

FACULTATEA DE MEDICINA

DICAN : PROF.DR.V. PAPILIAN

PROFESORI :

Anatomie descriptivă și topogr.	Prof.Dr.	V. Papilian
Chimie generală medicală.....	" "	St. Secăreanu
Biochimie	" "	I.Manta
Istologie și embriologie.....	" "	I. Drăgoiu
Fiziologie și fizică medicală	" "	Benetato Gr.
Anatomie patologică.....	" "	T.Vasilii
Bacteriologie	" "	V.Baroni
Patologie generală și experim.	" "	M. Bótez
Igienă și medicină preventivă...	" "	I. Moldovan
Clinica medicală I.....	" "	I. Havieganu
Cl.med. II/semiologie/.....	" "	I.Goia
Cl.chirurgicală	" "	Al.Pop
Cl.urologică.....	" "	E. Teppsu
Cl.ginecolog. și obstetr.....	" "	G.Grigoriu
Cl.de venerologie și dermatol.	" "	G.Tătaru
Pediatrie și puericultură ...	" "	G.Popoviciu
Clinica neurolog. și endocrin.	" "	I.Minea
Clinica psihiatrică.....	" "	C.Urechea
Cl.oftalmolog.....	" "	M.Michail
Cl.balneolog. și dietetică...	" "	M.Sturza
Cl. oto-rino-laringologică	" "	Gh.Buzoianu
Cl.stomatologică	" "	I.Aleman
Medicina legală	" "	M.Kernbach
Radiologia medicală.....	" "	D.Negru
Istoria medicinei	" "	V.Bologa
Farmacologie.....supl.	" "	V.Baroni
Igienă generală.....agr.	Agr."	M.Zolog
Cl. bolilor infecțioase	Conf"	I.Gavrilă

JU. IUL DE PROMOTIE.

PREZIDENTE : PROF. DR. CR. GRIGORIU

MEMBRII : " " Al. Pop

" " Teosu E.

" " Gr. Benetato

" " V. Bologa

SUPLANTI : Conf." T. Popoviciu



RETENȚIUNI FETALE.

Etiologie.

În cele mai multe cazuri, retențiunea fetală este datorită sifilisului. Retențiunea mai poate să fie datorită anemiei, alterării sângelui maternal, inflamării cronice a uterului, hereditatea, alterarea rez placentei, cordonului sau alterații vasculare. După observațiile lui Charrin și tuberculoza predispozează la naștere prematură. Inserția joasă a oului, albuminuria, apoi diferitele intoxicațiuni acute sau cronice, ca și intoxicația cu plumb, fosfor oxid de carbon, alcool și tutun.

Anatomie patologică.

Leziunile pe care le prezintă fătul și membranele fetale determină retențiunea lor la nivelul uterului. Fătul se maccrează iar placenta fetală prezintă leziuni grave. Vasele vilozităților sunt atinse de endarterită, de endoflebită, cari modifică foarte mult circulațiunea placentară.

Astfel aceste malformațiuni dau multe vilozități coriale, inutilizabile pentru hrănirea fătului. În spre a 5-a sau a 6-a lună, femeia încetează de a mai simți mișcările active ale fătului. Sânii se congestionează și se produce o hipersecreție de lapte. Fătul la nivelul uterului intră într'un proces destructiv aseptice, fie de momificare, fie de macerațiune.

Monificarea fătului. Produsul concepțiunii în luna 5-6-a, suferă o alterație particulară numită "momificare". Tesuturile moi se strâng, culoarea se schimbă, devenind cenușie-gălbui, din culoarea roză sâmburată normală.

Fembrionul ia aspectul unui fruct conservat în alcool. Pielea se îngroașe, se zbrucește, părțile moi se usucă și se retractă pe oase, craniul se turtește peretele abdominal se plisează și se escavează, așa că fătul pare a fi foarte slab. Când lichidul amniotic se resorbe, rămâne un depozit gros gălbui pe făt și pe amnios.

Macerațiunea fătului. Acest fenomen consistă într'o destrucție progresivă a diverselor țesuturi

Găsim adeseori pungi cari conțin o serozitate rozată. Expulzarea fătului macerat se poate produce în toate stadiile.

Simptomatologia.

La o palpăre mai atentă a peretelui abdominal constatăm că uterul nu are înălțimea unui uter normal. Dacă facem o măsurare a mărimii uterului, la câteva zile interval, constatăm o diminuare a înălțimii lui și o absență a măririi lui. Mama simte balotând fătul în abdomen deplasându-se după poziția pe care o ia. Fenomenele simpatice ale sarcinii dispar, mai ales vărsăturile. Constatăm o pierdere a apetitului, curbură, oboseală și o ușoară reacție febrilă vesperală. La palpație avem senzații variabile, dupăcum avem o macerație mai recentă sau mai avansată. Dacă e o macerație recentă, mai putem cu mare greutate determina capul și șezutul fătului, însă capul nu mai prezintă rezistența caracteristică. Când macerația este mai avansată, prin palpație nu numai că nu putem simți capul, dar nici celălalt pol fetal nu poate fi perceput. Mai putem pune în evi-

dență zgomotul de p crepitație osoasă. Zgomotul de hărtie de parchemin, după 15-20 zile când oasele craniului și-au pierdut din consistență, dar și-au păstrat elasticitatea.

Cel mai precoce semn din care putem să deducem moartea fătului este auscultația. Auscultația nu se poate face decât în a 2^a jumătate a sarcinii. Putem să prevedem moartea fătului cu câteva zile înainte de a se produce prin aceea că auscultând vom constata o încetinire continuă progresivă și considerabilă a zgomotelor inimii, care scad la 50-60 pe minut. Existența suflului uterin când există, nu are o valoare prea mare cîci acesta poate fi pus în evidență și în cazul fibromului uterin. Expulzarea fătului mort și macerat este în general rapidă.

Radiografia. Dacă prin mijloacele clinice diagnosticul de făt mort și reținut în cavitatea uterină se pune mai cu mare greutate, azi putem pune diagnosticul cu mare certitudine în a doua jumătate a sarcinii. Întreg scheletul fetal cu diferitele segmente osoase

constituie cel mai bun semn al siguranței sarcinei.

Probe de laborator.

După Girauden, in ultimele trei luni de sarcină poate să ne lămurească mult asupra stării mamei timpul de coagulare a sângelui. Alții au căutat să determine retențiunea și moartea fătului in cavitatea uterină după cantitatea de albumină sau de acetona în sânge, însă cari metode la fel s'au dovedit a fi insuficiente.

Diagnosticul diferențial.

Diagnosticul de făt mort și reținut in cavitatea uterină poate fi de cele mai multe ori foarte greu și confuzia cu un fibrom uterin foarte posibilă. In sarcina cu făt mort am văzut din cele expuse mai inainte că ce simptome avem. In fibromul uterin simptomele subiective sunt deosebite, suprimarea menstruației rară se observă o mărire a abdomenului dar aceasta se efectuează intr'un timp mai lung. Fulburările reflexe sunt excepționale iar pierderea de sânge poate lua tipul menoragic sau metroragic, cari in fibromele parietale, submucoase și

subseroase pot lipsi. Pierderile acestea sunt cantitativ mărite și slăbesc mult bolnava. La examenul local putem constata o alungire a cavității uterine, semn constată în tumorile uterine pe cale de evoluție. La palpația bimanuală se constată în caz de fibrom o tumoră neregulată dură, boselată. Când tumora e regulată, diagnosticul devine mai greu. La auscultație putem pune în evidență uneori suflul uterin.

Tratamentul. Procedăm diferit dupăcum avem de-a face cu o femeie din clientela particulară sau de la spital. În primul caz stăm în expectativă și supraveghim să nu se producă o ruptură a membranelor prin care ruptură se poate produce o infecție a conținutului uterin. În cazul acesta cel mai bun lucru e să așteptăm o expulzie spontană. În al doilea caz se intervine dar vom fi atenți ca nu cumva să introrupem o sarcină normală sau să fie urmată operația de o complicație post-operatorie. În primele 4 luni vom face un curetaj digital sau instrumental. În a doua jumătate a sarcinii, intervenț^e manuală, dilatarea colului de face cu ajutorul laminariei și a dilatatoarelor

lui Haegar. Când sarcina e combinată cu un fibrom uterin, histerectomia e mai bine dacă se face dintr'odată dar cu toate acestea nu este și totdeauna cea mai logică cale. Combinația de fibrom cu retenție intrauterină fetală este rară de tot.

RETENȚIUNEA PLACENTARĂ.

Putea avem o retențiune parțială și alta totală. Retențiunea totală este datorită aderențelor adevărate și sau placentei ascunse. Aderențele adevărate survin foarte rar. Elementele atrofiate rezistente și fără de friabilitate prezintă o veritabilă malformațiune anatomică, a cadusei. Placenta rămânând atașată de peretele uterului, decolarea normală nu se poate produce. Această varietate de aderență se caracterizează prin absența hemoragiei și retențiunea completă a placentei. Nu avem nici unul din semnele decolării placentei. Fundul uterului rămâne fix iar dimensiunile diametrului transvers rămân nemodificate, chiar după o așteptare mai lungă.

În mod normal așteptarea modificării lui nu poate fi mai lungă de 5 ore.

Tratament.

Dudin ne dă sfatul de a face un petrisașe îndepărtând și rupând țesutul placentar contra peretelui uterin imobilizat de mână pusă pe abdomen. Cântăm să găsim ceace e mai greu, locul de clivaj între placenta și perețele uterin, care poate să fie la periferie sau dacă nu se poate, facem o breșă în centru și în acest mod decolăm placenta. Câteodată nu se poate îndepărta decât în bucăți.

Mai putem avea cazul când uterul contractându-se, placenta nu se poate expulsa și dă așa numita placenta ascunsă. Astfel se formează două zone : una superioară mai tare iar alta inferioară mai moale iar suprafața organului este boselată. Hemoragia lipsește. Înainte această formă era mai frecventă când se administra înainte de ^{expulzarea} administrarea produsului concepțiunii ergotină. Ca tratament se va da hidrat de clorur, 2-4 gr. iar după ce contrac

ture încetează, se va extrage placenta manual. În ceea ce privește retențiile parțiale vom aminti :

1.° Retențiunea de cotiledoane. Dacă ne vom grăbi și vom contribui la o expulsare mai rapidă a placentei, fie prin expresiune, fie prin tracțiune asupra cordului, se poate produce o retențiune de vilozități coriale. Această retențiune putem să o punem în evidență la un examen mai atent a placentei. Tabloul simptomatologic, imediat poate fi dat de o hemoragie lar cel tardiv de o hemoragie plus infecție. Tratatamentul adecvat e ca să se facă un chiuretaj manual sau instrumental al cavității uterine.

2.° Retențiunea de membrane. Lacerarea fetală de cele mai multe ori se complică cu retențiunea de membrane. La fel ca în cazul unei placentae marginate în care reflexiunea membranelor se face la 1-2 cm de marginile placentei. Dacă se expulzează placenta total, avem așa numita placantă decoronată și a cărui aspect macroscopic e foarte caracteristic. Diagnosticul de retențiune parțială e mai greu. În acest caz vom proceda la un examen anunțat a

membranelor căutând să găsim locul de unde lipsește fragmentul de membrană. În cazuri mai rare putem observa o retențiune a întregii căduce și a corionului. Punga ovulară fiind formată de amnios, și care e recunoscut prin faptul că are o transparență perfectă, e subțire și suprafața netedă. Când lipsește un singur lambou, problema devine mai dificilă, în care caz vom căuta să reconstituim sacul embrionar și să examinăm fiecare loc din suprafața membranelor. Complicațiile date de retențiunea membranelor sunt hemoragiile toxice care survin după expulsarea placentei. Cele mai de multe ori survin accidentele tardive sub formă de hemoragii care apar după prima zi de naștere sau sub formă de fenomene infecțioase datorite retențiunii membranelor.

Tratament.

Când avem o retențiune sigură, conduita adoptată va varia după formele clinice. Când retențiunea membranelor e totală, vom introduce mâna în interiorul uterului și o vom extrage cu grijă. Dacă retențiunea este parțială incompletă, vom proceda la

fel ce într'o hemoragie lor dacă nu avem această complicație vom sta în expectativă. Dacă lamboul reținut este mai mic, ne vom alarma mai puțin decât în cazul când acesta este de dimensiuni mai mari.

x&ac&x În cazul acesta vom supraveghea cu grije lochiile și vom fi foarte atenți la precauțiunile aseptice pe care trebuie să le luăm pentru toată durata următoare nașterii. De cele mai multe ori, se poate produce fără accidente expulsarea spontană a membranelor. Dacă ~~accidentul~~ ^{nu} se produce, vom proceda la un chiuretaj digital.

C O N C L U Z I I

1. De cele mai multe ori sifilisul determină moartea produsului concepțiunii și retențiunea lui în calitatea uterină.

2. Durata retențiunii produsului concepțiunii poate varia între 4 și 6 luni

3. Retențiunea placentei și a membranelor e datorită fie unor malformațiuni anatomice fie manoperelor greșite ca inecție cu ergotină expresiunea nereglementară a conținutului uterin sau tracțiune asupra cordonului ombilical.

4. Diagnosticul se pune atunci când reușind să evidențiem lipsa placentară sau a membranelor.

5. Ca tratament expectativa este cea mai bună, fiind atenți să nu se producă o infecțiune a conținutului oului prin ruperea membranelor.

6. Tratamentul în cazul retențiunii devilozității coriale va fi un chiuraj digital sau instrumental al cavității uterine pe când în cazul retențiunii de membrane vom proceda diferit după cum avem o retenție de un lambou mai mare sau mai mic. Dacă lambou e mai mic vom sta în expectativă el de cele mai multe ori eliminându-se singur sau dacă nu îl vom elimina cu un chiuraj digital. Dacă e mai mare lamboul, vom introduce mâna în cavitatea uterină și îl vom extrage cu grijă.

Văzută și bună de imprimat .

DECANUL FACULTĂȚII

Prof. Dr. V. Papilian

PRESEDINTELE TEZEI :

Prof. Dr. C. Grigoriu

B I B L I O G R A F I E.

- Burn : Précis d'obstetrique. 1929.
- Rabre : Précis d'obstetrique. 1936.
- Charpentier : Traité pratique des accouche-
ments. Paris.
- Gimoca : Formular terapeutie. Cluj 1936.
- Le Grand H. La syphilis cause d'avortement
Thèse, Paris 1889.
- Schröder : Manuel d'accouchement 1875.

