii în urmă recomandă intervenția chirurgicală de urgență, ori de câteori este vorba de o inundație peritoneală. *Albertin* și *Desgouttes* recomandă intervenția numai după ce pulsul și tensiunea arterială sunt modificate. Cel mai categoric este *Pozzi*: „atunci când o hemoragie periclitează viața femeii, trebuie să căutăm izvorul sângelui, temporizarea sau așteptarea unei hemostaze, în marea majoritate a cazurilor fiind egală cu a lăsa să moară femeia, pentru a nu ne asuma responsabilitatea unei operațiuni, de o sută de ori mai puțin gravă, decât așteptarea; dacă ea nu sucombă în timpul primei hemoragii, va muri totuși în timpul celei de a doua sau de a treia hemoragii“.

*Cestan* publică o statistică din care se vede că după intervenție procentul de vindecare este de 89%, iar în cazurile unde s'a așteptat hemostaza, mortalitatea a ajuns la 85.8%. *Stanca* are o statistică cu 0.5% mortalitate operatoare.

La *hematocel* tratamentul poate fi: fie o *colpotomie*, fie o *laparotomie* și se va indica de la caz la caz.

Tratamentul conservativ al hematocelului cu clinoterapie, pungă cu ghiață pe abdomen, spălături calde vaginale și pur-

gative, a fost abandonat cu mult timp înainte — chiar și în cazurile unde hematocelul este mai vechiu. Colpotomia va fi suverană în cazuri de hematocel supurat, iar laparotomia ne permite în schimb să rezolvăm cazul sub controlul direct al vederii și în mod sigur. Deși riscurile unei laparotomii sunt incontestabil mult, mai multe decât ale unei colpotomii, totuși o vom prefera.





## CONCLUZIUNI:

1. Sarcina extra-uterină este o afecțiune, care prezintă un pericol continuu pentru viața femeii.

2. Diagnosticul sarcinei extra-uterine se pune în baza celor patru simptome cardinale: întârzierea sau sistarea menstruației, secreție sero-sanghinolentă sau sanghinolentă, durere și tumoră juxta-uterină.

3. În stabilirea diagnosticului vom ține cont de reacțiile biologice de graviditate și de controlul radiologic.

4. Diagnosticul unei complicațiuni impune intervenția chirurgicală de urgență.

5. Diagnosticul unei sarcine extra-uterine înainte de luna a V-a impune deasemenea intervenția chirurgicală, pentru a înlătura eventualitatea unei complicațiuni.

6. Cazurile unde sarcina extra-uterină ajunge la termen sunt excepționale.

7. Dacă sarcina extra-uterină a trecut de cinci luni, conduita va fi în raport cu starea generală a mamei.

8. Dacă fătul a murit după luna a 5-a, nu vom aștepta rezorbția — lui — ci vom interveni chirurgical, eliminând supra-infecția și sechelele tardive.

9. Oricare ar fi forma sarcinei extra-uterine tratamentul ideal este cel chirurgical.

10. Laparotomia este singurul mijloc, care permite explorarea necesară, preferându-se în ordine procedeele următoare: salpingectomia, anexotomia și histerectomia.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, 22 Martie 1938.

Președintele tezei:  
ss. Prof. Dr. C. GRIGORIU

Decanul Fac. de Medicină:  
ss. Prof. Dr. M. STURZA.



## BIBLIOGRAFIE

*Alfieri*: Cuachi clinico della gravidanza extrauterina e dei suoi casi in rapporto con la diagnosi e con il trattamento (Clin. Ostet. Roma 1925 XXVII. 258).

*Ascheim*: Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. S. Karger (Berlin 1930).

*Baculescu*: Etude statistique sur la grossesse extrauterine (Cas. des Hopitaux 24 Août 1908 Revue de chirurgie de Paris 1912 XLV 946).

*Bentlin*: Diagnostic et diagnostic différentiel des maladies de la femme. (Levercusen 1932).

*Binet A., Colaneri X., Douay E., Jayle F., Gaetan E. Jayle, Kefffer H., Laffont A., Michon L., Netter L., Pecker A., Pierra L. M., Zimmern A.*: La douleur en gynécologie (Exp. Scient. Paris, 1936).

*Boireau*: Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la grossesse extrauterine (Thèse d'Alger 1931 Nr. 30).

*Bonachi*: Grossesse extrauterin abdominal (Bull. et Mem. Soc. de Chirur. de Bucarest 1906—1907 IX 124).

*Cazeaux*: Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires (Thèse de Paris 1903—1904 Nr. 31).

*Cotte*: Statistiques des grossesses extrauterines (Soc. de Chir. de Lyon 9 IV 1923).

*Crainiceanu*: L'interuption precoce des grossesses extrauterines et son rapport avec le cycle menstruel (Gyn. et Obs. Paris 1926 XIV 37).

*Hartmann H.*: Gynécologie opératoire 11 Ed. Masson et comp. 933.

*Dietrich*: Au cours de la laparotomie pour grossesses extrauterines, doit-on enlever l'autre trompe? (Centralbl. f. gyn. No. 14 921).

*Ezes*: Sur les douleurs périphériques élevées. Alger, 1931.

*Faure J. L. Siredey A.*: Traité de gynécologie médico-chirurgicale IV Paris 1938.

*Ferrari*: Rupture de grossesse tubaire; inondation péritoneale (Bull. Med. de l'Algérie 1908).

*Guidi*: Contribution à l'étude de la grossesse extrauterine. Variété abdominale primitive (Chir. Ostet. Roma, 1906 VIII, 137).

*Hinze*: Grossesse extrauterine a terme (Zieschr. f. geburts u. Gyn. Stuttgart 1920).

*Ionescu*: Considerations sur le signe de Laffont dans la grossesse extrauterine rompue. (Le Sud Med. et Chir. Nr. 2046 Avril 1927).

*Legueu*: Diagnostic entre la grossesse extrauterine rompue et l'appendicite (Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. Oct. 1902).

*Lecène P.*: Les diagnostics anatomo-cliniques. Aparell gonital de la femme I—P. Par Molonguet, P, et Dobkevitch S. m Paris 1931.

*Metzger*: A propos de quelque cas particuliers de grossesses extrauterine (leçon de la Clinic Tarnier).

*Nicholson*: Grosseuse extrauterin à terme (Am. I. Obst. New-York 1908 LVII 801).

*Pinard*: Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extrauterin (An. de Gyn. et Obst. de Paris 1889 et 1892; Bull. de l'Acad. de Med. Paris 1894; Semaine Medical de Paris 1894).

*Segond*: Traitement des grossesses extrauterine (An. de Gyn. et d'Obst. Oct. 1898 241).

*Stanca C.*: Noi cercetări în reflexul dureros la distanță în maladiile anexelor la femej (Rev. de Obst. Gyn. și Pueric. București 1927).

*Stanca C.*: Sarcina extrauterină, diagnostic, complicații, tratament 1926, Cluj.

*Veigand*: Statistique des grossesses extrauterine (Jour. de Chir. 1921 400).

