

The image shows a close-up of a dark, heavily textured surface, likely leather or a synthetic material with a similar grain. The texture is irregular and pebbled. A bright, circular highlight is centered in the upper half of the image, creating a strong contrast with the surrounding dark areas. The lighting is dramatic, emphasizing the ridges and valleys of the texture.

LIONEL E. LAZĂR

182

PROIECT DE LICENȚĂ

No. 17.98

DR. GINA DUMĂRĂȘTEANU

TRIA

pentru

doctorat în medicină și chirurgie

prezentată și susținută în ziua de .....1940.



DE

DR. I. ZILĂ S. RIOTEL

24 MAY 2005

111626

## FACULTATEA DE MEDICINA

No. ....

DECAN : Prof.Dr. Papilian V.

## Profesori :

Anatomie umană.....	Prof.Dr.	V. Papilian
Chimie generală medicală.....	" "	St. Secăreanu
Chimie biologică .....	" "	I. Manta
Istologie și embriologie .....	" "	I. Drăgoiu
Fiziologie .....	" "	Gr. Benetsto
Anatomie patologică.....	" "	T. Vasiliu
Bacteriologie .....	" "	V. Baroni
Patologie generală și experim. "	" "	M. Botez
Igienă și medicină preventivă "	" "	I. Moldovan
Cl. medicală I.....	" "	I. Hațieganu
Cl. medicală II.....	" "	I. Coia
Cl. chirurgicală .....	" "	Al. Pop
Cl. chirurgicală și a boalelor căilor urinare.....	" "	E. Teposu
Cl. ginecologică și obstetr.	" "	C. Grigoriu
Cl. dermatologică și sifiligr.	" "	C. Tătaru
Cl. infantilă și puericultură	" "	Gh. Popoviciu
Cl. neurologică și endocrinolog.	" "	I. Minea
Cl. psihiatrică .....	" "	C. Urechea
Cl. oftalmologică .....	" "	V. Michael
Cl. balneologică .....	" "	M. Sturza
Cl. oto-rino-laringologică..	" "	Gh. Buzoianu
Cl. stomatologică .....	" "	I. Aleman
Medicina legală .....	" "	M. Kernbach
Radiologie medicală .....	" "	V. Negru
Istoria medicinei .....	" "	V. Bologa
Farmacologie .....	supl.	V. Baroni
Igienă generală .....	Agr.	Zolog M.
Clinica boalelor contagioase	Conf.	I. Gavrilă

**JURIUL DE PROMOTIE.**

<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-----

**PRESEDINTE : Prof. Dr. Grigoriu C.**

<b>MEMBRII :</b>	"	"	I. Aleman
	"	"	V. Bologa
	"	"	Gr. Benetato
	"	"	I. Goia
<b>SUPLEANT :</b>	Conf.	"	T. Popoviciu



-----X-----

INTRODUCEREA.

Se înțelege prin sarcina extrauterină sau ectopică, orice sarcină în care zidirea oului se face în afara cavității uterine - putându-se face la nivelul trompei, ovarului sau chiar intra-peritoneal.

Este o afecțiune care cu cât va fi înaintea, se crede că a fi rară - acur însă se știe, în urma multor intervenții chirurgicale, că e foarte frecventă.

Faptul că atât sarcina extrauterină cât și cea intrauterină prezintă la început aceiași simptomatologie, aduce cu sine o piedecă în punerea diagnosticului, neputându-ne pronunța sigur asupra locului de fixare și dezvoltare a fœtusului.

## Etiologie și patogenie.

Sunt multe cauzele cari pot aduce cusine o sarcină extrauterină, așa încât nu putem vorbi sigur de cauzele care ar produce-o.

Se știe în momentul când se face fecundarea ovulului de către spermatozoid, aceasta se face extrauterin, iar oul e împins - prin mișcările peristaltice ale trompei - în cavitatea uterină, unde în mod normal se fixează și se dezvoltă. Dacă survine însă o tulburare în acest mecanism, oul nu va ajunge în cavitatea uterină și astfel vom putea avea o sarcină : tubară - istmică sau ampulară, tubo-ovariană, tubo-abdominală, ovariană sau peritoneală - după nivelul la care se fixează oul.

Cauzele care ar determina această tulburare în fixarea normală a produsului de concepție, ar fi date de trompe sau chiar de ou.

Cauzele date de trompe :

Afecțiunea trompelor : leziuni inflamatorii sau tumori.

Leziuni inflamatorii / de ex. apendicita /

pot da naștere la pliuri cari să deranjeze peristaltismul normal al trompelor, și deci o tulburare în migrarea oului. Anexitele ar fi o cauză foarte frecventă a acestor tulburări.

Spasmele trompelor cari ar putea surveni în urma unui traumatism abdominal.

Atrofia și malformațiunile congenitale ale trompelor ar putea fi o cauză de oprire în migrarea oului.

Cauze determinate de ou :

Oul primește trofoblastul în stadiul de blastulă, acesta fiindu-i un înveliș atât nutritiv cât și corosiv. Dacă acesta nu apare nicioând oul ajuns deja în uter, vom avea avortul, deoarece oul n'are posibilitatea de a se fixa pe mucoasa uterului; dacă apariția trofoblastului e prea de timpurie, vom avea o sarcină extrauterină.

Sarcina extrauterină poate fi dată și de o migrare externă a ovulului fecundat.

### Anatomie patologică.

Leziunile ce le găsim în sarcina ectopică sunt

in legătură cu locul de fixare a oului.

Oul, oriunde s'ar desvolta, este inconjurat de membranele coriale la fel ca și când s'ar desvolta in cavitatea uterină. La locul de contact se produc transformări profunde și vascularizație abundentă, luând naștere adevărate vilozități coriale. In ceea ce privește uterul, acesta crește până la 12- 14 cm, iar corpul și colul prezentând o ramoliție la fel ca și in sarcina normală. Observăm că și mucoasa uterină in parte la aceste transformări, formând o caducă ce se elimină in momentul /terminării sarcinei extrauterine. Sânii și organele genitale externe, prezintă transformări analoge sarcinei normale.

Accidentele sarcinei extrauterine sunt reprezentate prin avortul peritoneal și ruptura trompei.

Avortul peritoneal se face la inceputul sarcinei, trece neobservat aproape, constituind mai deseori un hematocel ce se inchistează rezorbindu-se, sau e evacuat prin colpotomie sau pe



cală abdominală.

Ruptura trompei se produce mai ales în luna a 3-a și e un accident mai frecvent. Cauza e mai ales scăderea rezistenței peretelui tubar prin greș farea oului pe acest perete. Fătul ajunge apoi în cavitatea peritoneală, unde se închircește și se infiltrează în săruri calcare, dând ceea ce se numește un țigă lithopedion, mai des se infectează producând supurații, urmate în general de moarte.

#### Simptomatologie.

La începutul sarcinii extrauterine, simptomele sunt asemănătoare sarcinii normale, totodată observăm o foarte mare diferență în aspectul simptomatologiei dela începutul sarcinii extrauterine și acelei aproape de termen.

Vom vedea deci în faza de debut : suprimarea menstruației, mărirea volumului sânilor, turburări gastrice, cianoză vulvară, gusturi bizare etc.

De fapt, menstruația nu e complet suprimată ci e diminuată sau întârziată, acompaniată de dureri pelviene, iar la examenul bolnavei

găsim o tumoră mică de volum pe părțile laterale ale uterului.

La început vom da importanță pierderilor de sange și durerii ce le acompaniază. Pierderile de sange sunt la puțin timp după menstruație care lipsește sau micșori în timpul când trebuie să apară, fiind reprezentată printr'o secreție rozată, striat cu sange, micșori secreția e formată din sange pur. Important e și faptul că tumora de pe partea laterală a uterului crește în volum cu toate că bolnava stă în repaos. absolut, cu punge de gheață pe regiunea respectivă.

Du eres e un fasciclu siapton dintre cele mai importante, cu intensitate variată, e produsă de dilatarea vrospei datorită creșterii oului și localizată la nivelul jumătății inferioare a abdomenului, prezentând irradiații în diferite părți.

În timpul pierderilor de sange se poate ca bolnava să elimineze aceste formațiuni membranase și care reprezintă expulsia coăduceli.

În caz de cupturnă tubulară vom da din partea

bolnavei o paloare intensă, puls frecvent și slab perceătibil. Ruptura poate fi bruscă, inundând cavitatea peritoneială, sau sangele se scurge in cantitate mică, adunându-se in fundul de sac al lui Douglas, constituind hematocelul retrouterin. In jumătatea doua a sarcinei extrauterine avem simptome mai sigure: mișcările fetale, tumora fetală mai proeminentă deo- parte, iar la tușeul bimanual percepem două tumori : una reprezintă uterul iar cealaltă chistul fetal.

~~Al~~ Al simptom e reprezentat prin ătăile cardiace pe cari le percepem cu ajutorul stetoscopului.

### Diagnosticul.

In faza inițială, diagnosticul de sarcină ec- topică e greu de pus, următoarele simptome ne vor aju- ta la punerea diagnosticului.

Semnele de sarcină, intârzierea sau sistarea menstruației, dureri, tumoră juxta uterină, o secre- ție sero-sanghinolentă. Secreția sero-sanghinolentă, spre deosebire de menstruație, e in cantitate mai mică de durată mai lungă, e foarte fluidă și se oprește pentru câțva timp pentru a reapare apoi ca o mică ~~hemoragie~~ hemoragie.

hemoragie de culoare negricioasă cu mici cheaguri.

Olaava simte o jenă sau chiar durere in partea laterală a uterului, iar din timp in timp adevărate colici.

La examenul obiectiv vom constata o tumoră sau o împăstare intr' una din fosele iliace, care are particularitatea de a crește rapid, neinfluențând-o repausul și pungea cu gheață.

Când găsim durere și o senzație de tumefacție in Douglas, trebuie să ne gândim la inceputul unei ușoare hemoragii din pavilionul tubar.

In ceea ce privește evoluția sarcinei ectopice, știm că aceasta nu ajunge la termen și sfârșește de regulă prin avort tubar sau ruptură tubară. La intreruperea sarcinei ne vom gândi intotdeauna când vom avea o hemoragie uterină persistentă, ce survine după suprimarea epocii menstruale, crize dureroase unilaterale, anemie și fenomene peritoneale. Debutul de regulă brusc, reprezentat printr' o durere violentă de o singură parte, puls mic și accelerat și o matitate de

clivă în urma revărsării peritoneale.  
confirmarea

Pentru confirmarea diagnosticului vom face și puncția fundului de sac al lui Douglas fiind atenți la o asepție riguroasă. Sângele care provine din cavitatea peritoneală nu se coagulează, sau se coagulează foarte greu.

O puncție pozitivă nu aduce o siguranță absolută precum nici o puncție negativă nu ne arată - în mod sigur - lipsa sarcinei extrauterine.

Ne vom gândi la sarcină ectopică la o femeie care a mai fost operată de această afecțiune, putând avea o astfel de sarcină la partea opusă.

Sondajul, mai ales în prima jumătate a sarcinei e contraindicat.

Radiografia ne poate da date foarte importante, și în sarcini mai avansate.

### Diagnostic diferențial.

Tinând seama că simptomele sarcinei extrauterine sunt nesigure, trebuie să trecem în revistă afecțiunile cu care s-ar putea confunda și să

arătăm simptomele diferențiale.

Sarcina extrauterină poate fi confundată cu o sarcină uterină angulară.

Cu pseudotumorile : ascarizi etc.

Cu hidro- și hematosalpingul, unde vor lipsi semnele de sarcină.

Cu afecțiunile inflamatorii anexiale, le lipsesc însă semnele de sarcină și sunt bilaterale, pe când sarcina extrauterină excepțional e bilaterală. Repusul la pat și punsa cu gheață reduce afecțiunile inflamatorii.

Cu fibromatoza uterină, la care lipsește hipertrofia colului uterin, iar pierderile de sânge nu sunt nici continue, nici dureroase.

Cu ileusul, la care avem o suprimare a pasajului intestinal, sonoritate la percuție și balonare.

Cu tumorile conjunctive ale trompei, reprezentate printr' o tumoră paramediană, dură, insensibilă, cu menstruația normală.

Cu apendicita, unde avem punctele de sensibilitate maximă / Mc Burney, Lanz, Morris / leucoci-

toză, accelerarea sedimentării globulelor.

Cu peritonita difuză, unde vom găsi semnele peritoniale care ne ajută la evitarea confuziei de diagnostic.

Cu pelvi-peritonita, unde antecedentele, apărarea musculară, examenul secrețiilor, ne vor arăta calea cea bună.

Colelithiaza, datorită iradierii durerii în regiunea epigastrică, examenul genital însă ne va arăta diagnosticul.

### Complicațiunile.

Dacă nu reușim să diagnosticăm la timp sarcina extrauterină, de cele mai multe ori femeia este expusă la accidente fatale. Astfel avem :

Ruptura trompei gravidei ce poate să se întâmple chiar la început sau mai târziu către luna a 4-a. Se caracterizează printr' o simptomatologie dramatică : durere violentă, amețeli, văjăituri, pierderea cunoștinței, față palidă, extremități reci, puls tahicardic și filiform. Uneori sughiț, dispnee, confuzie mintală. Toate acestea sunt datorite

te hemoragiei interne dată de ruptura vaselor trompei. Acest caz indică intervenția de urgență, altfel femeia e expusă morții într'un timp foarte scurt.

Avortul tubar e dat de mișcările peristaltice ale trompei care împinge oul în cavitatea abdominală. Vom avea o hemoragie externă și una internă, cea internă, dacă nu e prea mare, va da hematocelul peritubar. Dacă hemoragia internă e mai mare, va da o colecție de sânge în fundul de sac al lui Douglas., împingând uterul înainte: hematocelul retrouterin.

În ceea ce privește oul, acesta poate să dispară în masa hematocelului dispărând, sau poate să se putrifice, iar printr' o infecție secundară se poate transforma într'un chist supuret ajungând până la peritonita generalizată.

Foarte rar oul se va transforma într' o masă calcifiată numită litokelipos / litopedion, dacă e interesat numai oul / și care se poate uneori elimina prin intestin sau să perforoze vesica, lăsând



fistule de dimensiuni foarte mari.

Tratamentul. Tratamentul medical și conservativ nu dă rezultate așa încât vom interveni chirurgical. Se procedează la una din următoarele intervenții : salpingectomie, anexotomie, sau histerectomie.

La sarcina extrauterină până la 5 luni trebuie intervenție chirurgicală de urgență.

În sarcina extrauterină după 5 luni, dacă fătul trăiește, vom aștepta desfășurarea sarcinei, ținând seama de sănătatea mamei.

În caz că fătul e mort, opinăm pentru intervenție. În sarcina extrauterină complicată se recomandă intervenție imediată.

În caz de hematocel, tratamentul va consta fie în colpotomie, fie în laparotomie și va varia după caz.

## C U N C L U Z I U N I .

1.- Sarcina extrauterină e o afecțiune frecventă ce prezintă un pericol continuu pentru viața femeii, iar în cazurile în care ajunge la termen, sunt excepționale.

2.- Stabilirea diagnosticului se va face pe baza celor patru simptome cardinale : întârzierea sau sistarea menstruației, secreție sero-sanghinolentă, durere și tumoră juxta uterină, ținând seamă și de reacțiile biologice de graviditate și de controlul radiologic.

3.- Intervenția chirurgicală în caz de complicație, intervenția și în caz de sarcină ectopică până în luna a 5-a, pentru a înlătura posibilitatea complicațiilor.

4.- Dacă fătul moare după luna 5-a, vom interveni chirurgical, eliminând suprainfecția și sechelele, dacă sarcina a trecut de luna a 5-a și fătul e viu, conduita noastră va fi în legătură cu starea generală a mamei.

5.- Explorarea necesară ne este asigurată de laparotomie, preferând, după ordine, următoarele procedee: salpingectomia, anexotomia, și histerectomia, tratamentul

chirurgical, fiind cel ideal.

Văzută și bună de imprimat.

DECANUL FACULTĂȚII :

PRESEDINTELE TEZEI :

ss.Prof.Dr. V. Papilian

ss. Prof, Dr.C.Grigoriu

