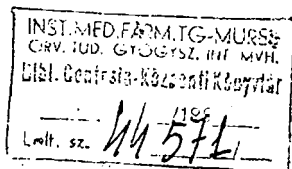


HEMORAGIILE INTRAPERITONEALE DE ORIGINE GENITALĂ

TEZA
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 19 IULIE 1940
DE

COȘEREANU I. AURELIAN
PREPARATOR AL CLINICEI GINECOLOGICE ȘI
OBSTETRICALE CLUJ

24 Iul 1940



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

Decan: Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori:

Anatomie umană	Prof. Dr.	<i>Papilian V.</i>
Chimie generală medicală	” ”	<i>Secăreanu Ș.</i>
Chimia biologică	” ”	<i>Manta I.</i>
Istologie și embriologie umană	” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologie și fizică medicală	” ”	<i>Benetato Gr.</i>
Anatomia patologică	” ”	<i>Vasilii T.</i>
Bacteriologie	” ”	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ”	<i>Botez A. M.</i>
Igienă și medicina preventivă	” ”	<i>Moldovan I.</i>
Clinica medicală I.	” ”	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica medicală II. (Semiologie)	” ”	<i>Goia I.</i>
Clinică chirurgicală (Semiologie)	” ”	<i>Pop A.</i>
Clinică chir. și boalele căilor urinare	” ”	<i>Țeposu E.</i>
Clinica obstetricală și ginecologică	” ”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica dermatologică și sifiligrafică	” ”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica infantilă și puericultură	” ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinică neurologică	” ”	<i>Minea I.</i>
Clinica psihiatrică	” ”	<i>Urechia C.</i>
Clinica oftalmologică	” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica balneologică și dietetică	” ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ”	<i>Buzotianu Gh.</i>
Clinica stomatologică	” ”	<i>Aleman I.</i>
Medicina legală	” ”	<i>Kernbach M.</i>
Radiologie	” ”	<i>Negru D.</i>
Istoria medicinei	” ”	<i>Bologa V.</i>
Farmacologie (Supl.)	” ”	<i>Baroni V.</i>
Igienă și medicină preventivă	Agr.	<i>Zolog M.</i>
Clinica boalelor contagioase	Conf.	<i>Gavriliă I.</i>

JURIUL DE PROMOȚIE:

Președinte: Dl. Prof. Dr. *Grigoriu Cristea*

Membrii: { D-l. Prof. Dr. *Pop Alexandru*
 ” ” ” *Vasilii Titu*
 ” ” ” *Bologa V.*
 ” ” ” *Benetato Gr.*

Supleant: Dl. Doc. Dr. *Voicu I.*

MEMORIEI TATĂLUI MEU





Introducere.

Dintre toate subiectele puse la dispoziție de Dl. Prof. Grigoriu, am preferat să tratez problema *hemoragiilor intraperitoneale de origine genitală*, în lucrarea mea inaugurală, pentru motivul că o consider de prea mare importanță ca să nu fie privită în asamblul ei; ansamblu care să sintetizeze mai ales originea patogenetică multiplă.

Hemoperitoneul cu punct de plecare organele genitale, e aproape similar, în gândirea medicului timpului nostru, cu sarcina extrauterină ruptă.

Iar dacă pacienta nu recunoaște sarcina, medicul riscă să fie pus în încurcătură și să ezite în diagnosticul său, tocmai în o afecțiune ce reclamă atitudine terapeutică promptă.

În cele ce urmează am insistat asupra tuturor acestor cauze genitale cari, pe lângă sarcina extrauterină, produc hemoragii intraperitoneale.

Am ținut să tratez această problemă și pentru că, contribuția școlilor românești e printre primele în literatura medicală, ca importanță în elucidarea origini și terapiei hemoragiilor de care mă ocup.

Dl. Prof. Daniel și elevii săi, (Soimaru, Săveanu, Ursu, Mavrodati etc.) au insistat în nenumărate rânduri asupra hemoragiilor genitale în afară stării obstetricale.

Dl. Prof. Grigoriu și colaboratorii săi, (Popoviciu, Voicu, Căprioară, etc.) au stabilit conduita medicului atât în punerea diagnosticului anatomo-patologic pe lângă cel clinic, cât mai ales, atitudinea terapeutică.

Experiența clinică controlată și bazată pe studii experimentale, de laborator, a impus anumite norme din punct de vedere diagnostic și din punct de vedere terapeutic, cari merită să fie cât mai mult difuzate în lumea chirurgilor ginecologi.

I s t o r i c .

Hemoragiile intraperitoneale, cu punctul de plecare organele genitale, au fost obiect de studiu pentru mulți cercetători, la date nu chiar recente.

Încă de pe la 1851 se vorbește despre hematocelul retrouterin. Récamier l-a văzut, Bernutz l-a studiat, iar Nélaton l-a descris admirabil.

Doi ani mai târziu, (1853) Aran a descris hemoragiile difuze consecutiv rupturii sarcinilor ectopice.

Însă Lawston Tait este acela care s'a ocupat și a studiat mai ales, patogenia și tratamentul acestor hemoragii (1878). El a emis teoria că toate hemoragiile se datoresc exclusiv aceluiași accident: întreruperea prin ruptură sau avort tubar a unei sarcini ectopice.

Această teorie persistă timp îndelungat. Ceva mai târziu Virchow vorbește de o peritonită hemoragică, Bernutz de o pachi-peritonită, Richter de o ruptură a plexului utero-ovarian, Bernutz și Alphonse Guérin de refluxul sângelui menstrual prin trompe, Gallard de hemoragiile ovariene prin *pontă extrauterină*.

Teoria lui Lawston Tait își pierde tot mai mult din prestigiu. După cum arată în lucrările lor, Jayle, Schickélé, Cestan, Rouland și alții, hemoragiile pot pleca dela ovar, trompă, uter sau chiar din un vas rupt, al plexului utero-ovarian. Numeroase intervențiuni chirurgicale stabilesc, în ultimii 20 de ani, aceasta în mod definitiv și nu puține sunt publicațiunile ce vorbesc de hemoragii intraperitoneale de origine genitală în afară sarcinei ectopice.

Este de netăgăduit frecvența sarcinei ectopice în etiologia hemoragiilor, totuși într'un procent de 5% (J. L. Faure) sau 10% (alți autori), ele se datoresc altor cauze.

Definiție.

Numim hemoragie intraperitoneală, prezența sângelui sub formă fluidă sau coagulată în cavitatea abdominală, în cantitate mai mare sau mai mică.

Clasificare.

Hemoragiile intraperitoneale sunt de două feluri: difuze și închistate. În forma difuză, sângele lichid sau transformat în chiaguri, este liber în cavitatea abdominală. Când cantitatea sângelui este mare, vorbim de inundație peritoneală.

În forma închistată, din contră, sângele rar este lichid, aproape totdeauna îngrămadit în chiaguri negre și groase, într'o cavitate artificială formată de false membrane, ce se găsește aproape totdeauna în fundul de sac al lui Douglas și izolată de restul cavității peritoneale prin aderențe destul de solide.

În acest caz avem semnele fizice ale unei adevărate tumori, situată în fundul de sac posterior, constituind după cum l-a numit și descris Nélaton, un hematocel retro-uterin.

Etiologie-Patogenie.

Hemoragiile intraperitoneale, fie ele mari sau mici, cunosco originii diferite :

1. Hemoragii cu origină ovariană.
2. Hemoragii cu origină tubară.
3. Hemoragii cu origină uterină.

Hemoragii cu origine ovariană.

Sunt de două feluri :

- A) Hemoragii dintr'un ovar normal.
- B) Hemoragii dintr'un ovar patologic.

A) *Hemoragia dintr'un ovar normal.* Poate surveni în timpul ovulației sau în afară de ea, deci în două feluri : prin ruptura foliculului de Graaf și prin ruptura corpului galben. Aceasta este vechea teorie a pondei extrauterine, susținută de Gallard, ce azi se confirmă.

a) *Hemoragiile foliculare.* Normal, foliculul ajungând la maturitate, se rupe. Prin ruptură se expulsează ovulul, înconjurat de un strat de celule cilindrice ale granuloasei și este absorbit de trompă. Ruperea e însoțită de scurgerea lichidului folicular fără hemoragie sau cu o hemoragie nenșemnată. Uneori cantitatea de sânge e mai mare și contactul cu peritoneul provoacă un mic șoc, perceput de unele femei ca un semn premonitoriu al menstruației iminente. Pfannenstiel de multe ori a observat vertije, vomismente și dureri în timpul ovulației.

Când această hemoragie este mai abundentă, avem sau o adevărată inundație cu tot cortegiul simptomatic cataclismic, sau se închistează, formând un hematocel retro-uterin mai mult sau mai puțin voluminos.

b) *Hemoragiile corpului galben*. După ce s'a expulzat ovulul, celulele granuloase proliferază, umplu cavitatea colabată a foliculului, orificiul se cicatrizează, capilarele din teacă pătrund între celulele granuloase ce devin apoi celule luteinice, transformându-se în corp galben, adevărată glandă cu secreție internă.

Seitz și Wintz găesc doi hormoni: un luteo-lipoid hemostatic și altul, lipamina, hemoragipar. Un dezechilibru endocrinian în secreția acestor hormoni ar putea explica o hemoragie a corpului luteu în acest stadiu. Uneori corpul galben suferă o transformare chistică, înconjurându-se de o membrană fină cu vase largi și întinse. Foliculii de Graaf noi, bombează în peretele chistului, îl pot rupe, producând o mărire a presiunii intra-chistice, care la rândul ei rupe peretele chistului liber, în peritoneu, producând hemoragie.

Care sunt cauzele hemoragiilor ovariene?

H. Roth din Bratislava ne-a dat într-o lucrare de ansamblu, un grup de împrejurări ce ar condiționa acest accident.

1. O alterare a tensiunii intra-abdominale prin perturbări nervoase sau prin hipertrofia organelor abdominale ce ar mări congestia ovarelor.

2. Un defect în cicatrizarea orificiului folicular — lipsă sau friabilitate cicatricială. O cauză accidentală, ca masturbare, coit întrerupt, defecație grea, etc., favorizează ruperea.

După Schröder un coit impetuos premenstrual ar putea aduce ruperea unui corp galben în vascularizație. Tactul vaginal, o redresare forțată a uterului în retroflexiune, ar putea rupe foliculul, creind o ovulație prematură.

Intre cauzele predispozante amintim: ovarul polichistic, Un corp galben în vascularizație mărește presiunea în foliculul vechiu și îl rupe prematur. Impermeabilitatea trompei ce nu mai aspiră ovulul, salpingitele cronice cu hematosalpinx, apendicita, miom uterin, tumori ovariene, sunt deseori incriminate.

Diateza hemoragică, leucocitemia, de asemeni procesul fiziologic menstrual care provoacă o congestie în tot aparatul anexial, expun ovarul foarte ușor la sângerare. În sfârșit

Schickélé descrie un caz cu splenomegalie, hiperglobulie și coagulabilitate întârziată.

B) Hemoragii dintr'un ovar patologic.

Se produc prin :

1. Ruptura unui chist hemoragic primitiv (folicular sau luteinic).
2. Ruptura unui chist ovarian prin torsiune.
3. Ruptura venelor perichistice varicoase.
4. Tumori ovariene maligne (carcinom, angiosarcom).
5. Ovarita sclerotică-excepțional.

1. Este de netăgăduit uneori prezența chistelor ovariene hemoragice, mai mari sau mai mici. De obicei hemoragiile intrachistice sunt secundare, hemoragia reprezentând o complicație în cursul evoluției tumorii chistice.

Cauzele hemoragiei intrachistice, fie ele menstruația, cauze neoplazice, trofice, mecanice, sau inflamatorii, pe noi nu ne interesează prea mult. Pentru noi important este că sângele este prezent în cavitatea chistului.

Hemoragia și chistul, spune Prof. Daniel, constituie un tot anatomic ce se dezvoltă în acelaș timp; sunt adevărate chiste hemoragice ale ovarului, varietate ce se întâlnește rar.

Chistul se poate dezvolta dintr'o veziculă de Graaf sănătoasă sau chistică, pereții tumorii rămânând acei ai ovisacului. Hemoragia intrachistică poate fi abundentă, sau des repetată, tumora astfel să crească și să devină chist folicular hematic.

În acest caz hemoragia exagerată a ovulației poate da revărsări de sânge în peritoneu: hemoragiile extraveziculare ale lui Rollin.

Rollin face diferența între folicul rupt de hemoragie exagerată a ponteii ovulare și un chist sanghin vechi, care ar prezenta punji diverticulare ce corespund rupturii mai multor foliculi, iar leziunile ar fi mai profunde; Prof. Daniel consideră aceste particularități nu prea evidente.

Boeckel susține că aceste tumori sunt legate de menstruație, numindu-le chiste menoragice; la fiecare perioadă menstruală foliculul maturat, se sparge în chistul format

dinainte, mărind volumul acestuia cu cantitatea de sânge echivalentă.

În cazul chistelor hemoragice ale corpului galben procesul este asemănător. Ele diferă de cele foliculare prin aceea că interesează unul sau doi foliculi și sunt legate de menstruație. Studiile lui Piller au arătat că dacă ovarul este bolnav, rezorbția corpului galben se face incomplet și devine chistic nu prin secrețiunea celulară ci prin hemoragie, căci vasele de neoformație în loc să se rezoarbă, se rup.

Aceste chiste hemoragice foliculare sau luteinice deși nu se întâlnesc prea des, cauzează uneori inundații peritoneale care pot fi urmate de moarte rapidă.

Ruptura chistelor hematice se produce spontan sau traumatic.

Spontan se rupe prin :

a) mărirea tensiunii intrachistice și mai ales atunci când există și alterațiuni ale peretelui chistic, în urma unei inflamațiuni oarecare când peretele devine friabil și se rupe.

b) În cazul hemoragiilor intrachistice, care survin din vegetațiuni endochistice foarte vascularizate. Atunci sângele se acumulează face presiune și se rupe.

Ruptura traumatică.

În acest caz hemoragia intraperitoneală poate veni din :

a) Un vas.

b) Hemoragia intrachistică primitivă.

c) O torsiune imperfectă care a dat o stază venoasă ce apoi a determinat ectazia vaselor, dând hemoragii.

Amintim chistele copiilor zise menoragice, care apar la pubertate, fetele fac hemoragii intrachistice, sunt anemice, clorotice cu chist.

2. Chistele ovariene torsionate.

Rokitanski (1842) menționează pentru prima dată torsiunea pediculară a unui chist ovarian. Torsiunea face parte din complicațiile ce survin în evoluția chistelor ovariene. Aceste complicații sunt: complicații mecanice, complicații infecțioase și degenerescența malignă. Torsiunea face parte din complicațiile mecanice.

Frecvența torsiunii este de 2% după Spencer-Wells, 4% după Terrillon ajungând până la 5% în statistica lui Czyzewicz. Pfannenstiel găsește torsiunea într'un procent mediu de 25%.

Care sunt cauzele acestor torsiuni ?

De obicei torsiunea se întâmplă, atunci când avem de aface cu :

- a) Un pedicul mai lung și mai suplu.
- b) Tumoră de volum mijlociu.
- c) Tumoră mai masivă ca pediculul.
- d) Perete abdominal cu o tonicitate scăzută.

Condițiuni favorizante constituie de asemeni sarcina, schimbările de atitudine și mișcările bruște ale corpului.

Diverse sunt teoriile asupra mecanismului torsiunii. De fapt ele nu sunt decât ipoteze, teoria migrațiunii lui Freund, teoria hemo-dinamică a lui Payr, teoria presiunii oblice între două forțe adverse, etc.

Ori care ar fi mecanismul, este ușor de înțeles că în cazul unui chist ovarian hematic, torsiunea lui, poate provoca accidente grave prin ruptură și hemoragie intraperitoneală consecutivă. Dar chiar torsiunea unui chist nehematoc sau a unei tumori ovariene masive, prin ruptura vaselor din pedicul în urma torsiunii, poate duce la acelaș accident. Torsiunea fie ea completă sau incompletă, prin ruptură dă revărsări sanghine intraperitoneale, difuze sau închistate, cu tot cortegiul simptomatic al rupturilor acute sau subacute.

Și aci ruptura poate fi spontană sau traumatică, cu același cauze ca în ruptura chistelor netorsionate, cu deosebire că aci, ea este mult favorizată de torsiune. Ruptura poate fi intraperitoneală, dar poate fi și extraperitoneală (intestin, rect, vagin, uter, etc.).

3. Rupturile vaselor perichistice.

Survin foarte rar. Dar nu rareori, diagnosticată o sarcină extrauterină, a adus surpriza constatării la laparotomie, a unei hemoragii intraperitoneale, care nici de cum nu era plecată dela o sarcină ectopică, ce nici nu exista de altfel; ci dela vasele unui chist rupt spontan sau traumatic, prin

inflamație, contuzie, etc., vase dilatate și de stază, în urma unui mecanism oaracare. De asemenea în cazul unui vas exagerat ca volum, ruptura constituie un accident obișnuit.

4. Tumori ovariene maligne.

În ce privește hemoragiile cu această origină ele sunt excepțional de rare. Este și explicabil, având în vedere evoluția rapidă a acestora și sucombarea bolnavelor. Totuși în literatură se găsesc cazuri descrise, de tumori torsionate, perforate în cavitatea peritoneală ce dau hemoragii lente, care de fapt nu se manifestă decât târziu de tot, sau nu se pun în evidență decât la autopsie. Raritatea torsionii în tumori maligne se datorește pe de altă parte și aderențelor ce se formează rapid.

Forgue în 250 cazuri de tumori ovariene maligne a găsit numai 3 torsiuni și dintre care numai unul cu hemoragie peritoneală.

Neoplasmelor ovariene evoluează aproape în regulă generală cu hemoragie intraperitoneală sau cel puțin cu lichid hemoragic (ascită hemoragică), care știm că e un simptom patognomonic pentru tumorile maligne.

Hemoragiile intraperitoneale de origine tubară

Sunt de 3 feluri:

1. Dela o trompă gravidă.
2. Dela o trompă negravidă dar cu sarcină uterină.
3. Dela o trompă fără graviditate.

Vom da o atențiune deosebită hemoragiilor plecate dela o sarcină ectopică prin avort tubar sau ruptura trompei, rezervându-i un capitol separat, al sarcinei ectopice, dat fiind frecvența și importanța lor.

Hemoragiile tubare fără sarcină ectopică.

Hemoragiile de origine tubară sunt mult mai mari ca cele de origine ovariană. Mult timp ele au fost ignorate, pentru că se credea că o trompă nu sângerează decât atunci

când este gravidă. Forssner neagă chiar existența lor înafară de sarcină și susține că totuși e sarcină, chiar și atunci când, secțiunile microscopice făcute în serie pentru toate părțile (trompă, ovar, chiaguri, membrane), nu arată elemente deciduale sau choriale. El spune că aceste elemente foeto-ovulare sau au scăpat observației sau au dispărut rezorbindu-se. Contra acestei teorii s'au ridicat o mulțime de alte teorii.

După Hoffmayer, trompa ar sângera în perioada menstruală. El a publicat un caz de sarcină extrauterină la care s'a suturat de către Schröder sacul oului la peretele abdominal și la care după aceea la fiecare menstruație ieșea sânge prin cicatrice.

Bernutz susține teoria hematocelului prin retenția menstruației și refluxul sângelui în peritoneu.

Schmitzer și Tuch considerau posibile hemoragiile intraperitoneale cauzate de trompa negravidă și nebolnavă.

Baudelocque a avut un caz de ruptură a trompei în cursul unei nașteri. Bazy spune că, orice infecțiune acută sau cronică poate da o salpingită hemoragică, care la rândul ei, dă o hemoragie intraperitoneală. La fel poate da sifilisul și tuberculoza.

Care sunt cauzele acestor hemoragii ?

Avem 4 grupări de cauze și anume :

1. Malformațiunile congenitale ale trompei, uterul bicorn asociat cu un hematosalpinx.

În acest caz se pot produce câteodată hemoragii intraperitoneale. În anomaliile tubare congenitale, oviductul sângerează pentru că vasele sale sunt insuficient dezvoltate și cu pereți slabi. Dar această cauză singură nu este suficientă, pentru a produce prin ea înseși hemoragia, trebuie să se găsească și o infecțiune care în acest caz este ușurată prin anomalia trompei.

2. În circumstanțe rare, tumorile maligne ale trompei pot prin ulcerarea și leziunile vasculare, să producă hemoragii intraperitoneale. Asemenea cazuri sunt citate de Wesley-Bowée.

3, În cazuri foarte rare sau înregistrat actualmente rup-

turi ale trompelor cu hemoragii consecutive în insuflațiile tubare. În acest caz, când presiunea gazului insuflat trece de 250 mm Hg, dacă oviductul este obliterat, trompa se distinde și se rupe. Prin această soluție de continuitate dacă trompa mai este și inflamată ea sângerează abundant din cauza dilatațiunii vaselor.

4. Leziunile tubare inflamatorii sunt acelea care determină cele mai adese ori hemoragii pelviene, fără ca trompa să fie gravidă.

Aceste hemoragii se manifestă rar sub formă de inundării peritoneale, mai mult sub formă de hematocel. Ele se instalează încet și se închistează prin false membrane. Leziunile inflamatorii capabile a produce prin ruptura lor hemoragii intraperitoneale, iau o formă anatomo-patologică bine determinată. În adevăr, aceste leziuni sunt pachi-salpingita hemoragică descrisă de Bazy. O asemenea leziune poate să fie consecința unei infecții cronice și rar rezultatul unei infecții acute și brutale.

a) Infecțiunea cronică nespecifică. În pachi-salpingita hemoragică, leziunile sunt totdeauna bilaterale. Trompele sunt învăluite cu false membrane de jur împrejur, având rolul de a limita revărsarea hemoragică, care se produce în momentul rupturii. Aceste membrane sunt rezultatul inflamației tubare cronice, și reprezintă reacțiunea peritoneului contra acestei inflamațiuni, care de altfel are drept consecință obliterarea orificiului abdominal al trompei. Această obliterare transformă adesea leziunea hemoragică într'un hematosalpinx. Trompele rigide și friabile, destinsse prin sângele acumulat în cavitatea lor, se rup cu ocazia unui puseu congestiv sau al unui traumatism.

Ruptura poate să aibă dimensiuni de 2—3 cm., ocupând porțiunea ampulară și rar istmul trompei.

Leziunile microscopice predominante sunt reacțiuni vasculare, care după Wesseley—Bowée se manifestă adesea sub formă de degenerescență grăsoasă și care relevă un proces infecțios. Acest proces determină o stare de scleroză, în acelaș timp interstițială și perivasculară, cu sufuziuni sanghine.

Adeșea se pot întâlni leziuni de pachi-salpingită hemoragică, după Letulle, la nivelul vilozităților choriale tubare, când o sarcină ectopică a fost cauza rupturii. De aceea, trebuie să fim foarte atenți la examenul microscopic, pentru a evita tot felul de erori, știind că o pachi-salpingită hemoragică poate succeda chiar unei sarcini tubare.

Alături de acest hemato-salpinx consecința pachi-salpingitei hemoragice, pot să existe alte feluri de hemato-salpinxuri, provenind din transformarea unui pio-salpinx (Pozzi), sau hemato-salpinxul catamenial consecutiv unei acumulări de sânge venind dela o mucoasă tubară.

Acesta din urmă este însă foarte rar și trebuie să fie considerat ca o anomalie regresivă.

În fine, este o a treia grupă de hemato-salpinx, mult mai rară, care este o complicație a torsiei spontane a trompei normale și mai ales patologică (inflamată).

Hemato-salpinxul ori care ar fi cauza lui, determină prin ruptura lui hemoragii peritoneale, fie vărsându-și conținutul lui în peritoneu, fie sângerând prin soluție de continuitate. De altfel aceste două cazuri pot fi coexistente.

Ruperea hemato-salpinxului se explică prin fragilitatea pereților și distensiunii sale, la care se adaugă puseul congestiv și traumatismele.

b) Infecția acută și brutală a canalului utero-tubar este capabilă să producă o salpingică hemoragică acută. Leziunea salpingitei hemoragice acute poate să survină după o injecție septică intra-uterină, făcută în scop abortiv.

Din cauza virulenței infecției se produce necroza de coagulațiune a celulelor mucoase și a endoteliului vascular și în consecință se declanșează o hemoragie abundentă.

5. Infecțiunea cronică specifică.

Sifilisul tubar, localizare de altfel foarte rară, poate prin ulcerări să perforeze trompa. Bernardo—Amato—Lucio publică un caz care simula o sarcină extrauterină ruptă și la care microscopia a arătat că nu era altceva, decât o leziune sifilitică.

Tuberculoza tubară sub forma de salpingită chistică sau nechistică, prin perforație poate da hemoragii și cari nu poate

fi diagnosticată, decât făcând examenul histologic al piesei după extirpare.

Roulland în 1907, a scris o lucrare asupra anexitelor neinfecțioase și în care a arătat că trompele fiind așezate între ovar și uter, ambele organe ale menstruației, participă și ele la acest proces fiziologic și la fenomenele congestive care le însoțesc și care pot face să sângereze mucoasa tubară în afară de stările infecțioase. Consecința e formarea unui hemato-salpinx, susceptibil de a se rupe în abdomen.

Hemoragiile din sarcina ectopică.

Nu este cazul să discutăm sarcina ectopică aci, în toate detaliile. Pe noi ne interesează numai hemoragiile intraperitoneale, consecutive ei, și mecanismul lor.

O sarcină ectopică poate fi tubară, ovariană și abdominală.

Vom da în mare și pe scurt, schematic, tabloul hemoragiilor din sarcina ectopică.

1. Sarcina tubară.

Couvelaire și Muret au stabilit două tablouri distincte în hemoragiile sarcinei tubare.

a) O ruptură precoce (de obicei în prima lună) cu inundație peritoneală, cu reacțiuni vii ale seroasei și care se datoresc sarcinei istmice.

b) Un avort tubar, care se observă mai des în sarcina ampulară, caracterizată prin accidente mai tardive (în a doua sau a treia lună). Prin hemoragii cu repetiție, sângele acumulându-se prin mici unde succesive în Douglas-ul decliv, formează hematocelul retro-uterin.

De sigur aceasta este numai schema, subiectele variază.

Când avortul se produce la o vârstă deja înaintată, sau când acest avort este incomplet și expulzia placentară nu s'a putut face în totalitate, hemoragia intraperitoneală poate fi abundentă.

Inundația peritoneală care un lung timp a fost considerată apanajul exclusiv al rupturii, poate fi datorită avortului. În regulă însă, după avort tubar, inundația peritoneală este eventualitate rară; eventualitatea ordinară este crearea unui hematocel rетро-uterin.

Ruptura este un accident frecvent și precoce în sarcina tubară, mai ales al sarcinei istmice; o cauză neînsemnată este suficientă de obicei pentru a o determina, un efort, o lovitură, un voiaj obositor, o explorare digitală bruscă, chiar o congestie menstruală.

Ruptura este preparată printr'o îngustare și o alterare a peretului trompei la nivelul inserției placentare.

Sarcina tubară în primele 5 luni, într'un procent enorm de mare dă complicații, care sunt:

Hemato-salpinxul, avortul tubar și ruptura.

De altfel această este evoluția obișnuită a sarcinei tubare.

După 5 luni, rar se mai rupe și dacă aceasta totuși se întâmplă, se întâmplă până în luna 6-a, după care sarcina are toate șansele să ajungă la termen.

Dintre hemoragiile intraperitoneale, cele provenite din sarcina tubară, ocupă un procent dela 90—95% din totalul hemoragiilor.

Cantitatea sângelui revărsat, variază dela 5—700 gr. până la 3—4 litri, situație când salvarea bolnavei nu reușește, mai ales dacă intervenția nu s'a făcut imediat după ruptură.

2. Sarcina ovariană.

Mult timp contestată, astăzi este de netăgăduit.

Sarcina ovariană este în general întreruptă „de bonne heure“, rare sunt cazurile când fătul ajunge până la termen sau aproape de termen.

Hemoragiile pelviene și aci se produc după același mecanism ca în sarcina tubară, cu aceleași accidente și pericole.

3. Sarcina abdominală.

Numim astfel, când oul se fixează în cavitatea abdominală.

Indiferent de locul unde se implantează oul, mai aproape sau mai departe, aceste sarcini sunt aproape totdeauna secundare unei sarcini tubare; oul liber printr'o ruptură a trompei sau mai simplu printr'un avort tubo-abdominal, clinicește neobservat, se grefează în cavitatea abdominală.

Sarcina abdominală primitivă este foarte discutată și greu de admis.

În cazul sarcinei abdominale hemoragiile sunt mai rare, și consecutiv de obicei traumatismelor.

Hemoragiile de origine uterină.

Sunt mult mai rare.

În anumite cazuri de stenoză cervico-uterină, putem găsi sângele menstrual, reținut înapoia obstacolului, umplând trompa și revărsându-se în peritoneu, determinând o hemoragie intraperitoneală.

Hemoragia intraperitoneală poate fi complicația fibromelor uterine. Este vorba în realitate de un accident rar. Hemoragia în mod obișnuit este datorită în acest caz, rupturii unei din vinele mari care proemină atât de des la suprafața fibromelor. Ruptura se produce în urma unui efort, unui traumatism sau unei torsioni a unui nucleu fibromatos, în jurul pediculului său.

Sarcina poate juca un rol predispozant prin congestia uterină pe care ea o determină.

Richet și Devalez au susținut că una dintre cauzele hematocelului este ruptura venelor varicoase ale plexului utero-ovarian.

Hemoragiile mai pot fi cauzate prin perforație uterină în cazul unui chorioepiteliom. Léopold și de Wydes, au descris un caz, unde chorioepiteliomul a determinat o hemoragie internă prin perforație.

Totuși aceasta se întâmplă foarte rar datorită aderențelor ce se stabilesc cu intestinul, precum și fistulelor ce se produc.

Însfârșit, mai putem aminti hemoragiile provocate de endometrioze.

Anatomie patologică.

Când sângele revărsat intraperitoneal este în cantitate mare, peritoneul nu permite formarea de aderențe protectoare. Sângele se găsește liber în abdomen, umple micul și marele bazin; se insinuează între ansele intestinale, urcă în sus până la ombilic uneori oprindu-se la nivelul mezocolonului transvers. Inșă poate urca și mai sus, ajungând până la ficat.

Aproape totdeauna acest sânge este coagulat în chiaguri negricioase, cea mai mare parte.

Cantitatea de sânge ce se găsește în abdomen variază foarte mult, dela 40 gr., în rupturi foliculare ovariene, până la 3—4 litri în sarcina ectopică.

Locul pe unde sângele s'a revărsat se prezintă ca o ruptură cu dimensiunea variabilă.

În forma închistată (hematocel intra sau extraperitoneal), leziunile sunt foarte diferite. De obicei sângele umple fundul de sac retro-uterin. Înainte este acoperit de uter, înapoi susținut de rect, ridicând ansele intestinale, care cu timpul aderă între ele formând după expresiunea lui Bernutz un fel de diafragm; hematocelul retrouterin este complet separat de restul cavității peritoneale.

Chiagurile care umplu această cavitate sunt negre, groase, câte odată mai mult sau mai puțin alterate. La periferie există un fel de cocă, constituită din strate fibrinoase, foarte greu de recunoscut, din cauza falselor membrane, aderente de organele vecine: uter, rect, opiplon, intestin, ligamente largi, etc.

După ce punga a fost golită de chiaguri, ea apare tapisată de lambouri fibrinoase.

Așa dar, hematocelul, își formează aproape un fel de

membrană înconjurătoare. Această membrană este foarte friabilă, așa că în timpul intervenției este aproape imposibil să nu fie ruptă.

Hematocelul se poate localiza și înaintea uterului. Se citează cazuri de hematocel ante-uterin.

Leziunile anatomice sunt identice și la unul și la altul.

În rezumat, se poate spune că între hemoragia intra-peritoneală fudroiantă și hematocelul vechi, aproape de rezorbție, există o infinitate de cazuri intermediare. Sângele destinat de multe ori unei hematocel, aderențele și închistarea fiind împiedecată de diferite cauze, se transformă într'o hemoragie difuză.

În inundațiile mari, sângele rămâne în stare lichidă și începe să se rezoarbă după 10—12 ore, dispărând complet în 3—4 zile.

În hemoragiile lente și mici, sângele se coagulează în cea mai mare parte, rezorbindu-se și în aceste cazuri, dar după 8—10 zile.

La menținerea în stare lichidă a sângelui peritoneal contribuie probabil aceiași factori ca și la sângele din vasele sanghine.

Riedel, Benecke și alții, atribuie necoagularea sângelui, proprietății antitrombotice a endoteliului cavitațiilor seroase, deși nu s'a dovedit până în prezent că el conține întradevăr și substanțe anticoagulante.

Zahn, Chandler, Israel, o pun pe seama deficienței fibrinogenului din substanțele antitrombotice, cărora dacă li se adaugă fibrinogen, sângele se coagulează. În sfârșit Henschen, Herzfeld și Klinger, Israel, cred că fluiditatea se datorește peristalticei organelor intraabdominale și intratoracice și o considerau ca un „proces de defibrinare“.

Ne întrebăm, dacă sângele rămâne lichid în cavitatea intraperitoneală, cum se rezoarbe el relativ atât de repede?

Aceasta se datorește în primul rând suprafeței enorme a peritoneului care după Wegener este de 17.182 cmp. Acest proces, deși variază după vârstă se termină totuși în 3—4 zile.

Rezorbția se face pe cale sanghină și limfatică.

S'a mai constatat deasemenea, că sângele necoagulat conține multe globule albe și că după rezorbția lui, în cavitatea peritoneală să găsește chiar după mai multe zile un exudat cu mult mucus, fapt care denotă un proces exudativ provocat de prezența sângelui, deci care se poate considera ca un iritant și stimulent al peritoneului. (I. Voicu — cercetări experimentale.)



Simptomatologie.

Simptomatologia hemoragiilor intraperitoneale variază după cum avem deaface cu o mare inundație peritoneală, o hemoragie mai puțin abundentă, dar bruscă și hemoragiile mici ale oului sau trompei formând hemoato-salpinxul.

1. În cazul unei inundații mari (care este apanajul aproape exclusiv al rupturii unei sarcini istmice, excepțional al avortului sarcinei ampulare), la o femeie cu întârzierea menstruației, uneori fără întârziere, se instalează brusc o durere vie, sincopală, în hipogastru, câte odată mai accentuată în fosa iliacă dreaptă (ceiace crează confuzia cu apendicita).

Deci durerea este primul simptom, fiind extrem de violentă, iradiind în flancuri, epigastru, umăr, etc.; durere vie, de ruptură.

Apoi apar fenomenele hemoragiilor interne: amețeli, slăbiciune, tendință la sincopă, paliditate exprimată, dilatarea pupilelor.

Pulsul este accelerat, mic, filiform, 120-160 pe minut. Totuși nu totdeauna pulsul se prezintă astfel. Uneori pulsul nu trece de 100-110, datorită rezistenței miocardului care intervine compensator.

Pulsul rămâne însă un îndreptar neprețuit prin observarea progresiunii hipotensiunii și frecvenței.

Temperatura nu este ridicată, 37,1—37,3.

Dacă hemoragia continuă, tabloul se agravează, observându-se sindromul de anemie acută: extremități reci, respirația accelerată și superficială prin anemie bulbară; ceva mai târziu greață, vărsături, balonări, dând sindromul peritoneal.

La examinare găsim abdomenul foarte sensibil, cu defensă. Percuțând obținem matitate,

Tușeul vaginal ne arată: colul ramolit, în unul din sacurile laterale se palpează o mică massă rotunjită, sensibilă, care flanchează uterul.

Semnul lui Douglas, numit de Proust „*cris de Douglas*“, ipersensibilitatea fundului de sac posterior. Un alt semn ce apare ceva mai târziu este colorația albastră a ombilicului, uneori asociată cu ușoară hernie ombilicală; este semnul lui Hellendall—Hofstätter.

În fine notăm simptomele hemoragipare: metroragie, mai ales înainte de rupere, subicter, — semn totdeauna prezent (Prof. Grigoriu).

2. În a doua grupă a simptomelor, aparținând avortului tubar, rar rupturii sarcinii istmice, tabloul este asemănător, însă mai puțin dramatic. Toate fenomenele sunt atenuate, starea generală satisfăcătoare.

În cazul hematocelului produs prin orice fel de hemoragie din punct de vedere a originii, tabloul clinic este următorul: semnele de hemoragie internă sunt șterse, predomină semnele peritonitei plastice.

Durerea este atenuată, persistă greața și vărsăturile. O oarecare balonare, temperatura relativ ridicată — 38°.

Când hematocelul este definitiv constituit, simptomele se atenuază și mai mult și dispar progresiv; cel mult rămânând oarecari semne de compresiune (disurie, tenesme).

La tușeul vaginal, găsim colul ridicat, proiectat înainte spre pube, destul de ramolit. În fundul de sac posterior se simte o tumoră de mărime variabilă și consistență relativă, mai mult fluctuantă.

Rare ori hematocelul formează o tumoră ante-uterină sau latero-uterină.

3. În cazul hematosalpinxului durerea este ceva mai mare ca în a doua grupă.

Hemoragiile de origine tubară sunt de obicei puțin abundente, rămânând foarte des ignorate. Sunt simple epifenomene, acompaniind perioada menstruală. Se confundă cu dezordinea menstruației și dispar foarte repede.

Simptomatologia celorlalte hemoragii (ovariene, uterine) se încadrează complect în simptomatologia hemoragiilor tubare cu sau fără sarcină,

Evoluția.

Evoluția inundației peritoneale poate fi rapid mortală: în câteva ore bolnava sucombă de hemoragie fudroiantă; aceasta este forma cataclismică a lui Barnes.

Mai adeseori hemoragia se oprește, semnele generale diminuează ca intensitate, acalmie pentru câteva ore, dar revine, urmează o nouă hemoragie și bolnava poate sucomba.

Evoluția hematocelului se poate prezenta astfel :

1. Vindecare prin rezorbție (în cazul hematocelului de volum mic, cu indurație fibroasă în fundul de sac al lui Douglas, indurație ce poate da retro-deviație uterină).

2. Supurația hematocelului, este destul de frecventă, prin colibacilii intestinali. Abcesul se poate deschide spontan când peritonita generalizată, sau se poate fistullza.

3. Recidivele hemoragiei.

Diagnostic-diaagnostic diferențial.

Diagnosticul este de importanță majoră, pentru decizia operației de urgență.

În caz de inundație peritoneală, diagnosticul se pune din tabloul simptomatic: debut brusc, dramatic, durere intensă, sincopă, paloarea feței, puls mic, rapid, filiform, temperatură de multe ori subnormală, niciodată ridicată.

Examenul genital în perioada inițială a inundației peritoneale, nu ne dă totdeauna posibilitatea diagnosticului de certitudine. Este mai sigur în hematocelul constituit. Totuși și în inundație el ne permite de a simți fuudul de sac posterior întins, renitent, iperestezic.

Prezența zonei de matitate în flancuri este un semn important care indică o revărsare sanghină în massă mare.

În cazuri dificile se recurge și la examenul de laborator: examenul sângelui arată leucopenie, deci inversul din apendicită, peritonită. Deasemenea prezența bilirubinei în urină este un indiciu de rezorbție a sângelui. Se înțelege că aceste metode cer timp, ceea ce este contraindicat în precizarea diagnosticului.

Singurul semn sigur este puncția Douglas-ului. Obținând prin puncție un sânge mai mult sau mai puțin alterat, ce nu se coagulează, dovedește indubitabil prezența hemoragiei. În plus este un mijloc de diagnostic rapid, așa cum se cere de altfel în aceste cazuri, unde intervenția nu poate întârzia.

Din punct de vedere clinic, diagnosticul diferențial între o inundație peritoneală datorită sarcinei ectopice și una datorită celorlalte cauze genitale, este imposibil. Numai examenul microscopic făcut asupra tuturor bucăților (ovare, trompe, chiaguri, membrane), în secțiuni în serii și multiple, ne permite în absența elementelor foeto-placentare, de a face diagnosticul lor.

Diagnosticul diferențial se face cu: apendicita, peritonitele purulente perforate, tumori ovariene torsionate, ileus, colecistite, ulcer gastric și intestinal.

În aceste cazuri, paloarea nu este așa de mare ca în inundații, anemia periferică e deseori asociată cu cianoza extremităților, iar peretele abdominal deseori e contractat.

Temperatura nu este un indiciu. Căci o temperatură înaltă nu ne îndreptățește să spunem că avem o peritonită, ea putând fi provocată și de rezorbția unei hemoragii peritoneale mai veche. Și aci puncția în Douglas ne este de real folos, putându-ne preciza dacă avem de a face cu o hemoragie sau nu.

În ajutor ne vine și tușeul vaginal însă nu cu certitudinea puncției.

Cel mai des, hemoragiile intraperitoneale, în special inundațiile, se confundă cu apendicita. Literatura medicală mondială este plină de astfel de erori. În cazul apendicitei, diagnosticul diferențial într'adevăr e foarte greu de stabilit și eroarea ușor de comis. Totuși, puncția negativă, tușeul vaginal, localizarea durerii mai înăuntru punctelor lui MacBurney și Lanz, lipsa semnului lui Rovsing, defensiva musculară, sunt semne ce ne servesc destul de bine.

Este bine să amintim și de puseele pelvi-peritonitei care ne încercă de multe ori,

Aci însă sindromul peritoneal este prezent din prima fază, cu febră, vomismente, balonare etc. Mai adăugăm și lipsa oricărui semn de sarcină.

Prognostic.

E foarte variabil. In formele cataclismice dacă nu se intervine de urgență, prognosticul este infaust.

Moartea prin aceste hemoragii, după Franck, e în raport nu numai cu cantitatea de sânge, ci și cu rapiditatea hemoragiei. Simptomele diferă între o hemoragie lentă și una fudroiantă. In cele fudroiante accidentele nervoase determină moartea subită. In celelalte hemoragii, anemia dă loc la o agonie prelungită, hemoragia ajungând la 80—90% din masa sanghină.

In hemoragiile închistate, prin puseuri hemoragice noi, survenite în urma unui efort sau a menstruației, prognosticul se poate agrava.

Hematocelul se poate rezorbi sau supura. Dacă hematocelul supurat perforează în peritoneu, survine moartea.

Tratamentul.

Tratamentul inundației peritoneale.

Azi toți chirurgii sunt de acord în adoptarea doctrinei clasice: „ubi hemoragia, ibi ligatura“. Intervențiunea imediată prin laparotomie. Indată de diagnosticul a fost pus, operația prezintă caracterul de urgență.

Mai sunt și azi unii care acceptă o conduită de expectativă. Promotorii au fost 2 chirurgii americani, Hunter Robb și Simpson. Ei au preconizat abținerea operatorie în timpul șocului, intervenindu-se ceva mai târziu. Spun ei, că șocul operator adăogat celui hemoragic, poate avea cele mai rele consecințe. Hemoragia după ei, s'ar opri apoi prin coagulare.

Această doctrină abstenționistă a câștigat mulții adepți în Germania, Franța, Olanda, etc.

Conduita Clinicei Ginecologice și Obstetricale din Cluj, a Prof. Grigoriu și elevilor săi, este intervenționismul. Adepți ai sfatului humoristic al lui Sturmendorf, făcând aluzie la experiențele lui Robb cu câini: „lăsați câinii și teoriile deoparte, și operați de urgență“.

Prof. Grigoriu și școală clujană nu așteaptă nici rup-tura sarcinelor extra uterine, decum să mai aștepte, în cazul unor hemoragii declarate și diagnosticate.

În cazurile neinfectate, cu hemoragie intraperitoneală, Prof. Grigoriu recomandă lăsarea sângelui pe loc, pentru a reduce șocul operator și a da posibilitatea ca acest sânge resorbindu-se, să ajute la mai grabnica remontare a bolnavei (autohemoterapie). Nu există nici un inconvenient în urma acestei metode, din contră, toate cazurile tratate astfel, au dat rezultate suprioare celorlalte metode.

S'a renunțat la reinfuzia pe cale venoasă a sângelui revărsat, din cauză accidentelor, uneori foarte serioase, ce se datoresc acestor metode. În cazuri grave administrarea serului glucozat intravenos, asociat cu cardiotonice, sau în caz indicat, o transfuzie clasică de sânge, sunt metode de preferat.

Redăm în câteva cuvinte, intervențiunile obișnuite ce se practică în cazul hemoragiilor cu caracter de inundație.

În caz de sarcină extrauterină se face salpingectomie unilaterală, sau bilaterală, când ar fi vorba de sarcini bilaterale.

Rezeecția, cu ridicarea anexelor bolnave, atunci când ele există, în inundațiile cu aceeași origine.

Înslârșit, când este vorba de hemoragii ce pleacă de la uter, de obicei se face histerectomie, dat fiind mecanismul acestor hemoragii, ce nu ar putea fi îndepărtate, decât îndepărtând odată cu cauza, însăși uterul, de cele mai multe ori indisolubile.

Tratamentul hematocelului.

Sunt hematocelul ce se resorb și evoluează spre vindecare. Tratamentul acestora este medical: repauz, injecții și spălături calde.

Hematocelul care nu diminuează în volum, persistă și determină accidente, este justificabil de un tratament chirurgical.

Tratamentul chirurgical este de 2 feluri:

- a) Pe cale vaginală.
- b) Pe cale abdominală.

a) Pe cale vaginală se deschide hematocelul supurat. J. L. Faure mai rezervă încă această cale, hematocelilor vechi. Dar în hematocelul vechi, se găsesc în parte transformări fibroase, așa că incizia vaginală nu este curativă.

b) Pentru toate celelalte hematocelul calea de ales este laparotomia. În rezumat, excepție făcând hematocelul infectat și supurat, deasemeni pentru unele hematocelul sub pe-

ritoneale, când se face cōlpotomie; totdeauna se fac evacuări pe cale abdominală, eventual drenaj.

Operația abdominală oferă o superioritate incontestabilă: este mai complectă, permite de a vedea bine leziunile, de a face sacrificiile necesare și de a face o toaletă pelviană perfectă. Deasemeni nu ne expunem la pericolul hemoragiei secundare.



Concluziuni!

1. Hemoragiile intraperitoneale de origine genitală, constituiesc prin frecvența lor, un capitol vast al patologiei abdominale, ce trebuie bine cunoscut de ginecolog, dar care nu trebuie ignorat nici de chirurg, internist ori medic universal, când undă sindrom abdominal acut, survine la o femeie în plină viață genitală.

2. Punctul de soluție a continuității aparatului circulator genital, poate fi ovarian, tubar sau uterin.

3. Dacă sarcina ectopică e cauza acestor hemoragi în 90—95% a cazurilor, specialistul nu trebuie să piardă din vedere în punerea diagnosticului, hemoragiile ovulației, ruptura chistelor luteinice, hematice, torsionarea chistelor ovariene urmată de ruptura lor, tumorile maligne (chorio-epiteliom mai ales), hematosalpinx-ul în urma unei atrezii vaginale sau stenozii cervico-uterine, ruptura vinelor ectaziate ale unui fibro-miom uterin, endometrioza, etc.

4. Simptomele sunt ale hemoragiei interne, pe lângă cari trebuie să dăm toată atenția celor cu caracter local.

5. Diagnosticul se pune alegând din cortegiul simptomatic pe cele relativ patognomonice: anemneză, metroragii, hiperestezia fundului de sac al lui Douglas, subicterul, etc.

Dar numai puncția în Douglas ne dă certitudinea diagnosticului. Ea trebuie practică sistematically, așa cum se face în Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj.

6. Tratamentul este chirurgical. Clinica Ginecologică din Cluj recomandă lăsarea pe loc a sângelui revărsat, practica și lucrările experimentale arătând că remontarea se face mai repede, prin resorbția lui de către endoteliul peritoneal.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :
(ss) *Prof. Dr. I. Drăgoiu.*

Președintele tezei :
(ss) *Prof. Dr. Grigoriu Cristea.*

Bibliografie.

- Anghelescu C., Ghișescu C., Petrescu D., Popoviciu Al., Chiste ovariene hemoragice netorsionate. *Ginecologie și Obstetrică*. T. VIII, No 5—6 Ian.—Febr. 1933, p. 162 București.
- Bazy L. Hémorragie de la trompe non gravide. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, T. XV, No. 1. 1910, p. 1—83.
- Bopp et Rénnaud. Hémorragie intrapéritoneale grave sans grossesse ectopique. *Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, décembre 1922. p. 473.
- Bauereisen. Hemoragiile intraperitoneale în tumorile maligne. C. R. in *Zentralblatt für. Gyn.*, 4 febr. 1922, p. 202.
- Căprioară D. Considerațiuni în legătură cu diagnosticul și tratamentul sarcinei extrauterine. *Endocrin. Ginec. și Obstetr.* an IV, No. 1, Oct.—Dec. 1939, p. 44. Cluj.
- Daniel C. Hemoragie intraperitoneală fără sarcină! *Gin. și Obst.* No. 7—8 e. III 1925 București.
- Faure, Siredey. *Traité de Gynecologie* (3-e éd. Doin, 1932, Paris).
- Forgue et Massabuau. *Gynecologie*, éd. Bailliere et fils, 1927, Paris.
- Forsner. *Acta Gynecologica Scandinavina*, vol I.
- Grigoriu Cr. și Popoviciu Tr. Este bine să evacuăm sângele în revărsările peritoneale aseptice? *Clujul Medical*, No. 7. Iulie 1933.
- Grigoriu Cr., Voicu I. Transfuzia intraperitoneală de hetero-sânge la om. *Comunic. Soc. Medicilor din Cernăuți*, 1 Iunie 1934.
- Ignătescu M. Inundație peritoneală de origine genitală în afară de sarcină ectop. *Rev. de Chir.* an IV, No. 1, 1923, p. 19—27. București.
- Iriminoiu. Cercetări experimentale asupra resorbției. *Comunic. Soc. Științelor din Oradea*, 27 Mai 1933.
- Jayle. L'hématocèle rétro uterin par rupture de petit kiste hématique de l'ovaire, *Revue de Gynecologie et de Chir. abd.*, No. 2, mars—avril 1909, Paris.
- Miller. Über die Varikocele des Ligamentum latum., *Zentralblatt für Gyn.*, 26 Aug. 1922, No. 34, p. 1370—1373.
- Popescu Severin, Bălutză St. I. Hemoragie internă prin o ruptură traumatică a unui chist de ovar la o fetiță de 12 ani; Gynec-

- cologie și Obstetrică, T. X. No. 5—6 Ian.—Martie 1935 p. 149, București.
- Popoviciu Tr. Conduita chirurgului în revărsările peritoneale aseptice., Comunic. Soc. Științelor Medicale Oradea, 27 Mai 1933.
- Popescu Virginia. Hemoragii intraperitoneale de origine genitală. Endocrinologie, Ginecologie, Obstetrică, An 1 No. 5 August 1936 p. 446 Cluj.
- Riesmeyer. Un cas d'hématosalpinx. Rupture et hémorragie dans la cavité péritonéale. Saint—Louis mcd., 1906, p. 101—104.
- Săvescu V. Hemoragii intraperitoneale de origine genitală fără sarcină ectopică. Soc. de Gin. din București C. R. în Ginecologie și Obstetrică, t. III, No. 5—6 1925 București.
- Soimaru Al. Hemoragii intraperitoneale de origine tubară fără sarcină ectopică (cu sarcină uterină). Ginecologie și Obstetrică t. X, No. 1—2 Sept. 8. p. 14 1934 București.
- Teodorescu M., Negrescu C. Considerațiuni asupra 2 cazuri de hemoperitoneu de origine ovariană. Ginecologie și Obstetrică t. XI No. 1—2 Dec. 1935 p. 26 București.
- Ursu V. inundație peritoneală de origine ovariană. Ginecologie și Obsietrică t. IX No. 1—2 Sept—Oct. 1933 p. 9 București.
- Voicu I. Conduita de urmat în inundațiile acute peritoneale de origine genitală. Endocrinologie, Ginecologie și Obstetrică An. II No. 3 1937 p. 273 Cluj.
- Wolff. Geplatzt Ovarialhoematom mit Hamatokelenbildung bei gleichzeitiger tubenblutung der anderen Seite. Zentralblatt für Gynoeck, 1921 No. 4 p. 154.
-