

Vărsăturile incoercibile
în sarcină și tratamentul lor



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27 Iunie 1940

DE
VASILE BUZURA



* 4 4 0 0 0 3 6 8 5 *

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

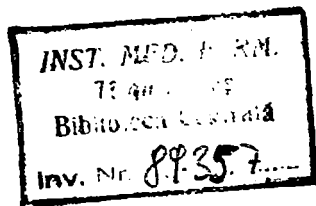
Nr. 1626

Vărsăturile incoercibile
în sarcină și tratamentul lor



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27 Iunie 1940

DE
VASILE BUZURA



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Anatomia umană	Prof. Dr. PAPILIAN V.
Chimie generală medicală	" " SECĂREANU ȘT.
Chimie biologică	" " MANTA I.
Istologie și embriologie	" " DRĂGOIU I.
Fiziologie și fizică medicală	" " BENETATO GR.
Anatomia patologică	" " VASILIU T.
Bacteriologie	" " BARONI V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Igienă și medicină preventivă	" " MOLDOVAN I.
Clinica medicală I	" " HAȚIEGANU I.
Clinica medicală II (semiologie)	" " GOIA I.
Clinica chirurgicală (semiologie, med. oper)	" " POP A.
Clinica chir. și boalele căilor urinare	" " ȚEPOSU E.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	" " TĂTARU C.
Clinica infantilă și puericultură	" " POPOVICIU GH.
Clinica neurologică și Endocrinologia	" " MINEA I.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Clinica oftalmologică	" " MICHAİL D.
Clinica balneologică și dietetică	" " STURZA M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU G.
Clinica stomatologică	" " ALEMAN I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Farmacologie (supl.)	" " BARONI V.
Igienă și medicină preventivă (generală)	Agr. " ZOLOG M.
Clinica boalelor contagioase	Conf. " GAVRILĂ I.

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE:	Prof. Dr. C. GRIGORIU								
MEMBRII :	<table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="padding-left: 10px;">" " M. STURZA</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 10px;">" " V. BOLOGA</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 10px;">" " M. KERNBACH</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 10px;">" " D. MICHAİL</td> </tr> </table>	}	" " M. STURZA		" " V. BOLOGA		" " M. KERNBACH		" " D. MICHAİL
}	" " M. STURZA								
	" " V. BOLOGA								
	" " M. KERNBACH								
	" " D. MICHAİL								
SUPLEANT:	Docent „ I. VOICU								

INTRODUCERE.

Prin vărsături înțelegem evacuarea conținutului stomacal, prin esofag și gură. Este un fenomen reflex produs prin iritarea centrului vomitiv din bulb.

Vărsăturile din sarcină sau, hiperemesis gravidarum se prezintă sub aspectul unui sindrom clinic cu totul deosebit, care pe lângă vărsături mai este întovărașit de slăbire uneori până la denutriție, oligurie, tachicardie, constipație. În faza ultimă vărsăturile devin incoercibile, această fază se acompaniază de turburări cerebrale și nervoase de o gravitate deosebită.

Au fost observate din timpurile cele mai vechi, le găsim descrise de Hippocrate, Aristotel și Soranus. Acești măiestrii ai lumii vechi au dat și o explicație a modului de producere. O atribuiau suprimării menstruației, în urma acestei suprimări, în stomac se adună cantități mari de humori care apoi se elimină sub formă de vărsături.

Această concepție se menține până în 1650 când Guillmeau atribuie afecțiunea unui reflex plecat dela nivelul uterului. Stomacul se irită și astfel se produc vărsăturile.

Paul Dubois (1852) este cel dintâiu care face o descriere științifică a acestei afecțiuni. Descrie simptomatologia amănunțit și clasifică vărsăturile în forme simple și în forme grave și preconizează și tratamentul. Dela această dată o serie de obstetricieni s'au ocupat de vărsăturile din sarcină astfel Gueniot, Moriceau, Pinard, L. Leven etc. completând observațiile clinice și instituind diferite metode de tratament.

Vărsăturile în sarcină sunt de-o frecvență deosebită. Apar la începutul sarcinei, câteodată la sfârșitul primei luni, mai frecvent la începutul lunii a doua.

Au fost considerate ca un fenomen fiziologic și des-

scrise ca un simptom nesigur de sarcină. În realitate toate vărsăturile care acompaniază sarcina trebuie considerate ca un simptom patologic și tratate ca atare.

În cele ce urmează voi face o descriere sumară a vărsăturilor după concepția medicală de azi. Mă voi ocupa de vărsăturile simple, apoi de cele grave, evoluție, complicații, diagnostic și diagnostic diferentțial, prognostic, anatomia patologică, patogenie, câteva observații clinice, tratament pentru ca la urmă să rezum în câteva concluzii după obișnuița generală.



VĂRSĂTURILE SIMPLE

Simptome :

Jumătate sau aproape jumătate dintre femeile înscărcinate suferă de această formă de vărsături. În ce privește frecvența, autorii publică procente diferite astfel; Pinard 58%, F. A. Kehrer 51%, H. W. Freud 40%.

Survîn atât la primipare cât și la multipare.

Vărsăturile se prezintă dimineața, când se trezește bolnava din somn, pe nemâncate și în decursul zilei, în timpul mesei, sau după ce bolnava a luat masa.

Întotdeauna vărsăturile sunt precedate de greață. Greața este o senzație particulară de rău, de scurtă durată, acompaniată de paloarea feței, vertij, bolnava parc'ar avea rău de mare, se simte obosită, cască mult. În acest timp pulsul este mic, încetinit, respirația diminuată în amplitudine și frecvență, extremitățile reci. Fizionomia anxioasă, eructații din ce în ce mai frecvente până când în cele din urmă apar vărsăturile cari ușurează bolnava.

În tot timpul grețurilor și al vărsăturilor bolnava se simte rău, însă nu depune nici un efort, ca în vărsăturile de altă natură.

Conținutul vărsăturilor de dimineața este lichid, clar, incolor, uneori pot să înoate în el câteva mucozități. În schimb vărsăturile cari se prezintă în timpul zilei conțin și alimente. Se produc în timpul mesei sau după masă, după cum am accentuat ceva mai înainte. Vedem cum femeia în timp ce ia masa își duce batista la gură sau se retrage pe câteva clipe ca să elimine alimentele cari i-au revenit în gură, pentru ca apoi imediat să-și poată continua masa. Acestea sunt adevărate regurgități. Cele cari se produc la un anumit timp după masă sunt veritabile vărsături alimentare.

Nu au orar fix. Apar odată sau de mai multe ori la zi. Totuși uneori pot să apară regulat, în fiecare zi la aceeași oră.

Oricare ar fi frecvența și abundența, acestor fel de vărsături, bolnava totuși se poate alimenta astfel că starea generală se menține bună. Femeile se obișnuiesc cu acest accident desagreabil al sarcinei și-l suportă destul de ușor. De aceea este și rar ca în acest stadiu să vedem femei consultând medicul.

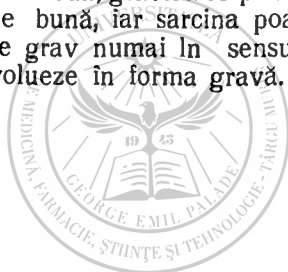
Alte simptome cari le întâlnim în decursul vărsăturilor simple sunt: ptialismul și constipația.

Ptialismul este uneori așa de accentuat încât saliva curge din gură producând sialeree. Lichidul care-l varsă bolnava dimineața când se trezește este saliva, pe care a înghițit-o, amestecată cu suc gastric.

O descriere amănunțită a ptialismului și a constipației voi face în cadrul vărsăturilor grave.

Vărsăturile simple încetează, brusc sau progresiv, după trei până la patru luni. Aproape totdeauna când gravida simte mișcările fetale. În cazuri excepționale le putem vedea persistând și după patru luni.

Prognosticul este bun, gravida se poate alimenta, starea generală se menține bună, iar sarcina poate evolua normal până la sfârșit. Este grav numai în sensul că, în unele cazuri, poate să evolueze în forma gravă.



VĂRSĂTURILE GRAVE

Clasificarea în vărsături simple și grave este mai mult o clasificare didactică pentru că din punct de vedere clinic este greu de a stabili o limită precisă între aceste două forme. Sunt bolnave cari prezintă vărsături frecvente, persistente, supărătoare și totuși nu au un caracter de-o gravitate deosebită. Sunt în schimb altele cu vărsături rebele, renitente și ceea ce impresionează mai mult este starea generală cu totul deosebit de rea. Acestea li s'a rezervat termenul de vărsături grave incoercibile, fiind forma aceasta o adevărată boală ametizantă.

În aceste cazuri tratamentul conservativ nu ne dă întotdeauna rezultatul dorit, așa că suntem nevoiți să facem apel la metoda radicală, avortul prematur, care am dori să fie cât de mult înlăturată.

Aceste forme sunt puțin frecvente. După statistica lui Guéniot și Bonnaire numărul acestor cazuri este de unu la mie, dintre toate pacientele internate într'un serviciu de obstetrică. Este un procent mic. În realitate frecvența acestor forme este de 2—5%.

Brindeau constată aceste forme mai rar în țările nordice, mai comune în Anglia și ating maximum de frecvență în Franța.

Vărsăturile grave, ca și vărsăturile simple, le putem întâlni atât la primipare cât și la multipare. Multiparele cari suferă de această formă, în sarcinile anterioare au suferit sau de forma simplă, sau chiar de aceasta gravă după care s'a provocat avortul.

Simptomatologia formelor grave.

Paul Dubois după cum am accentuat în introducere a făcut prima descriere mai amănunțită și sistematică a formelor grave. El în decursul evoluției acestor forme observă trei stadii :

1. Slăbire

2. Febră

3. Accidente nervoase și cerebrale, aceste accidente se observă numai la cazurile cari sfârșesc prin moarte. O limită precisă între aceste trei stadii, în decursul evoluției, n'a putut fi stabilită.

Pinard spune că a observat timp de treizeci de ani acest sindrom însă cele trei perioade stabilite de Dubois nu le-a văzut niciodată. Cu toate acestea aproape în toate manuale de obstetrică se găsesc descrise aceste trei perioade, descrierea lor este explicată prin tendința omului de a simplifica lucrurile fără a se întreba, dacă corespunde întotdeauna realității sau nu.

Cu toate că e diviziune pe mai multe puncte este un element artificial, pentru ușurința descrierii voiu adopta după Brindeau o perioadă prodromală, una de stare și una terminală.

A. Perioada prodromală.

Inceputul acestei perioade poate fi brusc și precoce, alteori insidios. Ca și vărsăturile simple, pot să apară la sfârșitul primei luni de sarcină, mai frecvent însă în luna doua. Sunt citate cazuri în literatură când vărsăturile au survenit în prima săptămână a sarcinii astfel un caz: o fată are nunta într'o zi de Sâmbătă iar după o săptămână, în Sâmbăta următoare au și început vărsăturile cu o intensitate extremă. Uneori apar în a doua jumătate a sarcinii. In aceste cazuri trebuie să fim atenți pentrcă experiența ne arată că de regulă este vorba de altă afecțiune care evoluează paralel cu sarcina.

Aspectul general al perioadei prodromale nu se deosebește prea mult de acela al vărsăturilor simple. Vărsăturile sunt de un grad ceva mai pronunțat, mai frecvente și conținutul lor este mai întotdeauna alimentar. Intoleranța după aceea devine tot mai accentuată, bolnava nu poate lua decât alimente ușor digerabile, pentru ca după un anumit timp nici acestea să nu mai fie tolerate.

Constipația și ptialismul din această stare sunt mai pronunțate decât în vărsăturile simple. In felul acesta pe nesimțite se instalează perioada a doua.

B. Perioada de stare.

Guprinde :

1. Vărsăturile.
2. Slăbirea.
3. Tachicardia.

1. *Vărsăturile.* Intoleranța gastrică devine definitivă (Brindeau), este suficient ca bolnava să se gândească numai la mâncare și greața să fie provocată. În această perioadă de stare greața este permanentă. Vărsăturile care urmează grețurilor sunt precedate și de efort, spre deosebire de cele simple. Eforturile aceste sunt frecvente și cu timpul produc dureri penibile la nivelul stomacului. Durerile se produc prin iritarea mucoasei stomacale și prin tracțiunea mușchilor abdominali. Având în vedere intoleranța absolută conținutul vărsăturilor grave este lichid, clar, incolor, ușor vâcos. În urma eforturilor repetate de multeori spasmul piloric cedează și regurgitează în stomac lichid duodenal și bila care se amestecă cu sucii stomacali. În cazurile aceste vărsăturile sunt bilioase, un lichid vâcos verde murdar. În ultimul stadiu vedem bolnave vărsând sânge, în aceste cazuri suntem îndreptățiți să credem că la nivelul stomacului este o leziune organică care la radioscopie nu se confirmă niciodată. Sângele provine din plexul arterial situat la baza mucoasei stomacale. În timpul vărsăturilor musculatura intrinsecă a stomacului se contractă foarte puternic, mucoasa stomacului este iritată, în felul acesta sunt realizate condițiuni favorabile transudării sângelui din plexul submucos în cavitatea stomacală.

Nu rar se poate observa, în timpul eforturilor de vărsătură, hemoragii nazale, conjunctivale și auriculare, datorite rupturilor vasculare în urma presiunii mecanice ce se exercită asupra vaselor extremității cefalice. Extrem de rar se citează cazuri care au murit de hematemeză.

Ptialismul. La începutul sarcinei secreția glandelor salivare devine uneori foarte abundentă. Câteodată este așa de mult mărită, încât curge încontinuu din gură, dând naștere unei sialorei foarte supărătoare și desagrabilă. Bolnava expectorează încontinuu, sau înghite saliva. De multe ori acesta este lichidul care-l varsă bolnava dimineața la deșteptare. S'a susținut că această hipersalivație și înghițire a ei ar fi cauza intoleranței gastrice. Probabil că are un oarecare rol în patogenia vărsăturilor. Ceva precis în baza căruia să putem afirma acest lucru nu avem. În tot timpul hipersecreției glandele salivare sunt hipertrofiate,

mai ales glanda submaxilară, care uneori poate crește cât glanda tiroidă (Brindeau).

Hipersecreția dispăre în a doua jumătate a sarcinii și numai în mod excepțional o găsim și după aceasta dată sau uneori persistă și după naștere.

Gura bolnavei natural este umedă însă ea are în permanență o necesitate irezistibilă de a bea apă, explicată prin deshidratarea pronunțată și imposibilitatea de a se rehidrata.

Constipația. Frecventă în sarcină nu lipsește niciodată în vărsăturile grave. Bonnaire a observat femei cari săptămâni și luni de zile nu au avut scaun.

Cauza nu se știe precis, s'au invocat cauze mecanice. Uterul în urma sarcinii crește în volum în felul acesta el exercită o presiune asupra intestinului, această presiune ar fi și mai mult mărită prin angajarea capului fetal pe rect (Brindeau). Apoi cauze toxice: la femeile gravide foarte frecvent se observă o insuficiență hepatică. În urma acestei insuficiențe, toxinele cari rezultă din activitatea placentă-fetală nu pot fi anihilate, în baza funcțiunii anti-toxice a ficatului și astfel înlăturate din circulația generală. Ca urmare a acestei toxemii se instalează constipația.

Conținutul intestinal, prin stagnare, fermentează, mucoasa se inflamează și toxinele care rezultă din această fermentație trecând în sânge măresc starea de auto-intoxicațiune.

Probabil că în modul acesta constipația ar avea un oarecare rol în patogenia vărsăturilor din sarcină.

În urma acestei concepții diferiți autori au preconizat ca singur tratament evacuarea intestinului. Forgues recomandă spălături intestinale cu cantități mari de ser fiziologic (5—10 litri). Brindeau recomandă suprapurgația. Cu toate aceste explicații destul de plauzibile, constipația totuși se pare că nu are rolul care i se atribuie în provocarea vărsăturilor.

S'au văzut gravide cari suferiau de constipații foarte rebele fără să prezinte vărsături. Nu se produceau, în cazurile acestea, accidente pentru că epiteliul intestinal constituie un baraj puternic în pătrunderea toxinelor și a microbilor și-i nevoe de o leziune la nivelul epiteliului intestinal ca microbii și toxinele să poată pătrunde în circulația generală.

Ori după unii autori ca Marfan și L. Bernard materiile fecale pot sta timp foarte îndelungat în intestin fără

să producă leziuni la nivelul mucoasei intestinale. Prin urmare toxinele care rezultă din fermentarea conținutului intestinal nu se pot absorbi. Dacă se administrează, în schimb, purgative și laxative mucoasa se congestionează, se traumatizează și poarta de intrare, pentru toxine și microbi, s'a realizat.

Din cauza aceasta mijloacele prin care trebuie să luptăm contra constipației, trebuie să fie mai mult de ordin alimentar și nu laxativ, cu atât mai mult cu cât constipația din vărsăturile incoercibile este mai mult o constipație fiziologică, de apărare (G Leven). Prin instalarea constipației organismul luptă contra deshidratării și a denutriției supunând conținutul intestinal la o supra digestie, la o utilizare maximă a produselor de digestie (Schmiedt, Strassburger). Purgativele de altfel mai mult măresc constipația, provocând după evacuarea intestinului o stare spasmodică după cum putem să observăm și la radioscopie.

Aerocolia însoțește constipația aproape în toate cazurile. Intestinul destins prin caz se contractă mai dificil și în același timp exercită și o presiune asupra diafragmului încât acest mușchi nu-și mai poate exercita funcțiunea de a presa conținutul intestinal.

Diarea este extrem de rară când totuși există este un fenomen terminal.

2. *Slăbirea.* Vărsăturile grave duc la o slăbire pronunțată și rapidă. Starea generală este mult alterată. Bolnava deabia se mai ține pe picioare, stă mult culcată. S'au înregistrat slăbiri de 20—25 de kg., în cazuri excepționale slăbiri și mai pronunțate. Panicul adipos dispăre, pielea flască parc'ar fi prea largă pentru corp, ușor atrofiată, subțire, uscată, elasticitatea ușor pierdută, deaceia când se'ndoieie cuta formată are tendința de a perzista. Mușchii reduși în volume. Abdomenul se retractă, crestele iliace și spinele iliace antero-superioare proeminente, ne fac impresia că vreau să spargă tegumentul.

Deasupra simfizei pubiene, uterul se profilează în formă globuloasă. Abdomenul are aspectul clasic de abdomen cu trei reliefuri.

Bolnava stă aproape nemișcată, răspunde greu la întrebări, nu ia parte la ceea ce se petrece în jurul ei. Dacă e sculată din pat, merge greu târînd picioarele după dânsa. Fața palidă obosită, exală o halenă fetidă din gură alături are un miros cetonic.

Slăbirea nu are la toate persoanele aceeași semnificație. Un individ normal din punct de vedere al greutateii

nu poate pierde decât o anumită cantitate din greutatea inițială. Dacă trece peste această limită, adică pierde mai mult, greutatea pierdută poate să fie fatală pentru individ. Obezii pot să piardă mai mult fără să aibă o semnificație așa de gravă ca la cei de mai înainte. Dacă slăbirea se prezintă la a gravidă cu greutatea normală va avea o semnificație mai gravă, pe când la una obeză slăbirea va fi privită de medic ca un simptom favorabil.

3. *Tachicardia*. Prin tachicardie înțelegem accelerarea bătăilor cordului însoțite de accelerarea bătăilor pulsului. Numărul bătăilor este de 80—100, putând să ajungă până la 150 pe minut. Ritmul său poate varia dela un moment la altul. Pulsul frecvent a fost remarcat pentru prima oară de Paul Dubois însă el vorbește mai mult de puls febril și de reacții febrile.

Pentru P. Dubois mai important era febra. După acesta toți autorii descriu în perioada a doua a vărsăturilor, febra. Vinay observând mai atent câteva cazuri de vărsături incoercibile constată că febra lipsește în toate cazurile. Vinay susține că lipsa termometrului l-a făcut pe Dubois să susțină că este și febră, ca urmare a accelerării pulsului, știind că pulsul și febra în majoritatea cazurilor merg paralel. Pinard spune că nu lipsa termometrului l-a făcut pe primul autor să susțină febra, ca urmare a pulsului frecvent, pentru că din citirea atentă a descrierilor sale se constată că ceea ce l-a impresionat pe autor a fost febra și nu pulsul frecvent. Dela Vinay și Pinard febra n'a mai fost constatată de nici un autor.

În baza numărului pulsațiilor pe minut, Pinard stabilește prognosticul vărsăturilor grave și anume: dacă numărul bătăilor pulsului este sub 100 atunci prognosticul este bun, invers dacă trece peste 100 sarcina trebuie întreruptă imediat. Bonnaire din contra contrazice pe Pinard spunând că numai în baza pulsului nu se poate stabili prognosticul, pentru că el a fost nevoit să întrerupă sarcina cu un puls sub 100 și i-a reușit să salveze cazuri cu un puls de peste 110.

În ce privește cauza tachicardiei este de natură toxică. Toxinele fetale nefiind eliminate, probabil în urma unei insuficiențe hepatice, au o influență nefavorabilă asupra cordului mărinde frecvența bătăilor.

O altă cauză care produce tachicardia în vărsăturile incoercibile este dilatația atonă a stomacului după cum susține R. Leven. De multeori se poate constata la femeile cari sufar de vărsături că de fapt prezintă o dilatație atonă și o ptoză a stomacului. În aceste cazuri schimbarea poziției bolnavei, din poziție verticală în poziție orizontală,

s'au ridicarea și menținerea stomacului în poziție normală, prin ajutorul diferitor centuri, este susceptibilă să vindece tachicardia.

Sunt apoi cazuri unde nu se poate pune în evidență nici o toxicitate și nici o dilatație cu ptoză a stomacului. Tachicardia în aceste cazuri este determinată de deshidratarea și diminuarea masei sangvine, Reducerea masei sangvine, în urma deshidratării și a lipsei de alimente, produce o accelerare a bătăilor cordului prin acelaș mecanism prin care produce și o hemoragie abundentă.

E suficient a rehidrata bolnava pentru a vedea ritmul accelerat scăzând și în puțin timp revenind la normal. Revenirea se face cam în jurul zilei a șaptea, atunci se vede apărând și primul scaun normal și evacuări normale de urină.

Câteodată la baza tachicardiei stau în acelaș timp două cauze : dilatarea și ptoza stomacului cu desidratarea sau toxemia cu deshidratarea. În astfel de cazuri e nevoie ca tratamentul să se îndrepte în contra ambelor cauze, așa ridicarea stomacului va trebui complectată cu rehidratarea, vindecarea prin urmare se va face în doi timpi.

În fine nu trebuie să uităm că tachicardia este un simptom care îl întâlnim în boli cari nu au nici o legătură cu sarcina, așa sunt : gușa exoftalmică, bolile de inimă, plămâni etc.

Tensiunea arterială este scăzută în toate cazurile.

În perioada de stare este nelipsită *oliguria*, care uneori are și o valoare prognostică. Evoluează paralel cu constipația și tachicardia. Volumul urinei diminuează foarte mult ajungând repede la jumătate sau chiar sub această cantitate, în împrejurări excepționale se poate instala o anurie complectă. *Oliguria* este considerată ca un element serios pentru prognostic. Urina este de culoare închisă conține în cantitate mare urați și urme de albumină.

Oliguria nu trădează o leziune renală, ci numai lipsa aportului de apă la nivelul rinichiului. Dacă aportul de apă la nivelul rinichiului este mare, cantitatea de urină eliminată va fi mare, invers prin aportul de apă mic, volumul apei eliminate este redus. Dacă injectăm subcutanat ser fiziologic, imediat se instalează o poliurie, ceea ce ne arată că funcțiunea rinichiului este păstrată.

Când aportul de apă este insuficient, se instalează *oliguria*, în acest caz organismul tinde să compenseze lipsa apei utilizabile prin apa pe care o împrumută dela țesuturi : rezultă (André Roullier) în primul rând o scădere în greutate, iar în al doilea o concentrație mai mare a sângelui.

Plasma sangvină diminuează, iar punctul de congelare crește. Oliguria, prin urmare, nu trădează o leziune renală, ci numai lipsa de apă din organism, este o oligurie fiziologică pentru că prin rehidratare apare poliuria, masa sangvină crește și punctul de congelare al serului sangvin scade.

În fața unei oligurii nu ne vom speria pentru că este o reacțiune de apărare a organismului ca și constipația. Organismul tinde să-și păstreze, în măsura posibilității lichidele și prin aceasta să evite șocul.

Totuși în fața unei anurii trebuie să fim cu rezervă pentru că ne arată că organismul a ajuns la ultima rezervă de apă pe care o mai are. Produsele care rezultă din desasimilație nemai fiind eliminate duc la o auto-intoxicație profundă în fața căreia trebuie să fim foarte energici ca să mai putem salva bolnava.

R. Leven a observat că diureza diminuează și la începutul realimentației, când bolnavele încep să-și revină, greutatea lor în același timp crește mai mult decât cores punda alimentelor ingerate, așa a observat că în 24 de ore unele bolnave câștigau 800—1000—1200 gr. Greutatea aceasta în mare parte era datorită reținerii pronunțate de apă și nu alimentelor.

S'a insistat apoi asupra sindromului urinar caracterizat prin *acetonurie*. Sub acetonurie înțelegem prezența corpurilor cetonice, acetona, acidul diacetic și oxibuliric, în urină. S'a încercat să se stabilească prognosticul din cantitatea de corpi cetonici din urină fără să se poată ajunge la o regulă după care să se poată judeca toate cazurile.

Originea corpurilor cetonice sunt acizii grași, din care se produc numai atunci când organismul este lipsit de hidrați de carbon, pentru că după cum a spus Rosenfeld „grăsimile se ard numai în focul hidraților de carbon“. Când rezerva de glicogen a ficatului este epuizată apar corpii cetonici în urină, prin urmare acidoza nu trădează o leziune renală sau hepatică, ci numai lipsa hidraților de carbon, care în urma vărsăturilor incoercibile nu reușesc să parvină în organism. S'a încercat apoi să se stabilească prognosticul din coeficientul lui Maillard. De fapt când coeficientul lui Maillard crește progresiv și ajunge să depășească cifrele 25—30 este vorba întotdeauna de un sindrom de vărsături grave (A. Henri) și o întrerupere a sarcinii se poate pune. Din contră în cazurile unde acest coeficient scade, putem să spunem că evoluția bolii va fi favorabilă.

Icterus. În timpul vărsăturilor incoercibile se observă de multe ori icterul. În aceste cazuri examenul urinei pen-

tru pigmentii biliari este pozitiv. S'a crezut că acest icter este datorit hemolizei, care știm că este destul de frecventă în sarcină. Nu poate să fie însă un icter hemolitic, pentru că în acest icter avem o anemie, în timp ce în hipremeză avem o poliglobulie, care după cum am văzut este datorită reducerii plasmelor sangvine. Nici inaniția nu poate să fie cauza pentru că inaniția în afară de sarcină nici într'un caz nu este întovărășită de icter. Icterul dispăre aproape instantaneu după ingerarea unor cantități imense de alimente, ceea ce ne face să credem că acest icter este datorit (Ferru) insuficienței și lipsei de alimente.

Aceste sunt simptomele care formează cadrul perioadei a doua. În această fază mai putem observa turburări nervoase periferice, nevrite, polinevrite mai ales la nivelul membrilor inferioare (Brindeau), cu zone de anestezie și hiperestezie. Aceste fenomene nervoase ne avertizează că perioada a doua încetează și începe a treia.

C. Perioada terminală.

Această perioadă se caracterizează prin turburări cerebrale. Bolnava în tot timpul perioadei a doua, de stare stă liniștită în pat sau pe scaun, lucidă nu prea ia parte la ce se petrece în jur, însă este conștientă de toate. În schim în perioada a treia se agită, este cuprinsă de delir care uneori este liniștit, alteori furibund. Halucinații, convulsii clonice la membrele inferioare. Dureri la presiunea maselor musculare. În această perioadă dispneea este frecventă, acompaniată de o senzație de constricție toracică, puls mic filiform, cianoză permanentă la extremități mai ales la cele inferioare. După accese de delir sau convulsii, bolnava este complet epuizată și pe tegumente apar sudori reci.

Sunt constante turburările de sensibilitate. Hiperestezia alternând cu anestezia, turburări ale sensibilității termice și barestezice.

Nu rar, putem să vedem sindromul lui Korsakoff cu triada simptomatică; amnezie, confuzie și confabulație. Simptomul principal este amnezia și atinge mai mult memoria de fixație. Bolnavele nu sunt în stare să rețină faptele prezente care deși bine percepute, nu se mai imprimă în memorie și dispar fără urme. Numai știu ce-au făcut cu câteva minute mai înainte. Confuzia uneori poate lipsi, dar dacă totuși este prezentă, se manifestă printr'o lipsă de orientare. Bolnava nu mai recunoaște persoanele din jur anul, luna sau ziua în care ne aflăm. Confabulația aproape în tot-

deauna îi prezentă și se caracterizează prin faptul că bolnava povestește lucruri fantastice uneori cu o ușoară notă de delir de grandoare.

În momentul acesta vărsăturile încetează, alimentele sunt tolerate însă digestia lor nu se mai face. Se instalează o diaree rebelă.

Dispnea se accentuează din ce în ce mai mult, pulsul devine imperceptibil, anuria completă. Icterul devine intens în baza acestor fenomene șansele de vindecare sunt foarte reduse. Doar prin avortul prematur reușim uneori să salvăm viața bolnavei. Cazurile cari ajung în această perioadă aproape totdeauna sfârșesc fatal.

Evoluția.

Durata fiecărei perioade este aproape imposibil de stabilit. Perioada prodromală are o durată extrem de variabilă. După cum am scris ceva mai sus, timp îndelungat, chiar săptămâni, se poate confunda cu vărsăturile simple, până când simptomele perioadei a doua ne obligă să constatăm că de fapt avem de-a face cu vărsături grave.

Trecerea din perioada prodromală în perioada de stare se face insidios, totuși se citează cazuri în literatură unde trecerea s'a făcut așa de brusc, încât a fost nevoie de o intervenție rapidă și radicală. Durata perioadei de stare este cam de două până la trei săptămâni. Dacă în acest timp prin tratament nu obținem o ameliorare este mai mult ca sigur că boala va evolua în perioada a treia, de turburări cerebrale. Această din urmă este scurtă ține până la cinci zile, sfârșitul letal poate surveni și după douzeci și patru de ore.

Complicațiile.

În perioada terminală apar câteodată stări congestive ale aparatului respirator. Bronchopneumonii cari evoluează fatal având în vedere starea de denutriție și anergie a organismului. Mărgăritărele gurii ca în toate stările de cașesie. Stomatite sub diferite forme dela simple congestii gingivale până la ulcerări profunde cu expulsări de dinți.

Icterul în această perioadă constituie o complicație dintre cele mai frecvente, până când în perioada a doua nu prezintă nici o gravitate, în perioada a treia denotă totdeauna un prognostic foarte serios. Intensitatea este varia-

bilă dela un ușor subicter până la icterul melas trecând uneori într'o insuficiență gravă cu ciroză.

Colibaciloza, colicistita pot completa corolarul complicațiilor.

Diagnosticul.

Este ușor de pus. Bolnava prezintă vărsăturile numai de când este însărcinată. Inșă după cum spune Brindeau „la toate femeile susceptibile de a fi însărcinate și cari au turburări digestive, trebuie să facem un examen atent al uterului pentru a recunoaște o sarcină care poate să fie cauza turburărilor constatate. Invers, la toate femeile însărcinate cari prezintă vărsături, trebuie să se facă un examen atent al aparatului digestiv și al sistemului nervos pentru a nu cădea în greșeala de-a atribui sarcinei vărsături a căror cauză poate fi cu totul alta.”

Diagnosticul diferențial trebuie să-l facem cu afecțiunile la cari simptomul principal, cel puțin în aparență, este vărsătura. Aceste sunt mai ales afecțiunile sistemului nervos central și afecțiunile aparatului digestiv, care pot să coincidă cu sarcina.

Dintre maladiile sistemului nervos central cu cari trebuie să facem, mai frecvent diagnosticul diferențial sunt: tumorile cerebrale, tabesul, meningitele și migrena.

In tumorile cerebrale vărsăturile se fac fără nici o sforțare ca și în sarcină însă nu sunt precedate de senzația de greață atât de desagreabilă, cum sunt precedate cele din sarcină. Durerea de cap este nelipsită în tumori, precum și atrofia papilei nervului optic, semne cari lipsesc în vărsăturile incoercibile din sarcină. După aceea în tumori sunt nelipsite simptomele de focar, corespunzătoare funcțiilor lobilor cerebrali sau segmentelor spinale în care sunt localizate tumorile.

In tabes pe lângă vărsături sunt prezente alte simptome. Argyll—Robertsohn în care reflexul foto-motor este abolit, iar cel de acomodare păstrat. Reflexele osteo-tendinoase abolite. Dureri fulgurante în extremitățile inferioare. Romberg pozitiv. In lichidul cefalo-rachidian reacțiunile biologice, R. W., benzoë coloidal, Pandy pozitive, limfocitoza mărită. Toate aceste simptome lipsesc în vărsăturile incoercibile din sarcină.

Meningitele se produc în urma unei infecțiuni oarecare mai frecvent bacilul Koch și meningococul lui Weichselbaum, mai rar: pneumococ, streptococ, stafilococ sau gonococ. Temperatura este nelipsită în meningite și încă este o temperatură ridicată 38—39 de grade uneori și mai mult. În meningite cefaleia intensă este nelipsită, rigiditatea cefei datorită iritației și inflamației meningelui. Kernig pozitiv. Respirația uneori de tip Cheyne—Stokes. Herpes labial și nazal semnul acesta apare mai ales în meningita cerebro-spinală epidemică. Lichidul cefalo-rachidian totdeauna este turbure de culoare gălbue și la examenul microscopic se pot pune în evidență microbii respectivi. În baza acestor simptome deși bolnavele prezintă vărsături putem să le diferențiem foarte ușor de vărsăturile incoercibile din sarcină.

Migrena se manifestă prin dureri de cap foarte violente, localizate periorbitar. Survin periodic în formă de accese, la intervale mari, durează una până în două zile și sunt însoțite de vărsături. După aceasta bolnava se simte complet sănătoasă o bucată de timp.

În afecțiunile aparatului digestiv vărsăturile au un orar fix, apar pre sau postprandial și tabloul clinic este dominat de durere nu de vărsături. Durerea este localizată în anumite puncte semnificative pentru diferitele afecțiuni. Iar cu ajutorul radioscopiei se poate pune întotdeauna diagnosticul cu certitudine.

Este mai greu de a discerne dacă suntem în fața unei vărsături ușoare sau grave. Singură evoluția ne-o poate arăta. Medicul întotdeauna trebuie să observe cu atenție evoluția fiecărui caz în parte și să facă uz la momentul oportun de toate mijloacele pe care terapeutică i le pune la dispoziție, pentru ca să nu ajungă în situația neplăcută de a nu mai putea salva nimic.

S'au văzut cazuri unde trecerea dela forma simplă la forma gravă s'a făcut așa de rapid încât a fost nevoie să se procedeze imediat la evacuarea uterului.

Prognosticul.

Formele ușoare sau simple de vindecă întotdeauna cel mai târziu până în luna a patra. De regulă când apar primele mișcări fetale. Sarcina își continuă drumul său normal până la sfârșit.

În formele grave vindecările spontane survin mai rar după unii autori (Fabre) mortalitatea se urcă la 30% este o cifră exsagerată pe care azi n'o mai întâlnim. Prin moartea oului și avortul spontan, care se produce uneori bolnava se vindecă. Dacă prin tratamentul conservativ, de care nu e permis să ne dispensăm niciodată, boala n'a cedat, avortul spontan n'a survenit, iar cel terapeutic n'a fost instituit, bolnava sucombă.

Cazurile, la cari anuria este complectă, icterul de o intensitate extremă, în acelaș timp turburările cerebrale sunt intense, putem să spunem că vor avea un sfârșit fatal.

Sunt cazuri cari deși am reușit să le salvăm, o restituție ad integrum n'a reușit. Bolnava a rămas cu sechele ca : polinevrite, paralizii, psihoze periodice, turburări ale sensibilității profunde, etc. Alte ori ca urmare a denutriției pronunțate și a anergiei evidente se instalează o tuberculoză care apoi este fatală (Brindeau).

Anatomia patologică

Se constată o congestie a mucoasei gastrice cu hemoragii interstițiale sau superficiale. În cazurile grave în cari avem manifestațiuni nervoase polinevritice se constată tabloul anatomo-patologic caracteristic acestei afecțiuni. O degenerescență pariaxilară, adică interesează numai teaca de mielină, fără să prindă și cilindrul-axil. În cazurile și mai avansate este interesat și cilindrul axil. În acest caz se constată leziuni și în coarțele anterioare ale măduvei spinării, iar în nervul periferic se constată o degenerescență de tip walerian.

Patogenia

În ce privește modul de producere al vărsăturilor din sarcină s'au emis mai multe teorii. Ca la ori și ce boală,

teoriile multe ne arată că patogenia încă nu se cunoaște precis, tot așa și aici. Sunt însă cazuri cari se adaptează unei teorii, iar altele evoluează după principiul altei teorii.

Teoria reflexă.

Între uter și stomac există o legătură nervoasă foarte strânsă. Fibrele nervoase ale uterului sunt în legătură cu ramurile stomachice anterioare și posterioare ale pneumogastricului, prin intermediul ganglionului solar și al plexului simpatic.

În baza acestor conexiuni nervoase, s'a emis ipoteza că alterațiunile dela nivelul uterului ar produce pe cale reflexă vărsăturile.

Toată patologia uterină a fost încriminată. Bonnet a arătat rolul ulcerățiunilor, Graily a deviațiunilor uterine, Mac Clintock susține că distensiunea uterului în sarcina gemelară sau un hidramnios ar fi susceptibile să declanșeze și să întrețină vărsăturile incoercibile.

De fapt sunt cazuri la cari vărsăturile încetează după vindecarea leziunilor dela nivelul uterului sau după repunerea lui în poziție normală. Altele însă continuă să verse și pe mai departe și atunci suntem obligați să căutăm originea vărsăturilor în altă parte. Prin urmare concluzia ce reiasă este, că trebuie să înlăturăm orice iritație dela nivelul uterului, pentru că aceste iritații pot da naștere, în unele împrejurări, vărsăturilor.

Teoria șocului anafilactic.

Șocul anafilactic este o stare de hipersensibilitate a organismului, care se produce ori decâte ori se introduce în organism, pe cale paranterală, o substanță străină organismului respectiv, Apare brusc cu febră, tachicardie, convulsii, sincopă și lipsa fenomenelor secundare.

M. Levy-Solal, în baza manifestațiunilor clinice, aseamănă vărsăturile cu un șoc anafilactic. De fapt și acestea apar brusc, dispar repede, sunt însoțite de tachicardie, însă lipsesc fenomenele secundare. Sunt unele bolnave, la care ce e drept, se constată o hipersensibilitate față de extractele placentare și fetale. Vărsăturile acestor bolnave se vindecă prin desensibilizarea specifică.

Teoria aceasta nu are valoare absolută, pentru că

aceste cazuri se vindecă și prin desensibilizarea nespecifică, prin peptonoterapie.

Autorii vorbesc apoi de lipsa fenomenelor secundare, însă constipația, oliguria, icterul, denutriția, sunt toate fenomene secundare destul de alarmante și uneori de o gravitate remarcabilă.

Teoria gastrică a vărsăturifer.

G. Leven susține că nu există vărsături de natură gravidică și cele cari acompaniază sarcina sunt datorite dispepsiei,ptozei gastrice și aeorfagiei.

Prin prezența sarcinei plexul solar se irită. Suferința plexului ar produce apoi *dispepsia*. Dispepsia se caracterizează apoi prin iperaciditate, arsuri, jenă epigastrică, apetit capricios, senzație de plenitudine, greutate în stomac, anorexie, dispnee, palpitații. Tabloul simptomatologic este completat de vărsăturile rebele, uneori incoercibile. Dacă bolnava își satisface apetitul capricios dispepsia devine din ce în ce mai pronunțată, din contră dacă bolnava ia alimente ce se digeră ușor, dispepsia nu se mai instalează, sau dacă a apărut dispare repede.

Leven a mai observat apoi unele cazuri la cari dispepsia nu dispărea după tratamentul corespunzător. Cercetând mai amănunțit a constatat la aceste cazuri o dilatație și o *ptoză a stomacului*. De altfel așa se și explică de ce, spune Leven, vărsăturile dispar în luna a patra, când uterul este destul de mărit, ca să poată ridica automat și în mod mecanic stomacul. Ptoza este prezentă, și în afară de sarcină. Vărsăturile nu se produc fiindcă plexul solar este liniștit și femeia are un apetit normal și nu capricios ca în sarcină.!

Este apoi o a treia categorie de bolnave, la care nu obținem vindecare nici prin tratamentulptozei nici prin cel al dispepsiei. La această categorie se constată însă *aerofagie*. Bolnavele prezintă o balonare pronunțată a stomacului imediat după mâncare, urmată apoi de vărsături. În aerofagie sunt constante vărsăturile pituitare a lui Mathieu. Sunt formate mai mult din salivă. Sfincterul cardiei se contractă spasmodic și saliva se adună în esofag. Esofagul se dilată, saliva se adună în cantitate mare în esofag, după un anumit timp saliva aceasta este eliminată prin vărsături, în acelaș timp cedează și spasmul cardiei și bolnava elimină

și alimente. În aerofagie, mai alarmante sunt simptomele organelor din vecinătate, plămâni, cord și intestine.

În aceste trei categorii de afecțiuni gastrice, Roland Leven încadrează toate cazurile de vărsături incoercibile ale gravidelor. De fapt prin tratamentul acestor afecțiuni obținem de multeori vindecări, însă suntem departe de a putea afirma că toate cazurile se vindecă numai prin acest tratament.

Teoria nervoasă.

La toate bolnavele acestea se constată o hipersensibilitate a sistemului nervos și, mai ales, un dezechilibru al sistemului nervos organo-vegetativ,

Vărsăturile din sarcină, ce e drept, se aseamănă mult cu cele din neurastenii și, mai ales, cu cele din histerie. În baza acestei asemănări, s'a susținut că bolnava suferă în realitate de o nevroză funcțională. Apoi lipsa leziunilor anatomico-patologice, excitabilitatea reflexă mărită, facultatea de inhibiție micșorată a eșecurilor terapeutice (Bumm) și obținerea de vindecări prin metode psihice întăresc această concepție. De fapt, prin sugestie și prin calmante ale sistemului nervos, se pot obține vindecări, precum de multe ori putem să avem și eșecuri. Astfel prin simple badijonări ale colului uterin cu creion de nitrat de argint, sau un simplu tușeu vaginal au fost susceptibile să producă vindecări definitive. Deși prin metodele cari se adresează unui dezechilibru funcțional al sistemului nervos nu obținem rezultate în toate cazurile, totuși trebuie să recunoaștem că în majoritatea absolută a cazurilor se constată o hiperexcitabilitate a sistemului nervos, de care trebuie să ținem socoteală la tratament.

Teoria toxică.

În orice intoxicațiune primul simptom este accelerarea pulsului și apoi vărsăturile. Pinard susține că acelaș lucru se întâmplă și în vărsăturile cari însoțesc sarcina. Există în aceste cazuri o intoxicațiune, după cum o numește Pinard, de natură gravidică.

Din activitatea de dezasimilație a celulelor organismului rezultă o serie de produse cari sunt toxice pentru organism. Organismul însă se debarasează de aceste substanțe nocive, prin funcțiunea antitoxică a ficatului și probabil prin formarea de anticorpi. Uneori celula hepatică pre-

zintă o insuficiență funcțională și atunci nu se poate achita de funcțiunea sa antitoxică, Insuficiența hepatică se instalează după cauze foarte variate. Una dintre acestea și care se pare să fie în vărsăturile incoercibile este (Hoffmann, Givens) lipsa hidraților de carbon.

Hidrații de carbon, în urma trebuinței fetale, se utilizează în cantitate mai mare. Fiind hidrații de carbon în organism în cantitate mai mică, funcțiunea antitoxică a ficatului diminuează. Toxinele nu pot fi distruse și pe măsură ce se produc, trec în sânge ajungând la bulb irită centrul vomitiv și astfel se produc vărsăturile, Vărsăturile, odată declarate, hidrații de carbon, deși trebuința este mărită, nu pot să ajungă în organism în cantitate suficientă, astfel funcțiunea antitoxică a ficatului diminuează și mai mult, iar toxemia crește mereu.

Pe de altă parte la gravide toxinele sunt în cantitate și mai mare decât la alți indivizi. Ele sunt sporite prin produsele de dezasinilare de natură fetală și prin toxinele secretate de placentă. Celulele sincițiale, care acoperă vilozitățile coriale, secretă o toxină numită sincițiolizina. Aceste substanțe de alt fel se pot pune în evidență prin reacția lui Abderhalden, chiar de la începutul sarcinei.

S'a susținut apoi că organismul mai luptă în contra toxinelor și prin formarea de antitoxine. Reacțiunea de deviere a complementului, după metoda Bordet-Gengoux, în multe cazuri este pozitivă, iar prin tratamentul cu ser de la gravidă normală, în care se presupune că sunt aceste antitoxine, obținem vindecări complete în foarte multe cazuri.

Teoria endocrină.

Mai nou se insistă asupra rolului sistemului endocrin în patogenia vărsăturilor incoercibile. Se susține că glanda tiroidă, corpul galben, pancreasul și mai ales glandele suprarenale ar avea un rol activ în producerea vărsăturilor. Nu se spune nimic despre hipofiză și n'ar fi exclus ca să aibă un oarecare rol, mai ales că ea prin hipofizo-stimulare dirijează întreg sistemul endocrin.

Toxinele gravidice circulând în sânge produc alterațiuni la nivelul glandelor endocrine, mai puțin de natură organică și mai mult de ordin funcțional. Funcțiunea lor devine insuficientă. Pare să fie plausibilă această teorie,

pentru că se obțin vindecări prin injecțiuni cu extract de corp galben, prin insulină, prin extract de tiroidă și mai frecvent prin adrenalină. Totuși numărul cazurilor vindecate prin extracte glandulare nu ne îndreptățește să susținem că la baza tuturor cazurilor stă insuficiența glandulară.



TRATAMENTUL.

Tratamentul oricărei afecțiuni este eficace numai atunci când se poate institui un tratament etiologic și patogenetic. Ori cum patogenia vărsăturilor din sarcină nu este încă complet elucidată tratamentul se face mai mult simptomatic.

Tratamentul vărsăturilor simple.

Se urmărește conservarea sarcinei până în luna a patra, pentru că dela această dată aceste forme cedează dela sine.

Tratamentul constă din :

Calmarea sistemului nervos.

Regim alimentar adecvat,

Seroterapie.

Tratament desensibilizant.

Opoterapie.

Calmarea sistemului nervos. Având în vedere starea de hiperexcitabilitate a bolnovei, vom urmări în primul rând calmarea sistemului nervos, pe care o obținem cu beladonă, chloral, bromuri și în general prin sedativele obișnuite. Tot cu scopul acesta sfătuim bolnava, să evite emoțiile și surmenajul de ori și ce natură. Calmantele în vărsăturile simple nu sunt așa de necesare, după cum vom vedea că sunt în formele grave a vărsăturilor.

Regimul alimentar. Rolul mai important în trata-

mentul acestor forme îl are regimul alimentar. Se recomandă un regim lactat hidric, eliminăm alimentele fermentate și conservate. Voi da după R. Leven! principiile generale în alcătuirea regimului.

Dejunul: se compune din 100 gr. lapte, la care putem adăoga 50 gr. ceaiu, se ia totul cu o bucată de cozonac. Dacă vărsăturile apar dimineața, la deșteptare, laptele este bine să fie luat încă până ce bolnava este în pat. Bolnava se scoală apoi numai după $\frac{1}{2}$ până la 1 oră.

Prânzul și cina :

Se compun din ouă, carne de pui, miel, vițel, pește, legume și desert. Pâine prăjită 2—3 bucați la zi.

Ouă: se ia unu la o măsură, dacă bolnava tolerează poate să ia 2 sau 3.

Carnea de miel, vițel și de pui se dă în cantitate de 36 gr. la început, mărind cantitatea progresiv fără să depășim însă cantitatea de 60 gr.

Carnea de pește să dă în cantitate de 50 de gr. mărim încontinuu cantitatea până la 80 de gr., fără să trecem peste această cantitate. Dintre pești să dă: limandă, merlan, știucă, păstrăv etc.

Legumele se dau sub formă de pireu. Dăm cartofi, mazere, fasole, pireu de castane, orez, sub diferite forme. Cantitatea de legume luate de bolnavă să nutreacă peste 180 de gr.

Desert. Pișcotă, gris în lapte, frișcă, gogoși, compot, geleu de mere și limonade. Bolnava ia din aceasta pe aceea care-i convin mai mult.

Dacă bolnavei îi place laptele poate să-l ia și la prânz sau cină.

Prin acest regim combatem și *constipația*. Dar dacă totuși constipația nu cedează administrăm în cantități mici sulfat de magneziu sau oleu mineral. Dacă după o săptămână delă acest tratament nu cedează, pentru a liniști bolnava îi facem o clismă cu apă caldă 200 gr. lapte 100 gr. Dacă e nevoie a doua zi repetăm clisma.

Regimul indicat mai sus se va aplica numai atâta timp cât țin vărsăturile. După aceea gravida poate să ia și alte alimente cu condiția să fie ușor degerabile și de o valoare

calorică mărită. Sub nici un motiv nu se admite ca bolnava să ia mâncări excitante și beuturi alcoolice.

Seroterapie. Se face cu ser de gravidă normală. Se injectează ser în cantitate de 15—20—30 cc. zilnic. Dacă se poate serul să provină de la o gravidă a cărei sarcină are aceeași vârstă cu a bolnavei. Sau dacă nu, să fie în tot cazul o sarcină recentă. Prin seroterapie se aduc principii noi de apărare și acțiune, organismului debilitat. Probabil anticorpi meniți să neutralizeze toxinele placento-fetale.

Se mai recomandă apoi ser de iapă gravidă cu decurs normal, care conține diastaze placentare produse în cantitate insuficientă de organismul femeii bolnave. Se dă pe cale bucală, rectală sau hipodermică în cantitate de 20—30 de cm³, la zi.

Tratamentul desensibilizant. Desensibilizarea specifică se face cu extract placentar, se injectează intracutan 0,25 după o oră 1 cc. din extractul placentar, iar după 2 ore restul.

Desensibilizarea nespecifică se face cu peptonă. Se dă 0,1—0,2—0,3 cc. progresiv în total 10 injecții.

Tot în scopul acesta se injectează „reticulina M“ prof. Iuliu Moldovan. Este un preparat ipotensiv și antianafilactic. Se obține prin injecții la animale pe cale intravenoasă sau intraperitoneală, cu diferite substanțe coloidale. (tuș de china etc.) Pe lângă proprietățile de mai sus se pare că are și alte proprietăți și tocmai din acelea ce se cer mai mult în combaterea toxicozelor gravidice. Se administrează 6 injecții câte una pe zi subcutanat. Dl. Docen I. Voicu publică 2 cazuri tratate cu reticulina M. numai unul sa vindecat. La primul caz, la acel vindecat, proba cu adrenalina a arătat că este o vagotonă. Această metodă este în curs de experimentare.

Autohemoterapia. Se face cu scopul de a provoca un șoc hemoclastic. Unii medici au obținut rezultate bune prin această metodă, alții din contra au înregistrat eșecuri. Metoda constă în a reinjecta subcutanat unei bolnave câțiva cc. din propriul său sânge. Stimulează reacțiunile organice prin acțiunea sa anticoloido-clazică, prin acțiunea sa desensibilizantă. Se injectează 10—20 cc. odată. La început, o injecție tot la trei zile, apoi și mai rar. În medie sunt suficiente 5—10 injecții.

Opoterapia. În primul rând se administrează adrenalina. Este extractul medulo-suprarenal, acționează asupra sistemului cardio-vascular, musculaturii netede, metabolismului bazal, are o acțiune importantă asupra sistemului vegetativ. Adrenalina se dă numai la bolnavele vagotone. La acestea produce o încetinire a pulsului și scade tensiunea, la simpaticotone temperatura se urcă pulsul devine frecvent, apar bufeuri de căldură și zahăr în urină. Se dă în injecții, șase zile consecutiv, o injecție conține 1 ctgr.

Prin extract de tiroidă în cantitate de 0,30 ctgr la zi uneori și mai mult s'au obținut ameliorări.

Extractul de corp galben în injecții intravenoase sau întra musculare deasemenea a dat rezultate bune la unele bolnave,

Insulina acționează cu siguranță asupra metabolismului hidraților de carbon. Se administrează de 2 ori la zi înainte de mâncare câte 5—10 unități în doze crescânde.

Trebuie să fim atenți să nu trecem cu vederea o afecțiune de la nivelul stomacului, dispepsia, ptoza sau aerofegia, în caz că aceste afecțiuni sunt prezente vom face tratamentul corespunzător. Tratăm mai departe în totdeauna leziunile uterului, vom vedea deviațiunile uterine. Toate acestea pot juca rolul unui element iritativ.

Tratamentul vărsăturilor grave

În linii generale este asemănător cu cel din forma simplă. Urmăm exact aceeași procedură, cu deosebirea că tratamentul calmant, după cum vom vedea este mai energetic, apoi îl complectăm cu o rehidratare, combatem și acidoza. Când prin tratamentul formelor simple, complectat în felul de mai sus, n'am reușit să vindecăm bolnava, recurgem la avortul terapeutic. Acesta din urmă se face numai în caz de extremă urgență.

Calmarea sistemului nervos. Se face prin repaus la pat și medicamente sedative.

Sfătuim bolnava să stea în pat, într-o cameră izolată. Să fie vizitată de cât mai puține persoane. Repausul la pat este un element de o importanță capitală, pentru că de multe ori el singur este suficient să reducă excitabili-

tatea sistemului nervos. Izolarea este bună pentru că de multe ori anturajul prea numeros obosește și indispoze bolnava. Lăsăm numai acele persoane cari sunt mai agreate de bolnavă și care de multe ori exercită un efect sugestiv favorabil asupra bolnavei.

Medicamentele sedative. Sunt reprezentate prin cloral, gardenal, atropină mai ales la bolnavele cu hipersalivație, eserină la cele cu tachicardie, bismut, bromuri, apă cloroformată. Se aplică pe cale rectală sub formă de clismă, sau parenterală sub formă de injecții, pentru că vărsăturile fac imposibilă administrarea pe cale bucală,

Cloralul se dă sub formă de clismă goutte-à-goutte. Irită mucoasa rectală, de aceea îl dăm în lapte.

Rp. Hidrat de cloral 3.0 gr.
Gălbenuș de ou No. 1
Lapte 100.0 gr.
M. D. S. Pt. clismă.

Gardenalul. Are o influență electivă asupra anxietății. Se dă în injecții subcutanate. Două injecții la zi de câte 1 cc. Conține 10 ctgr. gardenal. În supozitorii, două la zi. Dela a patra zi se dă per os în comprimate ce conțin 5 ctgr. o jumătate de comprimat odată de patru ori în 24 de ore. Se ia cu 30 minute înainte de masă.

Atropina paralizează nervul vag, prin urmare reduce starea vagotonică. Se administrează în injecții subcutanate de sulfat neutru de atropină, în doză de o jumătate de miligram, de două ori la zi.

Bromul sub formă de bromuri diminuează excitabilitatea directă și reflexă a sistemului nervos central, ajută apariția somnului și are acțiune calmantă.

Rp. Bromură de sodiu
Bromură de potasiu
Bromură de calciu a—a 5.0 gr.
Sirop de scoarță de port 150.0 gr.
M. D. S, 3 linguri la zi după mâncare.

Apa cloroformată are mai multă acțiune anestezică asupra mucoasei stomacale. Tot în scopul acesta mai putem administra cocaina.

Rp. Căcaină hidroclorică 20 ctg.
Zahar alb 3 gr.
M. f. pulv. div. în dos.
aequ. Nr. X.
D. S. 2—3 prafuri la zi

Menthol în soluție alcoolică de 90°. Se face o soluție de 1 : 30. 20—10 picături.

Eter 10—20 picături în apă zaharată.

Tot pentru a diminua excitabilitatea senzitivă de origine abdominală se aplică local pungă cu gheață, comprese reci, pulverizație cu clorură de etil, etc.

Rehidratarea. Se face prin administrarea de lichide pe cale bucală, intravenoasă, subcutanată și rectală. Pe cale bucală se administrează lichide cu apă, ceaiuri, diferite supe apoase. Din cauza intoleranței gastrice, însă suntem nevoiți mai întotdeauna să renunțăm la această cale și să recurgem la celelalte.

Pe cale intravenoasă, subcutanată și rectală dăm ser fiziologic în cantitate de 500—1000—1500 cc. pe zi. Serul este izotonic, adică la 1000 cc. de apă distilată se pune 9 gr. de clorură de sodiu, o compoziție asemănătoare serului sanguin. Pe cale intravenoasă nu administrăm brusc, ci lent, cam 50 cc. pe minut și de mai multe ori la zi.

Pe cale rectală sub formă de clismă cu ajutorul unui dispozitiv în așa fel aranjat ca serul să ajungă picătură cu picătură la nivelul mucoasei rectale. În soluția de ser fiziologic se poate pune glucoză, astfel în acelaș timp și alimentăm bolnava, sau medicamente ca chloralhidrat de morfină, etc.

Pentru rehidratare este mai bună întotdeauna apă, care se ingerează pe cale bucală, pentru că injecțiile de ser și clismele picătură cu picătură produc în urma instabilității apei, administrată sub această formă, o diureză accentuată, astfel rehidratarea se face foarte incet. Din contră prin ingerarea de lichide diureza scade, apa se reține în cantitate mai mare și în felul acesta rehidratarea și creșterea în greutate a organismului se poate obține mai repede. De aceea imediat ce vărsăturile vor începe să cedeze cât de puțin, vom recurge la această metodă.

Regimul alimentar. Se administrează un regim lactat hidric.

În primele 24 de ore suprimăm orice alimentare.

În ziua a doua. Încercăm o alimentare cu ceai sau infuzie de portocale 1000—1500 gr. Dăm cu lingurița tot la o oră atâta cantitate cât poate să ia.

În ziua a treia. 1500 gr. dintr'un amestec de lapte cu ceai, părți egale. Se ia tot la o oră și jumătate cam 150 gr. din acest amestec.

În ziua a patra, Se ia 150 gr. lapte tot la trei ore câte 300 gr. odată.

Din ziua a patra începem cu alimentarea pe care am indicat-o la forma simplă (vezi pagina 25—26).

Dacă intoleranța gastrică este atât de pronunțată încât bolnava nu poate lua nimic pe cale bucală, facem apel la clisme alimentare, sau injecții intravenoase cu glucoză. În clisme, după metoda Murphy, administrăm până la 500 cc. de ser glucozat, care conține glucoză 40‰, intravenos dăm din aceeași soluție până la 150 gr. zilnic. Clismele alimentare, după cum am văzut, pot fi combinate cu cele calmante, sau cu cele pentru rehidratare. Prin administrare de glucoză, în același timp combatem și acidoza.

Seroterapia, tratamentul desensibilizant și opoterapic sunt identice cu cele dela forma simplă a vărsăturilor.

Avortul terapeutic. Înainte de a proceda la această metodă radicală, trebuie să mai încercăm și psihoterapia. Pentru această izolăm bolnava într'o cameră separată și într'un serviciu spitalicesc. Facem un examen al organelor genitale și eventual cauterizăm cu creion de nitrat de argint colul uterin, sau aplicăm un pesar, liniștim apoi bolnava spunându-i că afecțiunea a fost tratată. Se mai poate face o narcoză și după deșteptare spunem că sarcina a fost intreruptă. Aceste metode sugestive au uneori un efect miraculos.

Când prin aceste metode nu putem readuce bolnava la starea de dinainte de sarcină, suntem obligați, pentru a-i salva viața, să facem apel la avort. Luăm toate măsurile de precauțiune necesare pentru a nu expune bolnava unei infecțiuni secundare.

Tehnica avortului. Anestezie generală cu eter sau calmant general, ca dilaudid, tutocaină, etc.

Se face în doi timpi. I. Bolnava stă în poziție gine-

cologică, se face o dezinfecție a organelor genitale externe cu apă și săpun lichid, se completează apoi cu sublimat 1 : 1000, apă oxigenată sau alcool iodat. Introducerea valvelor și desinfecția cavității vaginale cu apă oxigenată, apoi badionăm colul uterin cu tinctură de iod. Introducerea histerometrului în cavitatea uterină pentru orientare, apoi dilatarea progresivă a colului cu hegare sterilizate până la Nr. 9—10. Introducem o laminarie sterilă Nr. 6—8. Scoatem valvele, se lasă apoi totul pentru timpul al doilea.

Timpul II. După 16—24 ore se scoate laminaria și se completează dilatarea progresivă a colului uterin cu hegare până ajungem la hegarul Nr. 50—22—24. Evacuăm cavitatea uterină cu o pensă Schültze și apoi complectăm cu o chiuretă boantă. Indiciul terminal ni l oferă sgomotul mai mult palpatoric de raclare a peretelui uterin.



OBSERVAȚII CLINICE

Observația I. Bolnava S. A. de 26 ani, căsătorită intră în Clinică în 15. II. 1937. În antecedentele heredocolaterale nimic de remarcat. În antecedentele personale a suferit de reumatism poliarticular înainte cu 2 ani.

Ciclul sexual. Menstruată la 17 ani. Periodicitatea la 4 săptămâni. durata 4 zile, cantitatea abundentă, cu dureri. Ultima menstruație în 23. XII. 1936. Primipară.

Vine în clinică din cauza vărsăturilor incoercibile, ce datează de 3 săptămâni.

Examenul genital. Uter în ant. v. flex. mărimea corespunde unei sarcini în luna a doua și jumătate, la stânga o tumoră chistică cât un pumn. La proba cu adrenalina simpaticotonă.

Diag. Hipermeză gravidică. Uter didelf, sept vaginal incomplet, două porțiuni vaginale; două utere gravide în luna a doua și jumătate.

Tratament. Regim lactat hidric. Injecții cu glucoză. Ser de gravidă normală 10 cm³ zilnic.

Părăsește clinica în 27. II. complet restabilă.

Observația II. Bolnava E. G. de 21 ani căsătorită. Intră în clinică în 25. VI 1937. În antecedentele heredocolaterale și personale nimic important.

Ciclul sexual. Menstruată la 13 ani și jumătate, periodicitatea la 28 zile, durata 5 zile, în cantitate redusă și fără inconveniente. Ultima menstruație în 10. IV 1937. Primipară.

Vine în clinică pentru lipsa de pofta de mâncare, grețuri și vărsături.

Examinarea: La examenul general ușoară anemie:

Hemati	3.600.000
Hgl.	60%
Leucocite	6.800
Pofinucleare	76%
Limfocite	19%
Monocite	3%
Eozonofile	1%

La pasajul cu Bariu, ptoză duodenală. La examenul urinei: albumină, puroi și zahăr negativ. Tot timpul afebrilă, pulsul 130.

Examenul genital: Uter hiperante-versie flexie, mărit, moale, anexele libere. Diag. gravidă în luna a doua hiperemeză gravidică.

Tratament. Prin tratamentul conservativ nu s'a putut obține nici un rezultat. de aceea s'a procedat la avortul terapeutic.

Părăsește clinica în 7. IV. complet restabilită.

Observația III. Bolnava L. A. de 20 ani, căsătorită. Intră în clinica în 19. VIII. In antecedentele heredo-colaterale și personale, nimic de remarcat.

Ciclul sexual. Menstruația la 12 ani, periodicitatea la la 4 săptămâni, durata 3 zile, cantitatea abundentă și cu dureri. Ultima menstruație a fost în 15. VII. 1937.

Este a doua sarcină. Ultima înainte cu 2 ani și 3 luni. A născut la termen și spontan.

Bolnava vine în clinică pentru amenoree de 5 săptămâni, greață, vărsături și sialoree.

La examenul genital. Uter în a. v, flex. mărit de volum, moale, corespunzător unei sarcini în luna a doua.

La examenul medical nimic important.

Diag. Gravidă în luna a doua: hiperemeză gravidică.

Tratament. Injecții intravenoase cu glucoză și tablete de gravomit.

Părăsește clinica ameliorată.

Observația IV. Bolnava V. E. de 23 ani, căsătorită. Intră în clinică în 8. XI. 1938. In antecedentele heredo-colaterale nimic deosebit, In cele personale, a suferit de scarlatină la vârsta de 16 ani.

Ciclul sexual. Menstruată la 14 ani. Periodicitatea la 4 săptămâni. Durata 3 zile, cantitate potrivită și fără inconveniente. Ultima menstruație în 25. IX. 1938. Este o primipară.

Vine în clinică pentru lipsa de poftă de mâncare, greață și vărsături

Examinare. Medical nimic deosebit. Genital, uter în a. v. flex. mărit, colul uterin nepermeabil.

Diag. Gravidă în luna a doua și hiperemeză gravidică.

Tratament, Ser de gravidă normală.

Observația V. Bolnava J. A. de 26 ani, căsătorita. Intră în clinică în 2. VIII. 1939. Antecedente heredo-colaterale, mama a suferit de t. b. c. In antecedentele personale, ulcer gastric.

Ciclu sexual. Menstruată la 16 ani, periodicitatea 28 zile, durata 6 zile, cantitatea abundentă și fără nici un inconvenient. Ultima menstruație 28 Iunie.

Bolnava intră în clinică pentru vărsături.

Examinarea. Medical se constată ulcer gastric. Genital, uter în a. v. flex. mărit corespunzător unei sarcini în luna a doua.

Diagn. Gravidă în luna a doua, iperimeză gravidică, ulcer gastric.

Se face tratamentul conservativ al ulcerului gastric. Ser de gravidă normală.

Bolnava părăsește clinica ameliorată.

Observația VI. Bolnava S. M. de 19 ani, căsătorită. Intră în clinică în 21. XI. 1939. În antecedentele heredo-colaterale nimic important. În cele personale; la vârsta de 10 ani a suferit de o afecțiune gastrică cu dureri și vărsături, pentru care a fost internată în spital.

Ciclu sexual. Menstruația la 15 ani, periodicitatea la 6—8 săptămâni, durata 7 zile, cantitatea abundentă și fără inconveniente. Ultima menstruație în urmă cu 4 luni. Este primipară.

Bolnava vine în clinică pentru amenoree de 4 luni, dureri în epigastru și hipocondru stâng, vărsături incoercibile, cari datează de o săptămână.

Examinare. Medical nu se constată nimic. Genital, uter în a. v. flex. mărit corespunzător unei sarcini în luna a treia.

Diagn. Gravidă în luna a treia, hiperimeză gravidică.

Tratament. Injecții intravenoase cu glucoza și subcutanat cu insulină.

Bolnava părăsește clinica după 8 zile, complet restabilită.



CONCLUZIUNI

Vărsăturile incoercibile în sarcină sunt o complicațiune destul de frecventă și uneori de-o gravitate deosebită.

Se prezintă sub două aspecte clinice: vărsături simple sau ușoare și vărsături grave.

Ambele forme apar în prima lună a sarcinei, cel mai târziu în luna a doua. Dispar în luna a patra, de regulă atunci când apar primele mișcări fetale.

Frecvența vărsăturilor simple este de 50%, iar a vărsăturilor grave de 2—5%.

În formele simple, intensitatea vărsăturilor este mică, astfel că bolnava se poate alimenta și starea generală se menține bună.

În formele grave, vărsăturile sunt de-o intensitate atât de mare încât bolnava nu se mai poate alimenta deloc. Se instalează o denutriție profundă cu tachicardie, constipație, oligurie, acidoză, icter pentru ca la urmă să se producă turburări nervoase, centrale și periferice.

Survîn la femeile cu o constituție astenică, debilă cu rezistența naturală redusă. Apoi la cele cu un dezechilibru vago-simpatic și cu insuficiența sistemului endocrin.

Sunt datorite unei toxicoze de natură gravidică, care acționând asupra organismului debilitat sau cu dezechilibru nervos ori insuficiență endocrină declanșează acest sindrom grav.

Tratamentul formelor simple se face prin repaus, regim mai mult lactat hidric, calmante ale sistemului nervos, ser de gravidă normală, extracte glandulare: suprarenală, corp galben, pancreas, tiroidă. Desensibilizarea cu extract placentar, reticulina M, și autohemoterapie.

In formele grave tratamentul este acelaș. Se acordă mai mare atenție însă calmării sistemului nervos. Se completează apoi cu rehidratare, combaterea acidozei și psihoterapie.

Dacă prin aceste mijloace conservative starea bolnavei nu se ameliorează, recurgem, ca ultim mijloc, la avortul terapeutic.

Aplicând acest tratament în toate cazurile se obțin vindecări.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Fac. de Medicină :
ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu**

Președintele tezei :
ss. **Prof. Dr. C. Grigoriu**



BIBLIOGRAFIE.

- P. Bar : Polynévrites et mononévrites gravidiques. (Bul. Soc. obst. de Paris. 1905. pag. 180.)
- Bonnaire : Sémiologie des vomissements incoercibles de la grossesse. (Presse médicale, 1908 No. 72 pag. 569.)
- A. Brindeau et Lantuéjoul : Quelques réflexions sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte (Paris Médical, 21 jun. 1924).
- A. Brindeau : La pratique de l'art des accouchements. vol. II. Paris 1927.
- Carlson Gustav : Uber Hyperemesis gravidarum. Berlin 1928.
- Cimoca V. : Formular therapeutic vol. II. Cluj. 1934.
- Cohen—Solal : Vomissements gravidiques, assimilation aux phénomènes de choc. Thèse de Paris 1926.
- Dubois P. : Vomissements de la grossesse. Gazette médicale 10 Avril 1952. p. 234—238.
- Fieux : Congrès national de Gynécologie. d'Obstétrique et de Pédiatrie. Toulouse 1910.
- Guéniot, Al. : Thèse d'Agégation. Paris 1863.
- Hoffmann T. et Givens : Role des Hydrates de carbone dans la toxémie gravidique précoce. The I. of. the Am. Med. Ass, 1920.
- Henri A. ; La valeur pronostique du coefficient de Maillard. Thèse, Paris 1933.
- Hațieganu—Goia : Patologie medicală. vol. II. 1936.
- Labbé M. : Rapport sur l'acidose. XVIII-e congrès français de Médecine, juillet 1925.
- Leven G. : La Dyspepsie. Paris 1922.
- Leven R. : Vomissements de la grossesse. Leur guérison même dans les formes les plus graves. Paris Thèse 1932.
- Pinard : Annales de Gynécologie et d'Obstétrique 1909.

Pouget : Vomissements de la grossesse et auto-hémothérapie. Bul. Soc. Obst. et Gyn. Paris. No. 6, pag. 430.

Revoire R. : La science des hormones Paris 1939.

Roullie A. : De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles. Thèse Paris 1913.

Savy : Traité de thérapeutique clinique. vol. I. Paris 1938.

Taylor I. et S. Taylor : Corps jaune dans les vomissements de la gestation. Pensylv. med. I. janvier 1923, pag. 252.

Vinay. Traité des maladies de la grossesse. Paris. 1894.

Voicu I. : Câteva rezultate obținute cu „Reticulina“ prof. I. Moldovan in oednecloze, dermatoze gravidice, iperemeză gravidică și hipertensiune arterială. Clujul medical. 1940. No. 4, pag. 204—209.

