

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 2677

STUDIU
A SUPRA
MIOMECTOMIEI ABDOMINALE

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la Decembrie 1926
de

MIHAIL I. VASILESCU





440003066

Biblioteca UMFST

STUDIU
A SUPRA
MIOMECTOMIEI ABDOMINALE

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la Decembrie 1926

de

MIHAIL I. VASILESCU



24 MAY 2005

INST. MED. ROM. DE ...
ORV. ...
Bib. ...
Leif. sz. 49.438 / 1926

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan : **D-nul Profesor Dr. I. BĂLĂCESCU**

PROFESORI TITULARI :

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	" "	Atanasescu M.
Clinica chirurg. infantilă și ortopedie	" "	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	}	" "
Bacteriologia și patologia experimentală		
Istologia normală și Istogeneza	" "	Proca Gh. supl
Medicina experimentală	" "	Besnea Șt.
Clinica ginecologică	" "	Cantacuzino I.
Clinica II-a medicală	" "	Daniel C.
Anatomia topografică II	" "	Danielopol C.
Clinica și teoria obstetricală	" "	Gerota D.
Anatomia topografică I	}	" "
Clinica I-a chirurgicală		
Clinica III-a medicală	" "	Gheorghiu N.
Clinica III-a chirurgicală	" "	Jianu A. sup
Clinica boalelor căilor urinare	" "	Ionescu D.
Farmacologia și materia medicală	" "	Juvara E.
Clinica boalelor oto-rino-laryngologice	" "	Jianu A.
Clinica boalelor nervoase	" "	Lalu S.
Clinica infantilă	" "	Mețianu N.
Igiena și poliția sanitară	" "	Marinescu Gh.
Medicina legală	" "	Manicatide M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	" "	Mezincescu D.
Clinica I-a medicală	" "	Minovici M.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	" "	Manolescu D.
Clinica boalelor mintale	" "	Nanu-Muscel I.
Fiziologia umană	" "	Nicolau Șt.
Patologia generală	" "	Obregia Al.
Anatomia și Embriologia	" "	Paulescu N.
Botanica medicală	" "	Proca Gh.
Patologia medicală	" "	Rainer Fr.
Clinica terapeutică	" "	Solacolu T.
Zoologia medicală	" "	Thomescu I.Th.
	" "	Theohari A.
	" "	Zotta Gh.

Profesori agregați :

Medicina operatoare D-l Dr. Constantinescu C.

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președintele tezei, D-l Profesor Dr. Gheorghiu N.

}	Membrii	D-l Prof. Dr.	Bălăcescu I.
		" "	Jianu A.
		Conf.	Mihăilescu C.
		" "	Săvulescu D.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobarea nici dezaprobarea

Părinților mei,

iubire și recunoștință neîarmurite.



Surorilor și fratelui meu,

multă dragoste.



D-lui Prof. Dr. Gheorghiu N.

expresiunea întregii noastre admirațiuni și recunoștință pentru cunoștințele ce le-am căpătat, pentru exemplul muncii neîntrerupte și entuziaste, pentru severa disciplină intelectuală și spiritul cu adevărat științific ce ni l'a arătat în orice împrejurare, pentru admirabilele lecțiuni clinice, cât și pentru extrema îngăduință cu care a primit să studiem în serviciul D-sale acest subiect de teză, punându-ne la dispoziție întreg materialul de studiu.

*Onor. Juriului de promoțiune
și D-lor Profesori
ai Facultății de Medicină*

omagii de mulțumire și de recunoștință

*D-lor Asistenți și Medici
ai
Institutului Maternitatea*

*mulțumiri și recunoștință pentru bună-
voința ce mi-au arătat.*



Prietenilor și Colegilor mei

amintiri frumoase și dragoste prietenească.



INTRODUCERE.

Miomectomia abdominală—ablațiunea sau enucleația fibroamelor uterine pe cale abdominală — este o operațiune foarte veche care a ajuns la ordinea zilei, grație tendinței conservatoare a chirurgiei actuale în tratamentul afecțiunilor ginecologice.

În adevăr, scopul spre care tinde azi chirurgia ginecologică, este de a extirpa tumorile ținând seamă de conservarea organului și a funcțiilor sale. Din toate lucrările și publicațiile recente reiese această tendință. Forgue ⁽⁵⁰⁾ într'o publicațiune a sa din 1926 spune că a existat o fază de ultra-chirurgie, iar epoca actuală marchează o etapă de prudență și de restricțiuni. Profesorul Blanco Acevedo din Madrid, într'o conferință ținută la Paris în 1925, se exprimă astfel: „chirurgia este astăzi respectuoasă a organelor și sistemelor asupra cărora se intervine și pe lângă exciziunea pură și simplă, ea înfățișează problemele conservării și restaurării funcționale“. Profesorul George Labey ⁽¹⁰²⁾, raportor la congresul de chirurgie din 1924, studind indicațiile particulare și metodele operatorii în tratamentul chirurgical al fibroamelor, zice: „o aruncătură de ochii de ansamblu, asupra tendințelor actuale, ne face să ne dăm seama într'un mod îndeînabil, că operațiunile conservatoare pe cale abdominală devin din ce în ce mai în favoare și tind a fi substituite histerectomiei“. La noi în țară Dr. Săvescu ⁽¹⁰¹⁾ atrage atențiunea încă din anul 1925 asupra acestei tendințe conservatoare. El spune că idealul terapiei ginecologice, trebuie să fie o restituție ad-integrum anatomică și fiziologică; dar dacă cea anatomică este adesea greu de obținut, trebuie să tindem cât mai mult a păstra pe cea fiziologică.

Motivele pentru care s'a ajuns astăzi la această etapă de restricțiuni, de conservări funcționale, se datoresc în bună parte cunoașterii aprofundate a turburărilor fiziologice ale castra-

țiuni ovariene ; urmăriri rezultatelor îndepărtate bune ale operațiilor conservatoare; și în fine întrebuintări puțin abuzive din ultimul timp a tratamentelor, fizioterapice, radio și radiumterapia.

Apariția acestor două metode a dat speranțe mari la început și ele aveau tendința aproape să înlocuiască tratamentul chirurgical. Dar din nefericire n'a fost așa, căci rezultatele lor nu sunt din cele mai îmbucurătoare. Astfel: Ele fac să dispară simptomele suprimând în acelaș timp funcțiile menstruație și reproducere, efectuează castrația definitivă a bolnavei și însuși Bèclère (28) afirmă că razele X nu pot acționa, orice s'a zis, decât sterilizând bolnava". Acesta este un prejudiciu grav ce se aduce sănătății femeii, este menopauza precoce cu toate turburările sale numeroase și variate, asupra cărora medicațiunea opoterapică nu exercită decât o influență minimă. Mai mult, pe lângă obiecțiunea aceasta de ordin individual, intervine o alta mult mai importantă și având un interes familial și social din cele mai mari: e vorba de sterilizarea definitivă a femeii, luându-i posibilitatea sarcinilor în viitor. Fergue (50) se exprimă admirabil în această privință: „dacă există în viața modernă, de egoism și de restricțiuni, femeii care caută această perspectivă de sterilitate definitivă, este consolant de a constata că majoritatea rămâne fidelă datoriei și bucuriilor sfinte ale maternității" și mai departe „medicul trebuie să fie un agent în lupta contra denatalității și nu un complice de înfecundități încercate sau voite“.

Indicațiunile tratamentului fizioterapic, ce erau foarte largi la început, sunt limitate astăzi la un număr foarte restrâns de cazuri:

a) fibroame simple necomplicate, puțin voluminoase și numai la femeile ce se apropie de menopauză.

b) la bolnavele cu leziuni cardiace, hepatice, renale, etc., care contra indică operațiunea.

Dar dificultățile de diagnostic precis există într'un mare număr de cazuri și ca urmare aduc dificultăți în determinarea indicațiunilor terapeutice. Astfel nu-i totdeauna posibil de a recunoaște existența unui fibrom și erorile comise au avut uneori consecințe grave. Deasemeni nu-i totdeauna posibil de a recunoaște complicațiile fibromului prin examenul clinic și

multe din fibroamele simple numai în aparență au mers dintr'odată la iradiație, dând accidente serioase.

Tratamentul nu este lipsit de pericole și poate provoca accidente, imediate sau tardive, destul de grave și uneori chiar cu sfârșit letal, încât Faure, a cărui părere o reproduce profesorul Kouwer dela Utrecht într'un articol al său ⁽⁷⁰⁾ afirmă „că radio și radiumterapia sunt tot așa de responsabile de o mortalitate directă ca și operațiunea, ba ceva mai mult de o mortalitate indirectă”. Peugnez ⁽¹⁰²⁾ le consideră ca metode oarbe și capabile de rele“.

Noi nu avem pretențiunea să spunem că aceste metode trebuie cu desăvârșire înlăturate, căci în adevăr ele obțin uneori succese miraculoase, dar o repetăm numai într'un număr foarte restrâns de cazuri. „Ele rămân ca o intervențiune delicată, cerând din partea operatorului o tehnică perfectă, o supraveghere prelungită a bolnavei și o cunoaștere precisă a indicațiunilor ⁽⁵⁰⁾ Radio și radiumterapia în tratamentul fibroamelor uterine trăiesc astăzi din contra indicațiile tratamentului sângerând și cu toate succesele obținute în anumite cazuri, este imprudent, cum afirmă Termier ⁽¹⁰²⁾ dela Grenoble, a lăsa să se implanteze în public ideea că ele vindecă fără operațiune fibromul. Generalizată astfel o asemenea idee ar duce la dezastre și până acum au fost publicate mai multe cazuri cu terminare mortală la bolnave care de teama unei operațiuni benigne, au făcut un tratament fizioterapic intempestiv și contra indicat“.

Asupra acestui subiect — tratament chirurgical sau iradiație în fibroamele uterine — s'a discutat foarte mult în ultimii ani, acordul dintre radiologi și chirurși neputând fi mult timp realizat, în dauna bolnavelor care primeau din două părți sfaturi diametral opuse. Cu timpul însă s'a făcut un control științific al metodelor și s'a stabilit în mod precis indicațiile lor la numărul restrâns de cazuri mai sus arătat. Intrebuințarea abuzivă dela început a tratamentelor fizioterapice și accidentele produse, au contribuit într'o largă măsură la tendința conservatoare de azi în terapeutică fibroamelor uterine și cu multă dreptate a afirmat-o Tuffier ⁽⁵²⁾ la Academia de medicină (9 Iunie 1922) că „radioterapeuți lăsați de capul lor, vor face metodelor conservatoare a miomectomiei, locul ce trebuie să-i revie“.

După o etapă, în care radio — și radiumterapia au fost întrebuințate cu sau fără indicațiuni precise, astăzi li s'au lămitat mult acestea, iar miomectomia își reia, în tratamentul fibromelor uterine, locul pe care îl merită. Lucrarea de față tinde a preciza indicațiile miomectomiei în fibrom, aducând pe lângă materialul științific al altor autori, opt observațiuni culese din clinica d-lui profesor Gheorghiu. După ce în prima parte a lucrării vom face istoricul chestiunii, într'un al doilea capitol vom arăta tehnica, apoi indicațiile și contra-indicațiile și vom termina în fine cu urmările post-operatorii ale miomectomiei.



ISTORIC

Chirurgia fibroamelor uterine a urmărit în cursul timpului trei tendințe diferite: 1) s'au ridicat fibroamele căutându-se să se conserve uterul și anexele; 2) s'a încercat a face să dispară tumorile prin metode indirecte operațiuni de vecinătate asupra pediculului vascular și 3) s'a căutat a ridica fibroamele sacrificând și uterul. Chirurgia conservatoare a mers de la început alături de cea mutilatrice și cea a metodelor indirecte. Iată după excelenta teză a lui Dartigues⁽¹¹³⁾ câteva date asupra chirurgiei fibroamelor uterine.

Intr'o **primă fază**, înainte de 1830, fibroamele cu evoluția abdominală nu se operau. Bolnavele erau incurabile și mureau, ca majoritatea celor atinse de cancer în zilele noastre. Chirurgii, care din greșeli de diagnostic cădeau pe un fibrom uterin, închideau repede abdomenul.

Intr'o a **doua fază** câteva miomectomii abdominale sânt încercate, Granville pentru prima oară, la 1837, încearcă operațiunea dar nu reușește. Atlee și Lanne la 1844 practică cu succes extirpația de fibromi subperitoneali pediculați. La origine deci, chirurgia fibroamelor era conservatoare, din cauza nesiguranței și timidității chirurgilor.

Intr'o a **treia fază**, începând de la 1864 cu Koeberle apoi Pean 1869 și Pozzi, teza de agregatie 1875, chirurgia mutilatrice intră în primul plan, ca urmare a cazurilor ce se prezentau mai frequent (fibroame complicate, de volum considerabil, etc.). În tot acest timp, metoda conservatoare era aproape uitată, ștearsă în fața hiserectomiei.

În 1863 Spencer Wells o scoate din indiferență și la 1878 August Martin de la Berlin, precizează tehnica și

indicațiile miomectomiei abdominale în așa fel, că operațiunea devine a sa. Martin enuclează chiar un fibrom sub-mucos ce nu-l putea ridica pe cale vaginală; el nu se teme de deschiderea cavități uterine. La 1884 raportează 8 cazuri, în 1890 vine cu 96 enucleații abdominale și în 1893 cu 141 pe care notează 4 recidive. Pe aceste 141 enucleații ce a practicat a avut 18 decese 13% dar la aceeași epocă, hysterectomia abdominală i-a dat 33% mortalitate.

În Franța, chirurgia conservatoare începe de-abia la 1890; până atunci hysterectomia absorbind toată atențiunea chirurgilor francezi. Dela 1890—1896 sânt publicate câteva operațiuni izolate datorite lui Pozzi, Jaboulay, Boilly, Terillon și un memoriu al lui Chévrier care dă 16% mortalitate și 2% recidive. La 1896, când hysterectomia era în apogeul său, Témoin de la Bourges preconizează miomectomia abdominală ori de câte ori e posibilă și publică o serie de 30 cazuri; toate bolnavele sale se vindecară. El ridică fibroame voluminoase, din care unul cântărea 18 kgr. La aceeaș dată, Pozzi în tratatul său de ginecologie consacră un capitol important miomectomiei, dar restrânge indicațiile acesteia la fibroamele mici și ușor accesibile. Tot atunci apare și memoriul lui Jayle, asupra turburărilor fiziologice îndepărtate ale castrațiuni ovariene, la ale cărei păreri se raliază Réclus și Tuffier.

Tuffier sfătuiește incizia pe linia mediană imaginată de Faure. În acest timp antisepsia face progrese constante și hysterectomia are numeroși partizani Terrier, Doyen, Toma Ionescu, Legueu, dar chirurgia conservatoare apărată de Montprofit, Hartman. Richelet și Ricard câștigă mereu teren și la congresul internațional de medicină, ținut la Paris în 1900, Tuffier expune tehnica și rezultatele miomectomiei și citează un caz personal unde a putut extrage 17 fibromi.

În Olanda, Treub la 1890, afirmă că miomectomia este o operațiune excelentă și care nu e contra-indicată nici de volumul tumorilor, nici de deschiderea cavități uterine și ajunge în acea epocă s'o realizeze în 17% din cazuri. Astăzi elevul său Remmelt din Am-

sterdam ajunge la 25%, 31 miomectomii pe 124 histerectomii, și spune că este o operațiune ideală către care trebuie să tindem din ce în ce.

În America Kelly de la Baltimore este entuziast apărător al metodei conservatoare și în 1912, pe 97 enucleații abdominale nu are nici un deces și numai trei recidive pe operatele sale urmărit mult timp. El raportează 2 cazuri de miomectomie la femei însărcinate în luna II-a și a III-a cu sarcină dusă la termen și facere normală.

Din faptele mai sus relatate se vede că miomectomia era la început, la origina chirurgiei fibroamelor uterine, din cauza timidității și nesiguranței chirurgilor. Apoi cazurile complicate, ce se prezentau mai frecvent și comandau o intervenție mai largă, fac ca histerectomia să câștige teren, dar ea dădea o mortalitate mare 33%, pe când operațiunea conservatoare de-abia 13%. Atunci Martin în Germania, și Témoîn de la Bourges în Franța, devin apărători entuziaști ai miomectomiei și caută să o practice în mai toate cazurile, evitând pe cât posibil operațiunea mutilatrice.

Antisepsia și asepsia fac însă progrese constante și histerectomia are iarăși numeroși partizani, mortalitatea ei scăzând la 5%. În acest timp încep să se cunosacă și turburările menopauzei precoce post-operatorii și operațiunea conservatoare este din nou susținută de numeroși chirurși, care: 1) îi restrâng indicațiile și se feresc să deschidă cavitatea uterină; 2) pun vârsta bolnavei ca cea mai de seamă indicațiune operatorie. Dar enucleația fibroamelor uterine trece acum printr'o fază critică, obiectându-se numeroase desavantajii: recidive, hemoragii, rupturi, uterine etc. Una câte una aceste obiecțiuni au fost înlăturate de-abia, când nouile metode de radio și radium terapia își face aparițiunea cu mari speranțe la început de a înlocui tratamentul sângerând. Dar rezultatele lor n'au fost cele așteptate și miomectomia rămâne și în epoca actuală operațiunea de ales în tratamentul fibroamelor uterine subseroase.

TEHNICA MIOMECTOMIEI.

Miomectomia abdominală cuprinde în realitate două operațiuni diferite : 1) *polipectomia abdominală* în fibromioamele subseroase pediculate și 2) *enucleația abdominală* în cele interstițiale și sub-seroase sesile. Cea dintâi este foarte simplă și așa, benignă în cât nici un chirurg nu ezită să o practice, când se ivește cazul. Cea de a doua este o operațiune mai grea și de aceea, cu toate rezultatele satisfăcătoare obținute de adepții ei, mulți chirurghi o discută și evită pe nedrept să o practice.

Intr'un caz ca și în celălalt se face mai întâi laparotomia mediană sub ombilicală, se aduce uterul pe cât posibil în afara abdomenului, se exteriorizază și înconjoară cu câmpuri operatorie sterile, ce izolează și protejează cavitatea peritoneală și intestinul în timpul operațiunei. Se explorează apoi cu grije uterul și anexele pentru a decide felul intervenției, histerectomie, una din operațiile conservatoare, miomectomie, etc.

I. POLIPECTOMIA ABDOMINALA.

Se trece prin pediculul fibromului, un ac cu fir dublu de catgut, se secționează la mijloc firul trecut și cu capetele sale se leagă solid cele două jumătăți ale pediculului, făcând de fiecare parte un nod chirurgical. Se poate traversa pediculul și cu un singur fir, cu care se leagă întâi o jumătate a pediculului, apoi se aduc cele două capete ale firului de partea opusă și se strânge solid tot pediculul. Se secționează apoi pediculul la un centimetru deasupra ligaturei și se suturează pe deasupra peritoneul.

Când pediculul e prea scurt sau prea gros, se face o incizie circulară în jurul bazei de implantație a fibromului, se decortică partea aderentă la uter a acestuia și apoi se suturează cu catgut plaga rămasă, în două planuri, profund și sero-seros.

II. ENUCLEAȚIA ABDOMINALĂ

În cursul acestei intervențiuni, cavitatea uterină poate fi deschisă și pentru a înlătura posibilitatea de infecție se va face cu o zi înainte de operație, dilatarea colului uterin și chiar curetajul cavității.

Laparatomia făcută și uterul exteriorizat, când se prezintă un fibrom unic, pentru a-l ataca se poate inciza în mai multe feluri.

Duplay, Clade, Mantprofit⁽⁴¹⁾ recomandă să se facă incizia țesutului uterin după marele ax al tumorei și în punctul cel mai eșit al acesteia.

Tuffier⁽¹⁰⁰⁾ incizează pe linia mediană a uterului, zona avasculară, pentru a se pune la adăpost de hemoragii și procedează astfel chiar dacă fibroamele sunt laterale, atacându-le atunci dinăuntru în afară.

Dolérís și Chévriér pentru a evita căscătura ce se produce secționând deacurmezișul fasciculele musculare, preconizează incizia paralelă cu direcția fibrelor musculare ale straturilor superficiale ale uterului.

Raymond Petit de curând în teza lui W. Berman⁽¹¹⁴⁾ preconizează tot incizia orizontală când tumoarea e laterală, bazat pe dispoziția anatomică vasculo-nervoasă a uterului. El zice: ramurile din artera uterină ce se distribuie la col sunt remarcabile prin lungimea și flexuozitatea lor, cele ale corpului, sunt din contră foarte scurte, dela origine se înfundă în țesutul uterin și își micșorează repede volumul așa că pe linia mediană nu mai găsim decât ramusculă neînsemnate. De aceea inciziile pe linia mediană aproape nu sângerează. Dar toate aceste ramuri sunt orizontale și fără anastomoze verticale. Venele și filetele nervoase corespondente au o direcție analoagă. În consecință,

când tumora e laterală se va face o incizie orizontală reducând astfel distrugerile întinse vasculo-nervoase și traumatizând cât mai puțin uterul.

Dar oricare ar fi inciziunea adoptată, hemoragiile nu prezintă nici un pericol, în genere sunt minime și dacă sângerează vase mai importante se pensează și se leagă.

După ce s'a ajuns pe fibrom se îndepărtează buzele plăgi, se apucă tumora cu o pensă și se enuclează cu degetele sau cu foarfecele curbe închise. Pentru a înlesni enucleația tumori, se vor imprima acesteia, mișcări combinate de torsion și de tracțiune. Se va evita pe cât posibil deschiderea cavității uterine.

Dacă tumorile sunt multiple intra-uterine, se incizează uterul pe fiecare în parte și se enuclează succesiv. Tuffier⁽¹⁰⁶⁾ face în aceste cazuri tot incizia mediană anterioară sau posterioară, incizie ce poate fi mai mult sau mai puțin sinuoasă, și prin care atacă pe rând fibroamele dinăuntru în afară.

După enucleație, mușchiul uterin se retractă, revine asupra lui însuși și pierderea de substanță de umplut e minimă; deaceia se vor evita resecțiile parțiale din coaja uterină ce acoperea tumoarea, practicate și preconizate altă dată de Martin, Doléris, Chevreir și Témoins.

Înainte de a trece la sutura plăgi, trebuie să ne asigurăm că nu a fost deschisă cavitatea uterină. Dacă aceasta a rămas intactă se închide incizia mușchiului uterin prin două planuri: muscular și sero-seros.

Dacă cavitatea a fost deschisă, se drenează cu un dren de cauciuc dur ce se face să iasă prin col până în vagin sau cu o meșă de tifon ce se va înfunda la fel și se va scoate prin col.

Se poate întâmpla să se deschidă cavitatea tubară, în cazul de fibromiom vecin al trompei. Se va face în acest caz salpingo rafie. Dacă operațiunea a fost laborioasă se drenează și fundul de sac Douglas.

Sutura plăgi se face prin puncte separate profunde sau surjet. Firele intră pe marginea seroasei, merg pe sub toată suprafața plăgei și ies pe marginea seroasei

de partea opusă, evitând mucoasa. Apoi se face sutura sero-seroasă. Se va proceda cu cea mai mare grijă la umplerea cavității rezultate din enucleație, firele vor fi așezate cât mai apropiat și strânse bine pentru a nu lăsa spațiu mort, unde s'ar putea face un hematom susceptibil să se infecteze.

Se închide în fine abdomenul în 3 strate.

În timpul sarcinei operațiunea e tot așa de lesne ca și la femeia nefăcătoare.

Brindeau (2^a) zice: „operațiunea e mult mai ușoară de făcut la femeia însărcinată decât la cea nefăcătoare; peritoneul se decolează ușor, se exteriorizează fără dificultate pediculi, care sunt legați aproape afară din abdomen, așa sunt de elastice toate țesuturile“.

Dar pentru a face intervențiunea în timpul sarcinei, Brindeau crede necesar să se cunoască următoarele mici detalii de tehnică:

a) pentru a practica miomectomia trebuie tăiată o coleretă de mai mulți centimetri în jurul fibromului, pentru a avea stofă suficientă de înfundat sutura, căci hemoragia secundară e totdeauna de temut, dar în genere ușoară de evitat;

b) trebuie să ne servim de un ac nu prea gros și cu fir de același calibru cu al acului; căci firul va astupa astfel complet orificiul făcut de ac;

c) în fine trebuie strâns foarte puțin, căci țesutul este foarte friabil, o simplă apropiere ajunge pentru a opri hemoragia.

INDICAȚII ȘI CONTRA-INDICAȚII.

A) INDICAȚIILE MIOMECTOMIEI ÎN AFARĂ DE SARCINĂ.

Indicațiile miomectomiei în afară de sarcină, țin de condițiunile sociale și fiziologice ale bolnavei și de condițiunile anatomice ce se referă la tumoarea însăși și la leziunile concomitente ale organelor vecine.

Printre cele dintâi, *vârsta* este indicațiunea capitală. După menopauză, miomectomia trece toate drepturile sale histerectomiei. La femeia tânără însă, *posibilitatea sarcinilor în viitor* trebuie să fie ocupațiunea noastră în primul rând, ea având un interes familial și social din cele mai mari, *conservarea menstruațiunii și a secrețiunii interne a ovarelor* fiind o indicațiune de al doilea ordin, având numai un interes individual. În adevăr, la femeile ce au copii dar care prin situațiunea lor socială sunt silite să muncească din greu ca să se întrețină pe ele și familia lor, o intervențiune mai largă poate fi indicată, vizând numai conservarea menstruațiunii fără a ne ocupa de posibilitatea sarcinilor în viitor. Astfel histerectomia fundică a lui Lecène și d'Allaînes, conservând ovarele și puțină mucoasă uterină, le va asigura funcția menstruală și le va preserva de turburările endocriniene, efectuând în același timp și sterilizarea lor definitivă.

1) **In fibroamele simple necomplicate**, miomectomia este formal indicată în cele *pediculate*,⁽¹⁾ unde este ușor realizabilă și nici nu se discută. Deasemeni este indicată în fibroamele *sesile și interstițiale* nesuspecte de degenerescență.

Vom ține seamă de :

1) *Volumul tumorei*, ce nu trebuie să depășească

în genere mărimea unei portocale deși aceasta este rar o contra-indicație, căci s'au enucleat multe mai mari ca un cap de făt ¹⁾ sau cântărind chiar mai multe kilograme Tuffier 3 kgr., Témoin de la Bourges 18 kgr.

2) Pluralitatea fibroamelor e mai discutabilă; în genere *numărul lor* nu trebuie să treacă de cinci sau șase, dar și aceasta nu pare a fi o contra indicație absolută. Astfel Duplay pe acelaș uter a ridicat 5 fibroame, Clado și Blanc câte 7, Jaboulay 9, Tuffier 5, 8 și 17, Kelly 17, Engstroem 22, Alexander 25 și toate aceste femei s'au vindecat și n'au avut recidive, afară de o bolnavă a lui Tuffier, care după enucleația a 17 fibromi, a avut după 7 ani o recidivă. De curând la congresul de chirurgie din 1924, Témoin ⁽¹⁰²⁾ de la Bourges, promotorul miomectomiei în Franța, raportează cazul unei femei, care după enucleația a 9 nuclei fibromatoși a putut duce bine 4 sarcini. Deasemeni Robert Didier și Hidden, ⁽⁹⁹⁾ raportează în Presse médicale din 1922, cazul unei femei tinere ce a fost operată în 1920, pentru fibroame uterine hemoragice și voluminoase. Nuclei fibromatoși în terstițiali în număr de 9, au fost extirpați după 9 incizii ale uterului, din care 4 ale cavități sale larg deschise și suturată apoi fără nici un drenaj. Urmările operatorii au fost din cele mai normale și 2 ani mai târziu femeia a purtat fără nici un incident o sarcină, și a născut la termen, facerea normală.

3) *Situațiunea fibroamelor*, indică sau contra-indică operațiunea. Tumorile situate pe peretele anterior sau posterior al uterului sunt ușor de enucleat, pe când cele situate la nivelul coarnelor sau ligamentelor largi sunt foarte dificile de enucleat fără riscuri pentru organele vecine. Totuși cu atenție operațiunea reușește și printre altele putem cita cazul lui Auvray ⁽¹⁰³⁾ (Paris), raportat la congresul de chirurgie; e vorba de o sarcină în luna patra complicată de 2 fibroame necrobiozate ale coarnelor uterine. Enucleația a fost dificilă în profunzime, dar reuși fără să se des-

¹⁾ Vezi observațiile noastre Nr. II și IV.

chidă cavitatea uterină și sarcina evolua normal.

Fibroamele *colului* contra-îndică miomectomia, recidivele fiind foarte grave dând distocii din cele mai serioase în timpul sarcinei și recidive grave în afară de ea, prin aderențele întinse și compresia pe organele vecine. În literatură sunt publicate 2 cazuri de miomectomii abdominale pentru fibroame ale colului care au fost urmate de recidive grave. Unul publicat de Le Fort ⁽⁴⁵⁾ la o femeie de 39 ani, 5 ani după operațiune, se găsește o tumoră umplând tot pelvisul și urcându-se până la ombilic. Histerectomie laborioasă, toată tumoarea e constituită de colul fibromatos, și la polul superior al ei se găsește o masă moale ce este corpul puțin mărit de volum. Al doilea publicat de Gouilloud, ⁽⁵³⁾ femeia operată cu câțiva ani mai înainte, rămânând însărcinată are o distocie gravă și complexă, datorită persistenței de nuclei fibromatoși juxta-cervicali: acești nuclei erau intra-ligamentari și imobilizați de un văl de aderențe post-operatorii, se face histerectomie totală și bolnava se vindecă.

II) **Indicațiile miomectomiei în fibroamele complicate.** Altădată alterațiunile anatomice erau aranjate sub diverse nume: degenerescențe, necroze, gangrene, sfacele, putrefacții, etc. Dela *Cornil* ele sunt descrise sub adevăratul lor nume *Necrobioza aseptică*. Descripțiile macroși microscopice ce au făcut autorii moderni Piquand și Lemeland, ⁽⁶¹⁾ Bland Sutton, Bégouin, ⁽²³⁾ Chavanez, ⁽³⁷⁾ Leroux, ⁽⁷⁸⁾ etc.), se raportează exact la studiul ce a făcut *Cornil*. Degenerescența roșie a autorilor englezi trebuie aranjată tot în necrobioza aseptică. Miomul roșu nu este decât un miom pe cale de evoluție care încearcă brusce și profunde alterațiuni, printre care cea mai importantă pare a fi necrobioza aseptică. Aceste complicațiuni sunt rare, dar de temut și se caracterizează printr'o alterare marcată a stării generale, crizele dureroase foarte vii și mărirea de volum a tumori. Se știe actualmente că necrobioza este datorită ischemiei tumori și uneori ea a fost cauzată de tratamentele fizioterapice, ce aduc regresivitatea tumoarei acționând tocmai asupra nutriției

acesteia. Deci ea relevă unic de tratamentul chirurgical și miomectomia este în majoritatea cazurilor practicabilă dacă se intervine la timp. Rioux ⁽⁹³⁾ raportează 22 de cazuri de fibroame sfacelate și pentru care histerectomia a fost practică numai de două ori; miomectomia în celelalte 20 a dat rezultate excelente. În cazurile de miom roșu miomectomia se prezintă chiar în condițiuni favorabile, pentru că tumoarea este în general solitară, cu sediū interstițial și de volum restrâns ⁽⁹⁴⁾.

Torsiunea intra-abdominală a fibroamelor, se observă de-abia în 1% din cazuri sub forma ei acută cu fenomene peritoneale și dureri intense amintind torsiunea kistelor de ovar. Torsiunea se poate face fie pe tija unui fibrom pediculat, fie pe uterul însăși tras de un fibrom interstițial care urcă către abdomen. Leziunile observate și tabloul clinic care le traduce sunt esențial în funcție de gradul de strangulare, adică de starea de aport sanguin. În cazurile acute trebuie operat rapid prin abdomen, laparotomie de urgență cu cele mai deseori miomectomie, aceasta-i conduită. În cazurile cu evoluție lentă, avem deasemeni interes a opera rapid, nu din cauza riscului vital, ci din cauza dificultăților aduse operațiuni întârziate prin dezvoltarea de aderențe, datorite reacțiuni peritoneului vecin și care pot face imposibilă mai târziu operațiunea conservatoare.

Complicațiunile mecanice. Compresionile viscerale, datorite creșteri masei fibromatoase, se traduc adesea prin semne ce se impun observatorului: disurie, polakiurie, constipație, edem al membrelor inferioare sau al vulvei. Altele trebuiesc însă cercetate cu atenție. Diversele manifestățiuni cardiace, vasculare, hepatice renale, trebuiesc studiate foarte de aproape în patogenia lor, căci adesea ele dispar odată cu ablațiunea unui fibrom ce producea compresiunea ureterelor și care era cauza primă a lor. Orice fibrom voluminos și inclavat în pelvis, jenează viscerele care îl înconjoară. De *compresionile vasculare* trebuiesc apropiate trombozele, ce se produc în membrele inferioare și basin și

emboliile ce pot pleca. Toate aceste complicațiuni mecanice reclamă o intervențiune cât mai rapidă, pentru a nu lăsa bolnavele să ajungă în starea de inoperabilitate.

Complicațiuni anexiale. Coexistența tumorilor anexiale, kisturi de ovar uni sau bilaterale, simple sau multiple, nu este rară. Adesea chiar un kist mare coincide cu un fibrom mic și domină tabloul clinic. Se va opera în aceste cazuri tratând uterul economic sau radical după întinderea și sediul leziunilor.

Infecția anexială, salpingitele acute și cronice, trebuie când ele există să ia preponderența asupra fibromului în conduita terapeutică. Adesea, salpingita acută cu debut brusc la o femeie aproape de menopauză, este primul semn revelator al unui fibrom (3). Salpingitele cronice cu evoluție torpidă sunt foarte frecvente dar de diagnostic adeseori delicat. Ele nu sunt descoperite decât la intervențiune și sunt destul de frecvente aproape în jum. din cazuri după Tixier. Vor trebui examinate deci cu mare grijă toate cazurile de fibroame dureroase cu temperatură. Acestea comandă intervențiunea și după laparatomie se va stabili bilanțul exact al leziunilor și se va acționa economic dacă se poate.

Infecțiunea uterină este frecventă. Cavitatea uterină în majoritatea cazurilor mai mult sau mai puțin infectată, poate prin deșteptarea virulenței germenilor, să prezinte la un moment dat o adevărată piometrie. Tixier zice că „această infecție este punctul de plecare al trombo-flebitelor crurale și pelviene și al emboliilor pulmonare, complicațiuni totdeauna de temut la fibromatoase; în fine ea poate aduce acele anemii grave, veritabile septicemii latente“. Miomectomia va fi formal contra-indicată în aceste cazuri de leziuni inflamatorii accentuate ale uterului. Riscăm aproape sigur infecția post-operatorie și fără vre-un motiv temeinic de a păstra aceste utere atinse de metrite rebele la orice tratament.

Degenerescențe maligne. Cu toată natura histologică benignă, fibroamele sunt complicate uneori de aceste

degenerescențe, a căror frecvență este dificil de apreciat. Ea poate fi observată sub trei forme (¹⁰²): 1) degenerescența sarcomatoasă, 2) leio-miomul malign (cancerul fibrelor netede ale uterului, discutat din punct de vedere doctrinal dar care deși foarte rar există clinicește), și 3) degenerescența epitelială. Miometomia este contra-indicată în toate aceste cazuri și intervențiunea cât mai larg posibilă va fi practică rapid chiar în cazurile cele mai puțin îndoielnice.

B) INDICAȚIILE MIOMETOMIEI ÎN CURSUL SARCINEI

La femeile însărcinate rareori se prezintă ocaziunea de a practica miometomia. În timpul sarcinei fibroamele mici de mărimea unei nuci sunt relativ frecvente, nu-i la fel însă cu cele care depășesc mărimea unui ou. Pinard dă 7 cazuri pentru 1000 de femei însărcinate, Troell din Stockholm 4 p. 1000, Brindeau (²¹) 8 p. 1000. După cum se vede sarcinele complicate de fibroame sunt foarte rare și acestea chiar, după cum spune Troell, evoluează normal în 60—85% din cazuri. Din această cauză, în fibrom și sarcină, conduita adoptată de majoritatea obstetricienilor este expectația armată și supravegherea bolnavei. Brindeau, M. Reeb, (⁹⁷) Lepage, (¹²) Labey, Kosmak, (⁹⁸) etc., recomandă cu toți să nu se opereze fibroamele în timpul sarcinei decât dacă accidente serioase amenință viața mamei, sau dacă situațiunea fibromului face să se prevadă aproape sigur un obstacol la facere. Aceiași conduită este adoptată și în *Institutul Maternitatea* de către domnul profesor *Gheorghiu*.

Asupra felului intervențiunii majoritatea autorilor sunt astăzi de acord. Când intervențiunea e indicată se începe prin a face laparatomia exploratrice și apoi judecând starea leziunilor se hotărăște miometomia sau histerectomia după cazuri. S'a renunțat cu totul la vechile procedee și nu se vor încerca niciodată manevrele obstriciale ca: împingerea tumori, provocarea avortului sau faceri premature, manevre care au ca

efect de a traumatiza fibromul și pot aduce complicațiuni grave în urmările facerii. Deasemeni nu se va face în nici un caz aplicațiuni de raze X. S'a dovedit în deajuns influența nefastă pe care o au razele asupra produsului concepțiunii. Adesea ele provoacă avortul iar în cazurile rare, când sarcina este dusă la termen, copilul „peut en pâtir“ cum zice Schwab⁽¹⁰⁰⁾ Copiii iradiați în timpul sarcinei rămân idioți de tip mongolian, microcefali cărora viitorul nu le hărăzește desigur nimica bun, nici fizicește nici intelectualicește. Apert⁽¹⁰²⁾ spune că ei sunt destinați „muzeului de orori“. Sunt până acum publicate 7 asemenea cazuri în literatură și toți acești copii au prezentat aceleași manifestări: nașterea prematură între 6 și 8 luni, greutatea n'a depășit la nici unul mai mult de 2000 de grame la facere, toți sunt microcefali și prezintă micro-oftalmie bilaterală, se dezvoltă rău fizicește și intelectualicește, și au tot felul de stigmatе de degenerescență. Rămâne deci bine stabilit, că femeia trebuie tratată chirurgical și numai astfel.

Printre accidentele care comandă mai frecvent intervențiunea, se numără *torsiunea și necrobioza fibromimului*¹⁾. Mioamele gravidice încearcă adesea necrobioza aseptică și Brindeau zice că „aproape toate fibroamele extirpate în cursul sarcinei prezintă această alterațiune“. Ea este datorită hipertrofiei tumori care produce disocierea capsulei și deasemeni compresiei vaselor mici, care obliterându-se produc moartea aseptică a țesuturilor, privându-le de nutriție. Ca simptome avem crizele dureroase asemănătoare crizelor peritoneale, triada simptomatică; alterarea stări generale (febră, vărsături, leucocitoză sanguină, etc.), hipertrofia tumoarei și durerea spontană sau provocată la nivelul acesteia (tumoarea e sensibilă și pare imobilă). Diagnosticul de necrobioză poate fi atunci pus, dar și erorile sunt posibile, putând să ne gândim în acelaș timp la o apendicită, pielo-nefrită și mai deseori la o sarcină ectopică. Ter-

¹⁾ Vezi observațiile noastre Nr. I, II, III și IV.

menul de necrobioză aseptică nu este totdeauna just, Laffont (69) în 2 cazuri găsește streptococi în lichidul peritoneal, iar Brindeau, (71) Leroux (72) și Joubert citează cazuri cu streptococi în lichidul sero-hematic dintre fibrom și placentă. Deci se poate ușor deduce cât de periculoase sunt aceste cazuri de necrobioză aseptică, ce devine cu multă ușurință septică mai ales în timpul travaliului, și până la ce punct comandă intervențiunea de urgență pentru scoaterea tumorei.

Alte complicațiuni mai rare ce se pot semnala în timpul sarcinei sunt: *compresiunile vésiceii, rectului, urclerelor și chiar a căiafragmului*, dând dispne intensă în cazurile de tumori mari. Deasemeni se mai pot observa și versiuni ireductibile ale uterului gravid. Toate aceste complicațiuni reclamă intervențiunea operatorie de urgență.

Uneori sarcina evoluiază la termen fără nici un incident, dar se constată o *incurcare praevia inclavată în Douglas*. În asemenea cazuri niciodată facerea nu se efectuează spontan și femeia nu trebuie lăsată să intre în travaliu, nici nu se va încerca împingerea tumori prin manevrele vaginale, ceia ce poate aduce, după cum am arătat mai sus, complicațiuni grave în urmările facerii (73). Se va face laparatomia, apoi exteriorizarea uterului, cezariana și în fine miomectomia sau histerectomia după caz. Nu se va rămâne niciodată la cezariana conservatoare, amânând pentru câteva luni mai târziu o nouă operațiune, căci acest procedeu este foarte periculos, fibromul având toate șansele să se infecteze în urmările facerii.

În rezumat: fibroamele uterine dau rareori complicațiuni în sarcină. Expectațiunea și supravegherea bolnavei trebuie să fie regula de conduită. Dacă accidente survin (necrobioză, torsiune, compresiuni), laparatomia se impune, urmată de miomectomie, ce trebuie aleasă ori de câte ori este posibil și acestea sunt cazurile cele mai frecvente. Numai unic din contra indicațiile acesteia nasc indicațiile histerectomiei. Când fătul a ajuns în perioada de viabilitate operațiunea oricare ar fi trebuie precedată de cezariană. În caz de

tumoare praevia înclavată, se va opera și înainte ca femeia să intre în travaliu. Toate femeile cu facere spontană vor fi supravegiate în urmările facerii și dacă survin semne de infecțiune (dureri, febră, lochii), se va face histerectomie. În fine când urmările facerii sunt normale se va putea practica miomectomia în vederea unei sarcini ulterioare.

* * *

Miomectomia, operațiunea benignă și cu riscuri extrem de minime în afară de sarcină, practică în timpul acesteia provoacă adeseori avortul sau facerea prematură. După Brindeau, sarcina ar fi întreruptă în 40% din cazuri, în celelalte 60% având toate șansele să continue. Troell din Stockolm, afirmă că în 3/4 din cazuri sarcina se continuă și numai într'un 1/4 este întreruptă. Pe 157 de miomectomii practicate de el în cursul sarcinei, a observat numai de 35 de ori întreruperea acesteia. Noi nu am putut culege decât 4 observațiuni de miomectomie în timpul sarcinei¹⁾, care ne-au condus totuși a trage o concluziune interesantă. Din cele 4 observațiuni ale noastre, la 2 bolnave însărcinate în luna IV, sarcina a evoluat la termen după intervențiune, la celelalte 2, însărcinate una în luna IV-a, cealaltă în luna VI-a, sarcina a fost întreruptă după intervențiune. Aceasta ne-a sugerat ideea că n'ar fi numai o simplă coincidență și că vârsta sarcinei poate are vre-o influență în ceiace privește întreruperea sau mersul normal al ei în legătură cu operațiunea. Neputând trage o concluzie din câteva cazuri, am căutat în literatura medicală observațiuni de miomectomie și sarcină și am fost îndreptățiți în felul nostru de a gândi. Am găsit, dela 1910 până astăzi, publicate 39 cazuri de enuncleții abdominale în cursul sarcinei. Dintre acestea, 32 de intervențiuni au fost practicate pentru fibroame complicate de sarcină între lunile I—IV și 7 operațiuni pentru fibroame și sarcină în lunile a V și a VI. În cele dintâi 32 de cazuri, intervențiunea a fost urmată de evoluțiunea normală a sarci-

¹⁾ Vezi observațiile noastre I, II, III și IV.

nei, iar în celelalte șapte, sarcina a fost regulat întreruptă după operațiune. De sigur cazurile nu sunt numeroase, dar totuși permit a trage o concluziune și aci nu mai poate fi vorba de o simplă coincidență. Din statistici reese că în 75% sarcina evoluiază normal după miomectomie, și în 25% avem avortul sau facerea prematură. Deci pe totalul nostru de 39 cazuri ar fi urmat, după statistică, să avem 9 avorturi, noi n'am observat decât șapte. Dar dece pe 32 de intervențiuni să nu constatăm nici un avort când trebuia să găsim cel puțin 3, și de altă parte pe celelalte 7 cazuri, unde trebuia să găsim cel puțin 5 continuări de sarcini; nu avem nici una. Faptele sunt destul de clare și pun în evidență legătura ce există între vârsta sarcinei și evoluțiunea normală a acesteia în raport cu intervențiunea operatorie. *Păreră noastră este că miomectomia, practică în primele patru luni ale sarcinei nu aduce nici o turburare în mersul normal al acesteia, practică însă în fibroamele complicate de sarcină dela luna V-a înainte, provoacă aproape totdeauna avortul sau facerea prematură.*

URMARI OPERATORII

1) **Benignitate. Mortalitate.** Miomectomia abdominală este o intervențiune benignă. Toate operatele noastre au prezentat urmări operatorii normale, scurte și apiretice. După majoritatea autorilor mortalitatea sa este aproape nulă. Nu tot așa era altă dată. În 1890 Aug. Martin de la Berlin avea 13% mortalitate la bolnavele sale, dar pe vremea aceea histerectomia dădea aceluiași autor 33% decese din cauza asepsiei imperfecte.

La aceeași epocă Chevrier, într'un memoriu asupra enucleații abdominale, dă o mortalitate de 16%. Astăzi însă grație progreselor asepsiei și antisepsiei se obțin rezultate mult mai fericite. Astfel Gouilloud⁽⁵²⁾ pe cele 118 miomectomii practicate de el a avut 4 decese (3%); Hartman pe 50 miomectomii, din care 5 practicate în cursul sarcinii, n'a avut nici un deced; Troell din Stoccolm pe 137 miomectomii abdominale a avut 3 decese (2%); Vineberg pe 120 cazuri n'a avut nici un deced, de asemenea Kelly de la Baltimore pe 97 enucleații abdominale nu are nici un caz letal. Vanverts de la Lille și Remmelt de la Amsterdam constată că miomectomia prezintă o mortalitate quasi nulă; iar Leon Tixier și George Labey, la congresul de chirurgie din 1924, raportează că mortalitatea este de 1% la bolnavele operate înainte de 40 ani.

2) **Hemoragii.** Hemoragia a fost una din obiecțiunile adresate de mulți autori miomectomiei, mai ales de Baldiy de la Filadelfia și Koenig de la Geneva. Rîscul de hemoragie frecuent formulat, este mai mult teoretic de cât real, căci aceasta se oprește în genere prin capitonajul pungii și o sutură bine făcută și este foarte puțin abundentă dacă se incizează uterul pe linia mediană. Tuffier zice că insuccesele obținute se datoresc

înainte de toate unei *hemostaze insuficiente* și recomandă că acest timp capital să se facă foarte minuțios și cu răbdare.

3) **Infecții.** Dacă pericolul de hemoragii este aproape inexistent cu o tehnică bună, nu-i tot asemenea cu *complicațiunile infecțioase*, care deși rare, sânt destul de serioase când survin și trebuie să căutăm a le preveni cu ori ce preț. Uneori acestea sânt în legătură cu cauzele exterioare, fibromatoasele prezentând o mare sensibilitate la infecție. Aceasta este un fapt bine cunoscut și Faure atrage atențiunea asupra frecvenții emboliilor și pericolul de a interveni în cursul unei epidemii. El spune, că în timpul marelui epidemii de gripă din anul 1919, a observat personal 7 morți, din care 4 în foarte puțin timp. În afară de aceste cauze exterioare, complicațiunile infecțioase provin uneori din lipsa unei hemostaze suficiente, dar în majoritatea cazurilor ele sânt datorite deschiderii cavității uterine. De aceea pentru a le preveni, pe deoparte hemostaza trebuie să fie perfect executată, suturile bine strânse, nelăsând spații moarte capabile să se infecteze, iar de altă parte să se dilate în prealabil orificiul uterin și dacă se deschide în timpul operației cavitatea uterină, cât de puțin suspectă ar fi ea, să se așeze în loja rămasă goală un dren sau o meșă ce se va scoate prin vagin.

Flebitele și emboliile, mai frecvente la femeile ce au suferit histerectomia, sânt extrem de rare în genere la miomectomizate. Gouilloud⁽⁵⁵⁾ frapat de această raritate a flebitelor explică acest fapt prin absența de ligatură a venelor mari, nu departe de abuzarea lor în vena iliacă, cum se execută în histerectomie.

4) **Funcția menstruală.** Avantajele miomectomiei sânt foarte apreciable în ceace privește funcția menstruală. Durerile, ce creau accentuate mai ales în timpul regulelor, dispar cu totul după intervențiune. Regulele apar după o lună sau două de la operațiune și perzistă în mod normal, neexistnd nici o turburare de menopauză precoce. Cantitatea de sânge perdută în timpul menstruațiunei devine normală și regulele care durau 8—10 zile și mai mult uneori nu mai durează de cât

3-4 zile maximum după intervențiune. Menstruațiunea vine în fie care lună, la dată fixă, neprezentând nici întârzieri, nici avansuri.

5) **Evoluția îndepărtată a fibroamelor după miomectomie. Valoare curativă. Recidive.** După miomectomie ca și după facere, uterul diminuează, asistăm la o adevărată involuție chirurgicală a fibromului. Procesele congestive al căror sediu era uterul, se atenuiază și deseori noduli mici chiar pot retroceda. Dar s'a obiectat, că în enorma majoritate a cazurilor, nu avem a face cu un fibrom uterin ci cu o fibromtoză uterină, de obicei pe acelaș uter găsindu-se mai multe tumori de mărime variabile și cu situațiune anatomică de asemenea variabilă. De aceea mai târziu avem recidive, datorită creșterii micilor mîoame rămase neobservate și scăpate enucleații. Este aceasta una din cele mai mari critici formulate contra metodei conservatoare, dar lectura lucrărilor și observațiunilor publicate arată că aceste recidive sânt rare. Zwiebel pe 563 cazuri de enucleații abdominale ce a colectat, nu notează decât 4 recidive (0,75%); de sigur însă că o parte din cazurile recidivate nu au fost publicate și gradul de frecvență trebuie să fi fost superior acestei cifre, căci celelalte statistici, dau o cifră ceva mai mare, dar în acelaș timp se acordă toate a arăta raritatea rcidivei. Astfel au fost numai 4 cazuri pe cele 141 bolnave operate de Aug. Martin, toate revăzute multă vreme după interveție. Engstroem pe 180 encucleații ce a practicat, revăzute și acestea mulți ani în urmă, a avut uneori recidive, dar niciodată până în punctul de a fi forțat să intervină din nou. Kelly din Baltimore pe 97 enucleații abdominale a avut numai 3 recidive. Gilles urmărind rezultatele în timp pe 173 miomectomii, nu găsește cazuri de recidivate de cât în procent de 5%. Gouilloud pe cele 118 miomectomii practicate și urmărite de el în timp de 20 ani, nu relevă de cât 5 cazuri de recidive. Deci în medie recidiva ar surveni cam în 3-5% din cazuri.

Din cauza recidivelor mulți chirurghi consideră și azi miomectomia ca o *operațiune provizorie* și nu-i dau în-

semnătatea ce o merită. Dar din observațiunile urmărite, pelângă raritatea recidivelor, reese că reapariția clinică de noi fibroame, s'ar face la un interval de 8—10 ani de la intervențiune, în care timp femeia are o viață genitală normală, putând avea unul sau mai mulți copii. După acest interval recidiva poate surveni, în majoritatea cazurilor însă, se instalează menopauza cu efectele ei știute asupra mioamelor, excepționale fiind cazurile în care să mai fie necesar un tratament activ ca : histerectomie, sau radioterapie.

6) **Frecuența sarcinilor după miomectomie.** Sarcinile după miomectomie sânt în număr destul de important și adeseori ele se observă la femei ce până aci erau sterile. În adevăr în multe cazuri fibromul este cauză de sterilitate, și aceasta datorită endometriței coexistente, întreținută în mod cronic de către tumoarea fibroasă.

Cercetând statisticele se constată că femeile operate rămân însărcinate într'o proporție de 30%. Astfel Gouilloud pe cele 118 miomectomii practicate de el, defalcând 43 de celibatate, 16 femei peste 40 de ani și 4 decese post operatorii, constată pe cele 55 operațiuni făcute în condițiuni favorabile 15 sarcini. Wladimir Berman în teza sa din 1926 pe 21 de operate notează 6 sarcini urmate de faceri normale după intervențiune. Ultima statistică a lui Mayo raportată în Progrès Médicale din 1920, dă un procent de 33 de femei fecundate după operațiune dintre care 12 au avut câte 2 copii. Dealtminteri observațiunile de sarcini multiple, femei ce au avut două sau mai multe sarcini consecutive după miomectomie, sunt numeroase în literatură și pe lângă cele publicate de Gouilloud și Mayo, Achard citează în teza sa o serie de asemenea observațiuni publicate de Tuffier, Témoin, Pollosson, etc. Poate că rezultatele ar fi și mai favorabile dacă de multe ori n'ar interveni voința soților ca o cauză de sterilitate după miomectomie. Gouilloud zice că „această voință este legitimată uneori de teama de complicațiuni în timpul sarcinei sau facerii la aceste femei operate“ și adaogă e de datoria chirurgului să explice interesatelor că nu-î

nimic și că nu există distocie speală din cauza miomectomiei așa de rare sunt excepțiile“.

7) **Evoluția sarcinei și facerii la miomectomizate.** Miomectomia nu predispune la nici o complicație care să împiedice evoluția normală a sarcinilor ulterioare. Benoît-Gonin a reunit 95 cazuri de femei însărcinate după enucleația abdominală și la toate acestea sarcina a evoluat în general fără incident. Aceste femei au avut 120 concepții, din care 100 sarcini au fost duse la termen 20 urmate de avort și 5 de faceri premature.

Avorturile au fost provocate unele din cauză accidentală, altele din cauza sifilisului.

Au fost semnalate și unele observațiuni de placentă previa la miomectomizate de unde se putea pune în-
trebarea dacă operațiunea nu poate fi întrucâtva cauza acestei distocii. Dar miomectomia nu poate fi făcută responsabilă de placentă praevia, fiindcă aceasta a fost observată în 2 cazuri unul publicat de Gouilloud și altul de M. Reeb, în care intervențiunea, fără să se știe că femeia era însărcinată, a fost făcută la 2 săptămâni după începutul unei sarcini, concepută într'un uter fibromaros.

Facerea deasemeni nu e perturbată de miomectomie. Pe cele 100 faceri relatate de Benoît Gonin se găsesc 96 prezentații cefalice, 3 pelviene și 1 facială.

Ruptura uterină este posibilă și legată de operațiune. În literatura medicală au fost publicate 3 cazuri : unul al lui Doderlein, unul al lui Kroenlein și un caz al lui Fraenkenthal și încă în acest din urmă caz femeia avusese mai înainte o facere normală. Din acestea trei o singură bolnavă a sucombat. Ruptura uterina este deci o complicație excepțională, dar operând nu va trebui uitată și se vor îngriji minuțios suturile.

Gouilloud semnalează un caz mortal la una din operațiile sale, care făcu o infecție în timpul facerii, din cauza unei dilatații Bonnaire și aplicațiuni de forceps, manevre ce s'au făcut în condițiuni puțin aseptice operațiunea sa născând la țară. El atrage atențiunea asupra încetinelei dilatațiunei orificiului uterin, ce este obiș-

nuită primiparelor în vârstă și această distocie este foarte posibilă la miomectomizate, în general ele fiind primipare în vârstă între 30—40 de ani. „Este un factor obstetrical ce nu se poate neglija dar căruia nu trebuie să i se exagereze importanța. El impune sfatul înțelept dat miomectomizatei, să nască la prima lor facere într-o maternitate, clinică sau în prezența unui ajutor obstetrical luminat“.





OBSERVAȚIUNI

INSTITUTUL MATERNITATEA
CLINICA OBSTETRICALĂ

SERVICIUL D-LUI PROF. DR.
GHEORGHIU N.

OBSERVAȚIA I

Femeia C. K.. în etate de 22 ani, primipară gravidă în luna IV, vine în Institut în ziua de 26 Septembrie 1923 pentru dureri mari în fosa iliacă dreaptă.

Antecedente. Menstruată dela etatea de 15 regulat la 4 săptămâni, durata 3 zile, cu pierderi puțin abundente, fără cheaguri și fără dureri. Menstruațiile s'au succedat cu aceleași caractere până în luna Iunie 1923 când rămâne însărcinată pentru prima oară.

Istoric. Ultima menstruație dela 2—5 Iunie 1923, dată dela care e complet amenoreică și are dureri însoțite de greață vărsături și o senzație de greutate în fosa iliacă dreaptă.

Examenul genital. Se găsește fundul uterului la trei laturi de deget subombilic, de consistență moale, caracteristică uterului gravid. În dreapta o tumoră de mărimea unei mandarine, și care este dependentă de uter.

Operațiune la 28 Septembrie 1923 Profesor Dr. Gheorghiu și Dr. Niculescu. Rachianestezie. Laparotomie mediană sub ombilicală.

La deschiderea abdomenului se constată uterul gravid în luna IV și un fiblom subseros împlântat pe fața anterioară a acestuia. Se extirpă tumora, se suturează marginile plăgi, se asigură hemostaza și se închide peretele abdominal în trei strate.

Urmări operatorii normale. Femeia păstrează sarcina, ese din spital sănătoasă la 12 Octombrie 1923, și naște la domiciliu un făt la termen.

OBSERVAȚIA II

Femeia I. P. în etate de 33 ani, primipară gravidă în luna VI intră în Institut în ziua de 28 Februarie 1924 pentru dureri în flancul și fosa iliacă dreaptă.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Varicelă la 8 ani. Menstruată dela etatea de 15 ani, regulat la patru săptămâni, durată 3—4 zile, cantitate mică și cu ușoare dureri în basin. Căsătorită la 25 ani nu are nici o sarcină în tot timpul primei căsătorii care durează 7 ani. Recăsătorită acum 2 ani, regulile au avut aceleași caractere ca și în trecut. Numai de un an ele au o durată mai lungă 7—8 zile. Neagă orice infecție veneriană.

Istoric. Acum 5 ani bolnava a fost apucată de dureri mari în fosa iliacă și flancul drept, dureri care au ținut 5 zile și care au forțat pacienta să stea la pat având și vărsături, în apetență insomnie. Durerile localizate, fără nici o iradiație se măreau când lua poziția în picioare. Adeseori dela acest accident, bolnava are senzația unei greutăți la același nivel evidențiată mai ales cu ocazia unei oboseli fizice. Ultima menstruațiune a avut-o în primele zile ale lunii Septembrie 1923, dela care dată e complet amenoreică. Nu poate preciza data apariției mișcărilor fetale.

Stare prezentă. La inspecție se constată: prezența unei tumori mediane, având caracterele unui uter gravid, al cărui fund se găsește în vecinătatea ombilicului, puțin deasupra lui. În partea stângă a acestei tumori se simte o mică tumoretă cât o nucă dură și fixată pe peretele uterin. Balotare la nivelul ombilicului și la inspecția flancului drept se remarcă o neregularitate a abdomenului care traduce prezența unei alte tumori ce este foarte ușor de palpat, fiind superficială și având mărimea unui cap de făt, alungită în sens transversal și ocupând o parte din hipocondru drept și epigastru cât și tot flancul drept până deasupra crestei iliace, înăuntru atinge regiunea ombilicală. Tumora e dură, lemnosă și i se pot imprima oarecari mișcări de lateralitate mai puțin de ascensiune fiind greu de a aprecia o deplasare a uterului consecutivă deplasării tumori. Tumora e mată, matitate.

cară e puțin separată de aceia a ficatului. La ascultație maximul bătailor cordului fetal pe linia mediană sub ombilic.

Operațiune 18 Martie 1924. Profesor Dr. Gheorghiu și Dr. Săvulescu Rahianestezie. Laparatomie mediană sub ombilicală.

Se descopere un fibrom pediculat de mărimea unui cap de făt, inserat pe fundul uterului și fibroame multiple ale peretelui uterin, de diferite mărimi. Se face miomectomia fibromului pediculat. Se asigură hemostaza. Se închide peretele abdominal în 3 strate.

Urmările operatorii. În primele 5 zile stare afebrilă puls 80. Delă a 6-a zi bolnava are dureri de facere mai rare la început, s'au calmat prin clisme cu cloral. În ziua de 28 Martie 1924 ora 11 a. m., la 10 zile după operație se face extracția fătului viu de 1000 grame placenta 300 gr. Bolnava câteva zile mai nainte a avut febră 38—38'5 și puls 100—110. Ese sănătoasă 20 Aprilie 1925.

OBSERVAȚIA III

Femeia S. A. în etate de 40 ani, novipară gravidă în luna V, intră în Institut în ziua de 27 Martie 1924 pentru graviditate cu dureri în regiunea periombilicală.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Menstruată dela etatea de 14 ani, regulat la 4 săptămâni, durata 3 zile, cantitate mică, fără dureri. Măritată la 15 ani rămâne însărcinată la un an după căsătorie. Naște un copil la termen. Urmează la mici intervale alte 7 faceri. În total opt faceri la termen, apoi un avort spontan în 6 luni, și acum un an și jumătate i se provoacă un avort în 2 luni jumătate. Trei săptămâni în urmă, pierzând mereu sânge, bolnava intră în Institut unde i se face curetaj uterin. Incidental se constată o mică tumoră dură, pe fundul uterului.

Istoric. Timp de un an dela plecarea din Maternitate menstruațiile s'au succedat regulat, în fiecare lună, ținând însă câte 8 zile, fiind însoțite de dureri mari și în cantitate abundentă. La 16 Octombrie 1923 a avut ultima menstruațiune de la care dată e complet amenoreică. Abdomenul crește, mamelele se măresc, devin dureroase și ansamblul simptomelor subiective indică repede bolnavei că e vorba de o nouă sarcină. Bol-

nava simte dureri încă dela începutul sarcinei, în regiunea hipogostică, dureri care se accentuiază mai târziu odată cu mișcările active ale fătului.

Starea prezentă. Bolnavă de constituție medie, afebrilă, puls 65 se plânge de dureri în regiunea periombilicală cu pericade de accentuare și de remisiune aproape zilnic.

La inspecție : mamelele mărite de volum, areola primară pigmentată tuberculi Montgomery dezvoltată, abdomenul mărit de volum prezintă vergeturi sifidii, care se întind în jos până pe fața anterioară a ambelor coapse.

Prin palpare, se constată : o tumoră abdominală mediană, de consistență elastică a uterului gravid, care se întinde până la nivelul ombilicului. Palpeul bimanual relevă plutirea abdominală. La fundul uterului se constată o a doua tumoră, mult mai dură, rotundă, bine circumscrisă, ușor sensibilă de mărirea unei mandarine, foarte mobilă. În mers în schimbări de poziție, tumora se imobilizează și durerile scad așa că bolnava suportă ușor tumora.

La ascultare se aud bătăile cordului fetal pe linia mediană la jumătate distanța dintre pubis și ombilic.

Examenul genital. Organele genitale externe, mucoasa vulvo vaginală violacee, mucoasa vaginală înmuiată cu ușor colpocele anterior. Print tact vaginal, colul apare lung, infund ibuliform cu orificiul extern între deschis, cu margini groase neregulate și prezentând rupturi transversale dela facerile anterioare. Corpul mărit de volum, ovoid, de consistență elastică, contractat, se ridică, până la nivelul ombilicului. Prin fundul de sac posterior se simte plutirea vaginală.

Operațiune 11 Aprilie 1924. Dr. Săvulescu și Dr. Niculescu-Rachianestezie. Laparatomie mediană subombilicală.

La deschiderea abdomenului se constată uterul gravid în luna V și un fibrom subseros sesil cât o mandarină, împlântat pe fața anterioară. Se face miomectomia abdominală se iau aceleași precauții la hemostază și refacerea peretului abdominal.

Urmări operatorii. A doua zi dela operație apar dureri ce se transformă în dureri persistente de expulzie. A 3-a și 4-a zi după operație febră 38° 38'5 puls 104—120 și cu tot tratamentul calmant opiaceu după 5 zile dela operație avortează la 16 A-

prilie 1924 ora 5.40 a. m. Ese din spital sănătoasă la 27 Aprilie 1924.

OBSERVAȚIA IV

Bolnava A. S., în etate de 28 ani, primipară gravidă în luna IV, intră în Institut în ziua de 13 Martie 1925 pentru dureri în fosa iliacă dreaptă.

Ant. heredo- colaterale. Tatăl mort la 54 ani de cancer al stomacului. Mama și o soră sănătoase.

Ant. personale. Febră tifoidă la 15 ani. Menstruată dela etatea de 13 ani, regulat, la 4 săpt., durată 4—5 zile fără dureri. Ultima menstruațiune la sfârșitul lunei Ianuarie 1925 care a ținut 5—6 zile ca de obicei.

Istoric. La sfârșitul lunei Aprilie 1925 a simțit o durere în fosa iliacă dreaptă, durere ce a făcut-o să se ducă la medic. Medicul i-a spus că are o tumoră în fosa iliacă dreaptă și sarcină, ceiace a făcut-o să intre în spital.

Examen genital. Colul uterin mărit și ramolit mai ales în porțiunea anterioară. Corpul uterin în latero-deviațiune stângă, de mărimea a 2 pumni, cu pereți modificați și de consistență păstoasă. În legătură cu marginea laterală dreaptă a corpului uterin și puțin anterior apare o tumoră cât un cap de copil, cu pereți bine delimitați, nedureroasă în tensiune, renitentă, ce pare a fi un kist de ovar pornit din anexele drepte. Tumoarea este mobilă cu uterul.

Operațiune 19 Mai 1925. Prof. dr. Gheorghiu și dr. Protopopescu. Rachianestezie. Laparatomie mediană sub ombilicală.

La deschiderea abdomenului se descoperă în stânga uterul gravid în luna IV prezentând în dreapta un fibromiom de mărimea unui cap de făt, pediculat cu un pedicul gros de 10 cm. inserat pe fața anterioară a uterului gravid. Se constată un alt fibrom de mărimea unei nuci uscate, sesil pe fundul uterului, aproape de cornul stâng. Alte 2—3 mici fibroame de mărimea unei alune pe fața anterioară și laterală dreaptă a uterului. Se procedează la miomectomia fibromului mare, pediculat. După secțiunea pediculului fibromului, sub forma unei colerete cât mai aproape de tumoră, se extirpă tumora. Se pun apoi fire separate de catgut pe plaga uterină, interesând numai mușchiul. Se asigură hemostaza prin 2 fire de mătase groasă. Con-

tinuând o ușoră sângerare se mai trec apoi 2 fire profunde de catgut și se oprește. Se curăță abdomenul de cheaguri. Nu se intervine pentru celelalte tumori. Se închide peretele abdominal în trei straturi.

OBSERVAȚIA V

Bolnava V. Ch. în etate de 25 ani, primipară intră în Institut în ziua de 17 Octombrie 1925, pentru pierderi de sânge și o scurgere albicioasă.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Menstruată dela 14 ani, la intervale neregulate între 2—6 săptămâni, durată 7—8 zile, cu pierderi abundente de sânge, cu cheaguri și cu dureri vii și greață în primele două zile. Dela pubertate are o scurgere albicioasă. Măritată dela vârsta de 21 ani, menstruațiile au urmat cu aceeași neregularitate însă fără dureri.

Istoric. Acum patru ani în urma unei răceli, menstruațiunea a durat două săptămâni, însoțită de dureri și pierderi mari de sânge, ceiace a silit-o să rămâie în pat cu punga de gheață pe abdomen și medicamente hemostatice. De un an de zile bolnava a început să piardă sânge și în intervalul menstruațiilor, mai cu seamă după oboseală, are dureri în hipogastru și o scurgere albicioasă, ceiace o face să intre în Institut.

Examenul genital. Colul conic de nulipară, tumefiat, turgescenț și violaceu, orificiul punctiform privește în jos și în spre stânga. Corpul uterin de mărimea unui pumn voinic, de consistență dură, nedureros, mobilitatea conservată, cu suprafața puțin neregulată, persentând fine boseluri (aceasta la o palpate atentă), în anteflexiune, anteversiune și lateroversiune dreaptă. Fundul de sac lateral drept scurtat. Cel stâng îngroșat și sensibil. Cel anterior și posterior libere.

Operațiune 21 Octombrie 1925, Profesor dr. Gheorghiu și dr. Protopopescu. Rachianestezie, Laparatomie mediană sub ombilicală.

La deschiderea peritoneului se constată uterul mic, iar pe lăutra lui dreaptă, între foiele ligamentului larg drept, prezența unui nodul fibromatos, de mărimea unui ou de găscă. Se decortică acest nodul, se secționează ligamentul rotund drept, se leagă pediculul vascular al fibromului, se taie fibromul dela

baza de implantare și se extirpă. Apoi se caută a se reface locul de extirpare al fibromului. Se pun fire separate de catgut gros, se peritonizează deasupra cu un surjet subțire și se reface peretele abdominal în trei straturi separate.

Urmări operatorii normale.

OBSERVAȚIA IV

Bolnava A. C. în vârstă de 31 ani, tertipară, intră în Institutul Maternitatea în ziua de 21 Iunie 1926, pentru regule abundente și dureri în fosa iliacă și flancul drept.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Pojar în copilărie. Adenită cervicală.

Antecedente fiziologice. Menstruată dela etatea de 13^o ani, la intervale de trei la patru săptămâni, durată 6—7 zile, cu pierderi abundente, uneori cu dureri.

A avut o sarcină dusă la termen, nașterea și lăuzia normale, copilul a murit la 11 luni. A mai avut și două avorturi neprovoocate, unul în șase luni și celălalt în cinci luni. Dela ultimul avort sunt cam 9 ani.

Istoric. De doi ani de zile are, din când în când dureri în fosa iliacă și flancul drept, dureri suportabile căci își vedea de lucru până acum o săptămână. Aceste dureri se accentuează în timpul menstruațiilor. Menstruațiile păstrează caracterele anterioare, abundente, durată 6—7 zile, la intervale de 3—4 săptămâni. De o săptămână are dureri mai mari. Bolnava observase mai de mult o tumoare în foșa iliacă dreaptă care creștea. De două ori a consultat un medic care i-a recomandat operațiunea.

Examenul genital. Colul mare, situat aproape de fața anterioară a sacrului, se continuă cu istmul și corpul în retro pozițiune. Mobilitatea uterului foarte redusă părând chiar aderent. Fundul de sac lateral stâng gol. Prin fundul de sac antero-lateral drept se constată o tumoră de mărimea unui pumn, cu suprafață regulată, de formă rotundă, ușor mobilizabilă în toate sensurile și care se ridică în sus până la un lat de deget sub ombilic. Această tumoră are un pedicul în anexa dreaptă, ce pare fixat de cornul drept.

Analize. Reacția Wasserman în sânge slab pozitivă. Ureea în sânge 0 gr. 420.

Operațiune 14 Iulie 1926. Profesor dr. Gheorghiu și dr. Niculescu. Rachianestezie. Laparatomie mediană subombilicală.

La deschiderea abdomenului se găsește pe fundul uterului și către marginea dreaptă a lui, o tumoră ce întrece mărimea unei portocale mari, sesilă pe fundul lateral al uterului, cu suprafața de inserție aproape cât un pod de palmă. Se face extirparea fibromului printr'o incizie circulară. La secțiune se deschide cavitatea uterină în partea ei superioară. Se pun fire separate (patru puncte) pentru închiderea cavității uterine. Se suturează cu fire separate buzele plăgi rămase după extirparea fibromului. Se pun trei fire de mătase și un dren pentru asigurarea hemostazei la nivelul trompei drepte. Refacerea peretelui abdominal în trei straturi.

Urmări operatorii normale.

OBSERVAȚIA VII

Bolnava P. I. în etate de 42 ani nulipară, intră în Institut în ziua de 21 Iulie 1926, pentru metroragii și senzație de greutate în abdomen.

Ant. heredo-colaterale. Fără importanță

Antecedentele personale. A suferit acum șase ani de paludism. Are o pleurită dreaptă de prin Ianuarie 1926.

Menstruată dela etatea de 12 ani, regulat la 4 săptămâni, durată 6—7 zile, cu pierderi abundente de sânge, cu cheaguri și cu dureri care procedau cu o zi apariția menstruațiilor. Măritată la 22 ani, n'a avut nici o sarcină și nici un avort.

Istoric. Acum doi ani, pentru prima oară, menstruațiile au venit mai abundente ca de obicei și s'au continuat cu o metroragie, ce a durat trei săptămâni, însă mai puțin abundentă. A încetat în urma unui tratament intern pentru a reapare în aceleași împrejurări după un an. De data aceasta metroragia era mai abundentă, cu cheaguri mari, fără dureri cu miros urât s'a oprit după două săptămâni în urma a două injecții cu ergotină. A reapărut din nou acum trei luni în aceleași împrejurări și cu acelaș aspect. După o lună dela această dată are o menstruație obișnuită. În luna următoare, menstruația a apărut abia la 5 săptămâni, cu usturimi și cu durere. De data aceasta sângele era de colorație roză (mai deschis ca de obicei) și

foarte abundent. După două săptămâni această hemoragie își schimbă aspectul și bolnava elimină chiaguri timp de încă două săptămâni, adică până acum 4 zile. De data aceasta metroragia s'a oprit mai greu în urma irigațiilor vaginale fierbinți și 16 injecții cu ergotină a 0,10 ctg. Alarmată de aceste hemoragii și fiind foarte slăbită, vine în serviciu.

Examenul genital. Un sept pe peretele superior al vaginului care-i complet în partea lui posterioară. Colul uterin, ce se simte prin acest sept, este de consistență dură, neregulat. Corpul uterin în anteflexiune, puțin mărit de volum, mobilizabil, sensibil. În partea laterală dreaptă se simte o tumoră cam de mărimea unei nuci verzi, foarte sensibilă, aderentă de uter.

Operată în ziua de 31 Iulie 1926 D-l profesor Dr. Gheorghiu și Dr. Săvulescu. Rachianestezie. Laparatomie sub-omblicată mediană.

Se găsește pe fața anterioară a uterului un fibrom subseros, de mărimea unui ou de găscă, împlântat pe o bază largă; pe fața posterioară deasemeni, un fibrom subseros de mărimea unui ou de porumbel, sesil. Anexa dreaptă este transformată într'o tumoră kistică situată în Douglas de mărimea unei portocale, cu aderențe de epiplonși de baza ligamentului larg drept.

Se începe prin a extirpa fibromul anterior: se face o incizie ovalară la baza fibromului, se găsește un plan de clivaj care permite enuclearea fibromului, plaga rezultată e cusută cu fire de catgut. În al doilea timp se extirpă anexa dreaptă, după secțiunea trompei și a ligamentului rotund drept și a ligamentului lombo-ovarian; aderențele tumori au fost desfăcute cu mâna. În al treilea timp se extirpă fibromul posterior, procedându-se la fel ca în primul timp. Sutura țesutului uterin s'a făcut într'un singur strat; câteva fire de catgut, trecute profund prin țesutul uterin și fire superficiale cu catgut subțire. În ultimul timp se peritonizează și se unește capătul rămas al ligamentului rotund cu cornul drept al uterului. Se pune o meșă în Douglas spre dreapta și se închide peretele abdominal în trei straturi.

Urmări operatorii normale.

OBSERVAȚIUNEA VIII

Femeia S. M. în etate de 35 ani, nulipară, intră în Institut în ziua de 28 Noembrie 1924, pentru dureri în hipogastru, cu iradiațiuni în lombe și scurgere vaginală.

Antecedente. A suferit în copilărie de scarlatină și pojar. Menstruată dela etatea de 14 ani, regulat la 4 săptămâni, durata 3 zile, cu pierderi puțin abundente, însoțite de dureri. Intre menstruații nu avea nici o scurgere.

Căsătorită la 22 ani, după căsătorie menstruațiile s'au succedat cu același carctere, adesea însă veneau la trei săptămâni. Intre menstruații avea o scurgere albicioasă gălbue. N'a rămas niciodată gravidă.

Istoric. De o lună și jumătate bolnava are dureri în hipogastru cu iradiații în lombe și examinată de un medic i se spune că are un fibrom pentru care trebuie operată.

Examenul genital. Colul uterin lung, conic, orificiul extern punctiform, privește ușor înainte și în sus spre simfiza pubiană. Corpul uterului de mărime normală, în anteflexiune pronunțată, fundul privește spre simfiza pubiană. Pe peretele lateral stâng se simte o tumoretă de mărimea unei alune, tumoare pediculată.

Anexa stângă ușor împăstată, fundul de sac lateral stâng și posterior ușor măritate. Anexa dreaptă nu se simte, fundul de sac lateral drept liber.

Operațiune 5 Decembrie 1924. Profesor Dr. Gheorghiu și Dr. Protopopescu. Rachianestezie. Laparatomie mediană sub-ombilicală.

La deschiderea abdomenului se constată către fundul uterului și puțin spre dreapta un nodul fibromatos de mărimea unei nuci uscate și pe peretele anterior doi noduli mici câte niște boabe de mazăre. Se face o incizie circulară la baza fibromului care nu e pediculat, ci împlântat, se taie peritoneul ce acopere uterul de jur împrejurul pediculului și foarte ușor se enuclează fibromul. Se suturează peretele uterin la nivelul secțiunii cu fire de catgut separate. Trompa din stânga e mărită de volum, flexuoasă și sinuoasă. Se fac ligaturile vasculare și pediculare și se extirpă trompa în totalitate și ovarul corespunzător în parte. Se peritonizează, se închide peretele abdominal prin trei straturi separate.

Urmări operatori normale, puls și temp. normal, femeia este vindecată la 24 Decembrie 1924.



CONCLUȘIUNI

1) Printre tratamentele conservatoare în fibroamele uterine se numără : radio și radiumterăpia, miomectomia abdominală și vaginală.

2) Miomectomia abdominală, operațiune conservatoare prin excelență, e indicată în cazurile de fibroame uterine în afară de sarcină:

a) în fibroamele simple necomplicate, sub-seroase în număr cât mai mic și de volum restrâns, mai ales la femeile tinere,

b) în fibroamele complicate de necrobioză, torsione sau com presiuni viscerale.

3) În fibrom și sarcină, ea este indicată ca operațiune de urgență, în complicațiunile fibroamelor: necrobioză, torsione etc.

Poate fi practică în cursul sarcinei și fără indicațiuni de urgență în primele patru luni, sarcina evoluând normal după intervențiune și riscul de avort fiind foarte rar; dela luna cincea înainte însă operațiunea provoacă avortul sau facerea prematură.

4) Miomectomia este totdeauna contra-indicată: la marile multipare, în cazurile de fibroame de volum exagerat, în leziunile anexiale bilaterale și în fine în degenerescenta malignă sarcomatoasă sau epitelială.

5) Aplicată după aceste indicațiuni, este o intervențiune benignă, recidivele sunt rare (3—5%), mortalitatea și morbiditatea aproape nulă (pericolul de hemoragii, infecții, embolii inexistent cu o tehnică perfectă).

6) Sarcinele după miomectomie sunt frecvente (30%) și se observă chiar la femei ce erau sterile înainte de operațiune. Noile sarcini și faceri la miomectomizate evoluiază normal.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei,

(ss) Prof. Dr. Gheorghiu.

Decanul facultăți,

(ss) Prof. Dr. Bălăcescu.

CONCLUSIONS

1) Parmi les traitements conservatoires dans les fibromes utérins on compte; la radio et radiumthérapie, la myomectomie abdominale et vaginale.

2) La myomectomie abdominale, opération conservatrice par excellence, est indiquée dans les cas de fibromes utérins en dehors de la grossesse:

a) dans les fibromes simples, non compliqués, sous-séreux, en petit nombre et de volume restreint, spécialement chez les femmes jeunes.

b) dans les fibromes compliqués de nécrobiose, torsion ou comprésions viscérales.

3) Dans les cas de fibrome et grossesse, elle est indiquée comme intervention d'urgence dans les complications des fibromes: nécrobiose, torsion, etc.

Elle peut être pratiquée au cours de la grossesse sans indications d'urgence dans les quatre premiers mois, la grossesse évoluant normalement et le risque d'avortement étant extrêmement rare; mais après le cinquième mois, l'opération provoque l'avortement ou l'accouchement prématurée.

4) La myomectomie est contre-indiquée: chez les grandes multipares, dans les fibromes trop gros, dans les lésions annielles bilatérales et enfin dans la dégénérescence maligne (sarcomateuse ou épithéliale).

5) Pratiquée d'après ces indications elle est une opération bénigne, les récides sont rares (3—5%), la mortalité et la morbidité quasi nulle (le danger d'hémorragies d'infections, d'embolies n'existe pas avec une technique parfaite).

6) Les grossesses après myomectomie sont fréquentes (30%), et on les observe même chez des femmes qui étaient stériles avant l'opération. Les grossesses et accouchements qui surviennent ultérieurement chez les myomectomisées évoluent normalement.

Vue et bonne pour être imprimée.

Le président de la thèse,
(ss) *Prof. Dr. Gheorghiu.*

Le doyen de la faculté,
(ss) *Prof. Dr. Bălăcescu.*

BIBLIOGRAFIE

Tratate

- 1) *Boursier A. et Auvray M.* — Précis de gynécologie.
- 2) *Bégouin.* — Précis de pathologie chirurgicale (tomul IV).
- 3) *Faure et Siredey.* — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- 4) *Forgue et Massabuau.* — Gynécologie.
- 5) *Forgue.* — Précis de pathologie externe (tome I).
- 6) *Guéniot P.* — Thérapeutique gynécologique.
- 7) *Lecéne.* — Précis de pathologie chirurgicale (tome I).
- 8) *Lejars.* — Traité de chirurgie d'urgence.
- 9) *Léjars.* — Exploration clinique et diagnostic chirurgicale.
- 10) *Maygrier et Schwab.* — Précis d'Obstétrique.
- 11) *Prôust et Charrier.* — Chirurgie de l'appareil génital de la femme.
- 12) *Pozzi.* — Traité de gynécologie (tome I).
- 13) *Ribemont-Dessaignes et Lepage.* — Traité d'Ostétrique.

Publicațiuni Medicale

- 14) *Amussat.* — Mémoire sur l'anatomie des tumeurs fibreuses de l'utérus. — Paris 1882.
- 15) *Apert et Kermorgant.* — L'enfant des rayons X. Presse médicale 1923 Decembre 5.
- 16) *Auvray.* — Fibrome suppuré de l'utérus traité par l'énucléation. Presse médicale 21 Février 1925.
- 17) *Albertin H.* — A propos du traitement des fibromes utérins. — Revue de gynécologie et d'obstétrique 1924 tome IX. pag. 310.
- 18) *Alamartine et Mallet-Guy.* — Sur les indications opératoires dans les fibromes compliqués de phlébite des membres inférieurs. Lyon médicale 1926 pag. 327.
- 19) *Bender Xavier.* — Fibrome sous-péritoneale à pédicule tordu, compliquant une grossesse de 3 mois. Myomectomie. Guérison. Continuation de la grossesse. — Bullétin de la soc. d'obstétrique et de gynécologie 1914 Juin No. 6.
- 20) *Brindeau.* — A propos d'un cas de grossesse compliquée de fibrome Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn. 1922 pag. 677.

21) *Brindeau*. — Les fibromes compliqué de grossesse (conférence fait a la Faculté de médecine le 22 Fevrier 1923). — Presse médicale 1923 pag. 385.

22) *Bégouin*. — Traitement des fibromes utérins : chirurgie ou radiations? Journal de médecine de Bordeaux 1924 Novembre 25.

23) *Bégouin*. — La nécrobiose des fibromes utérius. — Journal de chirurgie 1923 tome XXI pag. 127.

24) *Bégouin*. — Deux cas de mort à la suite d'application de radium intra-utérine. Bulletin de la société d'obstétrique et de gynécologie. 1926 pag. 137.

25) *Bégouin*. — Procédé d'hystérectomie abdominale pour fibrome, a pôle inferieur enclavé; procédé de l'évidement. Revue de Gyn. et d'Obst. 1920 tome I pag. 429.

26) *Bérard, Dunet et Mallet-Guy*. A propos des difficultés du diagnostic des fibromes utérins et des dangers du traitement radiothérapique. Lyon médicale 1925 pag. 684.

27) *Béclère*. — La radiothérapie des fibromyomes utérins devant la société de chirurgie. Journal de Radiologie et d'électrologie 1923 tome IV No. 5 și 7.

28) *Béclère*. — Roentgentherapie des fibromyomes de l'utérus. Revue de Gyn. et d'Ost. 1921 No. 1.

29) *Brodhead*. — Pregnancy complicated by fibroid with normal delivery and subsequent myomectomy (sarcină complicată de fibrom cu facere normală și miomectomie conservatoare) — American Journal of Obst. and Gyn. 1919 pag. 216.

30) *Bonn Martius H.* — Asupra unor indicațiuni particulare a radioterapiei în ginecologie. — Müncherer Mediz. Wochenschrift 1922 Noemb.

31) *Bélot*. — Stérilité et rayons X. Presse médicale 1923 pag. 642.

32) *Bland F. Brotthe*. — Uterine myomata and pregnancy with spécial reference to tumor necrosis (Miom uterin și sarcină cu considerațiuni asupra necrozei tumoarei) — Surgery, gynecology and obstetries. Chicago 1925 tome X L. pag. 367.

33) *Corscaden*. — The limitations of radiotherapy in the menagement of fibromyoma of the uterus (Limitele radioterapiei în tratamentul fibromioamelor uterine) — American Journal of Obst. and Gyn. 1923 July.

34) *Chalier*. — Myomectomie pour myome rouge de l'utérus a forme très douloureuse. Presse médicale 1924 pag. 936.

35) *Caufman*. — Miomul uterin și radioterapia profundă. Revistă de Gyn. și Obst. Buc. 1925 tom XII pag. 8.

36) *Cryssel et Vachey*. — Myome rouge de l'utérus. Lyon médicale 1925 tome II pag. 656.

37) *Chavanez*. — Nécrobiose des fibromes utérius et grossesse. Revue de Gyn. et d'Obs. 1920 tomé I pag. 100.

38) *Ducuing*. — Comment il faut comprendre aujourd' hur

le traitement des fibromes utérins. — Toulouse médicale 1923. Novemb 15.

39) *Didier et Hidden*. — Extirpation par énucléation abdominale de 9 fibromes utérins ; grossesse à terme consecutive. Presse médicale 1923 Avril 5.

40) *Daléas*. — Comment à l'heure actuelle un médecin doit envisager le traitement des fibromes. — Toulouse médicale 15 Avril 1924.

41) *Devroigne et Ravina*. — Myomectomie et gestation. Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn. 1922 pag. 73.

42) *Dimitri de Otto*. — Les perfectionnements du traitement chirurgical des fibromes de l'utérus suivi sur 2000 cas. Revue de Gyn. et d'Obst. 1924 tome X, No. 1.

43) *Dartigues*. — Fibrome utérin traité inefficacement par la radiothérapie et compliqué de deux hémato-salpiux. Hystérectomie abdominale. Guérison. Revue de Gyn. et d'Obst. 1924.

44) *Daniel și Babeș A*. — Rolul ovarelor în patogenia fibroamelor uterine. Revista de Gyn. și Obst. 1925 tom. III, No. 9—10.

45) *Driessen*. — Traitement des fibromes utérins par les rayons X en deux séances. Journal de chirurgie 1922 tome XX pag. 227.

46) *Delbet et Bellanger*. — Radiothérapie des fibromes. Revue de Gyn. et d'Obst. 1923 pag. 421.

47) *Duvergey*. — Fibrome sous péritonéal de l'utérus avec abcès central. Myomectomie. Journal de médecine de Bordeaux 25 Novembre 1919.

48) *Eparvier*. — Trois cas d'accouchement après myomectomie. — Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn. 1922 pag. 636.

49) *Fort (Le)*. — Myomectomie, développement ultérieur des fibromes à allure grave. Revue de Gyn. et d'Obst. 1923 pag. 544.

50) *Forgue*. — Opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. Paris médicale Juin 1926.

51) *Faure*. — Kistes de l'ovaire et radiothérapie. Paris médicale 1925 pag. 551 Juin.

52) *Gouilloud*. — Indications de la myomectomie, de l'hystérectomie et de la curiéthérapie dans le traitement des fibromes utérins. Revue française de Gyn. et d'Obst. 1924 pag. 713.

53) *Gouilloud*. — 15 cas de grossesse après la myomectomie abdominale. Presse médicale 17 Jan. 1925.

54) *Gouilloud*. — Myome rouge de l'utérus. Myomectomie. Lyon médicale 1925 tome II pag. 71.

55) *Gouilloud*. — Fibrome et grossesse. Lyon médicale 1925 tome II pag. 402.

56) *Gilles*. — Myomectomie au 3-e mois de la grossesse, accouchement prématuré accidentel au 8 mois. Revue française de Gyn. et d'Obst. 1923 pag. 539.

- 57) *Goinard et Pouget*. — Fibrome et grossesse; myomectomie; avortement consécutif. *Revue franc. de Gyn. et d'Obst.* 1924 pag. 589.
- 58) *Goinard et Laffont*. — Myomectomie au 3-e mois de la grossesse. *Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn.* 1914 pag. 415.
- 59) *Goldewsky*. — Fibrome utérin et radium thérapie. *Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn.* 1922 pag. 733.
- 60) *Giles Arthur*. — Indications for and results of myomectomy for uterine fibroids (Indicațiile și rezultatele miomectomiei în fibroamele uterine) *Proc. of The Royal society of medicine, sect. obst. and gyn.* Londra 1922 tome VII, pag. 13.
- 61) *Gelhorn*. — When to operate, an when to use radium on fibroids of the uterus? (Când să se opereze și când să se întrebuințeze radium în trat. fibroamelor uterine?) *Journ. Am. Med. Ass.* 1923. pag. 234.
- 62) *Hartman*. — Radiothérapie des fibromes utérins dans les positions de Trendelenburg et Sims. *Revue de Gyn et d'Obst.* 1921 No. 1.
- 63) *Hartman*. — Opération ou traitement par les rayons X aux cas des fibromes utérins. *Revue de Gyn. et d'Obst.* 1924 tome X pag. 204.
- 64) *Hartman et Bonnet*. — Troubles vésicales dans les fibromes utérins. *Revue de Gyn. et d'Obst.* 1924 No. 2.
- 65) *Houdard*. — La gynécologie en 1925. *Paris médicale*, Juin 1925.
- 66) *Houdard et Bonnet*. — La gynécologie en 1926. *Paris médicale* Juin 1926.
- 67) *Handly P. Bonn*. — Bestrahlung, oder operation? Zugleich Bemerkungen über Statistik der Bestrahlungs ergebnisse (Iradiație sau operațiune? Observațiuni asupra rezultatelor statistice ale tratamentului prin raze X). *Monat. f. Geb. und Gyn.* 1921 tome LV No. 4—5 pag. 239.
- 68) *Kosmak*. — Fibroid tumors complicating pregnancy and their treatment (Tratamentul fibroamelor uterine complicând sarcina). *Americ. Journ. of Obst. and Gyn.* July 1923.
- 69) *Komorovscky*. — Miomectomia abdominală. Indicații și rezultate, *revista de Gyn. Obst. și puericultură* 1924. pag. 210.
- 70) *Kouwer (Utrecht)*. — Radiothérapie des fibromes utérins ou traitement chirurgical. *Revue de Gyn. et d'Obst.* 1922.
- 71) *Jeunet Français*. — Traitement moderne des fibromes utérins *Journal de médecine de Paris* 20 Février 1920.
- 72) *Kecne (Filadelfia)*. — Contra indicațiile radiului în trat. afecțiunilor bazinului la femeie. *The Americ. Journ. of Obst. and Gyn.* 1924 tom. VIII pag. 201.
- 73) *Kiem H.* — Examens comparatifs du sang après castration par les rayons X et après histerectomie chez des femmes présentant des metrorragies. *Journal de chirurgie* 1924 tome XXIII No. 5.

74) *Klein J.* — Grossesses après myomectomie. Revue de Gyn. et d'Obst. 1921 tome I pag. 440.

75) *Lecène et d'Allaines.* — Résultats éloignés de l'hysterectomie fundique. Journal de chirurgie 1924 tome XXIII pag. 628.

76) *Jeanneney et Rivière.* — Histoire d'un fibrome. Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn. 1926 pag. 135.

77) *Lavertie.* — Fibromes utérins et grossesse. Vie médicale 11 Juillet 1924.

78) *Leroux.* — Le nécrose aseptique des fibromyomes durant la grossesse. Bulletin médical 1925 Septemb. 23—26.

79) *Lacaille.* — Radiothérapie des fibromes utérins. Une erreur de diagnostic. Revue de Gyn. et d'Obst. 1924 tome IX pag. 312.

80) *Le Lorier et Delapchier.* — Radiothérapie des fibromes utérins; grossesse intercurrente; césarienne conservatrice au début du travail et myomectomie. Presse médicale 1922.

81) *Lacouturé et Favreau.* — Myomectomie au 4-e mois et accouchement à terme. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. 25 Mai 1924.

82) *Matthews H.* — Efectele razelor de rادیu asupra ovarului; studiu experimental, patologic și clinic. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Mars 1924.

83) *Malin et Clavel.* — Myome rouge de l'utérus. Lyon médicale 1926 tome I pag. 132.

140) *Martin Aug.* (Berlin). — Natur forselerwersammlung im Cassel 1878.

84) *Nogier.* — Volumineux fibro-myome utérin traité par la curiethérapie et la roentgenhérapie associés. Guérison. Lyon médicale 1924 p. 784.

85) *Neil W.* — Our present attitude towards fibroid tumors (conduita de ținut în prezența fibroamelor uterine). The Americ. Journ. of. Obst. and Gyn. 1924 tome VIII pag. 205.

132) *Niculescu M.* — Radioterapia în fibroamele uterine. Revista de Obst. Gyn. și Puericultură 1924 pag. 18.

86) *Pascalis.* — Le traitement actuel des fibromes utérins. La médecine pratique 30 Juillet 1925.

87) *Paucot et Paquet.* — Torsion d'un fibrome utérin au cours de la gestation. Myomectomie. Avortement. Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn. 1914 pag. 545.

88) *Patel et Labry.* — Fibrome rouge de l'utérus Lyon médicale 1925 tome II pag. 465.

89) *Plauchu.* — Torsion d'un fibrome pédiculé pendant la grossesse; myomectomie; continuation de la grossesse. Revue de Gyn. et d'Obst. 1922 tome I pag. 171.

90) *Pozzi.* — La myomectomie abdominale. Presse médicale 1908 p. 849.

91) *Piquand et Lemeland.* — De la torsion des fibromes uté-

rins sous-séreux et interstitiels. Revue de Gyn. et d'Obst. 1909 pag. 377.

92) *Rouffart*. — Quelques indications du traitement opératoires des fibromes utérins. Revue de Gyn. et d'Obst. 1924 tome X No. 6.

93) *Rioux*. — Fibrome sphacélé et grossesse. Journal de médecine de Bordeaux 10 Mars 1923.

94) *De Rouville*. — Reflexions sur la castration ovarienne dans les hemorrhagies des fibromyomes utérins. Revue de Gyn et d'Obst. 1920 tome I pag. 413.

95) *Roussiel*. — Un cas de fibrome utérin traité sans succès par la radiothérapie profonde. Journal de chirurgie 1923.

96) *Recasens*. — Myome et grossesse. Archivos de medicina, Cirurgia, y Especialidades, Madrid 1925 tome XVIII pag. 31.

97) *Reeb M.* — Fibrome et gésation. Revue de Gyn. et d'Obst. 1921 tome I pag. 129.

98) *Remmelts R.* — Over de behanding von fibromyoma uteri (Tratamentul fibroamelor uternie). Ned. Tijdschrifte v. Verlas kunde en Gynaecologie 1925 tome XXX fasc 4.

99) *Rubinrot*. — Radiothérapie des fibromyomes utérins. Revue de Gyn. et d'Obst. 1923 pag. 427.

100) *Schwab A.* — Encore un enfant des rayons X. Presse médicale 1924 pag. 566.

101) *Săvescu*. — Starea actuală în tratamentul afecțiunilor ginecologice. Revista de Gyn. Obst. și Puericultură 1925 pag. 210.

102) *XXXIII congrés français de chirurgie*. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. Presse médicale 1924 p. 813.

103) *Témoin*. — Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie 1895.

104) *Témoin*. — Archives provinciales de chirurgie 1896.

105) *Tuffier*. — Congrès international 1900.

106) *Tuffier et Rouville*. — Traitement des fibromyomes utérins. Archives médicales et chirurgicales speciales. Juin 1906.

107) *Tixier L.* — Les indications thérapeutiques des fibromes utérins suivant l'âge des malades.

108) *Tuffier*. — Bulletin et memoires de la société de chirurgie 1900 pag. 840.

109) *Vanverts*. — La myomectomie préliminaire à l'histerectomie abdominale pour fibrome immobilisé dans le pelvis. Bulletin de la soc. d'Obst. et de Gyn. 1922 pag. 789.

110) *Viannay, Berard et Tixier*. — De la curiethérapie des fibromyomes. Lyon Chirurgicale. 1924 tome XXI pag. 549.

111) *Violet*. — Diagnostic et traitement dans les fibromes

utérins accompagnés de grossesse. — Lyon médicale, 1925 tome II pag. 61.

112) *Vineberg*. — La myomectomie contre le radium et les rayons X dans le traitement des fibromes chez les femmes au dessous de quarante ans. Revue de Gyn. et d'Obst. 1922 tome I pag. 169.

TEZE

113) *Achard P.* — Des suites éloignées de la myomectomie abdominale. Cas de grossesse en dix années d'Observation. Teză Lyon 1922.

114) *Berman W.* — Étude sur la myomectomie. Paris 1926.

115) *Benoît-Gonin*. — Contribution à l'étude des grossesses après myomectomie. Lyon 1913.

116) *Barbier J.* — Contribution à l'étude du sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. Bordeaux 1919—1920.

117) *Dartigues*. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. Paris 1901.

118) *Dalsace J.* — Castration ovarienne et troubles du métabolisme minérale, Paris 1926.

119) *Dehan J.* — Fibromes du segment inférieur et accouchement Bordeaux 1922—1923.

120) *Dubreuilh E.* — Indications et contre-indications de la radiothérapie des fibromes utérins. Bordeaux 1924.

121) *Fontaine*. — Myomectomie pendant la grossesse. Paris 1924.

122) *Guillot*. — La phlébite dans l'évolution des fibromes de l'utérus. Bordeaux 1919—1920.

123) *Guyon*. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Teză de agregatie 1860.

124) *Janain*. — Fibromes utérins et puerperalité. Paris 1907.

125) *Jarjavay*. — Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus. Thèse de concours. Paris 1905.

126) *Leroux M.* — Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromyomes de l'utérus durant la grossesse. Paris 1923.

127) *Lefebvre J.* — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie abdominale. Paris 1922.

128) *Lory*. — Radiumtherapie des fibromes utérins. Paris 1922.

129) *Lesaire*. — Contribution a l'étude du traitement des fibromyomes utérins par le radiothérapie. Montpellier 1923.

130) *Loubet*. — Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins, Paris 1902.

131) *Lazarovici*. — Miomectomia pe cale vaginală (naturală) în fibroamele uterine sub mucoase. Teză București 1922.

133) *Măcelariu*. — Degenerarea malignă a fibroamelor uterine prin actinoterapie, București 1922.

134) *Migalli*. — Dela ménopause retardée dans les myomes utérins Lyon 1925.

135) *Morinière*. — Sur la myomectomie abdominale 1900.

136) *Pacaud*. — Des récides après la myomectomie abdominale Lyon 1925.

137) *Rocca*. — Contribution à l'étude de la dégénérescence sarcomateuse des fibromes de l'utérus. Bordeaux 1925.

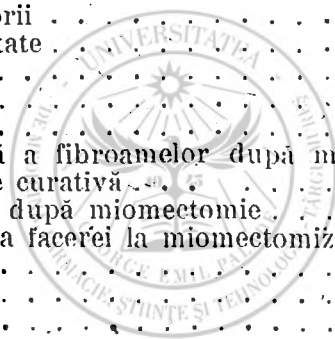
138) *Teulière G.* — Fibrome et grossesse. Bordeaux 1921.

139) *Vachey A.* — Les myomes, rouges de l'utérus. Lyon 1925.



TABLA DE MATERII

	<u>Pag.</u>
1. Introducere	9
2. Istoric	13
3. Technica	16
a) Polipectomia abdominală	16
b) Enucleația abdominală	17
4. Indicații și contra-indicații	20
a) În afara de sarcină	20
b) În cursul sarcinei	25
5. Urmări post-operatorii	30
1. Benignitate. Mortalitate	30
2. Hemoragii	30
3. Infecții	31
4. Funcția menstruală	31
5. Evoluția îndepărtată a fibroamelor după miomectomie. Recidive. Valoare curativă	32
6. Frecvența sarcinilor după miomectomie	33
7. Evoluția sarcinei și a fetei la miomectomizate	34
6. Observațiuni	37
7. Concluziuni	48
8. Bibliografie	50



10/10