

Clinica chirurgicală (cond.: prof. Z. Papai) și Clinica de obstetrică și ginecologie (cond.: prof. E. A. Lőrincz doctor în științe medicale) ale I.M.F. din Tîrgu-Mureș

HEMORAGIILE ABDOMINALE NETRAUMATICE

Z. Naftali, B. Berger, F. Tóth

Hemoragiile abdominale netraumatice constituie un domeniu comun al chirurgiei și ginecologiei. Descrise prima oară de *Ruysch*, apoi de *Virchow*, *Couvelhaire*, *Schröder* (cit. 2, 13) și alții, ele provin de obicei din organele genitale interne la femei și numai un procent relativ mic al cazurilor are altă proveniență.

Hemoragiile abdominale de origine genitală prezintă numeroase contingente chirurgicale, deoarece afecțiunea care le generează poate simula ea însăși o îmbolnăvire chirurgicală, sau hemoragia poate imita tabloul unui abdomen acut produs de o apendicită acută, de o peritonită sau de o ocluzie. Hemoragia mare, cataclismică, de orice natură ar fi ea, impune chirurgului intervenție de urgență dacă bolnavul ajunge într-un serviciu chirurgical.

Din aceste motive nu este lipsită de interes studierea acelor afecțiuni ale organelor genitale interne, care în evoluția lor pot provoca accidente hemoragice.

Anatomia și funcția organelor genitale interne, vascularizația bogată și hiperemia lor ciclică, ruptura foliculilor lui Graaf și extravazările sanguine

ce se produc în interiorul lor, sînt tot atîția factori, care fac posibile hemoragiile abdominale, chiar în condiții aproape fiziologice. În numeroase cazuri patologice condițiile pentru producerea lor sînt bineînțeles și mai favorabile.

Indiferent de originea hemoragiei, simptomele îmbolnăvirii inițiale dacă sînt cunoscute, în faza complicației sînt mascate de semnele locale determinate de prezența în cavitatea peritoneală a extravazatului sanguin liber sau închistat, precum și de repercusiunile generale ale unei hemoragii relativ intense. Gravitatea acestor procese patologice este determinată de intensitatea hemoragiei, prezentînd o gamă largă de semne morbide, de la acuzele ușoare, produse de prezența unei mici colecții sanguine intraabdominale, pînă la simptomele unei hemoragii într-adevăr catastrofale.

Diagnosticul unei hemoragii abdominale masive de obicei nu întîmpină dificultăți. Tabloul clinic impresionant al unei catastrofe abdominale, acompaniat de simptomele unei anemii acute care se agravează, nu lasă nici un dubiu. În prezența unei hemoragii mai reduse, anamneza și simptomele îmbolnăvirii inițiale, — care adesea pot fi puse în evidență și în timpul hemoragiei — examenul de laborator și în fine puncția cavității lui Douglas asigură posibilitatea indentificării hemoragiei și uneori și a sursei. De multe ori însă diagnosticul cauzal este extrem de dificil sau chiar imposibil și în aceste cazuri numai intervenția chirurgicală poate să elucideze situația.

În condiții patologice fiecare organ genital intern poate fi punctul de plecare al unei hemoragii abdominale. În cazul hemoragiilor provenite din uter, graviditatea este factorul patogenetic primordial. În fazele mai înaintate ale gravidității sau în timpul travaliului survin uneori rupturi uterine. Aceste cazuri însă le revin ginecologilor nu chirurgilor.

În caz de sarcină recentă perforațiile uterului sînt de obicei iatrogene: întîlnim și astăzi leziuni produse de instrumente ascuțite introduse în uter chiar de gravidă, care tăinuindu-și fapta, se prezintă la chirurg, mai mult pentru peritonita care se declară, decît pentru hemoragia ei.

Independent de graviditate, hemoragiile considerabile pot proveni din ruptura varicelor suberoase ale uterului și în urma torsionării unor focare miomatoase subseroase. Au fost descrise hemoragii mari intrauterine produse de mioame submucoase, cînd sîngele neputîndu-se evacua pe cale naturală din cauza tumorii, s-a revărsat în cavitatea abdominală printr-un reflux utero-tubo-peritoneal ca și în cazuri de utere miomatoase torsionate, sau în hematometre de altă natură. Dintre tumorile maligne ale corpului uterin corioepitelioamele penetrante pot produce hemoragii abdominale.

Hemoragii negravidice de origine tubară datorite varicelor, tumorilor tubare, torsionării trompei, salpingitei tuberculoase perforante sau hemoragice, nu am observat în serviciul nostru.

Bolnavele suferind de sarcină ectopică se internează uneori în servicii chirurgicale cu diagnosticul eronat de ocluzie intestinală, de peritonită, de cele mai multe ori însă suspectîndu-se o apendicită. Potrivit statisticilor unor servicii chirurgicale, printre internările făcute pentru apendicită acută, sarcina extrauterina survine într-un procent de 1,5% a cazurilor (Cabot).

Stabilirea preoperatorie a diagnosticului, sau cel puțin a hemoragiei abdominale este importantă în aceste cazuri pentru alegerea căii de acces, deoarece incizia *Mac Burney* este insuficientă pentru tratarea în bune condiții a leziunii. În privința diagnosticului diferențial dorim să relevăm doar importanța puncției fundului de sac a lui Douglas, procedeu față de care unii chirurgi sînt rezervați.

Hemoragiile abdominale negravidice de origine ovariană, internate în serviciile de chirurgie prezintă cam aceeași frecvență ca și sarcinile extrauterine, fiind trimise în majoritatea cazurilor tot cu diagnosticul de apendicită acută. Printre cazurile internate pentru apendicită, *Cabot* găsește aceste hemoragii în 1,5%, iar *Breido* în 1,9% a cazurilor (cit. 17). În ultimii doi ani noi am operat 19 astfel de cazuri, cifră care raportată la cele 995 de intervenții făcute pentru apendicită în același timp reprezintă un procent de 1,9% a cazurilor.

Hemoragiile de origine ovariană pot să provină din stroma ovarului, din foliculii lui Graaf, respectiv din chisturi foliculare; din corpii galbeni respectiv din chisturi luteinice; sau pot fi datorite unor tumori benigne sau maligne, endometriozei ovarului și în fine torsionării organului.

Vascularizația extrem de bogată a ovarelor și modificările pe care le suferă rețeaua arterială a organului sub influența gonadostimulinelor hipofizare constituie un factor care predispune la accidente hemoragice. Rețeaua venoasă din hilul organului este atât de bogată încât unui anatomist (*Kiss*, 10) o consideră ca un țesut semicavernos, iar arterele ovarului se ramifică extrem de abundent în jurul foliculilor. Aceste ramificații se dilată și se multiplică sub influența gonadotrofinelor (8). *Jules* (9) confirmă acest fapt și ca și *Mateescu* (13) atrage atenția asupra hemoragiilor abdominale de origine foliculară ivite în cursul tratamentului cu hormoni gonadotropi.

Pe lângă acești factori predispozanți mai intervin și factori declanșatori ca:

1. Unele îmbolnăviri infecțioase și intoxicații care acționează prin alterarea pereților vasculari.

2. Inflamațiile organelor genitale interne cu hiperemia pe care o produc.

3. Cauze mecanice, ca eforturi fizice, excесе sexuale, sau cauze iatrogene.

Afirmația că acești factori și în special cei mecanici sînt capabili să declanșeze hemoragia mai ales în timpul menstruației, apare într-o serie întregă de comunicări (*Runge, Hubert*, (8), *Ștefan, Toldy, Fazekas* (6). Realitatea însă este că hemoragia survine rar în timpul menstruației, sîngele provenind în aceste cazuri din interstițiul ovarelor sau din chisturi de retenție (*Reich, Huber*, 8) în timp ce majoritatea hemoragiilor survine între a 14-a și a 21-a zi a ciclului menstrual, deci în faza de maximă congestie pelviană hormonală (*Albescu 2, Manizade* cit. 6, *Uspenscaia* 12). Dintre cele 19 bolnave studiate hemoragia s-a declarat la 18 în ziua 21-a a ciclului și numai la una în ziua a 7-a.

În privința sursei hemoragiei, unii autori afirmă că aproximativ în 50% a cazurilor sîngele provine din corpii galbeni, respectiv din chisturile luteinice, în 35% din foliculi sau chisturi foliculare și numai 15% a cazurilor se datorează unor apoplexii ovariene cu punctul de plecare în interstițiul organului (6, 8). În 6 cazuri ale noastre, la care s-a executat examen histo-patologic, în 3 am găsit chisturi foliculare și în alte 3 chisturi luteinice.

În timpul ovulației și al formării corpului galben survin adesea mici hemoragii, fără semne clinice, observate în mod accidental în cursul unor laparotomii executate din alte motive. Hemoragii ovariene ceva mai abundente, reprezentînd cam 3/4 din cazurile operate, sînt etichetate ca apendicite, iar 1/4, din cauza hemoragiei masive, sînt diagnosticate drept sarcini extrauterine și sînt îndrumate ginecologului (6). Hemoragiile negravidice fudroiante, mortale, de origine ovariană sînt rarități.

Hemoragiile ovariene se confundă de multe ori cu apendicita, cu atât mai ușor cu cât în 2/3 a cazurilor ele provin din ovarul drept (*Odermatt, Jakobovics*, 6). În cele 19 cazuri ale noastre noi nu am observat decât hemoragii din partea dreaptă.

Faptul se poate explica dacă admitem că apendicita acută sau cronică are într-adevăr un rol patogen, după cum afirmă *Tóth, Borsányi* 17, *Odermatt* cit. 6, și *Frachtmann* cit. 19, care la cele 9 bolnave ale sale în 8 cazuri a găsit apendicită acută sau cronică. S-ar putea ca atunci când durerea apare în fosa iliacă stângă, bolnava să nu se prezinte la medic, sau ca acesta să nu-i indice intervenția, ci să țină bolnava sub observație pînă când fenomenele se amendează sau în caz contrar s-o îndrume la ginecolog.

Diagnosticul diferențial al unor hemoragii ovariene moderate cu apendicita este anevoios. Din cele 198 de cazuri de hemoragii ovariene studiate de către *Forzsay-Kiss* (cit. 6), numai în 3 cazuri s-a pus diagnosticul preoperator, iar în cele 332 cazuri relatate de *Uspenskaia* (18), diagnosticul s-a stabilit în 4%. La cele 19 bolnave ale noastre într-un singur caz a fost suspectată hemoragia de origine ovariană.

Diagnosticul diferențial cu apendicita totuși se poate stabili uneori pe baza durerii violente care apare brusc și se extinde relativ repede în hipogastru sau în întreg abdomenul inferior, ca în cazul apendicitei grave perforate, existind în același timp o disproporție între intensitatea durerii și lipsa apărării musculare. În afară de unele semne generale ale hemoragiei, dacă ele există, ca paloarea tegumentelor, adinamie, tendință la lipotimie etc. puncția cavității lui Douglas poate să elucideze diagnosticul de hemoragie, fără să poată preciza originea ei.

În privința atitudinii terapeutice sînt discuții. Unii autori (*Mateescu, Oprescu, Lăzărescu*, 13) sînt pentru o expectativă armată, în cazul cînd fenomenele clinice sînt moderate și medicul are posibilitatea să excludă sarcina extraterină cu ajutorul celioscopiei.

Albescu, Proca (2) și în general majoritatea autorilor sînt pentru intervenție, deoarece de cele mai multe ori nu se poate exclude o apendicită concomitentă sau o hemoragie de altă natură. Sîntem de acord cu acești autori că sursa hemoragiei trebuie suprimate deoarece altfel ne putem aștepta oricînd la o hemoragie și mai intensă, iar prezența sîngelui liber sau organizat în cavitatea peritoneală poate da naștere la infecții, aderențe și alte complicații tardive.

Intervenția însă trebuie să fie conservatoare, executîndu-se chistectomie sau la nevoie ovariectomie parțială cu sutura tranșei de secțiune. Credem că trebuie să se renunțe la metoda pe care o utilizează unii chirurghi, de a sutura cu catgut porțiunea sîngerîndă a ovarului, pentru că macroscopic e imposibil să se stabilească în mod sigur natura hemoragiei și poate fi vorba și de o sarcină ovariană tînră, care cu toată sutura făcută va evalua, rămîind sursa unor hemoragii repetate și grave.

Din cauza coincidenței frecvente a hemoragiilor ovariene cu apendicita și a numeroaselor apendicectomii executate în cursul acestor hemoragii de către *Brejdo* (cit. 17) și alți autori, precum și pe baza celor 19 apendicectomii făcute la clinica noastră în astfel de situații, trebuie să ne revizuiam vechea atitudine, adevărată lege pentru unii, conform căreia în caz de colecții sanguine intraperitoneale trebuie să renunțăm la executarea apendicectomiei, de frica infecției cavității peritoneale. Credem că suspiciunea unei apendicite, chiar cronice, motivează o apendicectomie, care făcută sub protecția antibioticelor nu va comporta nici un inconvenient.

Hemoragiile abdominale netraumatice la noi sînt o raritate. Sînt produse de ruptura spontană a splinei, organ afectat uneori anterior sau alteori indemn cel puțin în aparență. Putem să mai amintim hemoragiile produse prin ruptura spontană a ficatului, prin torsiunea splinei și a epiplonului și prin rupturile anevrismelor aortei abdominale sau ale arterei splenice, aceste din urmă putînd ajunge cîteodată pînă la chirurg.

Hemoragiile spontane din ficat survin foarte rar. Au fost descrise rupturi netraumatice ale ficatului în caz de hemangiom al organului, ruperea fiind urmată de o hemoragie letală. *Vajna* (19) citează cazul unei femei gravide în luna a 8-a, la care a survenit ruptura spontană a ficatului grav afectat în urma unei toxicoze.* Intr-unul din cazurile noastre (12), o femeie avînd un corioepiteliom cu numeroase metastaze hepatice a sucombat din cauza unei hemoragii fudroiante cu punct de plecare în metastazele hepatice.

Anevrismele arterei splenice sînt de asemenea rare. În literatură sînt relatate doar 245 de cazuri, după cum afirmă *Covali* și colab. (5). Simptomele subiective sînt necaracteristice sau lipsesc pînă ce survine ruptura. La examenul fizic se poate observa uneori în hipocondrul stîng o tumoare pulsatilă deasupra căreia se percepe un suflu și un freamăt caracteristic. (5).

Culver și *Pirson* (cit. 5) descriu 17 cazuri de anevrisme cu pereții calcificați, diagnosticate radiologic prin interpretarea justă a imaginii unui inel de intensitate calcară, situat posterolateral de partea mijlocie a corpului stomacului. Diagnosticul pozitiv se pune pe baza aortografiei. Patru astfel de cazuri sînt cunoscute în total din care unul descris de *Adam*, *Bulbuca* și *Caloghera* (1).

Rupturile spontane ale splinei, adică acelea care survin în urma unor traumatisme mici, neînsemnate chiar neobservate de bolnav, ori la traumatisme fiziologice ca tuse, vomă, defecație etc. survin în primul rînd în cazul splinelor malarice mărite, dar au fost descrise și în cursul febrei recurente, a tifosului exantematic, a leucemiei și în caz de splină polichistică (4). În timp ce în regiunile malarice astfel de rupturi se întîlnesc cu o frecvență destul de mare, în clinica noastră nu am avut nici un caz într-un răstimp de 20 de ani. În schimb în *Coreea* în interval de un an am avut ocazia să observăm 3 cazuri de rupturi așa-zise spontane, pe lîngă cele traumatice, care survin și ele cu o frecvență neobișnuită la noi. Tabloul clinic al rupturii splinei malarice este într-adevăr dramatic din cauza hemoragiei extrem de abundente, iar intervenția este foarte laborioasă datorită aderențelor întinse.

Rupturile splinei aparent indemne de orice afecțiune decetabilă constituie rarități în literatura chirurgicală. *Bergmann* găsește descrise pînă în 1955 abia 40 de astfel de cazuri. La serviciul de urgență al clinicii noastre au fost internați și operați cu ruptura spontană a splinei sănătoase 2 cazuri (*Bancu*, *Csizér*, 4).

Pe marginea cazurilor de ruptură spontană a splinelor sănătoase se duc deocamdată discuții; unii autori sînt de părere că o splină sănătoasă nu se poate rupe spontan sau cu ocazia unor microtraumatisme fiziologice. Ei cred că în aceste cazuri fie că a preexistat o leziune sau o alterație ce nu mai poate fi decelată la examenul histopatologic, fie că este vorba de un traumatism mai vechi trecut cu vederea, care a cauzat o ruptură subcapsu-

* De la redactarea articolului am avut în serviciul nostru o gravidă în luna a 7-a, cu semne de toxicoză, care a prezentat a ruptură spontană a ficatului. După sutura leziunilor hepatice și executarea unei Cezariene, femeia s-a vindecat.

lară și ceea ce considerăm noi a fi o ruptură spontană, nu este decât faza a doua, tardivă, a unei rupturi în doi timpi. Cauza declanșatoare ar putea fi o creștere bruscă a presiunii intraabdominale, sau chiar și staza venoasă datorită plenitudinii stomacului după o masă copioasă. Alți autori (*Brines, Zuckermann și Jacobi*, cit. 4) susțin că astfel de circumstanțe fiziologice ar fi suficiente ca să producă în unele cazuri ruptura chiar a unui organ sănătos.

La cei doi bolnavi, neavînd antecedente semnificative în ceea ce privește boala actuală, ruptura a apărut subit, fără nici un semn premonitor. În ambele cazuri s-a intervenit cu suspiciunea unui ulcer gastric perforat. La unul din bolnavi s-a găsit ruptura polului superior aderent de diafragm. Cu siguranță, această aderență a constituit un factor favorizant al rupturii. Organul era de mărime și consistență normală, iar examenul histopatologic nu a pus în evidență nici o modificare structurală patologică.

La al doilea bolnav, surprins de dureri chiar în timpul somnului, splina ruptă prezenta și un hematom subcapsular, care a decolat pe o mare întindere capsula organului. Acest caz a fost deci o ruptură splenică în doi timpi.

Bancu și Cszér (4) atrag atenția asupra aspectului radiologic interesant al stomacului. În ambele cazuri au observat deplasarea în jos și medial a bulei de aer a stomacului. Acest simptom pe care noi l-am descris în anul 1958 (14) ca semn radiologic al splenomegaliei este produs în acest caz de hematomul perillenal. Micșorarea în același timp a bulei de aer a stomacului este secundară deplasării în sens caudal a fornixului, după cum am arătat aceasta în anul 1961 (11). Este cunoscut că în condiții normale esofagul abdominal formează cu fornixul un unghi ascuțit (unghiul lui Hiss), care contribuie la închiderea cardiei și împiedică refluxul aerului înghițit. În urma dislocării în sens caudal a fornixului de către splina mărită, unghiul lui Hiss dispare, cardia devine insuficientă și în consecință scade cantitatea aerului intragastric.

Ca încheiere dorim să atragem atenția asupra valorii relative a numărării hematiilor în recunoașterea stărilor de anemie hemoragică, printre altele și din cauza mării surse de eroare cu care se efectuează (3, 7). În ultimul timp se susține din ce în ce mai mult, că stabilirea valorii hemoglobinei executată fotometric oferă o precizie mult mai mare (7), mai ales dacă este coroborată cu rezultatele examinării hematocritului.

Sosit la redacție: 6 martie 1964.

Bibliografie:

1. ADAM E., BULBUCA I., CALOGERA C.: Aneurism al arterei splenice. *Activ. științif. I.M.F. Timișoara* (1955), 226; 2. ALBESCU I., PROCA E.: *Obstetrică și Ginecologie* (1962), 2, 141; 3. BAKOS GY.: *Orvosi Hetilap* (1963), 52, 2473; 4. BANCU E., CSISZÉR Z.: În legătură cu ruptura spontană a splinei „așa zise” sănătoase. *U.S.S.M. Filiala Tg.-Mureș* (1963); 5. COVALI N., OGHINA B., GOLDBERGER E.: *Chirurgia* (1959), 3, 431; 6. FAZEKAS J. GY., JAKOBOVICS A.: *Orvosi Hetilap* (1952), 28, 819; 7. HORVÁTH J.: *Orvosi Hetilap* (1963), 52, 2471; 8. HUBER R., SÁMUEL A.: *Orvosi Hetilap* (1961), 50, 2378; 9. JULES M.: *Imbolnăviri neuroendocrine*. *Budapesta* (1958), 991; 10. KISS F.: *Anatomia sistematică*, *Budapesta* (1958), 295; 11. KOVÁCS L., NAFTALI Z.: *Medicina Internă* (1961), 5, 795; 12. LÖRINCZ E. A., NAFTALI Z., NAGY F., BERGER B., MÁTYÁS M. jun.: *Ztb. f. Gynekologie* (1963), 11, 383; 13. MATEESCU E., OPRESCU I., LAZARESCU I.: *Obstetrică și ginecologie* (1963), 1, 61; 14. NAFTALI Z.: *Revista Medicală* (1958), 3—4, 297; 15. SZENTE I.: *Orvosi Hetilap* (1935), 29, 793; 16. TOLDY L.: *Orvosi Hetilap* (1924), 14, 205; 17. TOTH E., BORSANYI G.: *Magyar Sebészet* (1962), 4, 269; 18. USPENSICAIA N. I.: *Hirurgiia* (1962), 12, 84; 19. VAJNA G.: *Orvosi Hetilap* (1953), 26, 718.