

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

Nr. 1612

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA SARCINEI ȘI FIBROMULUI UTERIN



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 15 Iunie 1940

DE
BOGĂȚILĂ ELIZEU
fost extern titular al Clinicilor.

S. 18.

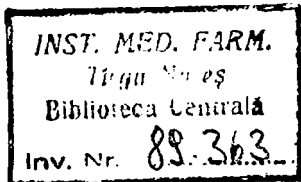
Nr. 1612

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA
SARCINEI ȘI FIBROMULUI
UTERIN



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 15 Iunie 1940

DE
BOGĂȚILĂ ELIZEU
fost extern titular al Clinicilor.



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. CR. GRIGORIU

MEMBRII: { „ „ ALEX. POP
„ „ V. BOLOGA
„ „ V. PAȚILIAN
„ „ GR. BENETATO

SUPLEANT: Conf. „ I. VOICU

INTRODUCERE.

Fibromiomul uterin este tumora de natură benignă pe care o întâlnim cel mai deseori în practica ginecologică. După Bayle, se pare că a cincea parte dintre femei ar suferi de această afecțiune, proporție pe care Faure o crede a fi mai mică decât în realitate, întrucât un mare număr de femei, cu noduli fibomatoși, neprezentând nicio turburare funcțională, nu parvin examenului medical.

Dacă fibromul uterin, cu toată marea lui frecvență, nu constituie decât rareori o amenințare pentru viața femeii, în schimb coexistența lui cu sarcina expune la pericole serioase atât evoluția oului cât și sănătatea mamei.

Atitudinea ginecologului în fața unor astfel de cazuri, de altminteri destul de rare, constituie totdeauna o problemă.

E destul de greu, uneori, să punem indicația tratamentului ce va trebui urmat, întrucât niciodată nu se poate ști modul în care vor evolua atât sarcina cât și fibromul. Dacă o parte dintre autori sunt pentru intervenția imediată, cei mai mulți susțin însă că intervenția trebuie să constituie o excepție, sarcina evoluând de cele mai deseori fără inconveniente până la termen.

Influența reciprocă dintre sarcină și fibrom, măsura în care fibromul intervine asupra concepției, evoluției sarcinii și facerii, ca și aceea în care sterilitatea sau fecunditatea ar interveni în producerea fibromului, sunt tot atât de întrebări asupra cărora răspunsul autorilor diferă într-o largă măsură.

Privită astfel în ansamblul ei, coexistența fibromului uterin cu sarcina, constituie o problemă de mare însemnătate atât din punct de vedere științific, cât mai ales practic.

Din studiul cazurilor observate în Clinica Ginecologică și Obstetricală precum și a celor publicate în literatură, voi căuta ca în lumina noilor cercetări să aduc unele contribuții acestei probleme atât de mult desbătute.



ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE.

Nu se cunoaște mecanismul prin care iau naștere primii noduli fibromatoși și nici factorii cari determină evoluția rapidă a unora în timp ce alții rămân toată viața staționari.

Galippe credea că aceste tumori sunt de natură microbiană, iar Vedeler o pune pe seama amibelor. Cercetările însă a numeroși autori n'au confirmat aceste teorii. Un rol important se pare că l'ar avea ereditatea, observându-se fibromiome adeseori la mai multe femei dintr'o aceeași familie. Cohnheim e de părere că aci ar fi vorba de aceeași factori ereditari ce intervin și în alte tumori.

În afară de ereditate se pare că un rol tot atât de important l'ar avea temperamentul, cu totul excepționale la limfatice, fibromiomele s'ar întâlni mai ales la neuro-artritice (Siredey, Landouzy).

De asemenea femeile cu fibromatoză ar avea o constituție anatomică cu totul particulară. Mavromati pe 50 de de cazuri găsește că femeile cu fibrom uterin s'ar caracteriza printr'o abundență de țesut grăsos dur, fibros, răspândit mai ales în jumătatea superioară a corpului, cu extremitățile subțiri, cu vergeturi pe abdomen și coapse, sistemul pilos mai dezvoltat pe tot corpul, în special cel pubian, extins pe abdomen și coapse (tip viriloid).

Hegar, semnalând coincidența foarte frecventă a leziunilor sclero-chistice ale ovarelor cu fibromiomele, crede că aci ar trebui căutată cauza.

Cercetările mai noi se par a confirma acțiunea secreției ovariene în etiologia fibromiomei. Astfel Lacassagne (1937), Moricard și Chauchoix (1938) și mai ales Lipchütz (1938/39) administrând la cobăițe și șobolance cantități mari de foliculină au putut determina, după două luni de tratament, o fibromatoză uterină de localizare și mărime variată, dela aceea a unei gămălii de ac până la aceea a unei nuci.

Cercetările la femei cu fibromatoză au pus în evidență o hiperfoliculinemie, ceea ce ar confirma ipoteza că

aceasta ar fi una dintre cauzele cele mai importante în predispoziția femeii la fibrom uterin.

Se pare că ar exista un grup de hormoni ce determină o anumită constituție anatomică, ce face ca țesutul fibros-conjunctiv să fie mai răspândit în organele de nutriție și în special în uter. În acest grup de hormoni cu acțiune fibrinogenă, rolul dominant i-ar reveni foliculinei și un rol mai puțin important unui hormon de natură hipofizară ce ar determina senilitatea fibrelor conjunctive proliferate sub acțiunea foliculinei. Pe lângă acest „sistem hormonal“ însă, pentru dezvoltarea unui fibrom ar mai fi nevoie și de un factor local. În genere se pare că așa cum se întâmplă în orice proces endocrinologic ar fi nevoie de un grup hormonal numit de Pende „constelație endocrină“.

Însăși Virchow recunoștea influența pe care fenomenele de iritație locală ar putea să o aibă asupra dezvoltării fibromului uterin.

Moricard și Chauchoix (1938) străpungând uterul de cobăiță cu o sârmă, mai înainte de a începe tratamentul lor cu foliculină, au observat că fibromul se dezvoltă cu predilecție la punctul de străpungere, ceea ce confirmă necesitatea unui factor local.

Fără să se poată trage o concluzie din aceste nenumărate considerațiuni, putem să deducem că producerea fibromelor e datorită unei turburări distrofice în care un rol preponderent ar reveni influențelor ereditare și diatezice.

CONSTITUȚIA ANATOMICĂ.

În fibromul uterin se găsesc aceleași elemente ca și în parenhimul uterin, fibre musculare netede și țesut conjunctiv. Proporția lor e variată, predominând uneori țesutul muscular, mai ales când survin la femei mai tinere, sau cu predominare de țesut conjunctiv, în mijlocul cărora apar rari fibre musculare.

În ceea ce privește mărimea, pot varia dela nuclei microscopici, cât un vârf de ac, până la tumori foarte mari cât un cap de făt.

Macroscopic, fibromioma uterului gravid, apare cu o culoare albă sâdă, format din fibre dispuse în bande ce limitează insule neregulate puțin mai galbene.

După situația lor în raport cu peretele uterin se împart în: *interstițiali*, sau *intra-murali* (în grosimea paren-

himului uterin), *subperitoneali* (în peretele uterin imediat sub peritoneu), *submucoși*, cari când sunt pediculați iau numele de *polipi fibroși*.

FRECVENȚA SARCINEI CU FIBROMUL UTERIN.

Nu există o unitate de vederi în ceea ce privește proporția cazurilor de sarcină survenite pe un uter fibromatos.

În Clinica Baudelocque, examinările a 21.330 de gravide au găsit în 162 de cazuri fibrom uterin coexistând cu sarcină. Tarnier pe 18.000 de cazuri de graviditate, în 31 găsește prezent fibromiomul, iar Whitridge Williams (Baltimore) pe 7.000 de gravide, numai 60 cu fibromatoză uterină.

Procentul variază cam între 1,7% și 8,5%. Cei mai mulți autori înclină către cifre mai ridicate: 3—7% Winkel, Schauta; 7% Pinard; 8% Brindeau. În Clinica Ginecologică și Obstetricală pe 327 de cazuri cu uter fibromatos survenite până în 1932, în 5 din ele se găsește coexistența sarcinei, ceea ce arată o înclinare a frecvenței spre cifre mai mici.

După războiu frecvența cazurilor de fibromiom uterin și sarcină pare a fi crescut, probabil din cauză că femeile ar deveni gravide la o vârstă mai înaintată (Brindeau).

Aceasta formează una dintre chestiunile mult discutate, dacă femeile cu fibromiom sunt expuse la sterilitatea, sau sterilitatea predispune la producerea fibromiomului.

Pinard socotește fibromul cu totul excepțional la femeile cari au avut numeroși copii, pe când Faure găsește cazuri destul de frecvente cu 4—5 și chiar 8 copii, iar între cazurile noastre una dintre femei a avut 7 nașteri, iar alta 9.

Bayle, Hofmeier, Cruveilhier, Treub cred că fibromul uterin e totuși mai frecvent la femeile sterile sau foarte puțin fecunde. Pinard zice că femeia nu e sterilă fiindcă are fibrom ci ea are fibrom pentru că uterul nu și-a îndeplinit în mod normal funcțiunea sa care e gestația.

După Troëll nuliparele ar da un procent de 26,4% dintre femeile cu fibromiome, iar primiparele și multiparele numai 7,2%.

Dacă absența fecundității predispune la dezvoltarea de fibromiome, nu e mai puțin adevărat că fibromiomele pot să ducă în mod frecvent la sterilitate. După Olshausen, 31% dintre femeile cu fibrom se dovedesc a fi sterile față de numai 10% femei sterile între cele fără fibrom.

Scipiades relevă 33,5%, iar Lynch pe 3617 cazuri un procent de 31,5%.

Această sterilitate e cauzată fie de obstacolul mecanic pe care-l produce fibromul, fie de leziuni ale mucoasei uterine ce se opun nidărei oului. Chobrak crede că un rol important ar reveni leziunilor ovarului care suferă totdeauna o degenerare chistică.

După sediul lor, cei mai obișnuiți fibromi sunt cei ai corpului uterin și între aceștia fibromii subseroși survin mai des ca cei interstițiali. Cei mai rari sunt fibromii colului și cei submucoși cari prin situația lor se opun fecundității fie mecanic, fie prin leziuni de endometrită concomitentă.

Uterul fibromatos poate predispuce și la o sarcină extrauterină, fie prin compresiunea trompelor fie prin leziunile ce le întrețin aci. Troëll notează 61 de cazuri, iar noi între 10 cazuri de sarcină cu fibrom am găsit patru cu sarcină extrauterină.



Modul în care va evolua o sarcină pe un uter fibromatos e foarte variat. Jamain în teza sa „Fibromiomul uterin și puerperilitatea“ 1906—1907 afirmă că în 89% a sarcinilor cu fibrom facerea decurge normal. Acest procent inspirat din lucrările lui Pinard este însă prea ridicat. Rarori se pot întâlni asemenea împrejurări fericite.

În majoritatea cazurilor fibromul uterin va suferi o influență importantă din partea sarcinei, ce va merge uneori până la adevărate complicații, după cum nu o mai mică influență va exercita fibromul asupra sarcinei.

Modificările fibromului în timpul sarcinei.

Trei sunt modificările mai importante pe care le suferă fibromul uterin sub influența sarcinei :

1. *Hipertrofia*, începe încă din primele luni, ajungând pe măsură ce sarcina evoluiază, uneori, să invadeze întreg abdomenul, constituind un fenomen obișnuit în cursul gravidității.

În producerea hipertrofiei intervin ca factori favorizanți predominarea de țesut muscular în tumoră și localizarea fibromului. Cei interstițiali se măresc mai mult, urmează apoi fibromii submucoși și cei subseroși. În ceea ce privește raportul lor cu uterul, tumorile corpului se hipertrofiază mai frecvent ca cele ale colului (Brindeau).

Această creștere de volum este urmarea corelației ce există între fibrele musculare ale tumorii și cele ale uterului gravid, ca și stărei de hiperemie generală a organelor genitale ale femeii însărcinate.

În unele cazuri, mai rare, tumora poate rămâne staționară (Guyon—Gueniot) sau chiar să diminueze în volum (Pinard).

2. *Ramolirea*, deopotrivă de frecventă ca și hipertrofia, poate surveni uneori independent de aceasta (Depaul), ca urmare a infiltrării țesutului tumorii cu un edem ce disociază și imbibă fibrele musculare a căror tonicitate e astfel compromisă.

Când infiltrarea e masivă, fibromul ramolit poate fi foarte ușor sediul diferitelor grade de necroză.

Ramolirea se poate întâlni și pe fibrome necomplicate cu sarcină, ca o evoluție normală a lui și să ne inducă în eroare prin consistența moale ce o dă uterului făcându-ne să credem că e vorba de o sarcină.

3. *Deplasarea tumorii*, ca urmare a evoluției gravidității, e o modificare strâns legată de corelația ce există între uterul gravid și fibrom.

Ascensiunea începe în primele luni, ea putând fi lentă sau bruscă și se pare că ar înceta spre luna a VI-ea spre a VII-ea (Olshausen). Acest fenomen e vizibil mai ales la fibromele segmentului inferior al uterului care devin astfel din pelviene, abdominale.

Alături de aceste modificări fiziologice, care nu influențează decât în slabă măsură evoluția sarcinii, fibromul poate fi sediul unor modificări ce constituiesc adevărate complicații, cu repercuzii grave pentru sarcină și sănătatea femeii. Aceste modificări sunt: torsiunea fibromului și necroza.

a) *Torsiunea fibromului* poate fi cauzată fie de creșterea progresivă a tumorii, fie de presiunea viscerelor abdominale, în special intestinalele destinate de coprostază.

Lepage și Mouchotte, Piquand și Lameland în lucrările lor împart torsiunea fibromului în simplă, localizată la pediculul tumoral și complicată cu torsiunea întregului uter.

Torsiunea simplă survine în 16% a cazurilor de torsiune a fibromului uterin, de obicei între luna V—VI, la fibromele cu pediculul scurt și de o oarecare mărime. Torsiunea axială a uterului gravid formează 17% din torsiunile axiale ale uterelor fibromatoase și se observă mai ales la primiparele în vârstă, gravide luna II—III cu fibrome mari înserate în vecinătatea fundului uterin.

Torsiunea fibromului are ca urmare leziuni grave ale

tumorii, ce pot merge dela o simplă congestie cu edem, până la o necroză completă. Ca urmare a acestor modificări, tumora devine sensibilă și femeia acuză dureri de o intensitate variabilă.

Când torsiunea survine brusc (Lepage, Lameland) se traduce prin dureri vii cu fenomene de reacție peritoneală, vărsături ce pot lua caracter fecaloid, puls rapid, filiform, temperatura rămânând normală. Dacă nu se intervine survin fenomene grave de peritonită și prognosticul e fatal.

b) *Necrobioza fibromului uterin*, numită obișnuit „necroza aseptică“, survine mai frecvent la femeile însărcinate decât în afara gravidității (Cornil, Piquand, Lameland, Leroux).

Pe când în fibromele simple necrobioza survine cam în 3—6% cazurilor, Brindeau pe 79 de femei însărcinate, operate, găsește 59 cazuri cu necroză, adică aproximativ 75%.

Brindeau de altfel se apropie foarte mult de părerea lui Bland Sutton, care consideră graviditatea ca singura în măsură să producă aceste modificări anatomice.

Vârsta femeilor cu fibrome necrozate e cuprinsă între 30—40 de ani și cel mai deseori e vorba de primipare. În ceiace privește perioada de apariție, după statistica lui Brindeau, ar surveni cu o mai mare frecvență între luna III—V-a, apoi în apropiere de termen, afirmație fără o valoare indiscutabilă întrucât acestea sunt perioadele când se observă de preferință complicațiile.

Patogenia necrobiozei e mult discutată. Toți autorii sunt azi în unanimitate în a aproba afirmația lui Keiffer care susține că: «Nucleii fibromatoși sunt susceptibili de a migra și în contra acestei migrațiuni se pare că uterul luptă prin mișcări contractile și prin înconjurarea lor cu o vascularizație intensă, împingându-i totodată spre peritoneu sau mucoasă.

Această neovascularizație îi înconjoară ca și cum ar fi adevărați corpi străini cărora ar vroi să le asigure rezorbția sau expulzia. Se înțelege că drept urmare a contracțiunilor uterine și disociației musculare, tumorile să sufere în irigarea lor și să se producă astfel anemieri și alterațiuni profunde de nutriție și structură.»

În cele mai multe cazuri necroza aseptică, neproducând nici un simptom, nu se poate diagnostica decât la intervenție. Uneori durerea e singurul simptom mai important. Ea se înstalează lent, rareori brusc, ca să revină apoi sub formă de adevărate «crize» cu fenomene peritoneale alarmante. În acelaș timp temperatura poate atinge 39—40°,

de obicei rămâne în jurul lui 38°. Aceasta e o febră de rezorbție ce nu prezintă gravitate. Pulsul e rapid, bine bătut, iar ca simptome subiective dureroa provocată la palpare, întinsă pe toată suprafața tumorii. În ceea ce privește consistența, fibromul necrozat e moale, fluctuent, nu rareori însă poate deveni mai dur, totul depinde de grosimea capsulei ce-l înconjoară.

Evoluția sarcinei în fibromatoză. Am văzut modificările mai importante ce le poate lua un fibrom în timpul sarcinei, să vedem acum care sunt suferințele din partea sarcinei pe care le determină fibromul.

După o stistică a Clinicei Bassony din Budapesta, dintre 23.478 de femei ce au născut în condiții normale, 52 erau purtătoare de fibrom. Se poate spune cu alte cuvinte că nu sunt rare cazurile când cu toată coexistența fibromului, sarcina decurge în mod normal până la termen.

În afară de aceste cazuri fericite însă, uterul gravid e expus la complicații destul de serioase, uneori fatale pentru viața femeii.

Fibromul peretelui anterior și posterior poate determina *retroversia* uterină ce poate duce la încarcerarea completă și numai excepțional la o evoluție normală printr'o dilatare sacciformă din partea părților sănătoase (Varnier—Delbet).

Avortul spontan se întâlnește deseori ca o urmare a dificultăților în creșterea corpului uterin, a leziunilor de metrită concomitentă ce duc la o nutriție rea a oului, sau tendinței hemoragice ce o întreține fibromul.

Frecvența e de două ori mai mare ca în stare normală și ar surveni în 13.3% a cazurilor de sarcină cu fibrom (Troell), în 19% (Schauta), și 21% a cazurilor după Pinard.

Acest avort se complică deseori cu retenții de placenta sau cu resturi placentare ce se pot infecta și dacă la o femeie primul avort de acest fel nu reclamă decât tratamentul obișnuit al avortului spontan, repetarea lui, eventualitate foarte frecventă, duce la operație.

Evoluția normală a sarcinei poate fi turburată și prin complicațiile viscerale de vecinătate. Astfel compresiunea ureterelor poate duce la alterații grave de pielită, pielonefrită, hidronefroză cu producere de eclampsie sau uremie. Tot astfel poate comprima vezica producând turburări de micțiune, poate să determine creșterea tensiunii arteriale, hipertrofia inimii mai ales jumătatea stângă, ca în majoritatea tumorilor abdominale, cu o oarecare tendință la dilatare (Faure).

Ca urmare a stărei de sănătate generală în care se găsește femeia și într'o oarecare măsură prin turburările de circulație abdominală și autointoxicațiile ce rezultă, sau semnalat cazuri de degenerare grăsoasă a ficatului.

Turburările facerii. Sarcina ajunsă la termen încă nu e lipsită de neajunsurile coexistenței sale cu fibromul. Cel mai frecvent e turburată angajarea fătului, influențându-se astfel și prezentarea lui. În loc de 95% ca în stare normală, prezentarea cefalică survine numai în 51% a cazurilor (Lefour) 54% (Olshausen), 59% (Lynch). Urmează apoi prezentarea șezutului într'o proporție de 24% (Olshausen), 32% (Lefour) iar ale umărului variază între 16—19%.

Prezentările vicioase duc la rupțura prematură a membranelor ce va îngreua și mai mult facerea, contracțiunile uterine fiind încetinite și neregulate mai ales în cazul fibromelor mici și multiple interstițiale sau unice, dar voluminoase.

Pe lângă turburările angajării și a contracțiunilor uterine, o piedică importantă în mersul facerii o prezintă fibromele praevia. Tarnier a văzut cum o tumoră de volumul unui ou de pasăre, cu situația praevia, a făcut imposibilă angajarea. Fochier semnalează cazuri de tumori cu volum mult mai mic opunându-se angajării, în timp ce tumorile de un volum mai mare pot permite facerea prin modificările pe care le sufăr.

Astfel tumorile mobile, cu inserție pediculată superioară, prin ramolirea, turtirea și ascensiunea lor, în special în prezentările de șezut care prin forma sa conică se angajează în strântoarea superioară, favorizează împingerea în sus a fibromului. (Tarnier).

În afară de ascensiune, fibromul poate permite facerea și prin descinderea lui, fiind împins de prezentarea fetală încât uneori poate eși prin vulvă. După expulzia fătului fibromul se poate retrage în căile genitale, poate să-și rupă pedicolul eliminându-se (Vallois) sau, în cazuri foarte rare să cauzeze rupturi uterine (Troell).

Inerția uterină e o altă complicație ce predispune la hemoragii mari și la retenții de placentă, de cotiledoane sau membrane. Inserția placentei pe fibrome, în special pe cele submucoase, poate fi uneori atât de puternică încât nici deslipirea artificială să nu o poată ridica în întregime (Fabre, Maygier).

Modificările fibromului după facere. Am văzut că fibromiomul participă la creșterea parenchimului uterin în cursul gravidității, fibrele și celulele sale se multiplică și se hipertrofiază în același timp cu cele ce constituie struc-

tura normală a uterului. După facere toate aceste celule hipertrofice suferă aceeași degenerare și regresivitate ca și cele uterine. Involuția e mult mai rapidă și mai completă la femeile ce alăptează. Uneori poate fi atât de avansată încât fibromul nu se mai poate găsi la o examinare după ce involuția uterină s'a terminat.

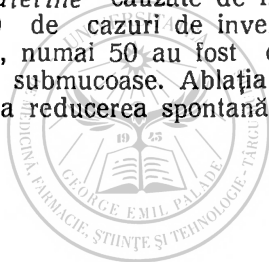
În afara acestei evoluții fericite sunt cazuri când fibromul în loc de regresivitate a suferit o creștere în plus (Ribemont și Dessaignes).

Printre accidentele la care pot expune fibromele post partum cităm: hemoragiile grave, torsiunea pediculului, gangrena fibromului, infecția și inversiunea uterină. Din fericire sunt rare, odată survenite însă, pun în pericol viața femeii.

Gangrena fibromului poate fi primitivă, infecția propagându-se pe cale sanghină, limfatică sau continuitate și să intereseze în mod secundar uterul.

Infecția uterină e o complicație foarte gravă ducând la moartea lăuzei în 84% a cazurilor (Brindeau).

Inversiunile uterine cauzate de fibrom sunt cazuri foarte rare. Pe 400 de cazuri de inversiune uterină, în statistica lui Crosse, numai 50 au fost datorite tracțiunii cauzate de fibrome submucoase. Ablația pediculului fibromului poate duce la reducerea spontană a inversiunii.



DIAGNOSTICUL SARCINEI CU FIBROM UTERIN.

Simptomatologia ștearsă, fără nimic | caracteristic, cel mai deseori inexistentă, ori cu dureri vagi abdominale, lombare, sau în flancuri, ca urmare mai mult a fenomenelor de compresiune sau accidentelor survenite, face ca diagnosticul sarcinei cu fibrom uterin să întâmpine mari dificultăți, erorile nefiind rare. Brindeau cuprinde 7 cazuri în care s'a intervenit pentru chist de ovar, sarcină extra-uterină etc. și la intervenție s'a găsit sarcină în uter fibromatos.

Fie că se pune diagnosticul de tumoră uterină sau ovariană cu omiterea sarcinei, fie că se bănuiesc amândouă fără a preciza natura tumorei, va rămâne laparotomia ca singura în măsură să arunce o rază de lumină.

Trei sunt după Brindeau posibilitățile ce se întâlnesc în cazul unei sarcini cu fibrom uterin.

1. *Fibromul a fost cunoscut înaintea gravidității.* Diagnosticul în fața unei astfel de împrejurări întâmpină dificultăți mai ales în primele luni de graviditate, când mărirea uterului poate fi pusă pe seama unei evoluții simple a fibromului cu o ramolire concomitentă.

În prezența unei femei tinere va trebui să ne gândim la eventualitatea sarcinei, iar în cazuri dubioase vom recurge la reacția de sarcină Zondek—Ascheim. În a doua jumătate a gravidității posibilitățile de diagnostic se măresc prin semnele sigure de sarcină, care și ele pot fi însă uneori mascate de tumoră, recurgând în ultimă instanță tot la reacția de sarcină.

2. *Fibromul n'a fost cunoscut înaintea gravidității.* Aceasta este împrejurarea ce expune cel mai obișnuit la erori de diagnostic. Am văzut că nu rare sunt cazurile când sarcina poate decurge normal până la termen fără a fi jenată întru nimic în evoluția ei. În asemenea cazuri fibromul rămâne neobservat și după naștere fiind diagnosticat cu ocazia unui examen ginecologic tardiv.

Mai rareori se întâmplă ca în primele luni un uter fibromatos să fie diagnosticat drept sarcină și când reacția

Zondek—Ascheim e negativă să facă să ne gândim la o retenție de ou mort.

3. *Tumora e pusă în evidență* dar nu-i se cunoaște natura fiind confundată cu chiste incluse în ligamentele largi sau tumori și chiste ale ovarelor. Astfel Vincent, Rouvier, Duboucher citează cazul unei tumori fibro-chistice a uterului cu sarcină luna V-a, tumoră produsă prin degenerarea unui fibromiom, unde primul diagnostic a fost de chist al ovarului. Dacă acest fel de degenerare a fibromului e rară, nu-i mai puțin adevărat că în cazul unui fibrom uterin totdeauna vor fi prinse și anexele într'o măsură variabilă, ducând la hidro-, chiar piosalpinx care singure ne vor atrage atenția, în timp ce fibromul poate rămâne neobservat.

Confundarea tumorei cu părțile mici fetale e rară, la o nouă examinare vom fi surprinși de modificarea poziției și ne vom gândi la adevărata cauză.

O altă problemă ce poate surveni la stabilirea diagnosticului va fi în caz de accidente hemoragice, când va trebui să precizăm dacă hemoragia e cauzată de un fibrom submucos ori să ne gândim la existența unei placente praevia sau mola hidatiformă.

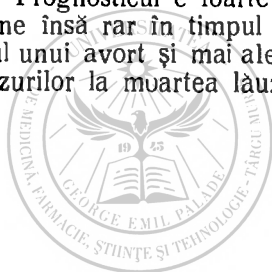
În rezumat se poate spune că diagnosticarea unui fibrom uterin coexistând cu sarcina e supusă la frecvente erori de diagnostic și că în fața unui caz dubios va trebui procedat la o examinare amănunțită, la nevoie chiar în ușoară anestezie, ca prin relaxarea centurei abdominale și pelviene să ne putem orienta asupra naturei, formei, volumul și sediul lui, tot atâtea puncte necesare și pentru diagnostic dar și pentru modul cum va evolua sarcina.

PROGNOSTICUL.

Cei mai mulți autori sunt de părere că simpla coexistență a fibromului uterin cu sarcina nu constituie un pericol pentru viața femeii și în statisticele lor am văzut prezentându ne un procent ridicat de evoluții normale.

Intr'adevăr în numeroase cazuri coexistența fibromului cu sarcina nu produce accidente, atât în timpul gravidității și facerii cât și în lăuzie. Se înțelege că în asemenea ocazii fericite prognosticul e bun.

Când survin însă complicații prognosticul e cu atât mai rău cu cât nu sunt diagnosticate din vreme și nu se intervine la timp. Prognosticul e foarte grav în caz de infecție care survine însă rar în timpul sarcinei fiind mai frecventă în timpul unui avort și mai ales post partum, ducând în 84% a cazurilor la moartea lăuzei (Brindeau).



TRATAMENTUL.

În privința atitudinii ce trebuie luată în fața unui caz de sarcină cu fibrom uterin părerile autorilor sunt împărțite.

O parte dintre ei, printre cari și Faure și elevii săi socotesc coexistența fibromului cu sarcina ca o complicație gravă și sunt intervenționiști cu deosebire în primele luni ale sarcinei. Argumentele lor sunt:

1. Posibilitatea fibromului de a se deplasa în timpul evoluției gravidității și posibilitatea lui de a deveni obstacol praevia în timpul facerii.

2. Complicațiile ce pot să ia naștere în tot timpul evoluției sarcinei.

3. Posibilitatea ca după facere fibromul în loc să regreseze să-și mărească volumul expunând la infecții sau compresiuni de vecinătate grave, survenind la o lăuză cu starea generală alterată.

Cea mai mare parte dintre autori sunt însă pentru „temporizarea“ intervenției, rezervând-o numai cazurilor de complicații serioase. După ei sarcina e compatibilă cu fibromul uterin mai ales când acesta se găsește în jumătatea superioară a uterului și e interstițial sau subperitoneal. Pe lângă aceasta se observă deseori cum după facere fibromul suferă o diminuare remarcabilă de volum ce merge uneori până la dispariția lui completă.

Când însă s'a pus problema intervenției aceasta va fi numai chirurgicală. Nici chiar în timpul facerii să nu se recurgă la extracții artificiale întrucât pot să producă conuzia tumorei cu gangrena și infecția sa secundară (Brindeau).

Procedeele de ales va fi bazat pe condițiile anatomice ale tumorii, forma, volumul și sediul său. Aceste procedee sunt:

Miomectomia, ce poate fi executată pe două căi:

1. *Calea vaginală* în caz de fibrome pediculate ale colului sau ale segmentului inferior, mici și ușor accesibile, pare să fie cea mai indicată. Pe 62 cazuri strânse în 1901 Thumin socotește 6 cazuri mortale (9,68%) și 56 vindecări,

dintre cari 11 cu avort și 45 cu continuare de sarcină. Treub și Brindeau pe 9 cazuri au două avorturi și 1 mort.

2. *Calea abdominală* e astăzi cea mai obișnuită, deschizând un câmp larg, putând să ne dăm astfel seama de starea în care se găsește pelvisul și organele genitale interne. Ea se aplică numai în caz de tumori unice sau foarte puțin numeroase ce proemină la suprafața externă a uterului, sau sunt pediculate.

După operație sarcina poate să-și continue evoluția normală până la termen, uneori chiar și în cazul de sarcină gemelară (Berceanu). Se pare că în îngrijirea post operatorie tratamentul opiaceu administrat cu prudență ar aduce mari foloase.

Ca accidente survenite în această intervenție se notează hemoragia, uneori masivă, obligând la histerectomie, sau prin retracțiunea mare a pereților uterini evidențierea de părți fetale. Gaudier citează un astfel de caz în care după miomectomie s'a descoperit cavitatea uterină, sarcina evoluând totuși până la termen. De obicei când a fost larg deschisă cavitatea uterină se va practica histerectomia, conservarea uterului fiind imposibilă,

Mortalitatea miomectomiei abdominale se repartizează după Treub și Brindeau în 7,9% pentru mamă și 33% pentru făt. Fontaine găsește 6,2% mortalitatea maternă, 81% nașteri la termen și în 12% a cazurilor expulzii premature.

O nouă sarcină survenită pe un uter cu miomectomie poate predispuce la rupturi la nivelul cicatricei, cel mai deseori însă sarcina evoluează fără accidente și Benoit—Gonin pe 125 concepții survenite pe utere miomectomizate a observat 100 de sarcini la termen, 20 de avorturi și 5 nașteri premature.

Histerectomia abdominală, e intervenția la care se recurge cel mai deseori. Configurația anatomică a tumorii, frecvențele complicații tardive obligă la această extirpare în bloc numită de Daniel „histerectomie profilactică“.

Ea va fi mai cu seamă impusă de tumori voluminoase cu o situație ce face imposibilă enuclearea și în caz de gangrenă sau putrefacția fibromului.

Preferința pentru histerectomie totală sau subtotală, diferă după autori. Aderenții subtotalei ridică drept argument mortalitatea mai mică. Astfel Troell pe 133 de histerectomii subtotale găsește 3% cazuri mortale și pe 54 histerectomii totale 5,5% cazuri mortale.

Mortalitatea dublă a histerectomiei totale s'ar datora

operației mai grave, care duce la deschiderea vaginului și deci la creșterea unei porți de infecție, totodată producerea de hemragii mari ale bontului vaginal și modificările statice pelviene.

Cu toate avantajele subtotalei o altă grupă de autori sunt aderenții histerectomiei totale întrucât porțiunea vaginală lăsată pe loc constituie un teren foarte prielnic pentru grefarea cancerului. Statistica Clinicii Ginecologice și Obstetricale înregistrează 5 cazuri de cancer grefate pe porțiunea vaginală la bolnavele operate prin histerectomie totală.

Desavantajele mortalității mai ridicate ale histerectomiei totale față de cea subtotală au scăzut mult în ultimul timp diferența reducându-se într-o mare măsură.

Profesorul Grigoriu e partizanul histerectomiei în bloc, în cazuri complicate și mai ales în primele luni ale sarcinii, iar în cazul când condițiile anatomice sunt favorabile, miomectomie, totdeauna pe cale abdominală pentru o orientare precisă în rachianestezie care s'a arătat în chirurgia ginecologică mult superioară altor procedee de anestezie.

Conduita tratamentului la termen sau aproape de termen.

În cazul de accidente survenite la termen sau aproape de termen, comportarea va depinde de gradul complicațiilor, de volumul, forma și situația fibromului.

Dacă nașterea spontană nu se produce, ascensiunea sau descinderea fibromului neavând loc și în același timp contracțiunile uterine fiind neregulate și încetinite, expectativa nu va trece de două până la patru ore (Fournier).

În câteva cazuri s'a făcut miomectomie vaginală urmată de expulzie spontană sau extracția fătului. Troell pe 14 cazuri citează un caz de mortalitate maternă și două cazuri de copii vii. Acestea sunt însă împrejurări foarte rare în practică.

Intervenția reclamată în asemenea condițiuni rămâne operația cezariană ce poate fi conservatoare, simplă, sau urmată de histerectomie, fie totală, fie subtotală.

Cezariana conservatoare simplă dă o mortalitate pentru mamă foarte ridicată. Statistica lui Turner cu 14 cazuri cuprinde 3 mortalități materne (21,5%), iar mortalitatea fetală de 3 cazuri adică 21,5%. Troell pe 25 de cazuri găsește o mortalitate maternă de 12,5%, iar fetală de 5%.

Mortalitatea mare pentru mamă se explică prin complicațiile ce decurg fie ca o urmare a jenei în scurgerea lochiilor cauzată de fibrom, fie prin infecții ce survin pe un teren deja slăbit printr'un travaliu prelungit, fie datoriti-

tă accidentelor de ocluzie intestinală prin descinderea tumorei în bazin.

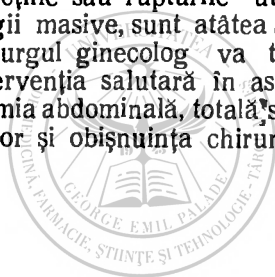
Cezariana urmată de histerectomie, e astăzi operația de predilecție. Histerectomia indicată mai frecvent e cea supra vaginală, După 7 statistici întocmite de Brindeau ce cuprind 347 de cazuri, mortalitatea maternă a survenit în 17,2% iar cea fetală în 26% a cazurilor.

Statistica lui Troell cu 43 de cazuri dă rezultate mai bune și anume mortalitatea maternă e de 7,1% iar cea fetală de 10%.

Când histerectomia subtotală nu e posibilă se va recurge la cea totală care în statistica lui Troell pe 20 de cazuri dă o mortalitate maternă de 10,5%, iar pentru făt de 20%.

În rarele cazuri fericite când evoluția sarcinei a ajuns la termen fără niciun accident și facerea a decurs normal, pericolul pentru viața femeii încă nu a fost îndepărtat.

Retențiile placentare, uneori imposibile de deslăcit în mod artificial, infecțiile sau rupturile uterine, torsiunea fibromului, hemoragiile masive, sunt atâtea accidente obișnuite în fața cărora chirurgul ginecolog va trebui să acționeze cât mai rapid. Intervenția salutară în asemenea ocazii rămânând histerectomia abdominală, totală sau subtotală după gradul complicațiilor și obișnuința chirurgului.



CAZURI CLINICE.

Redăm mai jos câteva cazuri survenite în Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj.

CAZ. 1. — Bolnava S. F. de 35 ani căsătorită, casnică. Intră în clinică la 14 Aprilie 1926.

Antecedente hereditare și colaterale fără importanță.

Antecedente personale: la 24 ani gonoree tratată.

Antecedente fiziologice. Menstruată la 14 ani, menstruația urmează la interval de 4 săptămâni durând 7—8 zile fără inconveniente. Ultima menstruație în Noembrie 1925.

P = O.

A = O.

Boala actuală. De un an observă că i-se mărește abdomenul, în acest timp menstruațiile au urmat regulat la fiecare lună. Dela Noembrie abdomenul s'a mărit mai mult, menstruația oprindu-se. Acuză dureri abdominale mai ales în hipogastrul drept.

Examenul medical. Pulmon și cord normale.

Examenul Ginecologic. Uterul în anteversiflexie, mărit cât un cap de făt, la dreapta o tumoră ajungând până sub falsele coaste, la stânga alta mai mică, mai net delimitată. Porțiunea vaginală moale împinsă la stânga, orificiul extern este închis. Se pune diagnosticul de „Tumoră ovariană și Sarcină?”. Se indică laparotomie exploratorie.

Se pregătește bolnava pentru operație.

Operația are loc în 24 Aprilie 1926. Se face laparotomie mediană sub ombelicală. Organele genitale prezintă uterul mărit cât un cap de adult, neregulat, prezentând 2 ecrescențe de mărimea unor pumni, uterul de consistență moale. Dela cornul drept se continuă o tumoră mare până sub falsele coaste drepte de mărimea unui cap de făt. Suprafața tumorii e neregulată, plină cu mici tuberozități și în legătură cu uterul printr'o punte de circa 3 cm. grosime. La ovare nimic deosebit. Se face extirparea după procedeul Wertheim.

Examenul anatomo-patologic, din piesa trimisă arată că e vorba de un fibromiom.

Mersul post operator decurge normal, bolnava părăsind clinica vindecată în 12 Maiu 1926.

CAZ. II. Bolnava K. A. de 40 de ani căsătorită, casnică. Intră în clinică la 9 Ianuarie 1930.

Ant. hered. colat. și pers. fără importanță.

Antecedente fiziologice. Menarchă la 16 ani, menstruația a survenit la interval de 4 săptămâni durând 3—4 zile fără inconveniente. Ultima menstruație în Noembrie 1929.

P = 4, ultimul înainte cu 9 ani.

A = 0.

Boala actuală. Dela ultima menstruație simte o senzație dureroasă în fosa iliacă dreaptă, cu o tensiune crescândă, o tumefacțiune apărând totodată în această regiune. Din 1929 Noembrie n'are menstruație și tot de atunci acuză amețeli, cefalee, palpitații.

Exam. medical. Pulmon nimic deosebit, cord: ușoară tahicardie.

Examenul Ginecologic. Uterul mărit de volum, moale, în dextropoziție. Înaintea lui o tumoră dură, mobilă. Se pune diagnosticul de: „Tumoră ovariană dreaptă. Gravidă luna II-a“.

Se pregătește pentru operație care are loc în 15 Ianuarie 1930.

La deschiderea cavității abdominale prin laparotomie mediană sub ombilicală se găsește uterul de mărimea unui pumn de adult, moale, corespunzând unui uter gravid luna II-a și $\frac{1}{2}$. Dela cornul stâng al lui, pe un pedicol de grosimea unui antebraț de copil, o tumoră masivă, foarte vascularizată, de mărimea unui cap de făt. Se secționează tumora la nivelul pedicolului fără a leza mucoasa uterină și după ce se aplică două ligaturi pe vasele se fac hemoragie, din plexul uterin, se suturează în două straturi. S'a cruțat uterul tot timpul intervenției pe cât a fost posibil.

Examenul anatomo-patologic. E vorba de un fibromiom.

Mersul post operator decurge normal bolnava părăsind clinica la cerere proprie complet vindecată la 1 Februarie 1930.

CAZUL III. Bolnava M. E. de 35 ani căsătorită, învățătoare. Intră în Clinică la 3 Februarie 1934.

Antec. hered. colat. și pers. fără importanță.

Antecedente fiziologice. Menarchă la 14 ani, menstruația se repetă în mod regulat la 4 săptămâni, durează

3 zile fără inconveniente. Ultima menstruație la 21 Noiembrie 1933.

P. = 0. A. = 0.

Boala actuală. De 6 săptămâni bolnava acuză dureri intermitente în fosa iliacă dreaptă. Tot de atunci a simțit că i se desvoltă în etajul inferior abdominal niște tumori, cea mai mare având mărimea unui cap de făt.

Examenul medical. Pulmon, cord nimic deosebit.

Examenul ginecologic. „Tumori ovariene? multiple, gravidă?” Se indică intervenție chirurgicală.

După pregătirea bolnavei se trece la operație ce are loc în ziua de 8 Februarie 1934.

La deschiderea cavității abdominale, prin laparotomie sub ombelicală, mediană, se constată: uterul mărit de volum, moale, corespunzând unei sarcini luna III-a. Pe peretele anterior al uterului se găsesc mai mulți noduli subseroși, parte ramoliți, de diferite dimensiuni. Pe peretele lateral drept și posterior se află alte mase tumorale subseroase cari fac corp cu uterul. Se execută histerectomia totală și de drenează vaginul.

Diagnosticul după intervenția chirurgicală e de: Fibrome subseroase multiple (degenerate?). Sarcină luna III-a“.

Mersul post operator decurge normal, bolnava părăsind clinica vindecată în 27 Februarie recomandându-i-se tonice, roborante și alimentație bună.

CAZUL IV. — Bolnava N. A. de 42 de ani căsătorită, casnică, intră în Clinică la 17 Ianuarie 1936.

Antec. hered. colat. fără importanță.

Antec. person. Cu 9 ani înainte operată de apendicită.

Antec. fiziologice. Menarchă la 15 ani, menstruația survine în mod regulat la 4 săptămâni, durează 4 zile cu ușoare dureri lombare. Ultima la 26 Septembrie 1935.

P = 7. la termen și spontane, ultimul cu 1½ ani înainte.

A = 0.

Boala actuală datează din luna Octombrie 1935 când pentru oprirea menstruației consultă un medic, simțind în acelaș timp dureri în hipocondru drept sub formă de junghiuri. Mai târziu aceste dureri se ameliorează și dispar, complet ca mai târziu să reapară cu o intensitate mult mai pronunțată în fosa iliacă stângă, cu iradierii în piciorul stâng care-i puțin umflat. De patru luni n'are menstruație, tot de atunci a observat apariția unei tumori în abdomen care crește progresiv.

Examenul medical. Pulmon, cord nimic deosebit. Abdomenul cu circomferința mărită, în cavitatea abdominală se palpează o tumoră ce se ridică cu trei degete deasupra ombelicului.

Examenul ginecologic. Tumoră abdominală de origină genitală.

Se recomandă recția Zondek—Ascheim pentru sarcină, reacția fiind pozitivă se intervine chirurgical după pregătire preoperatorie în ziua de 22 Ianuarie 1936.

La deschiderea cavității abdominale prin laparotomie mediană subombelicală se găsește uterul cu două degete deasupra obelnicului de consistență moale în $\frac{1}{3}$ superioară și dură în $\frac{1}{3}$ inferioară. Prin palparea porțiunii superioare se simt părți fetale. Anexele libere, vasele infundibulo-pelviene și cele uterine enorm îngroșate. Fiind vorba de o sarcină complicată cu fibrom uterin, și cu fenomene de compresiune se face histerectomie totală aplicând drenaj vaginal și peritonizând bontul vaginal.

Evoluția post operatorie decurge normal bolnava părăsind clinica vindecată din 5 Martie 1936.

CAZUL V. Bolnava W. H. de 38 ani căs. casn., intră în clinică la 10 Iunie 1936.

Antec. hered. colat. Părinți morți de t. b. c. pulmonar.

Antec. pers. La 25 ani t. b. c. al vârfului drept tratată 2 ani.

Antecedente fiziologice. Menarchă la 11 ani, menstruația se succede la 4 săptămâni durând 8—9 zile, abundentă, dureroasă. Ultima în urmă cu 2 luni.

P = 9. la termen, ultima cu un an înainte, născut mort.

A = 0.

Boala actuală. De 10 săptămâni simte dureri în etajul abdominal inferior și lombe. A luat chinină 3 tablete pe zi după care durerile s'au accentuat și au ținut continuu 3 zile. În prezent nu acuză dureri.

Examenul medical. Cord, pulmon nimic deosebit.

Examenul ginecologic. Gravidă luna II. Fibrome multiple.

Se pregătește pentru operație care se execută în 15 Iunie 1936.

La deschiderea cavității abdominale se găsește uterul în a. v. flex. mărit, moale corespunzând unei gravidități luna II-a. Pe fundul uterului și pe peretele posterior fi-

brome subseroase multiple de o mărime totală cât un cap de făt.

Se procedează la histerectomie totală. Bontul vaginal se peritonizează, drenaj vaginal.

Mersul post operatoriu decurge normal bolnava părăsește clinica vindecată în 26 Iunie 1936.

CAZUL VI. Bolnava V. M. 41 de ani căs. casn., intră în clinică la 14 Noembrie 1939.

Antec. hered. colat. și pers. Fără importanță.

Antec. fiziolog. Menarchă la 14 ani, se repetă la 4 săptămâni durează 4—5 zile fără inconveniente. Ultima cu 7 săptămâni în urmă.

P = 4. la termen ultima cu trei ani în urmă.

A = 0.

Boala actuală. Datează de 1½ ani și a debutat cu menoragii abundente și dureroase, mai ales după o amenoree de 2—3 luni. De atunci simptomele s'au accentuat producând o anemie pronunțată și debilitate fizică.

Examen medical. Cord, pulmon nimic anormal.

Ex. ginecologic. Uterul mare cât un cap de făt (fibromatos).

La intervenția chirurgicală se constată uterul mărit de volum, cât un pumn de adult, neregulat, cu noduli fibromatoși intramurali în partea posterioară, de consistență moale în partea anterioară. Fiind vorba de un uter gravid cu fibromatoză difuză se execută histerectomia subtotal., bontul peritonizându-se.

Mersul post operator decurge normal bolnava părăsește clinica vindecată în 17 Decembrie 1939.

Vom reda acum și unul dintre cele patru cazuri de sarcină extrauterină cu uter fibromatos survenite în Clinica Ginec și Obstetricală.

CAZUL VII. Bolnava D. M. 35 de ani căs. casn., intră în clinică în 22 Octombrie 1936.

Ant. H. C. și pers. fără importanță.

Ant. fiziolog. Menarchă la 14 ani se repetă la 4 săptămâni durând 3 zile, ultima la 8 Septembrie.

P = 0.

A = 2. ultimul cu 12 ani în urmă, în vârstă de 3 luni.

Boala actuală datează de 2 luni, a început cu menoragii ce s'au repetat cu o intermitență de 2—3 zile. În acest timp avea dureri în fosa iliacă stângă.

Ex. ginec. Ut. a. v. flex. La stânga lui o tumoră de

mărimea unui pumn. Se pregătește pentru operație ce se execută în 30 Octombrie 1936.

La deschiderea cavității abdominale se constată: Ut. a. v. flex. mic, pe peretele anterior un nodul fibromatos cât o alună, anexa dreaptă normală trompa și ovarul stâng conglomerate într'un: chiag de sânge vechiu, înapoia uterului un hematocel cât un pumn. Se eliberează anexa stângă și se extirpă, se enuclează nodulul fibromatos, hematocelul se evacuează.

Mersul post operatoriu normal, părăsește clinica în 12 Noembrie 1936 vindecată.



CONCLUZIUNI.

1. Coexistența fibromului uterin cu sarcina e o împrejurare patologică ce poate avea consecințe grave asupra sănătății și gravidației femeii din primele luni și până la termen.

2. Coexistența fibromului uterin cu sarcina survine mai frecvent la femei între 30—40 de ani, de preferință primipare.

2. Intre fibromiom și sarcină există o strânsă corelație. Sub influența sarcinei fibromul se poate hipertrofia, ramoli sau deplasa. Fibromul poate determina placenta praevia, avort spontan, turburări în angajarea fătului, încarcerări uterine, deslipiri de placenta și inerții uterine.

4. *Simptomatologia* e sau inexistentă, cu dureri vagi abdominale și lombare, sau caracterizată prin fenomene alarmante ca o urmare a compresiunii viscerale sau accidentelor survenite din partea fibromului.

5. *Diagnosticul* întâmpină deseori dificultăți mari, trebuind să diferențiem fibromiomele de tumorile chistice ale ligamentelor largi sau ale ovarelor, iar în primele luni reacția de sarcină Zondek—Ascheim trebuie indicată pentru a diferenția o simplă ramolire a fibromului de o graviditate.

6. *Prognosticul* trebuie să fie întotdeauna rezervat, chiar și în cazurile unde evoluția sarcinei nu pare turburată, accidente grave putând surveni în orice perioadă.

7. *Tratamentul* e în funcție de forma, volumul și sediul fibromului. Se va temporiza intervenția atâta timp cât decursul sarcinei nu e turburat. Procedeu operator va fi miomectomia, când e posibilă, care în primele luni e superioară celorlalte procedee.

Când circumstanțele sunt contrari se va recurge la histerectomie, de preferință totală.

La termen sau aproape de termen, cezariana urmată de histerectomie totală, sau subtotală după gradul complicațiilor.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Fac. de Medicină :

Președintele tezei :

ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu.**

ss. **Prof. Dr. C. Grigoriu**



BIBLIOGRAFIE.

1. Grigoriu Cr. și Popoviciu Tr.: Considerațiuni asupra tratamentului fibromiomului uterin. Clujul Medical Nr. 8. 1932.
2. Faure et Siredey; *Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale*. Paris 1928.
3. Brindeau A.: *La pratique de l'art des Accouchements* Vol. I, II, III, IV, V. Paris—Vigot 1924.
4. Hartmann H.: *Gynécologie opératoire*. Paris 1933.
5. Guéniot P.: *Thérapeutique Gynécologique*. Paris—Baillière 1922.
6. Fabre: *Précis d'obstétrique*. Paris 1933.
7. Popoviciu Tr.: Fibrom și sarcină — Comunicare făcută la Soc. de Endocrinologie — Ginecologie și Obstetrică în 4 Martie 1936.
8. Popoviciu Tr.: *Elemente de ginecologie*. Cluj 1939.
9. Mavromati: Raporturi între fibromatoză și constit. anatom. a femeii. *Rev. de Obstetr. Ginec. Pueric.* Nr. 1. 1940.
10. Protopopescu—Mussu—Anastasiu: Degenerescență rară a fibromului uterin. — *Rev. de Obst. Ginec. Pueric.* Nr. 2. 1938.
11. Berceanu D.: Fibrom uterin și sarcină luna III — Enucl. Fibr. cu sarcină la termen. — *Rev. Obst. Ginec. Pueric.* Nr. 1. 1936.
12. Ovanez J.; Piosalpinxul în cursul fibr. uterin. — *Rev. de Ginec. și Obst.* Nr. 7—8. 1935.
13. Andreoiu C.—Teodorescu V.; *Trat. chirurgical al uter. gravid. fibromatos.* *Rev. Ginec. și Obst.* Nr. 1—2, 1935.
14. Keller R.; Inversion utérin provoquée par l'expulsion d'un volumineux fibrome sous-muqueux. *Rev. Franc. de Gynec. et d'Ostétrique.* Nr. 9. 1937.
15. Brindeau A.: La nécrobiose aseptique des fibromyomes chez la femme enceinte. — *Rev. Franc. de Gynec. et d'Obst.* Nr. 4. 1939.