

# ACCIDENTELE ȘI CONSECINȚELE PATOLOGICE ALE CURETAJULUI UTERIN

ȘI

TRATAMENTUL LOR



PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 27 Octombrie 1939

de

SIMON ANDREI

1939

# ACCIDENTELE ȘI CONSECINȚELE PATOLOGICE ALE CURETAJULUI UTERIN

ȘI  
TRATAMENTUL LOR



## TEZĂ

PENTRU

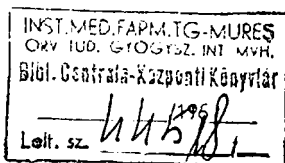
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de **27** Octombrie 1939

de

SIMON ANDREI

24 MAY 200



44.518

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. I. DRĂGOIU

*Profesori:*

Clinica stomatologică — — — —	Prof. Dr. Aleman I.
Microbiologie — — — —	„ „ Baroni V.
Fiziologia umană — — — —	„ „ Benetato Gr.
Istoria medicinei — — — —	„ „ Ecloga V.
Patologia generală și experimentală	„ „ Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică — —	« „ Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană — —	„ „ Drăgoiu I.
Semiologia medicală — — — —	„ „ Goia I.
Clinica ginecologică și obstetr. —	„ „ Grigoriu Cr.
„ medicală — — — —	„ „ Hațieganu I.
Medicina legală — — — —	„ „ Kernbach M.
Chimia biologică — — — —	„ „ Manta I.
Clinica oftalmologică — — — —	„ „ Michail D.
„ neurologică — — — —	„ „ Minea I.
Igiena și igiena socială — — — —	„ „ Moldovan I.
Radiologia medicală — — — —	„ „ Negru D.
Anatomia descriptivă și topogr. — — — —	„ „ Papilian V.
Clinica chirurgicală )	
Medicina operatorie )	
Clinica infantilă — — — —	„ „ Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia —	Supl. „ Popoviciu Gh.
Chimia medicală — — — —	Prof. „ Secăreanu Șt.
Balneologia — — — —	„ „ Sturza M.
Clinica dermatovenerică — — — —	„ „ Tătaru C.
„ urologică — — — —	„ „ Țeposu E.
„ psihiatrică — — — —	„ „ Urechia C.
Anatomia patologică — — — —	„ „ Vasiliu T.
Igiena generală — — — —	Agr. Zolog M.
Fizica medicală — — — —	Conf. Bărbulescu N.

*Juriul de promoție:*

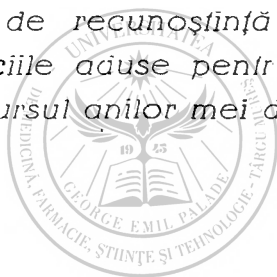
Președinte: Dl. Prof. Dr. Grigoriu Cr.

Membrii: { Dl. Prof. Dr. Benetato Gr.  
 „ „ „ Vasiliu T.  
 „ „ „ Kernbach M.  
 „ „ „ Papilian V.

Supleant: Dl. Conf. Dr. Popoviciu T.

# *Scumpilor mei părinți*

*cu dragoste nemărginită drept  
semn de recunoștință pentru  
sarcificiile aduse pentru mine,  
în decursul anilor mei de studii*



*Meis et Amicis*



## ***Cuvânt înainte***

Curetajul uterin este o intervenție în aparență simplă, dar OARBĂ și practică adeseori pe un organ de consistență pronunțat redusă, ceea ce face ca și în mâna celui mai abil chirurg să nu fie lipsită de riscurile complicațiilor neprevăzute.

Aceste complicații pot surveni în cursul dilatării sau în timpul curetajului sub forma unor accidente dramatice care adesea periclitează serios viața bolnavei; dar pot surveni complicațiile și după un timp complet lipsit de simptome, când fenomenele sunt mai puțin grave, dar prea adesea constituiesc adevărate infirmități ca tulburări uterine de natură trofică, dismenoree, amenoree, sarcini extrauterine, sterilitate secundară, tulburări psihice, apariția precoce a climacteriului, etc.

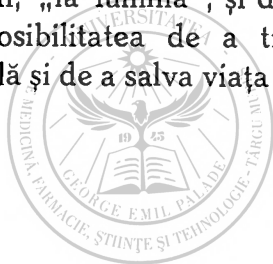
Toate aceste complicații se pot produce și în cazurile în care intervenția s'a făcut pe baza unui diagnostic anterior și a unei indicații precise, de către un obstetrician abil și într'un mediu spitalicesc perfect utilat. Prognosticul complicațiilor este considerabil mai bun în aceste cazuri.

Curetajul uterin este însă din nefericire, prea adesea utilizat în scop criminal de către indivizi a căror pregătire științifică este mai mult decât lacunară, indivizi care lucrează ascuns, în condiții de asepsie cu totul

dubioasă și câte odată cu un instrument primitiv. Acestea sunt cazurile care dau cele mai multe și mai grave complicații.

Este de dorit ca prin toate mijloacele posibile, să se atragă pe de o parte atenția femeilor asupra pericolilor la care-și expun sănătatea și chiar viața, încredințându-se „făcătorilor de îngeri”.

Pe de altă parte, ar trebui ca semidoctii medicinei și chiar unii medici să ia cunoștință de faptul, că curetajul uterin este o intervenție periculoasă, care nu trebuie practicăată decât atunci când sănătatea paciențelor o cere și atunci executarea să se facă într'un serviciu chirurgical, „la lumină”, și de către specialistul care are astfel posibilitatea de a trata imediat orice complicație posibilă și de a salva viața ce i-s'a încredințat.



# ***Introducere***

Complicațiile curetajului uterin s'au făcut cunoscute odată cu descoperirea curetei.

Primul care practică această intervenție este Recamier în 1846. După câțiva ani, operația este părăsită din cauza numeroaselor accidente, pe care le-a ocazionat.

În 1872, Simon tratează prin curetaj tumorile maligne uterine; iar Hegar, Kaltenbach, Olhausen (Germania) și Doleris (Franța), endometritele.

Intervenția se răspândește apoi în mod considerabil și practicându-se abuziv, curetajul devine o intervenție la „modă”, tratându-se astfel „afecțiuni cronice și chiar acute ale matricei”. Bineînțeles, numărul victimelor atinge proporții impresionante.

Din anul 1900, indicațiile se precizează iar azi, aplicarea curetajului este restrânsă la indicațiuni absolut precise.

## *Indicațiuni:*

### **Curative:**

1. În stări puerperale: post-partum, post-abortum.
2. În afara acestor stări în:



- a) endometrite cronice hemoragice;
- b) hipertrofii glandulare hemoragice,
- c) unele cazuri de sterilitate.

### 3. Cu scop paliativ:

1. Fibrome de dimensiuni reduse.
2. Cancerul colului sau corpului însoțit de scurgeri hemoragice și fetide.

### 4. Cu scop explorator:

Servește pentru obținerea unui material biopsic.

5. Categoria cea mai abuzată a indicațiunilor curetajului uterin o constituie **întreruperea sarcinii**.

Indicațiunile din această categorie sunt de 4 feluri:

**I. Avortul social**, care la noi încă nu e admis de lege (admis în U. R. S. S.)

**II. Avortul etic**, legat de sarcinile consecința raporturilor sexuale, la care femeia nu a consimțit sau nu a putut consimți.

Nici acest avort nu e admis în România.

**III. Avortul eugenic**, este admis de codul penal român, însă conform art. 484 indicațiunile eugenice sunt strict limitate de domeniul eredității patologiei mintale.

**IV. Avortul terapeutic**, reprezintă avort medical. Conform art. 484 al codului penal nu este admis decât dacă îndeplinește următoarele condițiuni:

a) avortul să fie făcut de medic,

b) viața femeii să fie în pericol iminent sau sarcina să agraveze o boală în așa măsură încât viața să fie în pericol,

c) pericolul nu a putut fi înlăturat prin alte mijloace,

d) intervenția să fie făcută cu scopul de a salva viața femeii.

Indicațiunile avortului terapeutic sunt următoarele :

### *A) Indicațiuni medicale*

1. Bolile pulmonare: toate formele manifeste active ale tuberculozei pulmonare.

2. a) Cardiopatiile decompensate,

b) insuficiențe grave circulatorii,

c) tromboflebitele recidivante grave puerperale etc.

3. a) Bolile renale acute sau cronice cu edeme și hipertensiune arterială persistentă,

b) la primele simptome amenințătoare de azotemie și uremie etc.

4. În cazuri grave de DIABET cu acidoză renitentă la orice tratament.

5. BAZEDOW, care se agravează în timpul sarcinei.

### *B) Indicațiuni obstetrico-ginecologice*

1. Toxicozele gravidice ca: hiperemeza gravidică, choree gravidică.

2. Stările patologice ale organelor genitale feminine.

3. Stări patologice ale oului, ca: mola hidatiforma, moartea intrauterină a fătului.

### *C) Indicațiuni psihoneurologice*

În stările depresive cu insuficiență hepatică; în melancolie; în confuzie mintală asociată cu stări de autointoxicație gravă; demență precoce; în stări post-encefalitice agravate de sarcină; în parkinsonism etc.

### *D) Indicațiuni oculare*

În retinita gravidică, amauroza gravidică, nevrita retrobulbară etc.

### *E) Indicațiuni oto-rîno-laringologice*

În special în caz de tuberculoză laringiană.

# Complicații imediate

## Accidente

### I. Perforațiile

#### Patogenie:

Din punct de vedere patogenetic și medico-legal, dl. prof. dr. M. Kernbach, deosebește:

**1. Perforație — accident** — care poate avea loc în orice moment al intervenției cu orice instrument. Perforația accidentală se produce chiar și în mâna celui mai rutinat operator, uterul gravid fiind de rezistență redusă. Acest grup de perforații se limitează numai la pereții uterini.

**2. Perforația preparată și inevitabilă** — este legată de leziuni preexistente ale pereților uterini: *uterele puerperale, canceroase sau herniare, utere voluminoase sau dilatabile* care imită perforațiunile sau leziunile istmului. Aceste leziuni fac inevitabile perforațiile instrumentale.

Acest grup de perforații survin în:

- a) metrite post-partum sau sarcini extrauterine nerecunoscute cu ramolirea exagerată a pereților uterini;
- b) gangrena localizată a pereților sub formă de metrite acute și supraînfectate;
- c) scleroza cicatricială uterină, consecutivă unei metrite cu leziuni parenchimotoase, care aduc o pierdere a elasticității și o mărire a friabilității miometrului.

Fiolle semnaleză un caz de perforație în care uterul extirpat avea pereți atât de moi, încât puteau fi străbătuți cu degetul fără nici un efort.

- d) debutul unui epiteliom al corpului sau al unei mole;
- e) infarctul parțial sau difuz, infecțios care aduce o tromboză masivă a vaselor uterine;
- f) infarctul embolic sau trombotic;
- g) malformații anatomice: André din Nancy, citează un caz, unde uterul extirpat prezenta la nivelul fundului, absența totală a musculaturii pe o zonă de mărimea unei monede de un franc. Peritoneul era aplicat direct pe mucoasa uterină. Uterul cordiform predispune la perforație în cursul curetajului.
- h) supurațiile de la nivelul tubei, infarctul tubo-uterin supurat, periflebite, limfangitele consecutive retențiilor placentare, în unele cazuri excepționale pot cauza fisurări, care vor constitui punct de plecare pentru perforații având drept consecință peritonitele generalizate.

**3. Perforația stângăcie** — este datorită lipsei de abilitate și experiență. Sunt cazurile unde atât organele genitale interne, cât și ansele intestinale aflate în bazin sunt smulse și rupte în numeroase segmente. Literatura medico-legală citează cazuri în care s'au produs adevărate evidări ale bazi-nului: vezica urinară, rectul, ansa sigmoidiană, intestinul subțire au fost rupte, smulse sau încarcerate în pereții uterini. (M. Kernbach.)

## **Simptomatologie:**

În decursul intervenției, operatorul are la un moment dat senzația unei rezistențe învinse. Instrumentul (hegar, curetă, etc.) pătrunde și se mișcă liber într-o cavitate mai profundă decât limita impusă prin histerometria preoperatorie. În momentul perforației, bolnava are senzația unei dureri acute,

fața devine palidă și eventual se poate instala întregul cortegiu simptomatic al șocului peritoneal. Pensa lui Schultze sau cureta pot aduce la exterior fragmente de epiploon sau chiar anse intestinale.

Perforația uterină se poate complica cu hemoragie internă, sau externă.

## II. Hemoragia

Constituie o complicație care poate surveni în oricare din timpii operatorii.

Dilatarea brutală și în special cea rapidă cu dilatatorul Hegar, Scanzoni sau Sims produce adesea ruptura colului uneori până la parametru. Această ruptură se însoțește de lezarea vaselor din plexul uterin, ceea ce produce hemoragii foarte mari atât înțară cât și în țesutul interligamentar. Acestea din urmă sunt mai ales grave, din cauza deficienței funcționale a țesutului celular local, ceea ce până la un punct explică și frecvența trombozelor în această regiune.

Hematomele pelviene, menținându-și comunicația cu cavitatea uterină, se infectează și dau naștere la pelviperitonite.

Hemoragiile care survin în timpul curetajului denotă o abraziune prea superficială și cea mai bună metodă pentru a le opri constă în a continua gratajul.

În caz de curetare a unui *cancer uterin*, primele mișcări ale curetei se însoțesc de hemoragii foarte abundente. După ce toată masa canceroasă friabilă este eliminată prin curetare până în țesutul scleros de reacție, hemoragia se oprește dela sine.

Hemoragiile secundare, care survin la câteva zile după operație, sunt rare și se țin de o infecție a cavității uterine, sau un curetaj insuficient executat (retenții).

Hemoragia în sine, nu constituie decât rareori un pericol vital.

### **Tratamentul accidentelor:**

Conduita medicului în fața unei perforații, este definită de Dl. Prof. Dr. C. Grigoriu în termenii următori:

„Dacă medicul operator lucrează în condiții de asepsie și antisepsie riguroasă, dacă cazul trebuie să-l luăm dela început ca neinfectat, dacă perforația s'a făcut cu o sondă sau Hegar mai subțire, conduita noastră în Clinică, a fost totdeauna *expectativă*. Plaga de perforație, ca orice plagă făcută în condiții aseptice, se poate vindeca spontan, fără complicațiune. Când medicul operator a recunoscut perforațiunea, ori și ce intervenție de raclare trebuie să înceteze, supunând cazul tratamentului în consecință: liniște la pat, pungă cu gheață pe abdomen, uterotone, controlul pulsului și a reacțiunii peritoneale. Dacă în momentul recunoașterii perforațiunii, în cavitatea uterină mai sunt resturi de placenta sau embrion, le evacuăm dar numai prin *curaj digital* evident după ce ne-am orientat perfect asupra sediului și dimensiunilor perforației, pe care trebuie să-l ccolim în manopera noastră de complectare a evacuarii resturilor. În fața acestei împrejurări, medicul practician procedează mai prudent dacă internează cazul într'o instituție spitalicească, unde să se efectueze complectarea evacuarii uterului.

Acolo unde pulsul și simptomele locale denotă un început de reacțiune peritoneală, fără să așteptăm prea mult, cazul trebuie supus unei intervenții chirurgicale. Intervenția depinde de gravitatea leziunilor și posibilitatea de infecție a cazului respectiv.

Operațiunea poate consta într'o sutură simplă a plăgii, sau într'o histerectomie totală sau subtotală, cu repararea eventuală a complicațiilor grave ce pot surveni, când organele vecine (intestine, vezică etc.) au fost lezate.

Când medicul nu recunoaște perforația făcută și continuă raclarea sau scoaterea resturilor placentare, din acel moment credem că începe eroarea gravă de răspundere medicală, prin orificiile de perforare se pot prinde, leza și chiar trage în cavitatea uterină și înafara introitului vaginal, epiploon sau anse intestinale. Desigur când ne găsim în asemenea stadiu al complicațiunii, cu lezarea și exteriorizarea acestor organe, diagnosticul perforațiunii uterine și al complicațiilor survenite nu mai poate să fie ignorat de nimeni. Singura salvare, în asemenea împrejurări este intervenția chirurgicală de urgență.

Ca măsură de profilaxie contra acestor complicațiuni, atât de neplăcute și pline de răspundere, în special pentru medicul practician, credem că este conduita, ca atunci când cazul se prezintă de la început dubios ca diagnostic și cu posibilități chiar mici de complicațiune, fie locale, fie generale, să se îndrepte asemenea cazuri către instituții spitalicești, unde rutina și condițiile de efectuare sunt superioare celor în cari se practică în clientela particulară." (C. Grigoriu: Perforațiile uterine și tratamentul lor.)





# **Complicațiuni tardive**

## **Infecțiunile**

Cel mai redevabil pericol al curetajului uterin este constituit de către complicațiile de ordin infecțios.

### **Patogenie:**

În unele cazuri infecția constituie o complicație neprevăzută, în aparență inexplicabilă dat fiind faptul că intervenția s'a executat în condiții perfecte de asepsie. Se presupune că ar putea fi vorba de o exaltare a microbilor latenți și banali ai căilor genitale.

În genere însă, producerea infecției recunoaște cauze mai mult sau mai puțin precizabile.

Jayle, în articolul său „Curettagge et infection“, încriminează chirurgul, asistența și instrumentele.

Intr'adevăr, manoperile operatorii efectuate în cadrul unei asepsii insuficientă, pot foarte ușor produce infecțiunea.

Unii pretind că infecția s'ar produce prin propagare de la nivelul unui proces infecțios endogen :

Engelmann încriminează salpingita asociată sau nu, cu peritonită localizată, precum și calea limfatică.

Micile ascensiuni febrile observate după majoritatea curetajelor, sunt atribuite de Boudin și Brindeau rezorbției toxinelor la nivelul vaselor deschise în timpul intervenției.

ca *forme anatomo-clinice* descriem :

**1. Metrita acută.** Debutează a 3-a sau a 4-a zi uneori cu frison inițial, alteori prin urcarea treptată a temperaturii care în 2 sau 3 zile ajunge la  $38^{\circ}$  —  $38^{\circ}5^{\circ}$  și chiar mai mult.

Pulsul frecvent, stare generală se alterează proporțional cu gravitatea infecției.

Uterul este mare, dureros la presiune, lochiile sunt cenușii sau brune, în formele streptococice n'au mirosul fetid, specific formelor cu anaerobi.

Colul rămâne permeabil.

**2. Anexite, salpingite, ovarite sclero-chistice** când procesul infecțios se propagă la organele respective.

Infecția plecată de la uter interesează anexele și mai ales țesutul celular al ligamentului larg, fie la nivelul părții sale superioare, fie în partea inferioară (teaca hipogastrică). Propagarea inflamatorie se traduce prin ascensiune febrilă, cu sau fără frison, accelerarea pulsului, greață și vărsături prin reacție peritoneală, dureri abdominale.

Local, constatăm prin tușeu o tumefacție parauterină, dură și dureroasă, adesea unilaterală, uneori bilaterală.

Câteodată, procesul inflamator localizându-se în partea superioară a ligamentului larg dă *flegmon al acestui ligament*.

### **3. Peritonitele.**

Deosebim două forme :

- a) *pelvi-peritonita* localizată la bazin și
- b) *peritonita generalizată* a marei cavități abdominale.

a) *Pelvi-peritonita* este mai frecventă după avort decât nașterea la termen și se observă mai ales în cazurile în care

uterul a fost traumatizat (avort criminal, perforație uterină). După un debut dramatic cu hiperpirexie, puls rapid, durere abdominală vie, meteorism, vărsături, constipație fenomenele se amendează treptat și la palpație se simte o *tumefacție* în fundul de sac al lui Douglas.

Sub influența unui tratament local și general potrivit și dacă agentul patogen cauzal nu este prea virulent, pelvipertonita cedează treptat, putând evolua către *reslitutio ad integrum*.

De cele mai multe ori însă rămân *aderențe pelvipertoneale*.

Alteori, pelvi-peritonita se termină printr'un *abces pelvian închisat*: puroiul se colectează în fundul de sac al lui Douglas, care devine foarte dureros și se însoțește de importantă reascensiune febrilă.

#### b) Peritonita generalizată.

De cele mai multe ori, urmează unei *metrite*.

Simptomele sunt cele comune tuturor peritonitelor difuze: hiperpirexie, puls mic și frecvent, vărsături, meteorism, durere, facies peritonal.

Debutul poate fi și supraacut sub forma unei adevărate *septicemii peritoneale*.

Poate evolua uneori insidios: meteorismul este puțin pronunțat, durerea este redusă, faciesul bun și totuși cavitatea peritoneală este plină cu puroiu

**4. Trombo-flebita uterină și periuterina. Flegmatia alba dolens.** Sunt cu mult mai rare după curetaj decât în puerperiu.

**5. Septicemie și septico-piemie.** Infecțiunea generalizată este în absoluta majoritate a cazurilor secundară infecției locale uterine, iar mersul ei este acut sau sub-acut (câteva săptămâni).

Excepțional, septicemia poate fi primitivă, faza uterină fiind cu totul neînsemnată, iar evoluția fiind în acest caz supraacută, prognosticul este fatal.

## **Tratamentul infecțiilor:**

După T. Popoviciu și C. Iubaș fixăm următoarele principii terapeutice:

În **metrită**: repaos la pat, evitarea constipației prin elisme sau purgative. Aplicarea mijloacelor decongestionante. În caz de dureri: pungă cu gheață pe abdomen, supozitorii calmante, etc. Când starea acută s'a mai calmat: spălături vaginale antiseptice calde 40—50°.

În caz de retenție: eliminarea resturilor, prin curaj digital.

În **anexite**:

În stadiul acut, tratamentul medical este cel mai indicat: repaos absolut la pat, pungă cu gheață sau comprese, menținută incontinuu până la dispariția fenomenelor acute, în general 6—8 zile.

Aplicarea pungii cu gheață să se facă cu precauțiune, pentru a evita congelația peretelui abdominal. Ne vom îngriji de evacuarea intestinului prin ușoare clisme cu ceai de mușețel, etc. În caz de dureri mai mari: supozitorii calmante. În caz de hiperpirexie: antipiretice și cardiotonice. Leucoreea abudentă se va trata după câteva zile de la debutul boalei prin irigațiuni vaginale calde, antiseptic, în cantități mai reduse — 1-2 kgr. — și cu presiune redusă, încet injectate.

După trecerea perioadei supraacute, se poate încerca o proteinoterapie, abcese de fixație, autovaccinoterapia, heterovaccinoterapia; seroterapia antistreptococică în anexitele streptococice, la care vaccinoterapia ar da șocuri prea mari și puternice.

Dacă tratamentul medical, nu duce la ameliorarea treptată, ba din contră bolnava prezintă febră tot mai mare, frison, o stare generală tot mai rea, să ne îndreptăm atenția la un proces de supurație prin colecție la nivelul anexelor și în Douglas.

Acest lucru îl vom constata prin examene repetate și în caz de nevoie — când vom avea bănuiala unei colecții — vom face puncția exploratoare și dacă puncția va fi pozitivă, deschidem focarul printr'o colpotomie anterioară, posterioară sau laterală, după situația dată, drenând colecția cu un tub de cauciuc, pentru a asigura complecta ei evacuare.

În stadiul subacut, vom recurge la schimbarea tratamentului în sensul, că suprimăm punga cu ghiată și vom putea trece în mod treptat la aplicațiuni calde, termofor sau comprese calde, vom face irigații vaginale antiseptice mai largi și mai calde — până la 45° — cu scop rezolutiv. Îngrijim mai departe evacuarea intestinului și a vezicii. Dacă aceste procedee sunt bine tolerate și dau ameliorare evidentă, vom aplica băi de aer supraincălzit, la început 10—20 minute, apoi 30—40, tot a doua zi sau chiar zilnic.

#### Băi de șezut sau băi călduțe generale

În stadiul cronic: pe lângă metodele amintite, vom recurge la diatermie, unde ultrascurte, cel puțin 15—20 ședințe de câte 20—40 minute. În caz de mici aderențe, se poate face masaj genital prin mișcări circulare în jurul uterului și a anexelor bolnave. La început să se facă masaj de scurtă durată — 4-6 minute — de două-trei ori pe săptămână, mai târziu — dacă este bine tolerat — ședințele pot fi repetate zilnic și pot avea o durată mai mare. Antiseptice în toate fazele anexitelor infecțioase, luate pe cale bucală sau administrate parenteral.

**Tratamentul chirurgical:** când tratamentul medicamentos, în toate formele anexitelor, nu dă ameliorări și boala continuă cu dureri, frecvente metro- și menorații, cu slăbirea bolnavei, etc., vom recurge la tratamentul chirurgical (de regulă după 2 ani de tratament medicamentos fără rezultat).

Intervenția va diferi în funcție de leziunile constatate în timpul operației. Se va ține seama de vârsta bolnavei și de starea ei socială. Este însă consult, ca în caz de leziuni mai întinse să procedăm radical. De preferat este *histerectomia subtotală*.

## *In pelvi-peritonite:*

În stadiul acut: liniște absolută, pungă cu gheață pe abdomen, regim lactat-hidric, laxative ușoare, clismă, eventual preparate de lob posterior hipofizar.

Contra greții și a vărsăturilor, vom administra de 2 ori la zi câte 500 cc. ser fiziologic 9 ‰ sau glucozat 47 ‰, rectal după Murphy, adăugând serului în acelaș timp cardio- și vazotonice. Peste noapte: calmante.

În cazul apariției semnelor de:

## *Peritonită generalizată:*

incizie în flancuri și drenaj al părților declive eventual și colpotomie posterioară, în caz de colecție în Douglas.

În stadiul subacut și cronic al pelvi-peritonitelor, se va proceda ca și la *anexite*.

Tratamentul se va continua timp îndelungat și după o pauză de 2—3 luni, se va relua.

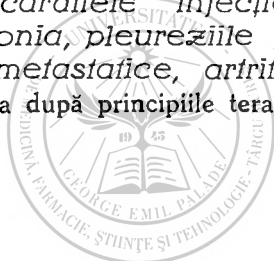
În caz de eșec, se recurge la intervenție chirurgicală (Popoviciu-Iubaș: Formular terapeutic Gynecologic).

În **septicemii și septicopiemii**, singurul tratament indicat este cel general. Școala Clujană nu obișnuiește să facă spălături intrauterine.

1. Susținerea organismului prin alimentație ușoară și nutritivă: lapte, ceai, supe, clisme alimentare și ser

fiziologic subcutanat, Murphy cu ser glucozat 56 ‰, alcool în cantitate mai mare: vin, cognac, șampanie, etc.

2. Cardiotonice.
3. Favorizarea eliminărilor prin diuretice și laxative ușoare.
4. Calmante și hipnotice.
5. Antipiretice (sulfat de chinină care în acelaș timp este antipiretic, tonic și uteroton). În plus: împachetări reci.
6. Abcesul de fixație.
7. Antiinfecțioase: a) antiseptice interne.  
b) sero- și vaccinoterapie,  
c) medicație coloidală, etc.
8. *Endocarditele infecțioase, bronșopneumonia, pleureziile purulente, abcesele metastafice, artritele supurate se vor trata după principiile terapeutice ale patologiei interne.*



# Consecințe patologice tardive

În afara complicațiilor imediate, care țin de terenul patologic sau de o tehnică incorectă, atunci când este practicat în scop abortiv, curetajul uterin se însoțește fatal de o perturbare acută a unui echilibru interglandular complicat, ceea ce adesea ocazionaază discriinii a căror cauză apare — pe nedrept — enigmatică. Se înțelege, că reacțiunile, care apar târziu sub forma tulburărilor menstruale sau a unui климаacteriu precoce sunt independente de tehnica utilizată și pot apare și în cazul intervențiilor „fericite”, complet lipsite de accidente sau de infecție.

Leziunile cicatriciale pot ocaziona sterilitate și alte tulburări tardive. pe care le vom vedea mai jos.

## 1. Tulburări menstruale

În urma curetajului, întâlnim relativ frecvent amenoree (10 %) și oligomenoree (74 %).

a) Se știe, că *menstruația revine adesea numai la 5—6 săptămâni dela avort*: este primul simptom discriinic. Cauza ar constitui-o după unii „trauma hormonală”, care împiedecă trecerea rapidă și fără tulburări a ovarului din echilibru gestativ în echilibru hormonal obișnuit.

Autorii ruși atribue mucoasei uterine funcțiuni importante, care fiind suspendate prin abraziunea mucoasei, ar produce amenoree împreună cu tulburările ovariene.



Amenoreea post-avortum poate dura luni și chiar ani de zile. În cazuri excepționale, amenoreea este definitivă și se instalează un climacteriu precoce cu tot cortegiul său simptomatic. În aceste cazuri, valurile de căldură, palpitațiile, astenia, epistaxa compensatoare, hipertensiunea arterială și diferitele psihoze climacterice se agravează în epocile, când ar fi trebuit să vină menstruația suprimată.

Amenoreea după curetaj, poate recunoaște uneori cauză exclusiv psihică, mai ales la isterice.

b) *Dismenoreea*, constatată adesea după curetaj este atribuită pe de o parte discriiniei ovariene. În producerea dismenoreei intervin indiscutabil însă și leziunile cicatriciale ale mucoasei uterine, datorite unei abraziuni profunde, care interesează și epiteliul glandelor criptice, pe seama cărora se face în mod normal regenerarea mucoasei. Consecutiv, se produc cicatrice fibroase și chiar sutura completă a pereților uterini putând da stenoze sau obliterări, întinse eventual la întreaga cavitate uterină, ceea ce natural, conduce la dismenoree și sterilitate.

## 2. Sterilitate secundară

Este o complicație tardivă ce survine în 5 % a cazurilor. Frecvența ei este diferită după tipul constituțional: *astenicele* o prezintă în 32% din total, cele de tip *astenico-infantil* în 30%, femeii de tip *pînctic* în 15%, cele de tip *atletic* 0%.

În patogenia sterilității se incriminează :

1. Endometrita atenuată sau chiar latentă, care împiedică nidația oului fecundat.
2. Obturarea orificiilor tubare, fie prin edem, fie prin cicatrice.
3. Discriinia ovariană, consecutivă ruperii echilibrului hormonal, prin întreruperea bruscă a sarcinii.

### 3. Sarcina extrauterină

Poate fi datorită unui curetaj prematur, anterior migrării oului în cavitatea uterină. În acest caz, edemul postoperator poate obstrua orificiul uterin, împiedicând migrarea.

Uneori, este vorba de o distrugere a epitelului ciliat tubar printr'un proces de salpingită. Rezultatul va fi nidarea oului în trompă, din cauza deficienței aparatului ciliat care în împrejurări normale, transportă ovulul sau oul în cavitatea uterină. Alteori, cicatricile ce interesează *ostium uterinum*, permite pătrunderea spermatozoidului în trompă, dar nu permite migrarea ovulului fecundat mărit de volum.

### 4. Tulburări în naștere

*Scleroza colului* după curetaje repetate în urma leziunilor cicatriciale produse de cureta (col insuficient dilatat) sau mai frecvent în urma diatației brutale, se pot produce rupturi, care cicatrizându-se, reduc în mod considerabil elasticitatea colului uterin, constituind o cauză însemnată de *distocie*. Uneori scleroza colului e de un așa mare grad, încât salvarea fătului nu se poate realiza decât prin secția cezariană.

Deseori, aceste cicatrici pot fi puncte de plecare pentru rupturi uterine fatale.

### 5. Tulburări psihice

Diminuarea intelectului și a simțului moral, senilitate precoce, frigiditate, stări depresive apărute uneori după curetaj pot fi atribuite nevrozei emotive în legătură cu frica de intervenție, precum și tulburărilor sistemului nervos vegetativ cu care glandele sexuale stau în strânsă corelație funcțională.

## Tratamentul consecințelor patologice tardive

**1. Amenoreea** se va trata prin opoterapie ovariană, pluriglandulară, combinată cu tratament simptomatic (calciu, nitroglicerină, brom, valeriană, etc.).

Se vor iradia hipofiza sau ovarele.

Crizele de **dismenoree** se vor trata prin aplicare de calmante fizice și administrarea calmantelor obișnuite. Înaintea apariției menstruației, se va face o baie caldă de 36—38°, timp de 20—30 minute, după aceea repaos, termoor pe regiunea hipogastrică, administrarea de sedative.

**2. Sterilitatea** se va trata prin dilatarea lentă, progresivă și repetată a colului cu laminarie, asociată cu opoterapie ovariană și tiroidiană. Mai nou se administrează preparatele de Vitamină C.

În caz de impermeabilitatea trompelor, pentru a descoperi precis aceste obstacole ale sterilității, se fac injecții cu Lipiodol, care prin radiografie ne indică uneori precis, nivelul obstrucției, putând astfel decide felul intervenției, pentru deslegarea acestor bariere ale fecundității.

În aceste cazuri se face insuflarea trompelor cu oxigen, cu ajutorul unui aparat special, care metodă dă o vindecare de 5—10% a sterilității cauzată de obstrucția trompelor. (Popoviciu-Iubaș).

**3. Sarcina extrauterină** necesită intervenție chirurgicală, imediat ce s'a pus diagnosticul.

**4. Tulburări în naștere:** aplicarea forcepsului, în cazuri grave secția cezariană.

**5. Tulburări psihice:** opoterapie pluriglandulară, psihoterapie, calmante, etc.

# Concluziuni

1. Curetajul uterin este o intervenție oarbă, practică pe un organ de friabilitate variabilă și pe un teren foarte ușor accesibil infecțiilor, ceea ce explică frecvența complicațiilor mecanice și infecțioase.

2. Cele mai multe și mai grave complicațiuni de acest fel, sunt date de curetajul practicat cu scop avortiv, efectuat adesea pe ascuns, în condițiuni tehnice, cu totul improprie unei operații serioase.

3. Practicată cu scop avortiv, intervenția produce o discrie gravă, prin modificarea bruscă a echilibrului interglandular.

4. Intervenția este traumatizantă și urmată adesea de procese cicatriciale, care ocazionaază tulburări în menstruație, tulburări în naștere, sarcină extrauterină și sterilitate.

5. Practicarea curetajului este o intervenție serioasă la care nu trebuie recurs decât pe baza unor indicații absolute.

6. Executarea trebuie să revină numai specialiștilor și să se facă numai într'un mediu spitalicesc unde complicațiile neprevăzute vor putea fi reduse la minimum și eventual imediat tratate.

7. Se impune educarea publicului în senzul cunoașterii pericolelor imediate și tardive la care această intervenție expune, chiar și atunci când este perfect executată.

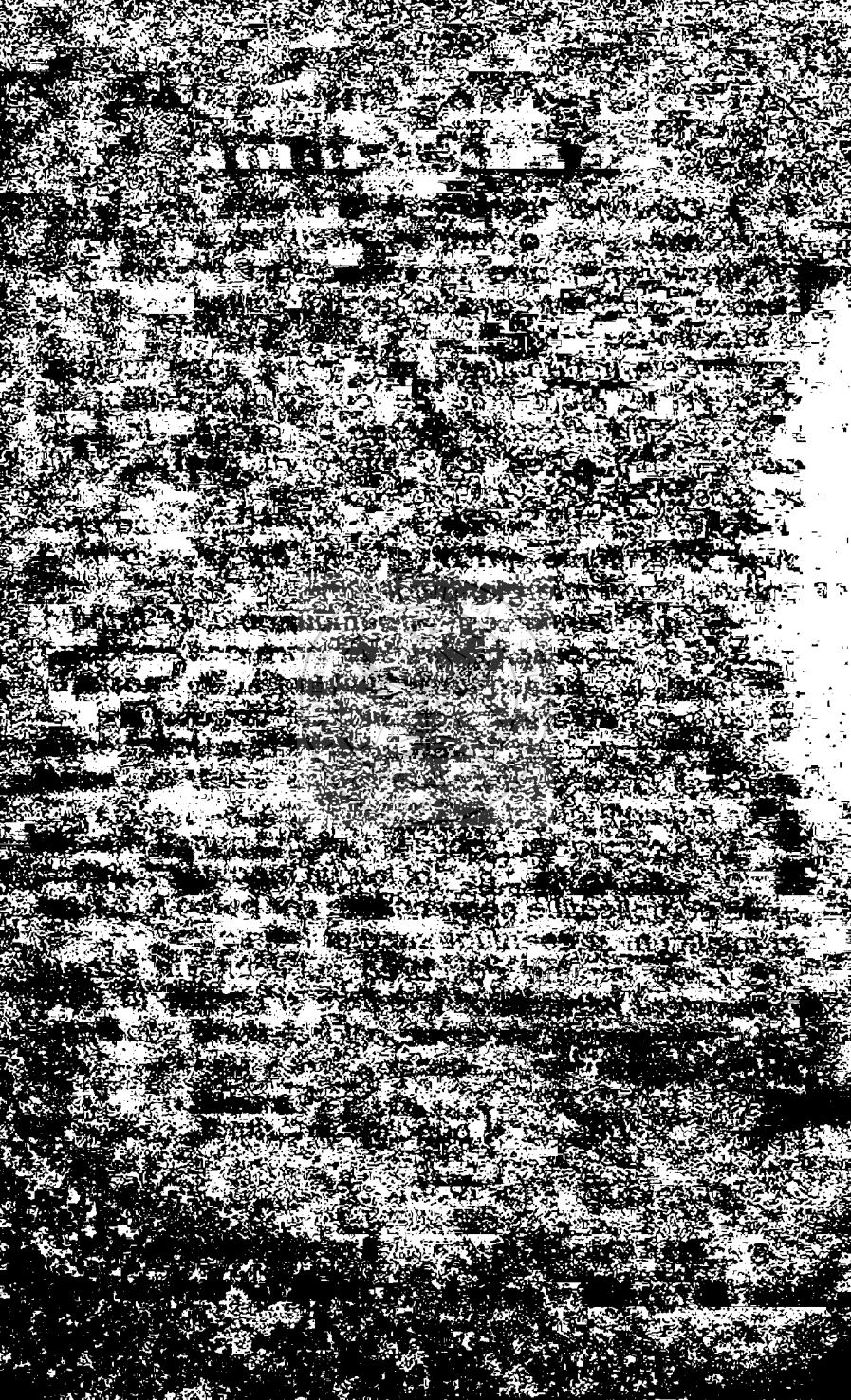
Văzută și bună de imprimat

Cluj, la 28 Aug. 1939.

Decanul Facultății:

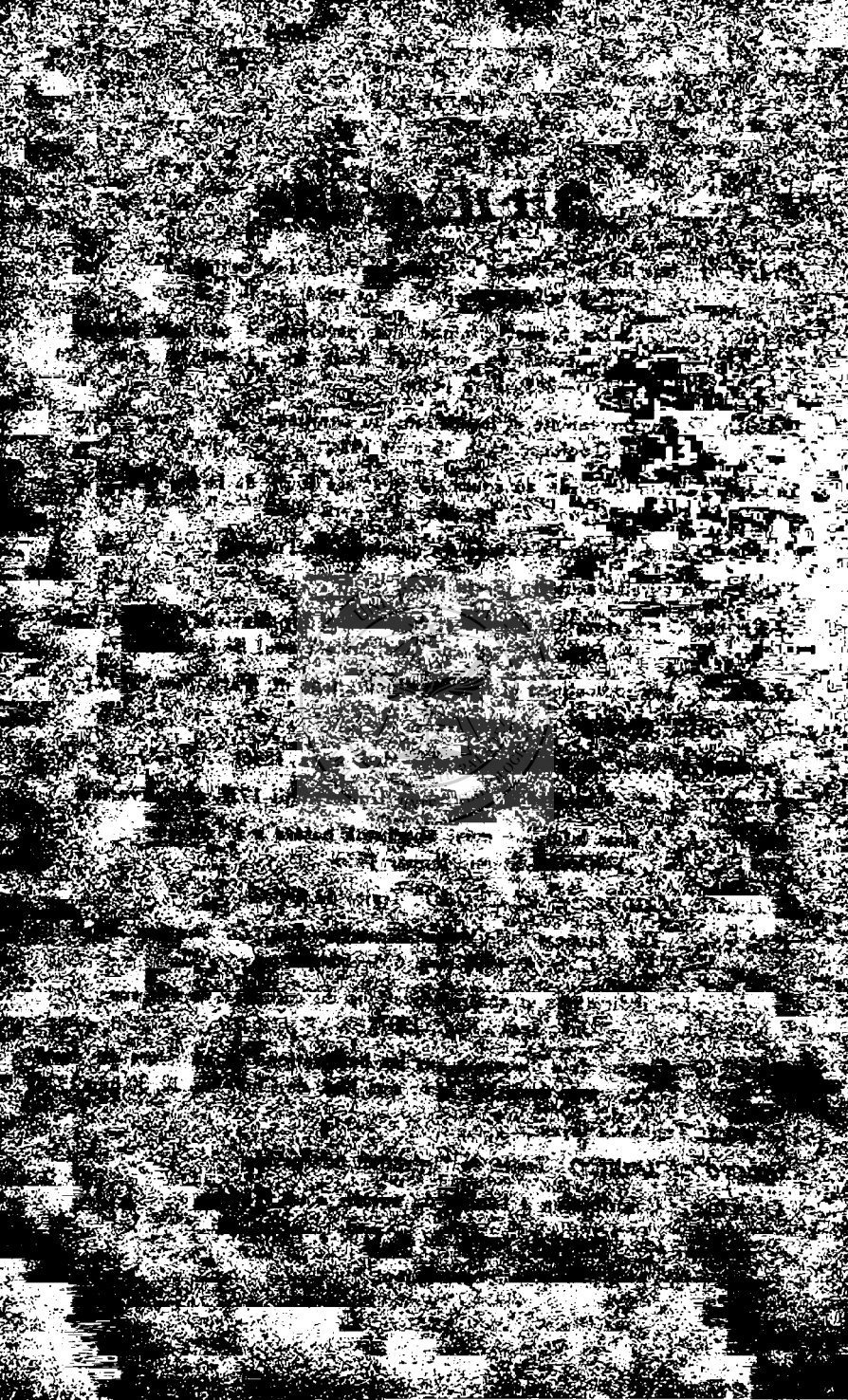
Președintele tezei:

ss. **Prof. Dr. Drăgoiu I.** ss. **Prof. Dr. Grigoriu Cr.**



# **Bibliografie**

- André M.*: Sur les perforations utérines au cours de curettage.  
(Ste. chirurg de Paris, Mai 1934)
- Bernardbeig*: Les formes clinique des perforations utérines constatées au cours du curettage (Bull. Ste. d'obst. et gynec. 24; 260—263, mars 1935).
- Daleas P.*: Inconvénients et indications du curettage  
(Toulouse med. 15 auot 1924).
- Douay*: Perforations ut. au cours de curettage (Bull. de la Ste. d'obst et de Gynec. 21, pg. 266—268 avril 1932).
- Debled*: Contributions a l'étude du curettage de l'uterus.
- Fiolle*: Le curettage uterin (Paris 1928).
- Grigoriu C.*: Perforațiile uterine și tratamentul lor (Revista de Endrocrinologie, Ginecologie, Obstetricală anul III Ianuarie IV).
- Gueniot*: Les indications et l'abuse du curettage ut. (Paris Mee. 1923.)
- Hartmann*: Ginecologie opératoire.
- Jayle F.*: Curett. et. infection (Presee Med. mars. 1896).
- Kernbach M.*: Medicina legală (Ediția Universității 1937, cap. Avortul)
- Király J.*: A sima lefolyásu művi abortusok hatása a szervezetre.  
(Orvosi Szemle Január 1936).
- Cabadie, Langreve et Legeu*: Traite de Gynec.
- Lincoln*: The dangers of uterine curetage (Ann. of. Surgery, Filadelfia U. S. A. 1928 pag. 638—564).
- Pierra*: Les indications et contraindications de curettage de l'uterus,  
(Jul., Sept., Nov., 1907).
- Picot G.*: Cloture dela discussion sur les perforations ut. au cours du curet- tage (Bull. et Mem. soc. Nat. de Chir. No. 20, 30 juin 1934).
- Pozzi*: Traité de Gynec.
- Pinard et Wallicb*: Traité de l'infection puerperale.
- Quesnel*: Contribution à l'étude du curettage ut. (Thèse).
- Samara*: Les dangers du curettage ut. (Thèse. Bordeaux 1930).
- Schwaab*: L'Obstetrique de praticien.



## ERRATA

Pag.	8	rândul	3	din jos în loc de	avort : adevăratul avort
"	13	"	7	" " " "	un : de un
"	17	"	1	" " " "	nașterea : după nașterea
"	19	"	7	" " " "	antiseptic : antiseptice
"	23	"	10	" sus " "	tehnice : tehnica
"	26	"	17	" " " "	sterilității : fecundității