

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

---

Nr. 1420

# Sterilitatea feminină și combaterea ei



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 11 Maiu 1939

DE

MARIANA BĂLEANU

CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Viăhuță No. 3.

1939.

# Sterilitatea feminină și combaterea ei



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 11 Maiu 1939

DE

MARIANA BĂLEANU UNST. MED. FARM.

24 MAY 2005

Biblioteca Universităţii

Inv. Nr. 89.345

CLUJ

„PALLAS” INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. ÎND.

Strada A. Vlăhuță No. 3.

1939.

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

---

**Decan: Prof. Dr. I. DRĂGOIU**

*Profesori:*

Clinica stomatologică . . . . .	D I. Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Microbiologie . . . . .	” ” ”	<i>Baroni V</i>
Fiziologia umană . . . . .	” ” ”	<i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei . . . . .	” ” ”	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” ”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . .	” ” ”	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană . .	” ” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală . . . . .	” ” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” ”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica medicală . . . . .	” ” ”	<i>Hașteganu I.</i>
Medicina legală . . . . .	” ” ”	<i>Kernbach M.</i>
Chimia biologică . . . . .	” ” ”	<i>Manta I.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	” ” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	” ” ”	<i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială . . . . .	” ” ”	{ <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	” ” ”	{ <i>Agr. M. Zo'og</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” ”	<i>Negru D.</i>
Clinica chirurgicală } . . . . .	” ” ”	<i>Papilian V.</i>
Medicina operatoare } . . . . .	” ” ”	<i>Pop Al.</i>
Clinica infantilă . . . . .	” ” ”	<i>Popoviciu Gh</i>
Farmacologia și farmacogn. (supl )	” ” ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Biologia generală . . . . .	” ” ”	<i>Racoviță E.</i>
Chimia medicală . . . . .	” ” ”	<i>Secăreanu Șt.</i>
Balneologia . . . . .	” ” ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	” ” ”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică . . . . .	” ” ”	<i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	” ” ”	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	” ” ”	<i>Vasiliiu T.</i>
Fizica medicală . . . . .	Conf. ”	<i>Bărbulescu N.</i>
Clinica bolilor infecțioase . . . . .	” ” ”	<i>Gavrilă I.</i>

**JURIUL DE PROMOȚIE**

**Președinte:** D-nul Prof. Dr. C. Grigoriu

” ” ” *V Bologa*

” ” ” *V. Papilian*

**Membrii:** ” ” ” *A. Pop*

” ” ” *E. Țeposu*

**Conf.:** Dl. Conf. Dr. Gh. Popovici

## Introducere.

Combaterea sterilității feminine și deci lupta contra depopulației este una din menirile cele mai înalte ale medicului, atât din punct de vedere moral și social, cât și din punct de vedere național.

Aceasta luptă însă e și foarte grea, având în vedere că medicul nu trebuie să aibă numai vaste cunoștințe ginecologice și de medicină generală, căci nu numai afecțiunile organelor genitale, ci și alterările stării generale pot da sterilitate, el trebuie să intervină și cu autoritatea sa morală, mai ales acolo, unde e vorbă de sterilitatea voluntară sau acceptată. Aceste se bazează de cele mai multe ori pe idei medicale eronate, pe cari medicul nu numai că trebuie să le combată, ci trebuie să se și ferească ca prin cele spuse de el în diferite ocazii, să le provoce.

Sarcina medicului a devenit mai ușoară de când dispune de metodele moderne de investigație și tratament, cum ar fi insuflația trompelor și injecția intratubară de lipiodol, de când dispune de noi metode operatorii conservative și de cunoștințe înaintate de endocrinologie.

Grație acestora, procentul curabilității sterilității feminine s'a ridicat considerabil și medicul conștiincios, dacă dispune de cunoștințe suficiente și răbdare multă, poate să lupte cu succes în contra sterilității, de orice natură ar fi ea.

## Sterilitatea feminină și combaterea ei.

### Definiție.

Prin sterilitate feminină se înțelege imposibilitatea femeii de a fi fecundată, adică de a forma prin unirea ovului cu spermatozoidul o concepție, indiferent dacă acesta evoluează spre o sarcină și naștere normală, una prematură, un avort, sau o sarcină extrauterină. Deci, în definiția sterilității feminine, criteriul de bază este fecundabilitatea și nu faptul dacă femeia ajunge sau nu să nască un făt viu.

Sterilitatea poate fi *primitivă* și *secundară*.

Spunem că este primitivă când femeia n'a avut nici odată copii sau avorturi. La femeile tinere nu putem vorbi de sterilitate, decât dacă a trecut un timp de cel puțin 2—3 ani dela căsătorie. Acest termen poate fi scurtat când femeia e mai în vârstă, deci mai aproape de menopauză, perioadă sterilă.

*De sterilitate secundară* vorbim când aceasta s'a instalat după ce femeia a avut deja copii.

*Sterilitatea fiziologică.* Se știe că în ciclul genital o femeie prezintă alternanțe de perioade fecunde și infecunde. Perioada fecundă este în timpul ovulației, începe cu 3 zile înaintea ei și se termină o zi după ea, ovulul fiind fecundabil numai în timp de câteva ore. Înainte și după această perioadă avem sterilitatea fiziologică.

### Cauzele sterilității.

Aceste cauze sunt multiple, căci orice leziune anatomică sau funcțională la nivelul aparatului genital poate să o producă. Unele cauze sunt de *ordin mecanic*, cum ar fi stricturile și malformațiunile congenitale sau câștigate, apoi deformațiunile și deviațiile; altele sunt de *origine infecțioasă*, fie că infecția a produs stenoze, fie că provoacă

secreții defavorabile fecundației. Deci, întâlnirea celor 2 gameți poate fi împiedecată atât prin obstacole mecanice sau leziuni ale mucoasei, cât și prin anumite incompatibilități humorale. Voi aminti pe rând :

*I. Sterilitățile de origine vulvo-vagino-perineală și fecundația artificială.*

*II. Sterilitățile de origine uterină.*

*III. Sterilitățile de origine tubară.*

*IV. Sterilitățile de origine ovariană.*

*V. Sterilitatea masculină.*

*VI. Tratamentul profilactic al sterilității feminine.*

*VII. Contra indicațiile în tratamentul sterilității feminine.*



## CAP. I.

### Sterilitățile de origine vulvo-vagino-perineală.

#### A) Malformațiunile congenitale.

*Absența congenitală a vaginului*, e mai des asociată de absența sau malformațiunile uterine și ale trompelor. Remediul este crearea unui vagin artificial, însă sterilitatea nu este remediată prin aceasta, căci rămân alterațiunile de mai sus.

*Imperforațiunile himenului*, se vindecă prin excizia câtorva lambouri sau prin incizii radiate.

*Strămtarea vaginului prin valvule și bride*, se suprimă tot pe cale chirurgicală, având grije ca permeabilitatea să se mențină prin dilatații ulterioare.

*Septul longitudinal al vaginului*, este numai atunci cauza de sterilitate, când e asociat cu alte malformațiuni uterine sau tubare.

*Vaginul scurt*, de cele mai multe ori e însoțit de un uter infantil, în retroflexie, cu colul lung, având o direcție în jos și înainte. Uneori la aceste femei s'a găsit sifilis sau tuberculoză ereditară.

Aceste malformațiuni congenitale sunt destul de rare, ele dau sterilitate prin imposibilitatea coitului.

#### B) Leziunile câștigate.

Diferitele tumori (polipi, etc.) ale vulvei, perineului sau ale vaginului acționează tot prin faptul că jenează coitul. *Tratamentul* constă în ablația lor.

*Stenozele cicatriciale* de origine traumatică sau inflamatorii, produse prin arsuri, vulvo-vaginite, etc., se tratează prin excizii și dilatații repetate pentru a preveni recidivele,

*Vaginismul*. Este o stenoză trecătoare, funcțională,

cauzată de o hiperexcitabilitate a mucoasei căruia i se asociază contractura mușchilor perineali, mai ales a ridicătorilor anali, împiedicând astfel coitul vaginal. Bolnavele din această cauză sunt într'o stare de nervozitate, în virtutea căreia se opun actului sexual și astfel lipsește ocazia de a fi fecundată. *Tratamentul* constă în dilatarea uterului, anusului, vaginului și colului sub narcoză sau rachianestezie. Astfel cedează spasmul și totodată ar avea o acțiune și asupra plexului simpatic al mușchilor dela aceste orificii. Rare ori e nevoie de a rezeca plexul hipogastric superior sau nevrotomia nervului rușinos intern. După aceste operații se recomandă o medicație antispasmodică (brom, valeriană), iar local, întrebuințarea de pomade analgetice inaintea coitului.

*Deficiența perineului*, cauzează expulsia imediată a spermei și prin urmare sterilitatea. Remediul constă în păstrarea poziției orizontale, cu șezutul ridicat, iar în cazuri mai grave perineorafia sau când aceasta e refuzată, fecundația artificială.

*Rolul chimismului vaginal.* În mod normal secrețiile vaginale, datorite conținutului lor în acid lactic, au reacția acidă, care însă nu-i atât de pronunțată, încât se compromită viața spermatozoizilor. *Hiperaciditatea* însă, fie constituțională, fie datorită unei fermentații microbiene exagerate, constituie o cauză a sterilității prin distrugerea spermatozoizilor. În aceste cazuri se recomandă injecții alcaline (borat sau bicarbonat de sodiu) inaintea coitului și tot la 3 zile tamponament vaginal cu bicarbonat.

Uneori aceste tulburări ale secreției vaginale, nu sunt datorite unui microbism exagerat, ci unei disfuncții ovariene. În aceste cazuri dese ori tratamentul n'are nici o acțiune.

Tot în cadrul sterilității feminine cauzate de afecțiunile amintite în acest capitol voi aminti pe scurt :

### Fecundația artificială.

Cazurile de deficienți perineală, cu eliminarea imediată a spermei, obstacolele vaginale și uterine, cum ar fi vaginismul sau deviațiile uterine, unde singur operația poate remedia, însă aceasta este refuzată și în cazurile cu secreții cervico-vaginale cari nu sunt propice vieții spermatozoizilor, constituie indicațiile fecundației artificiale.



Din partea bărbatului impotența coeundi, tulburările de ejaculare și anomaliile spermei constituie tot atâtea indicații în favoarea fecundației artificiale.

Condițiile de reușită sunt ca trompele femeii să fie permeabile și sperma să fie validă.

Dacă sperma soțului nu întrunește condițiunile cerute, se poate recurge la un donator (bineînțeles dacă soțul este de acord), care trebuie să fie sănătos și să aibă o ereditate inepicabilă, lucru care e greu de constatat.

Chestiunea devine și mai delicată, când fecundația artificială e cerută de unul din soți, fără știrea celuilalt și totodată responsabilitatea medicului e mai mare.

Momentul optim este în ziua 12-a dela începutul menstruației, căci atunci se produce ovulația.

Ca tehnica avem 2 timpi :

1. Recoltarea spermei și omogenizarea ei,
2. Injectarea intrauterină a acesteia.

După aceea e bine ca femeia să păstreze câțva timp poziția orizontală, și să i se administreze antispasmodice.



## CAP. II.

### Sterilitățile de origină uterină.

#### Malformațiunile uterine.

În caz de *absență congenitală totală* a uterului sau starea sa *rudimentară*, sterilitatea este definitivă.

Lipsa *coalescenței canalelor lui Müller* dă o duplicitate uterină fie totală, fie parțială (uter bicorn). În aceste cazuri, bineînțeles când ovarele sunt normale, se practică *secțiunea septului* sau în cazul unui uter bicorn unicervical, *hemihisterectomia* subtotală.

#### Hipoplaziile uterine.

Defectele de dezvoltare ale uterului au drept consecință un uter de conformațiune normală, însă de dimensiuni variabil reduse. Această categorie ar da după Laffont și Ferrari un sfert din totalul sterilităților.

*Uterul infantil* este cel mai des observat; corpul este globulos, cavitatea foarte mică, în anteflexie, colul alungit și orificiul punctiform. Dese ori se asociază cu hipoplazia vulvei și a vaginului. Uneori când cavitatea uterină atinge dimensiunile de 5—6 cm. cel puțin, după mai mulți ani aceste utere pot să se desvolte spontan, mai ales în jurul vârstei de 30 ani. Cele cu cavitatea de dimensiuni mai mici, nu sunt susceptibile de tratament sau dezvoltare spontană.

*Tratamentul. Masagul ginecologic.* Se practică în două până la trei ședințe pe săptămână, având o durată de 5—6 minute timp de 3 luni. Se suspendă în timpul menstruației și se reia 3 zile după aceea. Unii autori recomandă ca fiecare ședință să fie precedată și urmată de gimnastică.

Această metodă e foarte eficace între vârsta de 22—25 ani. *Guerdjikoff* indică cifra de 60% de vindecări.

**Dilatația uterină.** Acționează atât prin dilatarea orificiului, cât și prin ameliorarea circulației. Ea trebuie să fie lentă și repetată.

**Curetajul uterin** pare a activa tot prin dilatare și cum aceasta e mai simplă, curetajul s'a abandonat.

**Tratamentul medical.** Se prescrie fier, arsen și extracte ovariene. Important este și tratamentul specific, căci deseori o hipoplazie uterină e legată de un heredo-sifilis. La acestea se asociază un tratament fizio-terapeutic, cu sport moderat, băi marine, electro-terapie, helio-terapie și cure hidro-minerale.

### Stenozele cervicale.

Afară de stenozele datorite unei hipoplazii sau deviații uterine, există *stenozele cicatriciale*, consecutive unor rupturi obstetricale, cauterizări defectuoase, sau stomatoplastii nereușite.

#### Tratament.

**Cataterismul uterin**, e uneori sulicient pentru a deschide un orificiu mai puțin strâmtat și de a face permeabil canalul cervical stenozat. Unii au crezut chiar că cu sonda s'ar transporta spermatozoizii de pe col în uter.

**Dilatarea colului.** Urmează de obicei cateterismului. Se face cu laminarii sau hegare. *Chalier* recomandă hegarele căci laminarii obstruiază cavitatea uterină și opresc secrețiile. Se face o ședință pe lună mergând până la Nr. 6. ; se execută în condițiile de asepsie și antisepsie cunoscute, cu delicatețe ca să nu producem dureri prea mari sau sângerări. Înainte trebuie verificată direcția cavității uterine, pentru a preveni perforația.

Vindecările prin acest procedeu s'ar produce în 30—40% a cazurilor.

**Tubajul uterin.** După Hamant ar fi indicat mai ales la uterele infantile; iritația ce se produce prin acest corp străin are drept rezultat contracții uterine destul de puternice, cari duc la mărirea organului.

Tubajul mai acționează prin recalibrarea uterului și prin modificarea mucusului intracervical, care nu mai oprește trecerea spermatozoizilor.

Cel mai vechi aparat e acel al lui Lefour, care constă dintr'un cilindru de aluminiu plin, cu șanțuri longitudinale, pentru a permite scurgerea secrețiilor uterine. Acesta era lăsat pe loc 3-6—15 luni sau până la apariția unei sarcini.

În 1920 Nassauer compune o canulă de aluminiu, goală și fenestrată, prevăzută cu o concavitate, corespunzătoare anteflexiei uterine. Se lăsa pe loc până la apariția menstruației și se punea la loc după aceea până la apariția gravidității.

Tubul lui Hamm este făcut dintr'un metal cu proprietăți bactericide. Se introduce sub anestezie generală, după dilatarea cu hegar până la nr. 10 și se fixa de col cu un fir de catgut. Era lăsat pe loc 5—8 zile, în cazurile mai ușoare, sau 2—3 săptămâni în cazurile de hipoplazii accentuate. Autorul indică o reușită de 80%, fără nici un accident.

*Tija lui Petit* este tot din aluminiu, construită după principiul general și montată pe un disc de cauciuc rezistent, de 3—4 cm. diametru. Acesta e prevăzut cu 6—8 orificii.

*Technica.* Se începe dilatarea cu laminare Nr. 12. ziua 2-a Nr. 18 ziua 3-a Nr. 24. A 4-a sau a 5-a zi se introduce tubul. Bolnava păstrează tot timp repausul la pat, pe care nu-l părăsește decât o săptămână la introducerea tubului; Se menține 3 luni.

Se indică cifră de 13 sarcini din 28 de sterilități tratate (Andebert).

Tubul lui *Iribarne* e din argint, lung de 25 mm. diametrul = 5 mm., prevăzut la partea inferioară cu un pavilion cu două valve. Este plasat după menstruație și scos înainte de ea. Însă menirea adevărată a acestui tub este, să fie aplicat, asociat cu o stomatoplastie sau o incizie bilaterală a colului, pentru a ține buzele plăgii depărtate în timpul cicatrizării. Sa obține astfel un col cu 2 buze ca cel al multiparelor. Rezultatele ar fi excelente.

*Douay*, modifică tehnica lui Iribarne, construind un tub din cauciuc, al cărui extremitate uterină seamănă cu cea a unei sonde Pezzer, ceace împiedecă ca tubul să fie expulsat. Extremitetea vaginală are un pavilion cu 2 valve, care depărtează buzele colului după incizie. Există 3 dimensiuni: 7, 9 și 11 mm.

*Technica.* Întâiu dilatarea colului până la hegar Nr. 11, apoi incizia bilaterală a colului și plasarea tubului montat pe un hysterometru. Se pune o meșă vaginală care

se scoate după 24 de ore. Bolnava se scoală în ziua a 4-a, iar tubul se menține până la I-a sau a 2-a menstruație.

*Prof. Hamant* face dilatarea până la hegar nr. 7, apoi introduce tubul de care se servește și îl fixează de col cu 2 fire de mătase. Femeia poate să-și reia ocupațiile imediat. Se lasă pe loc timp de 1 sau 2 luni. Cu această metodă autorul a obținut sarcini în  $\frac{2}{3}$  ale cazurilor.

Cu toate că rezultatele obținute prin aceste mijloace nu sunt încă bazate pe statistici vaste, rezultatele obținute de autorii respectivi sunt încurajatoare, atunci când tubajul se practică după toate regulile aseptiei și antisepsiei. În absența oricărei leziuni anexiale, tubajul este bine tolerat și nu dă accidente infecțioase.

Chiar dacă sterilitatea nu e vindecată decât în  $\frac{1}{2}$  a cazurilor, prin aceste metode se obține totuși o *permeabilitate permanentă a colului*, corectarea *anteflexiunii uterine* și suprimarea *dismenoreii*.

### Intervențiile chirurgicale.

Tendința actuală este ca stenozele colului să fie tratată prin tubaj simplu sau asociat cu incizia bilaterală a colului și nu prin operații plastice propriu zise.

*Operația lui Pozzi* sau evidarea comisurală este procedeul clasic. Autorul a obținut în 25% a cazurilor succese.

*D. uay* a modificat tehnica lui Pozzi, practicând o evidare comisurală prin două lambouri și nu prin patru ca Pozzi. Astfel se acționa și asupra stenozei orificiului intern. Este o operație dificilă, pe care însuși autorul a abandonat-o în favoare tubajului asociat cu incizia bilaterală a colului.

### Deviațiile uterine.

Rolul acestora este bine dovedit în producerea sterilității. *Devraigne* a găsit 708 retroversii uterine la 2208 cazuri de sterilitate, ceea ce constituie 34%. Deviațiile uterine favorizează infertilitatea, nu numai prin obstacolul mecanic ce-l pun în calea spermatozoizilor, ci și prin frecvența concomitentă a metritei sau a leziunilor anexiale. (Salpingită catarală, ovarită sclero chistică, aderențe în Douglas).

## Anteflexia uterină.

Cea congenitală se asociază des cu aplazie uterină și stenoză cervicală, iar cea câștigată e datorită unei retracțiuni a ligamentelor utero-sacrate, ca urmare a douglasitei. *Tratamentul* constă în *masaj uterin*, care tinde să steargă cudura colului și în acelaș timp are o acțiune descongestionantă și rezorbantă asupra douglasitei. Avem apoi *dilatația uterină și tubajul*. *Histeropexia* nu e de recomandat, căci uterul e un organ prin excelență mobil, iar o fixare poate aduce grave prejudicii în caz de sarcină. Prin *stomatoplastia* pe buza posterioară, descrisă de Violet, se obține o deschidere cervicală largă, care, după cum indică autorul, ar fi eficace în combaterea sterilității.

## Retrodeviația uterină.

Se datorește mai des scurtării ligamentelor utero-sacrate. Dacă retrodeviația e mobilă, putem încerca poziția manuală și menținerea acesteia cu ajutorul unui pesar și masaj. Însă dacă pesarul nu e tolerat și retroversia e fixată și se însoțește de parametrită, prolaps genital sau chiar și de apendicită, trebuie să recurgem la operație.

*Fixările fără laparatomie* Nu se mai practică, căci nu ne permit controlul anexelor.

*Fixările după laparatomie* se pot face după diferite procedee, cum ar fi *histeropexia ligamentară* cu fixarea ligamentelor rotunde de peretele abdominal, sau procedeele Doleris.

*Scurtarea intraperitoneală a ligamentelor rotunde*. Se face, fie plicaturind ligamentul asupra lui însuși, fie pe uter fie pe cel din partea opusă.

*Histeropexia înaltă* Se face fixând uterul de peretele abdominal.

*Tratamentul preventiv al retroflexilor după naștere*. Acesta are o importanță foarte mare în combaterea sterilității secundare. Controlul trebuie să fie făcut cât mai des și dacă constatăm retrodeviația, facem vre-o 10 ședințe de repunere, însoțite de masaj și de tratamentul subinvoluției. În acest fel, mai ales dacă acționăm în primela 6 săptămâni, putem obține vindecări definitive.

## Prolapsul uterin.

Este des asociat cu retropoziția uterină. *Tratamentul.* Dacă este numai o alungire a colului, se face amputația lui. *Tratamentul* preventiv constă în ținerea la pat a lehzurilor, pânu la completa involuție a uterului și în caz de rupturi ale perineului, perineorafie precoce.

Cazurile de prolaps genital adevărat, se vor trata chirurgical după diferite metode: *suspensiune* prin histero- sau ligamentopepxie, apoi refacerea perineului, sau operații asociate, cum ar fi „*tripla operație*“ (colpo-perineorafie, colporafie anterioară, histeropexie).

## Fibromiomele uterine.

Legătura dintre aceștia și sterilitate nu sunt încă complet elucidate, căci des miomele survin secundar la femei sterile, cauzate fiind chiar de această sterilitate. În aceste cazuri probabil e vorba de o disfuncție ovariană, care cauzează amândouă afecțiuni. Uneori aceste tumori, prin sediul lor și prin alterarea mucoasei uterine, constituie o cauză de sterilitate, opunându-se fecundației în mod mecanic, sau împiedecând nidațiunea, în mod biologic. S'au observat mai multe cazuri de sarcină, după ablația acestor tumori.

*Tratament.* Ideal e miomectomia, operație conservativă, care chiar dacă e incompletă, se mai poate completa ulterior cu histerectomie, dacă au survenit una sau mai multe sarcini.

## Cervicitele cronice.

Metritele acute, prin durata lor scurtă, au puțină importanță în declanșarea sterilității, rolul preponderant avându-l metrita cronică, care de fapt e o metrită a colului. Momentele etiologice principale sunt infecția blenoragică și cea puerperală. Acestea pot surveni la multipare, constituind o *sterilitate secundară*, sau nulipare, unde des se asociază cu o stenoză și anteflexiune excesivă, fiind cauza unei *sterilități primitive*. Secrețiile abondente se opun ascensiunii spermatozoizilor și în acelaș timp. constituie un mediu defavorabil vieții lor.

*Tratamentul*, constă în cauterizarea cu creioane caustice, electro-coagulare și amputația colului. Electro-coagularea pare a fi preferabilă, căci dă cicatrici suple, fără distocii, dar nu e încă suficient experimentată. Amputarea dă des avorturi și distocii, indicațiile ei fiind restrânse. La nulipare tratamentul e mai dificil din cauza strămtării orificiului extern și anteflexiei asociate, precum și din cauza anexitei asociate. Va trebui deci ca metodele să fie multiple și asociate: masaj, columnizare, dilatare, cauterizare, uneori chiar tubaj uterin.

### Obstacolele nidațiunii.

Orice alterațiune a mucoasei ulterine constituie un obstacol pentru nidațiunea oului.

Retențiile placentare post abortum ori post partum sunt cele mai frecvente. *Tratamentul* constă în curetaj digital sau curetaj uterin.

*Endometritile infecțioase*, mai des gonococice, propagate dela col la corp se tratează prin vindecarea colului, netrita corpului dispărând de obicei singură. Manoperile intrauterine sunt foarte periculoase, mai ales dacă există o anexiă concomitentă. O metodă relativ nouă este „transplantarea de endometru” de M. G. Serdukoff. Ea este indicată mai ales în amenorei prelungite și în atrofiile sau absența endometrului. *Tehnică*. Se deschide uterul, se extirpă țesutul cicatricial, apoi se transplantează fragmente de endometru luate proaspăt dela o femeie din acelaș grup sanguin și reacție Wassermann negativă. Acestea sunt suturate de miometru, apoi se dilată colul cu hegare până la Nr. 8. Cu aceasta metodă autorul a obținut revenirea menstruației, absență de mult timp; secunditate însă nu s'a putut încă observa.

### Pseudometritile hemoragice.

Se caracterizează prin modificări funcționale ale mucoasei și nu prin inflamația acesteia. Endometrul e hiperplazic și hipertrofic, congestionat, ca în graviditate și prezintă plăci de necroză sângerânde. Se observă mai ales la fete tinere sau femei în ajunul menopauzei, cari nu prezintă nici o altă afecțiune genitală. În aceste cazuri nu uterul e bolnav, ci ovarele, care de cele mai multe ori



prezintă unul sau mai multe chiste foliculare. Ori tocmai excesul de foliculină e acela care produce turburările dela nivelul mucoasei uterine. In mod firesc deci, trebuiesc tratate ovarele și nu uterul. Principalul e de a diminua sursa de foliculină. *Tratamentul medical* constă in administrare de insulină (40—50 de unități pe zi) care are o acțiune inhibitoare asupra foliculilor; ori injecții de prolactin B care joacă un rol capital in ruperea foliculilor și formarea corpului galben; sau injecții de luteină care are rolul de a favoriza nidațiunea. Uneori curie-terapia in doze mici dă efecte bune. *Tratamentul chirurgical* constă in enuclearea chistului, rezecție parțială, subtotală, sau chiar totală a unui ovar. Principalul e să fim cât mai conservativi, pentru a păstra bolnavei fecundabilitatea.



### CAP. III.

## Sterilitatea de origine tubară.

Permeabilitatea trompelor uterine, sau cel puțin a uneia din ele fiind necesară fecundației, se înțelege că orice cauză care ar produce obliterarea sau cudura lor, produce sterilitate. Cea mai frecventă cauză e salpingita blenoragică; urmează salpingita puerperală, apoi cea tuberculoasă și în sfârșit salpingita produsă de colibacili. (După Coster 40—65% din totalul sterilităților.)

Obliterările trompelor se cunosc de mult, dar depistarea lor clinică a luat avânt abea după imaginarea metodelor de insuflație a trompelor și a injecțiilor intra-utero-tubare cu lipiodol, urmate de control radiologic.

Principala normă de conduită în tratamentul salpingitelor este de a fi cât se poate de conservativ. Asupra momentului intervenției sunt încă discuții, în orice caz tendința actuală, în caz de salpingită bilaterală gravă, este de a interveni *precoce*, în mai puțin de 3 luni dela începutul fenomenelor inflamatorii. Rezultatele sunt bune, căci liberarea aderențelor și restabilirea permeabilității e mai ușoară în acest timp. Natural, excepție fac cazurile de urgență, cum ar fi ruperea unui piosalpinx sau agravarea unei pelvi peritonite.

Acelaș principiu conservativ trebuie respectat și în cazuri de sarcină ectopică.

Uneori bolnavele atinse de sterilitate se prezintă la medic fără nici un simptom de salpingită și numai grație explorării cu lipiodol sau insuflării se poate constata obliterarea trompelor.

### Tratamentul sterilității cauzate de obliterarea trompelor.

*Metode neoperatorii: Insuflația tubară și histero salpingografia.* Acestea nu sunt numai metode de exploare ci

și mijloace de tratament. Multe obstrucții pot fi invinse numai prin aceste mijloace, mai ales dacă n'au ajuns încă în perioada de suduri și stenoze definitive.

*Insuflația tubară.* A fost imaginată în 1915 de Rubin din New-York. De atunci s'au imaginat și perfecționat mai multe aparate, dar tehnica a rămas aceeași. Se utilizează gaz carbonic sau oxigen. Insuflația se poate face 5—10 zile după sfârșitul menstruației. Se injectează gazul sub presiune de 200 mm., însă pentru a forța obstacolul se poate ajunge până la 220 m. Peste această presiune riscăm să rupem trompa. S'ar putea să nu reușim la prima tentativă, atunci operația se poate repeta de 5—6 ori.

Pentru a preveni accidentele, propagarea infecției la trompe sau embolia gazoasă, trebuie ca uterul să nu sângereze, să nu fie infectat, și anexele să fie indemne de orice puseu acut.

Permeabilitatea trompei se cunoaște după următoarele patru semne:

1. Presiunea barometrică scade rapid.
2. Percepția la ascultație a unui zgomot special în regiunea hipogastrică, datorit penetrării aerului în abdomen.
3. Dispariția matității hepatice.
4. Durere în umărul drept, care se accentuează când bolnavul se ridică.

În 18% a cazurilor după una sau mai multe tentative, rezistența scade brusc, insuflația a „desfundat” trompele.

În 24% insuflația e negativă.

În 42% insuflația e imediat pozitivă.

Procentul vindecărilor prin acest procedeu este dela 6,8% (Ottow) până la 10% (Rubin, observație extinsă asupra 2000 de femei). Sarcina se prezintă de obicei la un interval de câteva zile, o lună sau chiar mai multe luni după insuflație.

*Injectia intratubară de lipiodol.* Aceasta metodă a fost imaginată în Franța și dezvoltată în America, perfecționată tot în Feanța. Există mai multe parate: al lui Cotte, Villard, Douay, Béclère, etc. Injectia se practică 4—7 zile după menstruație. Avantajul acestei metode e posibilitatea explorării radiografice a trompelor. Dacă ele sunt permeabile, substanța opacă trece în peritoneu. Dacă nu, lipiodolul ne indică nivelul și forma obstacolului. Deasemenea lipiodolul injectat sub oarecare presiune, poate avea

aceiaș efect de învingere a obstacolului ca și oxigenul; afară de aceasta ar mai avea un efect trofic asupra mucoasei trompelor, contribuind astfel la aseptizarea și cicatrizarea leziunilor inflamatorii.

*Rezultatele.* Douay întocmește prima statistică în Octombrie 1929: 6 sarcini la 122 de injecții de lipiodol. Elevul său Hirschhorn, la 36 de femei examinate, a obținut de 25 ori trompe obliterate și 11 permeabile. Au urmat 4 sarcini, ceea ce este egal 11%.

La cât timp survine sarcina? După diferite statistici reese că femeile devin gravide în timp de câteva zile până la câteva luni după lipiodol. În orice caz, de îndată ce am găsit tropele permeabile sau le-am putut desfunda și nici o altă cauză nu s'ar opune, suntem îndreptățiți să sperăm o sarcină. Din contră, dacă sarcina nu survine în curs de câteva luni, trebuie să reîncepem proba sau, în caz de impermeabilitate bilaterală, să recurgem la operație.

Se pune chestiunea, care din aceste două metode, insuflația sau histero-salpingografia, sunt de preferat? Din punct de vedere tehnic, ambele metode sunt comode. Insuflația, prin faptul că femeia simte durerea în umăr și astfel își poate da seamă de permeabilitatea trompelor, are valoarea de a da curaj bolnavelor. Din contră, lipiodolul are avantajul de a ne da un document prețios, atât pentru ginecolog și chirurg, cât și pentru bolnavă.

*Accidentele* cele mai grave ce pot surveni sunt: *embolia gazoasă* și *infecția pelviană*. Embolia se observă mai ales la uterele sângerânde, cu ocazia insuflației. În schimb propagarea infecției se produce mai curând prin lipiodol. În concluzie, să întrebuițăm lipiodolul în hemoragii și oxigenul în infecție. Rezultatele, după cum reese din cele de mai sus, sunt aproximativ identice la ambele metode. De multe ori însă lipiodolul dă rezultate, când insuflația a eșuat. *Claude Bécclère* explică această superioritate a lipiodolului prin faptul că, din moment ce amând uă acționează mecanic, lipiodolul fiind incompresibil pe când gazul e compresibil, numai lipiodolul ne poate asigura că la o anumită presiune indicată la barometru, se exercită aciași presiune în toate punctele injecției. Gazul în schimb se poate comprima diferit în diferite puncte, după rezistența obstacolului. Deci singurul mijloc care ne asigură o presiune regulată, constantă și pretutindeni ac eași este un lichid incompresibil; ori lipiodolul singur îndeplinește această condiție.

Însă am mai văzut mai sus, că lipiodolul mai are

și alte proprietăți: acționează ca un tonic al mucoasei tubare, ca ușor antiseptic și poate intervine și în mod chimic, prin transformarea mediului tubar într'unul mai potrivit vieții ovulului și spermatozoidului, facilitând fecundarea.

În ultima analiză deci, pare ca lipiodolul să fie mai eficace; pe de altă parte însă rezultatele s'au arătat a fi identice. Cea mai bună conduită este deci de a asocia ambele mijloace, rezervând fiecăruia indicațiile proprii.

## Metodele operatorii.

### Chirurgia plastică și de reparație a trompelor.

Ori de câte ori înșuflația sau injecția lipiodolată sunt insuficiente și ne arată obstacole permanente la nivelul trompelor, se pune chestiunea intervenției chirurgicale. Având în vedere scopul urmărit, adică restabilirea posibilității de fecundare, nu mai trebuie insistat că operația nu poate fi decât conservativă sau mai bine zis restauratoare.

*Leziunile tubare în s'erilitate pot fi extrinsece și intrinsece.*

*Leziunile extrinsece.* Constau mai ales în poziții vicioase ale trompelor, curduri, torsțiuni, bride sau aderențe, sechelele unei pelvi-peritonite anterioare. Astfel, se înțelege că trompa în sine, adică musculatura și mucoasa nu sunt lezate. Operația va consta într'o *intervenție de eliberare*.

*Leziunile intrinsece* sunt de un prognostic mai grav, căci nu avem posibilitatea să regenerăm musculatura atrofiată sau scleroasă și nici să înlocuim mucoasa inflamată și lipsită de cili vibrațiali.

*Momentul intervenției* va fi astfel ales ca operația să fie făcută în condiții de asepsie optime, adică la rece.

În raport cu ciclul genital, se va alege perioada de repaus fiziologic, adică prima săptămână după sfârșitul menstruației.

Operația va trebui să fie minuțioasă și delicată, asemenea va trebui tratat uterul sau ovarele dacă e nevoie (histeropexie, rezecție parțială în caz de chiste, etc.) După necesitate, operația va fi uni sau bilaterală, egală sau diferită la dreapta și la stânga.

În principiu trebuie renunțat la drenaj, dar dacă

e absolută nevoie, să poate lăsa un dren de siguranță în Douglas limp de 24 de ore.

Mersul postoperator de cele mai multe ori e bun, afară poată de cazurile când se fac transplantări de ovar, cari dau reacții gerale de tul de violente.

Momentul sculării din pat este în discuție încă, unii recomandă un repaus absolut cât mai lung, alții recomandă scularea precoce, după 48 de ore.

Se vor aminti pe rând :

1. Tratamentul anexelor aderente și prolabate în Douglas: *Salpingoliza*.

2. Tratamentul în caz de obliterare a pavilionului: *salpingostomia*.

3. Tratamentul obliterării părții mijlocii a trompei: *salpingoplastie, salpingectomie parțială cu salpingorafie* sau *adoptare tubo-ovariană*.

4. Tratamentul obliterării la nivelul cornului uterin: *implantarea tubo uterină*.

5. Tratamentul obliterării totale: *salpingectomia* cu *grefă ovariană liberă* sau cu *implantare ovaro-uterină*.

1. *Tratamentul anexelor aderente și prolabate în Douglas: Salpingoliza*. În aceste cazuri e vorba de o compresie extrinsecă. Prolapsul anexelor în fundul Douglas ului acompaniază foarte des retroversiile.

Eliberarea aderențelor se numește *salpingoliză* și se efectuează cu mâna. Trebuie evitată orice atingere inutilă a trompei, care e un organ foarte delicat. Dacă am reușit să eliberăm trompa, fără a o traumatiza și am constatat permeabilitatea ei cu un cateter, apropiem pavilionul de ovar în așa fel ca pavilionul să fie pe un plan inferior ovarului. Astfel se ușurează penetrarea ovulului în trompă.

Pentru a menține raporturile acestor două organe se poate recurge la *salpingorafie* sau *salpingopexie*.

*Salpingorafia* constă în a fixa franjurile trompei de suprafața ovarului cu ajutorul unui catgut subțire. Inconvenientul e că se „complică operația cu suturi în țesut friabil și hemoragic, se suprimă mobilitatea pavilionului și se acoperă o singură parte a ovarului, restul organului devenind inutilizabil.” (*Douay*).

*Salpingopexia* e preferabilă. Ea constă în fixarea anexelor de ligamentele infundibulo-pelviene, cu ajutorul câtorva fire de catgut, pentru a preveni căderea în Douglas.

În sfârșit, *salpingoliza* cu sau fără *salpingorafie* sau

salpingopexie se poate însoți de intervenții necesare asupra uterului sau ovarelor ori de câte ori va fi nevoie.

*Rezultatele:* Villard și Labry raportează că după 103 salpingolize au obținut nouă sarcini sigure și trei neverificate, deci un procent de 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

2. *Tratamentul obliterării pavilionului:* Salpingostomia, salpingo ovaro-sindeză. Uneori e suficient de a elibera franjurile aglutinate și a le decola unele de altele. Permeabilitatea astfel obținută se poate controla, practicând chiar în timpul intervenției o injecție de lipiodol.

Dacă obliterarea e completă, trebuie să recurgem la salpingostomie, adică crearea la partea externă a trompei a unui orificiu artificial, destinat să înlocuiască pavilionul obliterat. Salpingostomia poate fi terminală, laterală sau transversală.

Indiferent de procedeul utilizat, trebuie ca:

1. hemostaza să fie riguroasă, căci buzele secțiunii sângerează abundant.

2. Să se mențină stomia deschisă prin eversarea mucoasei.

3. Să dăm pe cât posibil o situație subovariană.

E bine să se asocieze salpingostomia cu salpingo-ovaro-sindeză. (*Operația lui Clado*) Ațeasta constă în lixarea ovarului de orificiul nou creat: se suturează fiecare buză a plăgii de ovar, pe care astfel îl acoperim mai mult sau mai puțin. *Rezultatele* din nefericire nu sunt prea strălucite, dar totuși cele câteva cazuri de sarcină cari s'au observat, justifică intervenția.

3. *Tratamentul obliterării părții mijlocii cu sutură cop la cap sau cu adaptare tubo-ovariană:* salpingoplastie, salpingectomie parțială.

Stenozele limitate la partea mijlocie sunt rare. Salpingoplastia sau operațiunea lui Vidal, care se face în genul piloroplastiei nu se mai practică azi.

În prezent stenozele de mai sus se tratează prin salpingectomie parțială cu sutură termino-terminală zise și operația lui Philips. Operația e foarte dificilă și are puține șanse de succes.

Foarte interesantă e tehnica lui Schwarcz și Centanaro, cari, după ce au rezecat porțiunea stenozată, restabilind continuitatea, pun în lumenul trompei o sondă ureterală de 1 mm. diametru, pe care o scot apoi prin uter și vagin. Se retrage după 14 zile. Au obținut un

succes frumos la o femeie de 20 ani, care a devenit gravidă după 2 luni.

Afară de rezecțiile medio-tubare, se practică și rezecții mai întinse, cari cuprind cele  $\frac{2}{3}$  externe ale trompei, urmate de *salpingo-ovaro-sindeză*.

Unii autori recomandă ca porțiunea rămasă din trompă să fie fără ligaturi și de a fixa ovarul în contact cu ea, servindu-ne pentru acest scop de o bursă seroasă făcută în peritoneul ligamentului larg. S'ar fi obținut 14 sarcini la 115 operate.

4. *Tratamentul obliterării segmentului juxta uterin: implantarea tubo uterină.*

Când lipiodolul ne indică un obstacol la nivelul cornului uterin, se pune întrebarea dacă restul trompei e utilizabil sau nu. În primul caz, când trompa dincolo de obstacol și pavilionul sunt libere, se va practica *implantarea tubo uterină*. Când însă toată trompa e obliterată aceasta, se va rezeca și pentru a lupta contra sterilității, se poate recurge la *grefă ovariană* sau la *implantarea ovarului în uter*.

Technica operatorie variază după diferiți autori, și după circumstanțe, totuși s'ar putea descrie o operație tip, cu tehnică optimă, comportând 4 timpi:

*Primul timp.* După descoperirea trompei, se cercetează întinderea obstrucției cu ajutorul unui stilet introdus în pavilion. La acest nivel, dar în țesut sănătos se se secționează trompa, după ligatură arterei subjacente.

*Al doilea timp: rezecția cuneiformă a cornului uterin,* care corespunde segmentului interstițial al trompei. Hemostaza trebuie să fie bună și ligamentul rotund totdeauna conservat.

*A treilea timp: împantarea trompei.* Se face cu ajutorul unui ac, care trecând prin fundul uterului, și este scos la nivelul orificiului creiat, încarcă izolat cele două fire rămase de la ligatura arterei tubare interne, le scoate și le leagă. Astfel se menține trompa pe loc. Uneori e bine să se secționeze extremitatea trompei în două lambouri, cari se fixează izolat pe peretele uterin corespunzător.

*Al patrulea timp: închiderea breșei uterine.* Se face în două straturi, unul muscular, altul seros și peritonizarea cu ajutorul ligamentului rotund sau al peritoneului vezical.

Aceasta ar fi operația tip, de care operatorul va căuta să se apropie cât mai mult în diferitele împrejurări.

Complicația cea mai de temut este obliterarea cicatricială a trompei invaginate. Diferiți autori au căutat să



stabilească timpul cât persistă permeabilitatea și s'au găsit rezultate variind dela 2 săptămâni până la câteva luni. Alte ori trompa a fost dela început impermeabilă, iar după o lună s'a permeabilizat (*Volkman*). Se înțelege deci că chirurgia are tot interesul să controleze starea trompei, însă cum lipiodolul și așa nu e în stare să desfunde o obstrucție cicatricială, e bine să nu se facă aceasta prea des, pentru a nu prejudicia o eventuală sarcină în curs.

Un bilanț exact al sarcinilor obținute în aceasta operație nu s'a stabilit încă, în orice caz *Bonne* a găsit 16%.

Apariția gravidității după operație variază între o lună și un an jumătate.

5. *Tratamentul obliterării totale: Salpingectomie totală cu greșă ovariană liberă sau cu impantare ovaro-uterină*

*Greșă ovariană liberă* constă în a ridica un fragment de ovar lipsit de toate conexiunile vasculo-nervoase și al fixa de bontul tubar conservat, fie, în caz de salpingectomie totală, la nivelul cornului uterin respectiv, fie în peretele uterin incizat în acest scop.

*Există homogrefe*, adică greșe luate dela o altă femeie și *autogrefe*, adică greșe luate dela însăși femeia pe care o operăm.

*Homogrefele* se izbesc de dificultăți practice pentru că nu totdeauna avem la dispoziție material proaspăt. Aceste greșe au fost însă întrebuințate mai ales la femei care aveau și ovarele lor, așa încât greșă probabil a activat numai ovarele existente, însă deficiente.

*F. H. Martin* are o observație asupra unei homogrefe după salpingectomie bilaterale. A obținut rezultate bune în ce privește menstruația, dar sarcina n'a survenit.

*Autogrefele* sunt mai ușor de executat, însă rezultatele lasă de dorit. Greșă plasată în interiorul cavității uterine a fost abandonată, căci mai des se elimină, și niciodată n'a urmat vre-o sarcină. Greșă la nivelul cornului uterin este mai bună. *W. S. Bainbridge* (New-York) a obținut cu această metodă o sarcină la o femeie operată de anexită bilaterală și abces pelvian, survenite după un avort. Femeia a avut timp de 12 ani menstruații regulate, iar la 51 de ani survine menopauza normală.

## Implantarea ovaro-uterină.

Constă în a implanta în uter un ovar împreună cu pedicolul său vasculo-nervos. Cu toate că în acest mod condițiile de vitalitate ale ovarului sunt păstrate, s'au observat numai puține cazuri de graviditate consecutivă. Aceste insuccese țin în parte de faptul că mucoasa uterină proliferază, acoperind suprafața ovarului, care astfel e exclus din lumina uterului. În orice caz, se păstrează bolnavei secreția intrenă a ovarului și menstruația, fapte cari justifică operația.

*Technica* are 3 limpi:

*Primul timp: Prepararea ovarului.* Se izolează de trompa bolnavă, conservându-i-se pedicolul vascular și mezoul. Dacă ovarul e prea mare, se poate rezeca  $\frac{1}{3}$  sau  $\frac{1}{2}$ , făcându-se apoi o bună hemostază.

*Al doilea timp: Prepararea uterului.* Constă în rezecția cuneiformă a cornului uterin. Se leagă artera uterină la nivelul inserției ligamentului rotund.

*Al treilea timp: Implantarea propriuzisă.* Se practică ca și implantarea trompei (vezi mai sus). Vom fi atenți ca mezoul să nu fie torsionat sau comprimat; apoi se fixează ovarul de mucoasă, iar mezoul de mușchi și peritoneu. Se va completa operația peritonizând cel puțin ligamentul rotund.

Starea ovarului în cornul uterin se va controla cu lipiodol; dă o imagine neregulată, asemănătoare suprafeței sale.

În concluzie, chiar dacă rezultatele în ce privește sterilitatea nu sunt strălucite, totuși se păstrează femeii uterul, menstruația și o parte din ovar, deci echilibrul funcțional și moral, ceea ce e foarte mult. Iar cu timpul, când tehnica operatorie se va perfecționa, cu singură și rezultatele se vor ameliora.

Cele mai eficace din operațiile de mai sus sunt: *Salpingoliza, salpingo-ovaro-sindeza și implantarea tubo ovariană*, cari aplicate în cazurile ce le convine, dau un procent de 10—15% de sarcini consecutive, rămânând ca deocamdată greșele ovariene, după salpingectomie să fie mai interesante pentru menstruație și starea generală, decât pentru graviditate.

## CAP. IV.

### **Sterilitatea de origină ovariană.**

### **Sterilitatea de origină endocrină.**

### **Sterilitatea de ordin general.**

Ovarul poate condiționa sterilitatea în două eventualități diferite: ori e o vorbă de o *leziune anatomică* (un chist, o tumoră, etc.) ori de o *tulburare funcțională* a ovarului. Manifestările clinice ale acestei din urmă, uneori sunt caracteristice, alte ori aproape inexistente. Din punct de vedere biologic se traduc prin *absența ovulației*, prin *expulsia unor ovule inopte de a fi fecundate* ori prin o *ovulație înafară perioadei de fecunditate fiziologică*. Aceste tulburări pot fi cauzate de însuși ovarul atins de o afecțiune ereditară sau câștigată, (sifilis, tuberculoză, intoxicații profesionale, autointoxicații) sau pot ține de o disfuncție hormonală dintre ovar și celelalte glande endocrine.

Având în vedere aceste cauze, tratamentul va putea fi general, endocrin sau chirurgical. De cele mai multe ori însă le vom asocia și combina după caz.

### **Tratamentul general.**

Urmărește să amelioreze funcțiunea ovariană prin ameliorarea stării generale. El va fi un tratament igienico-dietetic și tonic. Vom prescrie deci după caz: cura de altitudine sau cea marină, repaus, masaj general și ginecologic; fier, iod, arsenic. Apoi cure hidrominerale și fizioterapie.

În unele cazuri speciale, cum ar fi constipația, apendicita cronică, afecțiuni hepatice, le vom trata pe acestea în mod adecvat și odată cu ele va dispărea și sterilitatea.

Acelaș lucru se poate spune despre femeile intoxi-

cate (alcoolice, tabagice, etc.) și cele ce suferă de vreo autointoxicație.

*Artritisul și obezitatea* se vor combate prin tratamentul obisnuit al acestora.

*Alimentația* joacă un rol însemnat în sterilitate; se vor da deci alimente cantitativ și calitativ suficiente, deasemenea alimente ce conțin vitamina E.

De multe ori în sterilitățile inexplicabile *sifilisul ereditar* sau câștigat joacă un rol însemnat și medicul care trebuie să fie atent la depistarea lui. Tratamentul trebuie să fie urmat de ambii soți, regulat, intensiv și prelungit.

### Tratamentul endocrin.

*Foliculina* se întrebuințează în insuficiențele ovariene precoce: pubertate tardivă, menstruații puțin abundente și rare, aplazie genitală. Aceasta insuficiență precoce de obicei e de natură hipofizară.

Pentru a putea corecta malformațiunile uterine, tratamentul trebuie să fie intensiv și prelungit. Se vor injecta 10—50.000 unități internaționale pe săptămână, timp de mai multe luni. Dacă ameliorarea întârzie peste 3 luni, e bine să întrerupem tratamentul, pentru a nu inhibi și mai mult ovarele. De multe ori, din acest moment, uterul începe să devină normal, atât ca formă, cât și ca dimensiuni. Dacă menstruația nu apare, recurgem la o terapie care să excite ovarele: extracte hipofizare și tiroidiene în doze mici, masaj ginecologic și fizioterapie.

*Luteina* este indicată în cazurile de *hipoluteinemie*. Acest diagnostic se poate face practicând o biopsie endometrială câteva zile înaintea menstruației. Insuficiența hormonală a corpului galben se traduce prin lipsa transformării pregravidice a mucoasei.

Doza de luteină necesară pentru transformarea pregravidică a endometrului ar fi cam 100 unități Clauberg. În cazuri de hipoluteinemie vom prescrie deci această doză, fracționată în cinci injecții a 20 de unități, cari se vor face în cele 5 zile ce premerg menstruația.

Altă indicație a luteinei o constituie *avorturile repetate*, datorite insuficienței secretorii a corpului galben de sarcină.

Adevărata acțiune specifică a luteinei s'ar produce însă în „*hiperplaziile funcționale ale endometrului*.” Clinic, vom găsi perioade de amenoree, alternând cu metroragii

profuze. Endocrinologic avem de a face cu o secreție exagerată de foliculină și insuficiență luteinică. Injecțiile de luteină sunt în aceste cazuri o adevărată „medicație eroică”. (Rivoire.

În loc de luteina care e scumpă putem da *prolan*, substanța luteinizată din urina femeilor gravide, sau facem o transfuzie cu sângele unei dătoare gravide sau clismă goutte-à-goutte cu 1 litru de urină de femeie gravidă pe zi.

### Tratamentul chirurgical.

Se aplică în cazurile unde tratamentul general și endocrin nu dau rezultate. Operațiile practicate sunt de 3 feluri :

1. Chirurgia conservatoare a ovarului,
2. " plastică a ovarului,
3. " trofică a ovarului.

#### 1. Chirurgia conservativă a ovarului.

Noțiunea capitală în chirurgia conservativă a ovarului este de a ști că o porțiune cât de mică din organ e suficientă pentru a asigura o funcțiune glandulară normală. Fragmentul lăsat se hipertrofiază, produce ovule și menține echilibrul endocrin. Condițiile de reușită sunt ca fragmentul ovarian să fie suficient irigat și să fie sănătos.

*Leziunile inflamatorii* ale anexelor rar interesează ovarul cu aceeași intensitate ca trompele; aproape totdeauna rămâne indemnă o porțiune din ovar, care menține înlocuiește funcțiunea întregului organ.

*Tumorile benigne*, solide sau chistice, jenează funcțiunea trompelor și ovulația, formând o cauză de sterilitate. Când sunt unilaterale, nu e nici o problemă, căci se păstrează ovarul de partea sănătoasă. Când sunt bilaterale, vom păstra un fragment din partea mai puțină afectată.

*În tumorile maligne* nu se pune chestiunea conservării, căci primează necesitatea de a vindeca bolnava printr'o intervenție radicală.

*Ovarita scleroasă chistică.* În prima fază *congestivă* nu e justițiabilă de intervenție, căci ovulația se produce și fecundația e posibilă. În a doua fază de *scleroză și dureri nevralgice*, operația e indicată, atât pentru suprimarea durerilor, cât

și pentru combaterea sterilității, rezultată din defectul de maturare și lipsa rupturii ovisacilor.

În caz de chist mic *enuclăția* ajunge. Când chistele sunt multiple, vom practica *ignipunctura*, iar dacă alterațiunile sunt întinse, recurgem la *rezecția* subtotală. În cazurile când chistele prevalează, preferăm *ignipunctura*, iar când țesutul scleros e în preponderență, facem *rezecția*. Rezultatele obținute sun foarte bune, din 28 femeii operate, 10 au devenit gravide. (Cotte).

### Chirurgia plastică a ovarului.

*Ovaroliza* se practică simultan cu *salpingoliza* și după aceleași principii.

*Ovaro-pexia* care urmează, fixează ovarul la locul său anatomic și menține strâns conexiunea ovar-trompă.

*Trauspunerea* ovarului în trompă sau uter a fost amintită la capitolul sterilităților tubare.

### Chirurgia trofică a ovarului.

Urmărește ameliorarea funcțiunii trofice a ovarului.

Grefele ovarine *homoplastice*, intraovariene, în ligamentul larg sau lângă ovar, reactivează și stimulează funcțiunea deficientă a ovarelor. E procedeul *opoteropic* cel mai bun.

Un procedeu care intervine pe aparatul neurocirculator al ovarului este *enervarea ovarului*. Se știe că sistemul simpatic inhibiază creșterea foliculilor pe când parasimpeticul o accelerează. Operația constă în a secționa nervii hilului ovarului (operația lui *Dupont*). Rezultatele sunt bune în ce privește dismenoreea; s'a obținut și o sarcină după această intervenție, făcut într'un caz de ovarită sclerochistică.

*Simpatectomia* chimică (Dople) se practică badijondând cu izofenol mezosalpingele și ovarele, mezoul ovarului fiind permeabil pentru aceasta soluție.

În rezumat, rezultatele obținute prin enervarea ovarului sunt foarte utile din punctul de vedere al tulburărilor subiective din ovarita sclerochistică, însă nu și-au dovedit încă eficacitatea în tratamentul sterilității.

## CAP. V.

### Sterilitatea masculină.

La sfârșitul expunerii cazurilor cari pot produce sterilitate feminină, trebuie să mai amintesc câteva cuvinte despre sterilitatea masculină, care uneori constituie un moment etiologic hotărâtor în sterilitatea feminină. Într'adevăr, ar fi ridicol să tratăm sterilitatea femeii, înainte de a ne fi convins de fertilitatea bărbatului. Procentul sterilității masculine variază dela 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (Devraigne și Seguy) la 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (R. Solal). Aceasta divergență ține de faptul că rezultatul examenului spermei nu e în totdeauna corespunzător realității : nu ajunge să nu găsim spermatozoizi în câmpul microscopic, pentru a susține că nu există de fapt.

Conduita în cazul unei menaj dornic de a avea copii, ar trebui să fie următoarea : dacă, după examenul riguros al femeii am găsit o îndemnă de orice afecțiune care i ar produce sterilitate, e indicat să fie examinată și fertilitatea bărbatului, înainte de a recurge la mijloace diagnostice mai grave, cum ar fi o laparotomie de ex.

## CAP. VI.

### Tratamentul profilactic al sterilității feminine.

Primul timp în profilaxia sterilității ar trebui să fie *profilaxia blenoragiei și a sifilisului*, cari stau în fruntea tuturor cauzelor sterilității, atât feminină, cât și masculină.

*Hipoplaziile uterine* trebuiesc depistate din vreme, căci astfel numai tratamentul are șanse să fie eficace. La fetițe trebuiesc supravegheate manifestările endocrine, iar la pubertate trebuie început tratamentul infantilismului genital și supravegheate tulburările menstruale și alterările stării generale.

*Certificatul prenuptial* obligator și făcut în mod conștiincios, e în măsură să remedieze multă sterilitate, chiar dacă n'ar servi decât la depistarea anomalilor și infecțiilor genitale.

*Căsătoriile consaguine* ar trebui împiedecate, căci multe rămân sterile din cauza unei incompatibilități sanguine sau sau humorale (spermattoxine ale serului cari imunizează femeia față de spermă).

La femeile căsătorite o *alimentație rațională și tratamentul riguros* al tuturor afecțiunilor ginecologice joacă un rol important.

*Lupta contra avorturilor* cu consecințele nefaste ale acestora, este un factor primordial în lupta sterilității.

*Excesele de terapeutică*, cum ar fi castrarea prin operații mutilante a femeilor tinere, fără justificare suficientă sunt de evitat, chirurgia ginecologică trebuind a fi emina-mente conservativă.



## CAP. VII.

### Contra indicațiile tratamentului sterilității.

*Contraindicațiile absolute sunt* identice cu contra indicațiile clasice ale sarcinei, deci toate cazuri le de: tuberculoză pulmonară evolutivă, cardiopatii decompensate, etc. care ar pune în pericol viața mamei, sau, în caz de indivizi tarați, ar veni în conflict cu eugenia.

*Sunt însă și contraindicații relative.* Așa ar fi vârsta; se știe că perioada de fertilitate maximă e între 20—25 ani, scade lent până la 35 de ani, apoi e în declin rapid. Totuși vârsta înaintată nu e o contraindicație absolută.

*Infecțiile genitale acute sau cronice sunt tot o contra indicație relativă, căci de multe ori aceste infecție cauzează totodată și sterilitatea.* Deci, întâi le vom vindeca pe acestea și abea pe urmă vom discuta ușurarea concepției. *Infecția gonococică*, fiind principalul agent sterilizant și prognosticul din punct de vedere al fertilității fiind și așa rezervat, ne vom abține, în timpul cât durează infecția, de orice manoperă intrauterină, pentru a nu propaga infecția.

*Tuberculoza genitală*, nu împiedecă totdeauna sarcina, dar copii cari se nasc de cele mai multe ori mor de meningită tuberculoasă, iar mama des suferă de o redeșteptare a procesului. Deci în aceste cazuri sarcina nu e de dorit.

Femeile inapte de a fi mame, uneori ajung până la psihoză din acest motiv. De aceea e bine să nu neglijăm tratamentul moral, consolându-le și păstrându-le speranța, chiar dacă nu le putem vindeca, sau când vindecarea n'ar fi de dorit.

## Conluziuni.

1. Sterilitatea feminină este foarte frecvent întâlnită în practica ginecologică.
2. Ea poate fi primitivă și secundară.
3. Cauzele sterilității sunt multiple, căci orice afecțiune a tractului genital poate să o provoace,
4. Diagnosticul cauzal trebuie să fie precoce, precis și bazat pe toate metodele de investigație clinică de care dispunem.
5. Tratamentul sterilității trebuie să fie adecvat cauzei; el poate fi preventiv și curativ.
6. Curabilitatea sterilității este în funcțiune de precocitatea diagnosticului și eficacitatea tratamentului; ea pare a fi de 60% în sterilitatea primitivă și de 80% în sterilitatea secundară.

Văzută și bună de imprimat:

Cluj, la 11 Maiu 1939.

Decanul facultății:

ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu.

Presedintele tezei:

ss. Prof. Dr. C. Grigoriu.

## Bibliografie.

- Batuaud (I)*. La Stérilité féminine. Doin, Paris 1932.
- Bayle (H)*. La stérilité masculine par lésions organiques. Bul. Méd. an. 49, No. 43, 26 oct.
- Begouin (P) — Burgeois etc. etc.* Pathologie chirurgicale, T. V. Ed. Masson Comp. Paris 1937.
- Chalier (A)*. Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine. Paris 1936.
- Devraigne et Seguy*. La fécondation artificielle. Mond. Méd. 1—15 Avril 1934, p. 583.
- Faure (I. L) — Siredey (A)*. Traité de Gynécologie medico-chirurgicale. Doin, Paris 1928.
- Forsdike*. Stérilité chez la femme : diagnostic et traitement. Londres 1928.
- Frigyasi*. Nőgyógyászat. Budapest 1938.
- Hamant (A)*. De l'emploi de tubes intra-utérins dans la stérilité féminine. Bul. de la Soc. d'Obst. et Gyn. an. 23, 1934, p. 322.
- Hirschhorn (S)*. Insufflation tubaire et salpingographie dans la stérilité tubaire. These de Paris 1934.
- Knaus (H)*. Sur la période de stérilité physiologique de la femme. München, Med. Woch. t. 76, 12 VII, 1929.
- Martin (F. H)*. Transplantation ovarienne. Amer. J. of. Obst. 1903, t. XLVIII. p. 381.
- Massebau et Guibal*. La Thérapeutique conservatrice en Gynécologie. Rapp. 8<sup>o</sup> Cong. Gyn. et Obst. Paris, Oct. 1933.
- Popoviciu (Gh) — Benetato (Gr)*. Elemente de fiziologie medicală. Vol. II. Cluj 1934.
- Renaud (M)*. Des effets de la stérilité sur l'état mental de la femme. These de Paris, 1934.
- Serdukoff (M. G)*. Transplantation de l'endomètre. Gyn. et Obst. t XXVII, No 1, Jan. 1933, p. 33.
- Sotal*. La stérilité chez la femme, à propos de 242

observations. C. R. de la Soc. franc. de Gyn. Jan. 1933.  
p. 26.

Stern (W). Diagnostic chirurgical 1937. Paris.

Testut. Traité d'anatomie descriptive. (Vol. V) Paris 1931.

Ulrich. Le chimisme du vagin et sa signification physiologique. Rapp. 1<sup>er</sup> Congr. Soc. fr. de Gyn. Paris, Oct. 1931.

