

RADIOTERAPIA FIBRO-MIOAMELOR UTERINE

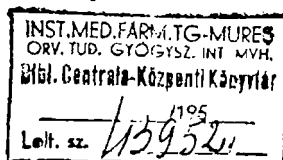


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 6 APRILIE 1933

DE

VIRGINIA SIMULESCU
fostă externă a Clinicelor Universitare din Cluj

5211



23 MAY 2005

CLUJ
TIPOGRAFIA CARTEA ROMANEASCA
1933

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr. ALEMAN I.
Istoria Medicinii (agr.)	" " BOLOGA V.
Bacteriologie	" " BARONI V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Clinica infantilă	" " GANE T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Semiologie medicală	" " GOIA I.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	" " IACOBVICI I.
Farmacologia și farmacognozia	" " MARTINESCU GH.
Clinica oftalmologică	" " MICHAÏL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Medicina legală	" " MINOVICI N.
Igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Fiziologia umană	" " NIȚESCU I.
Farmacia chimică și galenică	" " PAMFIL GH.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Clinica oto-rino-laringologică	" " PREDESCU-RION I.
Balneologie (agr.)	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Chimia biologică	" " THOMAS P.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU TITU

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

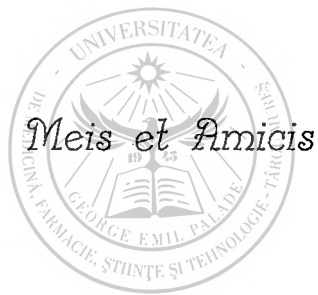
Președinte : D-l Prof. Dr. D. NEGRU

Membrii: { " " " I. HAȚIEGANU
" " " C. GRIGORIU
" " " T. VASILIU
" " " V. PAPILIAN

Supleant : D-l Doc. DR. T. POPOVICI

Jubiților mei părinți





Meis et Amicis

*D-lui Prof. Dr. D. Negru
directorul Institutului de Radio-
logie, respectoasă recunoștință,
pentru onoarea ce mi-a făcut
de a-mi prezida această teză*



*Omagii juriului de promoție,
mulțumiri personalului științific
dela Institutul de Radiologie.*



Fibro-mioamele uterine din punct de vedere anatomo-patologic.

Fibro-miomul uterin numit încă miom, corpii fibroși, histe-rom (Broca), fibroid (Aran), este o tumoară benignă care se întâlnește foarte frecvent. Astfel, după Bayle, $\frac{1}{5}$ din totalitatea femeilor la vârsta de 30 ani e atinsă, iar după Lockyer, 10—20% din totalul femeilor în jurul vârstei de 35 ani.

Aceasta frecvență la vârsta de 30—40 ani, ar fi legată de perioada de activitate a ovarelor, observându-se că după instalarea menopauzei se produce o involuție a tumoarei.

Originea acestei tumori nu e cunoscută. S'a demonstrat că inflamația nu ar juca nici un rol, iar prezența acestei tumori la virgine ar pleda pentru o disporfoză congenitală.

Aceste tumori se întâlnesc mai mult la neuro-artrite (F. Siredey, Landouzy) gășându-se în acelaș timp și alte stigmatate de artritim ca: migrene obezitate, afecțiuni articulare, litiază biliare, renale, etc.

Anatomo-patologic fibro-miomul se prezintă deobicei ca un nucleu rotunzit albicios, de consistență dură, uneori cartilagi-noasă, și pe secțiune bombează. Tumoara prezintă o capsulă în interiorul căreia sunt vasele nutritive pentru țesutul neoplasic. Suprafața de secțiune e puțin succulentă, boselată și palidă; sunt însă cazuri unde prezintă o colorație violacee semimoale și hemoragică.

Deobicei ca număr sunt mai multe.

Volumul e variabil, dela nucleu microscopici, până la mărirea unui cap de adult. Obișnuit se găsește de mărirea unui pumn de adult; e citat în literatură un caz de fibrom care era de 40 kgr.

Forma e mai mult sfenoidală, iar când e un conglomerat

de mai mulți nuclei, ia aspectul multi-lobat; tumora poate fi sesilă sau pediculată.

Consistența, prezintă o elasticitate caracteristică. S'au descris tumori fibro-chistice așa zilele mioame pseudo-chistice; deasemenea se întâlnesc fibro-mioame de o consistență lemnoasă, osiformă, datorită infiltrației cu săruri de calciu: fibromul calcificat.

Sediul de predilecție este în corpul uterin și anume pe perețele posterior și fundul uterului.

Fibro-miomul ia naștere în grosimea miometrului evoluând prin tunica musculară, în diferite sensuri, localizându-se definitiv în trei regiuni:

a) *Interstițial* (intramural), când dezvoltarea tumorii e în însuși parenchimul uterin. În acest caz uterul se hipertrofiază în întregime, având aspectul unei metrite parenchimatoase, sau uterul se deformează.

b) *Submucos*, când tumoarea crește înspre cavitatea uterină; poate fi pediculată și să descindă spre colul uterin, fiind expulzată prin ruperea pediculului.

c) *Subperitoneal* (subseros), când proemină la suprafața uterului; alte ori se pediculizează, putându-se face eliberarea spontană a tumorii și dând „corpul strein al peritoneului“, aceasta este o varietate rară. Mai frecvent se torsionează, se face strangularea țesutului, apoi un ramolisment necrobiotic și consecutiv dezvoltarea unei peritonite septice acute.

Microscopic: Țesutul tumoral e constituit din celule musculare netede, grupate în vârtejuri, la care se adaugă țesut conjunctivo-vascular. Aceste elemente sunt în diferite proporții.

În fibro-mioamele tinere, fibra musculară se caracterizează prin dimensiune mică, cu nucleul central regulat, alungit, cilindroid; colorația mai vie și aspectul nodular, face să se deosebească de miometrul normal.

În miometrele mai vechi, elementele contractile sunt mai scurte, coerente și mai intense colorate.

S'au întâlnit fibro-mioame în interiorul cărora existau fragmente glandulare; aceste tumori au fost numite adeno-mioame. Numirea aceasta a fost înlocuită cu endometrioame, iar mai nou cu solenome (Jayle).

Senilitatea fibro-mioamelor se acompaniază de atrofia pro-

gresivă, însă mai des de tulburări trofice însemnate, ca scleroză, degenerescență hialină, și în special infiltrația calcară.

Infiltrația calcară se întâlnește în 3% (Piquand); e mai frecventă la fibro-mioamele subperitoneale și interstițiale. Sărurile de calciu (fosfații, carbonații, sulfatii) se depun în spațiul interfascicular, în teaca conjunctivă. Acest depozit începe în centrul unui nodul, formând uneori un adevărat calcul în mio-metru. În unele cazuri calcifierea începe la suprafață, constituind un fel de carapace înlăuntru a căreia tumora se ramolește. Cazurile sunt foarte rare, ca nucleul calcaros să traverseze mucoasa uterină și să se expulzeze prin vagin, sub forma unui calcul uterin.

Degenerescența edematoasă, chistică coloidă se caracterizează, printr'un ramolisment a masei tumorale, care devine pseudofluctuantă în un punct sau în totalitate.

Complicațiunile fibro-mioamelor sunt: Transformarea malignă a fibro-mioamelor, care ar surveni după Piquand în 2%, iar după autori germani în 3% a cazurilor.

A doua complicație ar fi necrobioza spontană, așa numita gangrena aseptică și foarte deseori gangrena septică, prin intervenirea accidentală a germenilor patogeni.

În fibromatoza uterină se mai observă uneori și alte modificări anatomico-patologice din partea uterului, ca endometrite; din partea trompelor, salpingite cu hidro-hemo-pio-salpinx; iar din partea ovarelor se întâlnesc alterații sclero-chistice.

Evoluția fibro-miomelor e înceată și uneori nu produce nici o tulburare, putând fi descoperite accidental, cu ocazia unui examen gynecologic. De cele mai multe ori se manifestă, și anume, un prim simptom e *hemoragia* de tip menoragic. Epocile menstruale apar la intervale mai scurte, se observă hemoragii și în afara epocelor menstruale, acestea fiind favorizate de cea mai mică oboseală. Atât timp cât aceste hemoragii nu sunt prea abundente, sunt destul de bine suportate; când sunt însă în cantitate mai mare, duc la anemie, pronunțată a bolnavei.

Aceste hemoragii sunt date de fibro-mioamele submucoase și lipsesc în fibro-mioamele subseroase. Hemoragiile la femeile slăbite, pot fi înlocuite cu o scurgere gălbue sanguinolentă; deseori în fibro-mioamele submucoase se întâlnește și fluor alb.

Alt simptom este *durerea*, care e foarte variabilă. În unele cazuri nu e prezentă; când există se manifestă ca o dismenoree

congestivă, cu o senzație de apăsare în regiunea lombo-abdominală, care poate să se prezinte și continuu și cu iradieri în membrele inferioare.

Cel mai important simptom e *tumoarea*, care face parte integrantă din masa uterină, rămânând să căutăm volumul, situația numărul, etc.

Creșterea în volum a tumoarei dă fenomene de compresiune, compresiune pe vezică, care dă disurie, retenție de urină, compresiunea pe ureter produce distensia basinetului, cu hydronefroza, presiunea pe rect dă constipație, care nu cedează la tratamentul medicamentos.

Alături de aceste tulburări s'au constatat frecvent tulburări circulatori, eretism cardiac, crize de tahicardie, tulburări de ritm „Miom-hertz“.

La femeile cu fibromatoză veche, se constată o anemie pronunțată și o toxiemie.

Azi în tratamentul curativ a fibro-mioamelor avem trei metode și anume, tratamentul chirurgical, radium-terapia, și radio-terapia. În instituirea tratamentului fibro-mioamelor trebuie să alegem cazurile, fiind consacrate anumite forme de fibro-mioame anumitor tratamente.

Astfel, autorii francezi indică tratamentul chirurgical, cam în 10% a cazurilor și anume:

1. La femei tinere, unde enuclearea pe calea abdominală e posibilă.
2. În toate fibro-mioamele dureroase, cu o necrobioză lentă, cu peritonită cronică, salpingite, sau concomitent cu o apendicită.
3. Mioamele suspecte de malignitate.
4. În miom cu sarcină.
5. În cazurile nesigure de diagnostic, când se presupun fibro-mioame false (tumori ovariene și salpingită).
6. Mioame polipoase pediculare.
7. Prolaps coincidând cu miom.

Indicațiile chirurgicale ale autorilor germani sunt mai restrinse; aceștia indică intervenția în:

1. Fibro-mioamele submucoase, din cauza hemoragiilor;
2. Fibro-mioamele care dau fenomene de compresiune; și
3. Când coincid cu un carcinom ori cu fenomene inflamatorii.

Restul fibro-mioamelor uterine sunt destinate radium-terapiei și radio-terapiei.

Tratamentul cu radium a fost aplicat cu succes, având oarecare avantagii asupra röntgen-terapiei și anume: tehnica e mai simplă, putându-se aplica nu numai de specialist, lucrează asupra țesutului fibromatos, având o acțiune hemostatică locală. Desavantagiile sunt că are o acțiune limitată, neputând fi aplicat în fibro-mioamele mai voluminoase, iar altul că este foarte scump. Acest tratament se recomandă, când colul uterin e larg permeabil, așa că introducerea radiumului să se facă ușor fără să traumatizeze uterul și fără pericol de infecțiune. Tratamentul cu radium e preferabil în cazuri netransportabile și în emoragii grave (I. Solomon).

Tratamentul cu raze Röntgen.

Tratamentul radiologic a fibro-mioamelor uterine, a fost pentru prim dată introdus în Franța la 1904 de Foveau de Courmelles, și în acelaș an, cu vre-o câteva luni în urmă, e introdus în Germania de Deutsch. Cercetările anatomice au fost făcute către Halberstädter în 1905, confirmând efectul bun al radio-terapiei în fibro-mioame.

Prin perfecționarea aparatelor și a tehnicei, s'a ajuns ca această metodă, azi să fie întrebuințată cu mult succes în toate țările, și să fie indicată și aplicată pe o scară întinsă.

Cum acționează razele Röntgen?

Plecând dela constatările făcute, că fibro-mioamele sunt mai frecvente la vârsta când ovarul e în plină funcțiune, și că aceste tumori regresează când se instalează menopauza, s'a urmărit în terapeutică acestor tumori scoaterea din funcțiune a ovarelor.

Acțiunea razelor Röntgen asupra ovarului a fost studiat de Halberstädter, Specht, concomitent cu Bergonié, Tribondeau și Récamier, care arată sensibilitatea foliculului desvoltat, cât și cel în desvoltare față de razele X. Acțiunea razelor Röntgen se limitează la componenta celulară germinativă, fără să altereze secrețiunea internă, sau poate să o reducă la un minim care însă nu produce tulburări asupra glandelor cu secreție internă, și asupra metabolismului bazal.

După autorii germani Seitz și Wintz, acțiunea curativă a razelor X asupra fibro-mioamelor, se explică prin scoaterea din funcțiune a ovarelor, care produce o involuțiune generală a aparatului genital femeesc, ovarul fiind centrul trofic a organelor genitale femeesti.

Béclère împreună cu Bordier, Laquerriere, etc. și o parte din autorii germani ca Görl, Henkel, von Seuffert, Werner spun că razele X ar avea acțiune și asupra masei tumorale, și anume e se bazează pe faptul că masa tumorală se reduce în volum încă înainte de apariția menopauzei. Pe lângă acest fapt vorbesc și observațiile lui Iser Solomon care face o serie de iradieri asupra fibro-mioamelor uterine, dezvoltate după menopauza fiziologică, și obține o diminuare a tumoarei.

Cercetările histologice a lui R. Mayer, Faber, și Grafenberg arată că celula miomatoasă suferă o atrofie și o degenerescență hialină. Aceste cercetări confirmă părerea susținută de Béclère și ceilalți autori, adică acțiunea directă a razelor asupra tumori. Acești autori admit acțiunea indirectă prin castrare ovariană, aceasta contribuind numai la regresivitatea mai rapidă a tumorei.

Această teorie e combătută de Seitz și Wintz, care spun că celula miomatoasă nu poate fi influențată de doza de raze Röntgen aplicată pentru sterilizarea ovarului, pentru celula musculară, fiind nevoie de o cantitate de raze de șase ori mai mare.

Aceste discuțiuni nu sunt azi terminate; ele au o importanță în ce privește doza care va trebui aplicată.

Tehnica tratamentului cu raze Röntgen

Tehnicile întrebuintate în radio-terapia fibro-mioamelor uterine, se pot schematiza în două metode principale și anume: 1. Meoda iradierii în o ședință și 2. Metoda dozelor fracționate; celelalte procedee nu sunt decât variante ale acestor două metode principale.

Prima metodă, adică a iradierii în o ședință, a fost aplicată de Krönig din Freiburg; tehnica este următoarea:

Se aplică două câmpuri de 15×15 cm. mărime, cu filtru 1 mm. cupru, cu doza 30% numită de acest autor „Ovarialdosis“, sau doza de amenoree.

Winter aplică deasemenea doza în o singură ședință, tehnica fiind: două câmpuri de 15×20 cm. mărime, unul ventral, altul lombo-sacrat, distanța focus-piele 25 cm., razele emise sub o tensiune de 180 kilovolți, cu filtru de cupru 0.8 mm., plus 1 mm. aluminium.

Seitz și Wintz aplică 34% H. E. D. „Hauteinheitdosis“ (unitatea dozei cutane) și o numește „Kastrationdosis“. Ei întrebuintează 4 câmpuri de iradiere, 2 suprapubiene și 2 sacrate, de 10×15 cm. mărime, iar când tumoara are dimensiuni mai mari se întrebuintează 5—6 câmpuri, distanța focus-piele de 23 cm., filtru jumătate mm. zinc, tensiunea corespunzând scântei echivalentă de 38—40 cm. Durata tratamentului este de 2—2½ ore.

Krönig și Friderich din 1915 dau doza ovariană, în o doză și un singur câmp, mărimea câmpului fiind de 20×20 cm. cu filtru de 1 mm. cupru, iar la femeile grase se întrebuintează și un câmp în spate. Din cauza slabelor aparate de atunci, iradierea dura cam 3 ore pe câmp.

Arnold Püchel folosește metoda castrări definitive și temporale, în o singură ședință la aparatul Stabilivolt la 40 cm. dis-

tanță focus-piele, 10×15 cm. mărimea câmpului puternic comprimat, cu filtru 0.94 cm. ce corespunde la 180 kilovolți, controlat și cu „Hammerdosimeter“ intra-vaginal. După tabelele lui Grebe și Nitzge la tehnica descrisă mai sus, să obține la 8 cm. profunzime 42% din intensitate, care e suficient pentru a atinge doza ovariană. La femeile grase nu se poate obține aceste doză în profunzime, din care cauză e necesară încă o poartă posterioară. Administrându-se în acest caz cam 330—600 r. pe abdomen, iar în spate 330—530 r. În mioamele mari se administrează încă o poartă în spate, administrând cam $\frac{1}{3}$ din H. E. D.

A doua metodă e metoda dozelor fracționate: această metodă a fost întâiu preconizată de Albers Schönberg în Germania, iar în Franța a fost aplicată de Bécclère, fiind întrebuințată acum de majoritatea radiologilor francezi.

Tehnica lui A. Bécclère e următoarea: Aplică două porți de iradiere la dreapta și stânga liniei mediene, deasupra ramurilor orizontale pubiene, când polul superior al tumoarei nu depășește cu 10 cm. simfiza pubiană și când uterul nu e perceptibil prin palparea abdominală; iar a treia poartă o aplică la nivelul sacru-lui și aceasta se indică când uterul fibromatos e în retro-versie sau retro-flexie. Când tumoara depășește peste 10 cm. simfiza pubiană, împărțim tumoara în 3—4—6—8 câmpuri de iradiere, întrebuințând localizatorul cilindric cu diametrul de 10 cm., distanța focus-piele de 22 cm., filtru 6 mm. alminium. Pe fiecare câmp se aplică într'o ședință 3—3½ unități Holtzknecht, se administrează o singură ședință pe săptămână. Doza totală pe fiecare câmp va fi 30—40 H. până la terminarea tratamentului. Durata tratamentului e de 2—2½ luni.

Solomon Iser modifică tehnica lui Bécclère și anume, întrebuințează 2 câmpuri de 12×12 cm. unul ventral, altul sacrat cu distanța focus-piele 30—40 cm., tensiunea de 120—200 kilovolți, filtru 0.55 mm. cupru și 1 mm. aluminium. Doza totală e de 5000 R. (Solomon) pe câmp; se aplică în decurs de 5 săptămâni. două ședințe pe săptămână și câte 500 R. pe ședință și câmp.

Rezultatele clinice ale tratamentului radiologic

Razele X acționând asupra ovarelor și anume asupra părții germinative, fac să se instaleze o amenoree temporală sau definitivă, aceasta depinzând de cantitatea razelor X aplicată.

Deci rezultatul imediat a tratamentului, va fi dispariția menstruației și a hemoragiilor uterine.

Incetarea menstruației, după Seitz și Wintz, ar depinde de doza aplicată asupra ovarelor trebuie 34% H. E. D., și timpul când se face iradierea, și anume dacă iradierea se face prima jumătate a perioadei intermenstruale, sau în a doua perioadă.

În primul caz când iradierea se face în prima perioadă în termenstruală, și iradierea se face în o singură ședință, menstruația dispăre în 98% dintr'odată.

În cazul al doilea dispariția imediată va fi în 3.8% a cazurilor, iar în restul cazurilor se mai prezintă încă 1—2—3 menstruații.

Acest fapt autorii îl explică prin acțiunea razelor Röntgen asupra foliculului în maturație, și asupra corpului proliferativ, care produce modificări premenstruale, încât menstruația care ar trebui să urmeze va lipsi.

Când iradiația se face în a doua jumătate a perioadei intermenstruale, modificările premenstruale sunt avansate, așa că mai urmează încă câteva menstruații.

Nathanson spune că în instalarea amenorei numai vârsta bolnavei ar avea importanță, fără să joace rol doza și timpul iradierii, iar Weigand e de părere că atât vârsta bolnavei cât și doza administrată are importanță.

După statistica lui Béclère pe 300 cazuri, se vede că în 15 cazuri menstruația nu a mai avut loc, în 67 cazuri menstruația a mai avut loc odată și în 157 de două ori, în 45 cazuri de

3 ori, iar în 10 cazuri mai mult de 3 ori, până să se instaleze amenorea.

Amenorea provocată în majoritatea cazurilor este definitivă, în cazurile când ea revine, nu este acompaniată de creșterea tumorii. Pentru obținerea unei amenorei temporale, trebuie aplicată o anumită cantitate de raze X, astfel după Erlanger trebuie aplicat 26% H. E. D. pentru obținerea amenorei temporale de scurtă durată, iar pentru amenorea de lungă durată, aplică 28,6% H. E. D.

Seitz obține castrația totală cu 34,2% din H. E. D., iar Wintz folosește 40% H. E. D. pentru castrația totală.

Seitz și Wintz definesc doza eritem: cantitatea de raze necesară pentru a produce o colorație brună-clară a pielii în cele 3 săptămâni următoare iradierii. Doza de castrare după acești autori e de 34% din doza eritem.

Gauss spune că prin aplicarea de 45 unități H. E. D. repetate și fracționate obținem o castrare definitivă imediată fără distrugerea stromei ovarului. Aplicând doza de 35% H. E. D. deodată obținem o amenoree temporală, însă nu imediat, urmând încă 1—2 menstruații. Prin aplicarea de 25% H. E. D. obținem amenoree, care însă urmează după cel puțin 2—3 menstruații, iar cu 20% H. E. D. nu obținem nici un rezultat, nici chiar o diminuare a menstruației.

Din datele de mai sus, putem trage concluzia, că pentru obținerea amenorei temporale trebuie fixată dinainte doza.

Asupra tumorii razele X acționează în primul rând prin oprirea în dezvoltare, apoi o reduce în volum, care poate merge mai rar până la dispariția ei.

Diminuarea ar începe din a doua a treia ședință după Bécclère. Tot acest autor citează cazul unei tumori care trecea cu 38 cm. deasupra simfizei pubiene, și care în urma tratamentului a scăzut cu 18 cm.

Winter spună că micșorarea tumorii începe la 1—2 luni după încetarea tratamentului. După alți autori regresivitatea tumorii ar începe mai târziu.

Dispariția completă a tumorii după Zweifel, Kauffmann e în 30% a cazurilor, Dreissen în 31%, Seitz și Wintz în 32%, Iser Solomon în 38%, Zacherlein 50% și Gellhorin în 60%, iar Guede în 90,4% a cazurilor.

Vindecările clinice sunt 70—80—99%, vorbim de ele atunci, când s'a instalat amenorea, și tumoara e spre dispariție.

Aplicarea tratamentului cu raze X nu reușește în cazuri de fibro-mioame submucoase, când concomitent se prezintă o tumoare ovariană și când diagnosticul a fost greșit.

Mortalitatea e datorită anemiei și complicațiilor: carcinom sau infecții.



Reacțiile după tratamentul cu raze Röntgen

Reacțiile după tratamentul cu raze X. se împart în reacții locale, și reacții generale.

După câteva ore dela iradiere, apare local un eritem și un dermografism, care trece în o pigmentare. Acest eritem este considerat ca un fenomen normal. În cazuri rare se poate produce o dermatită buloasă, care poate apărea după prima iradiere, și depinzând de sensibilitate bolnavei.

Ulcerale röntgeniene pot apărea în 2—8 zile dela iradiere, și fazele sunt următoarele: Eritem roșu brun, bule, exoriații, necroze, care sunt foarte dureroase și pot dura câțiva ani.

Pentru înlăturarea acestor leziuni cutanate, după iradiere se va evita ori ce element iritant asupra locului iradiat, de exemplu purtarea centurilor, medicamente iritante, iar în primele două săptămâni sunt contra indicate spălăturilor pe regiunea expusă razele X. deasemenea să nu se facă helioterapie nici Cuarz câteva luni. Seitz și Wintz indică ungerea regiuni cu o alifie cu Camomilla, sau cu ori ce alifie indiferentă. O formulă bună ar fi următoarea:

Rp. Cera alba 2.1 gr.
Cetaceum 2.4 gr.
Ol. oliv. 18 gr.
Apă distil. 7.5 gr.
Ds. extern.

Tulburările tardive sunt teleangeectaziile care vin după câteva luni, edemul cronic indurativ, necroze tardive; toate aceste fenomene, decând s'a perfecționat aparatele și dozajul sunt extrem de rare.

Turburări de ordin general sunt „beția de raze“ după

Gauss „Röntgenkater“ numit de Bécélère „Mal des irradiations pénétrantes“, iar după Iser Solomon „Le mal des royons“.

Acest „Röntgenkater“ se manifestă prin dureri de cap, oboseală greață, vărsături și o aversiune pentru camera de iradiere.

Cauza acestor tulburări ar fi intoxicațiile prin gazele produse în camera de iradiere (Ozon și gaze nitroase), alternațiile sângelui, și modificări ale metabolismului bazal. Aceste tulburări încep după prima iradiere și pot persista câteva săptămâni.

Pentru evitarea acestor fenomene se recomandă liniște la pat, și bolnava să ia o alimentație lacto-hidrică în ziua tratamentului. Se mai recomandă un tratament medicamentos, care diferă după autori. Lafferty și Philips administrează extract de corp galben, intravenos, Sielmann recomandă Cl. Na. per os, înainte de tratament, iar după tratament injecții intravenoase cu Cl. Na. sol. 10%. S'a mai recomandat injecții cu adrenalină, administrându-se apoi Narcophyn, Scopulamin (Rieder). Codeină (Berck) extracte endocriniene, poliglandol și extracte de hipofiză. Tulburările produse prin amenoreea artificială sunt: valuri de căldură, care constituie un criteriu pentru oprirea tratamentului după Bécélère, apoi tulburări nervoase ca cefalee, astenie, nevralgii; s'au văzut și tulburări psihice, la persoane care înainte prezentau o debilitate nervoasă. Tulburări circulatorii sunt: palpitații, transpirații, amețeli; se mai constată uneori o adipozitate. Toate aceste tulburări însă se observă în o mai mică cantitate în castrarea radiologică decât în castrarea chirurgicală. Aceste fenomene de amenoree artificială se atenuază prin administrarea extractelor de ovar, sub diferite forme. Borak recomandă iradierea hipofizei și a glandei tiroide.

Mai trebuie să amintesc modificările în ce privește viața sexuală. Aci e foarte greu să obținem informațiuni. În general am putea spune că apetitul sexual nu e scăzut prea mult.

Indicațiile și contraindicațiile tratamentului radiologic.

Am văzut în prima parte, care sunt indicațiile tratamentului chirurgical în fibro-mioamele uterine, și anume că autorii francezi indică în 10% din cazuri intervenția chirurgicală, de când indicațiile autorilor germani sunt mult mai restrinse.

Indicațiile tratamentului radiologic la început erau numai de 3%, însă prin perfecționarea tehnicei, a aparatelor și a dozei, și prin obținerea rezultatelor tot mai bune, acest tratament începe să fie tot mai mult aplicat și indicat; astfel Faure, îl indică în 30% și Proust în 50% a cazurilor; iar autorii germani, în 80—90%. Indicațiile sunt mai frecvente în epoca activității ovariene; în timpul menopauzei fiziologice radioterapia este indicată numai când hemoragiile continuă și tumora crește.

Contraindicațiile ar fi în: 1. Mioamele cu sarcină. 2. Fibromioamele voluminoase, care dau fenomene de compresiune gravă; după Bécclère aceste fibro-mioame nu ar mai constitui contraindicații. 3. În fibro-miomele submucoase, unde amenință hemoragiile. 4. În toate cazurile de fibro-miome dureroase, cu o necrobioză lentă, cu o anexită, sau apendicită concomitentă. 5. Prezența unui infiltrat cronic a anexelor concomitent cu o fibromiomatoză. Gambarow citează vindecări în 56.5% în aceste cazuri. 6. Miomele suspecte de malignitate; în aceste cazuri Seitz și Wintz aplică doza sarcomatoasă de 70—80% H. E. D.

Tinerețea azi nu constituie o contraindicație, de când se aplică castrarea temporală. Amenoreea în acest caz, durează dela 6 luni până la 3 ani, sau chiar 4—5 ani.

În tratamentul radiologic mortalitatea este 0%; e un tratament nedureros, comod și relativ eficient. Bolnavele îl suportă foarte ușor, neavând toate inconvenientele unei operații.

După cele expuse mai sus asupra tratamentului radiologic preconizat și făcut de diferiți autori, voi trece la descrierea tehnicei aplicată la Institutul de Radiologie din Cluj.

Tehnica aplicată la Institutul de Radiologie din Cluj, și rezultatele obținute

D-l Profesor Negru aplică tehnica lui Seitz și Wintz modificată de Domnia Sa. Aceasta modificare constă că în loc să aplice 4 porți (câmpuri) în o singură ședință, aplică în fiecare zi o singură poartă, administrând doza eritem pe fiecare poartă. Dacă tumoarea are dimensiuni mai mari, numărul porților se ridică la 5—6 și anume se aplică 2—3 porți anterioare și 3 porți posterioare.

Acest tratament necesită un timp de 4 zile, cel mult 6 zile. Are avantaj asupra metodei lui Seitz și Wintz că nu dă tulburări de „Röntgenkater“ atât de pronunțate, iar asupra metodei lui Bécclère că nu durează atâta timp și nu necesită deplasări repetate.

Se folosește pentru porțile anterioare, care sunt deoparte și de alta a liniei mediene localizatorul anatomic a lui Seitz, făcând o ușoară compresiune; pentru porțile posterioare se folosește localizatorul dreptunghiular, care e de 10×15 cm. mărime, cu distanță focus-piele 23 cm., la aparatul Multivolt, cu intensitatea 3 miliamperi, tensiunea 180 kilovolți maximali, filtrul 0.5 mm. Zinc, plus 4 mm. aluminium. Pe fiecare poartă se aplică doza eritem.

Cu această metodă s'a tratat în total 150 de cazuri. Dăm aici rezultatele tratamentului făcut în 8 ani, până în anul 1931, pe 129 cazuri; acest rezultat este extras din lucrarea d-lui asistent Graur¹⁾.

¹⁾ Considerațiuni asupra tratamentului radiologic al fibromiometrelor uterine. Rezultatele obținute în Institutul de Radiologie din Cluj, în decurs de opt ani.

După vârstă, această afecțiune a fost întâlnită în:

5 cazuri	20—30 ani
18 „	31—35 „
26 „	36—40 „
38 „	41—45 „
30 „	46—50 „
12 „	trecute peste 50 ani.

De aci se vede frecvența între 35—50 ani.

Mărimea tumorii:

70 cazuri	mărimea unui pumn de adult.
42 „	„ „ cap de făt.
14 „	„ „ cap de adult.
3 „	o tumoare gigantă care depășea ombilicul.

Din aceste cazuri, 26 nu au putut fi urmărite, iar rezultatul dela restul cazurilor 103 este următorul:

25 cazuri	dispariția completă a tumorii.
32 „	reducerea la $\frac{2}{3}$ din volumul avut.
43 „	reducerea la $\frac{1}{2}$ tumorii.

În cele 3 cazuri de tumoare gigantă s'au observat o diminuare apreciabilă, bolnavele ne mai prezentând simptome de compresiune. Simptome de „Röntgenkater“ în 8 cazuri au fost mai accentuate. Simptomele de menopauză au apărut în 12 cazuri mai accentuate.

În 8 cazuri menstruația nu a mai revenit.

În 14 cazuri a revenit de 3 ori.

În 1 caz de 4 ori.

Iar în rest au mai prezentat încă 2—3 menstruații până la instalarea definitivă a amenorei.

Durata amenorei: în 4 cazuri menstruația a revenit după 8—10 luni, fără recidive din partea tumorii.

Vindecări fără recidive s'au obținut în 97 cazuri.

Recidive în 6 cazuri, care după un nou tratament s'au vindecat.

Deci o vindecare în 96.6% a cazurilor.

Numărul bolnavelor care au fost tratate în ultimii 2 ani, 1931 și 1932 au fost de 21.

După vârstă:

2 cazuri	intre 20—30 ani
3 „	„ 31—35 „
6 „	„ 36—40 „
6 „	„ 41—45 „
2 „	„ 46—50 „
2 „	„ 51—55 „

De aci se vede frecvența între 30—45 ani.

Mărimea tumorii:

14 cazuri de mărimea unui pumn de adult.
7 „ de mărimea unui cap de făt.

În 3 cazuri s'a prezentat o anemie pronunțată și tulburări de tachiaritmie. În 1 caz a prezentat concomitent cu fibro-miomul și ruptura perineului cu descinderea uterului.

În 16 cazuri s'a aplicat 4 porți (câmpuri) de iradiere.

În 5 cazuri au fost aplicate 5 porți de iradiere.

Din numărul acestor bolnave, 6 bolnave au fost pierdute din observație.

În 3 cazuri nu s'a prezentat nici o menstruație după iradiere.

În 11 cazuri au prezentat menstruația de 2—3 ori.

În 1 caz menstruația a persistat neregulată, din care cauză bolnava a consultat un gynecolog care i-a recomandat operație, pe care a făcut-o și acum se simte bine.

Toate bolnavele au prezentat valuri de căldură și ușoare tulburări nervoase.

Tulburări de „Röntgenkater“ în 4 cazuri au fost mai accentuate. Pigmentația s'au observat în toate cazurile, fără să prezinte radiodermite. Starea generală se menține bună.

Tumora a retrocedat aproape total în 4 cazuri; s'au redus simțitor în 6 cazuri; aceste fiind cazurile care au fost examinate ulterior de gynecologi.

Din rezultatele constatate la Institutul de Radiologie din Cluj făcute între ani 1923—1933 adică în decurs de 10 ani pe 150 de cazuri dintre care au putut fi urmărite 124 cazuri, vindecările se constată cam în 93—95% a cazurilor.

Prin modificările aduse de d-l Profesor Negru asupra tehnicii lui Seitz și Wintz, reușim să reducem fenomenele de „Röntgenkater“ scutim în acelaș timp bolnavele de deplasările repetate, necesitează tratamentul de cel mult 6 zile, iar rezultatele sunt foarte bune.



Concluzii.

1. Fibro-miomele uterine sunt tumori benigne, compatibile cu viața, periclitând-o totuși prin hemoragiile și anemiile consecutive, sau prin alte complicații, cari pot surveni.

Aceste tumori sunt mai frecvente în perioada de plină activitate ovariană.

2. Tratamentul curativ al fibro-miomelor uterine, dispune de două metode și anume: tratamentul chirurgical și tratamentul fizic cu radium ori cu raze Röntgen.

3. Pentru indicarea unuia sau celuilalt tratament amintit mai sus, este necesară selecționarea cazurilor.

Tratamentul chirurgical îi sunt destinate toate cazurile complicate cu inflamație sau cu o degenerescență salcomatoasă; deasemenea cazurile complicate cu o altă afecțiune a anexelor, cu o apendicită; apoi miomele polipoase pediculate, fibro-miomele voluminoase, cari dau fenomene de compresiune, miom cu sarcină, prolaps coincidând cu miom, și miomele submucoase, din cauza hemoragiilor. În restul cazurilor este indicat tratamentul cu razele X ori Radium.

4. Curieterapia (radium) este indicată în cazurile netransportabile și în hemoragiile mari. În rest sunt indicate razele Röntgen.

5. Acțiunea razelor Röntgen se explică prin scoaterea din funcțiune a ovarului. Instalându-se amenoreea se produce consecutiv o regresivitate a tumorii și involuția organelor genitale femeiești.

Razele Röntgen prezintă și o acțiune directă asupra masei tumorale, reducând-o în volum.

6. Tehnica tratamentului cu raze X se rezumă la două me-

tode principale: metoda dozelor fracționate și metoda iradierei într'o singură ședință.

Aplicarea metodelor de mai sus diferă după autori. O bună tehnică este cea aplicată la Institutul de Radiologie din Cluj. Această tehnică e aceea a lui Seitz și Wintz, modificată de d-l Profesor D. Negru.

7. Rezultatele obținute prin tratamentul cu raze Röntgen sunt excelente. In general, după toate statisticile, s'au obținut vindecări în 88—90—95% din cazuri.

Acest tratament fiind nedureros, comod și fără pericole, este mai lesne acceptat de bolnave, cari refuză instinctiv operația.

Mortalitatea prin tratamentul radiologic este de 0%, pe câtă vreme in tratamentul chirurgical se ridică la 3%.

Cluj la 28 Martie 1933.

Văzută și bună de imprimat.

Decan.
Prof. Dr. GH MARTINESCU

Președintele tezei
Prof. Dr. D. NEGRU



BIBLIOGRAFIE.

1. *Arcelin*: Traitement radiothérapeutique des fibromes. (Lyon Médical, 1924).
2. *Arnold Püschel*: Die Röntgenbehandlung der myome und hämorrhagischen metropatien mit einem Bauchfeld. (Strahlentherapie. Bd. 46, 1933).
3. *Antoin Béclère*: La radiothérapie des fibro-myomes utérins, résultats, mode d'actions et indications d'après une statistique de 400 observations personnelles. (Journal de Radiologie, volum 3). La technique de la radiothérapie des fibro-myomes utérins. (Journal de Radiologie, volum 3). La radiothérapie des fibro-myomes utérins. (Paris Médical, 1920). Existe-t-il des fibro-myomes de l'utérins réfractaires à la Roentgentherapie? (Journal de Radiologie, volum 6).
4. *Bordier H.*: État actuel des trois premières fibromateuses guéries depuis 15 ans par la radiothérapie. (Journal de Radiologie, volum 9).
5. *Caufman H.*: Myomul uterin și radioterapie profundă. (Gynecologie și obstetrică, 1928).
6. *Foveau de Courmelles*: Les rayons X et le Radium en thérapeutique gynécologique. (Acta Radiologica, volum 6).
7. *I. L. Faure et A. Siredeyt*: Traité de Gynécologie.
8. *Gauss*: Die Klinik der temporären Röntgenamenorrhæ. (Strahlentherapie, Bd. 37). Die Röntgenbehandlung der Myomen und hämorrhagischen Metropatien. (Jahrbuch der Strahlentherapie. Urban—Schwarzenberg, 1929).
9. *Goullioud*: Traitement radiothérapeutique des fibromes. (Journal de Radiologie, vol. 9).
10. *Gauss und Friederich*: Die Strahlentherapie der Myome und hämorrhagischen Metropatien. (Strahlentherapie, Bd. XI)

11. *Gambarow*: Zur Strahlenbehandlung der Uterusmyomen. (Strahlentherapie, Bd. 32).
12. *Hans Albrecht*: Klinische Erfahrung mit der temporären Röntgenmenolyse.
13. *Herman Wintz*: Die wissenschaftlichen und experimentellen Grundlagen der temporären Röntgenamennorae. (Strahlentherapie, Bd. 44, 1930).
14. *Jaschke*: Die Radiumbehandlung der Myome und Metro-pathia haemorrhagica. (Strahlentherapie, Bd. 45, 1932). Die Abgrenzung der Indikationen zur operativen und Strahlenbehandlung bei Myomatosis uteri. (Strahlentherapie, Bd. 11).
15. *John W.*: Technik und Erfolge der einzelnen Autoren bei der Behandlung der Myome und hämorrhagischen Metro-pathien mit Röntgenstrahlen. (Strahlentherapie, Bd. 7).
16. *Kadisch*: Versuche zu einer gewollten Abstufung der Dosis-höhe bei der Röntgentherapie der Myome. (Strahlentherapie, Bd. 13).
17. *Keiffer*: Du mécanisme de la régression des fibromyomes de l'utérus humain. (Journ. d. Rad. vol. 6).
18. *Laquerrière*: La radiothérapie du fibrome et la libération des adhérence. (Journ. d. Rad. vol. 5).
19. *Loroy*: Die Röntgenbehandlung der Myome und Metrorrhagien. (Strahlentherapie, Bd. 10).
20. *Martindal Louisa*: Traitement par la radiothérapie intensive des fibromyomes de l'utérus. (Journ. d. Rad. vol. 9).
21. *Prof. Dr. O. Negru*: Stadiul actual al radioterapiei profunde. (Clujul Medical, 1924).
22. *Nogier Th.*: Sur le traitement des fibromyomes utérins par la radium. (Journ. d. Rad. 1922).
23. *Pape Karl*: Über halbseitige Röntgenkastratione. (Strahlentherapie, Bd. 11).
24. *Prof. Runge*: Indikationen und Erfolge der Röntgenkastration. (Strahlentherapie, Bd. 31).
25. *Steiger Max*: Sur le traitement des Myomes en une Seule séance d'après Seitz et Wintz. (Journ. d. Rad. vol. 6).
26. *Straussmann P.*: Die Strahlenbehandlung der Myome. (Strahlentherapie, Bd. 27).
27. *Seitz und Wintz*: Unsere Methode der Röntgen-Tiefentherapie und ihre Erfolge. (Urban—Schwarzenberg, 1920).

28. *Solomon Iser*: Précis de Radiothérapie profunde. (Masson).
Radiothérapie des fibromyomes post-menopausiques. (J. d. Rad. vol. 6).
29. *Violet*: La thérapeutique des fibromyomes utérins. (Lyons Médical, 1924).
30. *Wintz*: Die wissenschaftlichen und experimentellen Grundlagen der temporären Röntgenamenorrhoe. (Strahlentherapie, Bd. 37).
31. *Williamson H.*: Avantages et inconvénients de la radiothérapie des fibromyomes. (British Medical Journal, Metropathien. (Strahlentherapie, Bd. 16). 1920).
32. *Zacherl H.*: Über Röntgenbestrahlung von Myomen und Methropathien. (Strahlentherapie, Bd. 16).

