



Motoc S. Virgil

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I CLUJ-SIBIU
FACULTATEA DE MEDICINA

9159

No. 1754

CONSIDERATIUNI

ASUPRA

TRATAMENTULUI APLAZIEI VAGINALE

(PROCEDEUL SCUBERT - GRIGORIU)

T E Z A

4 MAY 2005

pentru

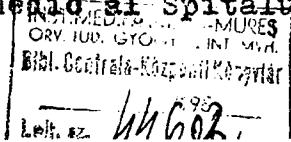
DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de.....1940.

de

Virgil S. Motoc

medic al Spitalului de stat Turda.



Decan : Prof.Dr.Victor Papilian

Profesori:

Clinica Stomatologică.....	DI.Prof.Dr.Aleman I.
Bacteriologia	3 " Dr.Baroni V.
Farmacologia și Farmacognozia.....	" Sup. Dr.Baroni V.
Fiziologia umană	" Prof.Dr.Benetato G.
Istoria Medicinii	" " Dr.Bologa V.
Patologia Generală și Experimentală...	" " Dr.Botez A.M.
Clinica Oto-Rino-Laringologică.....	" " Dr.Buzoianu G.
Istologia și embriologia umană.....	" " Dr.Drăgoiu I.
Semiologie Medicală	" " Dr. Goia I.
Clinica Ginecologică și Obstetricală.....	" " Dr.Grigoriu C.
Clinica Medicală	" " Dr. Hațiegană I.
Medicina Legală	" " Dr. Kernbach M.
Chimia Biologică	" " Dr. Manta I.
Clinica Oftalmologică	" " Dr. Michail D.
Clinica Neurologică	" " Dr. Minea I.
Igiena și Igiena Socială	" " Dr. Moldovan I.
Radiologia Medicală	" " Dr. Negru D.
Anatomia Descriptivă și Topografică...	" " Dr. Papilian V.
Clinica Chirurgicală	" " Dr. Pop A.
Medicina Operatorie	" " Dr. Pop Al.
Clinica Infantilă	" " Dr. Popovici G.
Balneologie	" " Dr. Sturza M.
Clinica Dermato-Venerică.....	" " Dr.Tătaru C.
Clinica Urologică	" " Dr. Teposu E.
Clinica Psihiatrică.....	" " Dr. Urechia C.

Anatomia Patologică	Dr.Prof.Titu Vasiliu
Biologia Generală.....	" " Racoviță E.
Chimia Medicală.....	" " Secăreanu S
Igiena Generală.....	" " Zolog M.
Fizică Medicală	" Conf,Bărbulescu N.

JURIUL DE PROMOTIE:

P r e s e d i n t e : Dl.Prof. Dr. Grigoriu C.

Dl. Prof.Dr.Bologa V.

Dr.Benetato G.

M e m b r i i : " " Dr.Popoviciu G.

Dr.Pop Al.

Supleant : Conf.Dr.Traian Popoviciu.



I. EMBRIOLOGIE.

Până la mijlocul lunii a 3-a a vieții intrauterine, nu există o diferențiere a sexului. până la această vârstă organele genitale interne sunt reprezentate de fiecare parte a liniei mediane, prin glanda genitală.

Această glandă este situată la partea anterioară a corpului lui Wolff și prin canalul lui Wolff și a lui Müller. Aceste două canale se deschid în cloacă, care nu este altceva decât cavitatea comună de unde se dezvoltă alantoida /vezica urinară/ și rectul. Canalele lui Wolff se deschid în cloacă fiecare separat prin câte un orificiu. Cele două canale ale lui Müller, fuzionează : în partea lor inferioară deschizându-se printr'un orificiu median.

Canalele lui Wolff și ale lui Müller au un rol capital în formarea organelor sexuale. Primile dau naștere la organele genitale bărbătești (canalul deferent, epididim, veziculele seminale) iar din canalele lui Müller ia naștere organele sexuale feminine. Pe la jumătatea lunii a treia a vieții embrionare unul sau altul din aceste canale se atrofiază după cum se dezvoltă sexul respectiv.

Cu începerea diferențierii sexului la femeie, canalul lui Wolff se atrofiază complet, afară de extremitatea lui superioară și inferioară : prima persistând ca și canalul orizontal al corpului lui Rosenmüller situat în grosimea mezosalpingelui, iar a doua dă naștere la

canalele lui Gärtner situat în grösimea peretelui vaginal.

Canalele lui Müller se dezvoltă treptat. Partea lor superioară dă naștere trompelor, iar partea lor funcționată dă naștere uterului și vaginului.

Organele genitale externe până la jumătatea lunii a treia sunt reprezentate prin mugurul genital așezat pe linia mediană. Pe fața inferioară a mugurului se află șanțul genital, care este orificiul inferior al sinusului uro-genital.

Acest șanț e mărginit de două plice, numite plicele genitale. Mugurele genital va forma clitorisul, iar plicele genitale buzele mici.

Cloaca printr'un perete transversal se desparte într'o cavitate anterioară numită sinusul uro-genital și una posterioară care formează rectul, la rândul lui și sinusul uro-genital este despărțit printr'un perete în două cavități care va forma urtera și vaginul. Orificiile lor se formează prin resorbția membranei cloacane.

In rezumat: vaginul ia naștere în extremitatea lui superioară din partea terminală a canalelor lui Müller, iar în partea inferioară din sinusul uro-genital.

II. A N A T O M I E .

Vaginul este un canal musculos de 7-10 cm. lungime, aproape vertical și numai foarte ușor concav, turtit fiind dinainte înapoi. Lumenul vaginului la femeia în poziție culcată este aproape virtual. La nivelul orificiului, vaginul, este mai strâmtat din cauza

ridicătorii anali. Mai sus se dilată inserându-se pe porțiunea vaginală a uterului, formând fornixul vaginal (funduri de saci vaginali).

Fundul de sac posterior este mai mare din cauză că peretele posterior este mai lung și se inseră mai sus pe porțiunea vaginală .

III. I S T O L O G I E.

Mucoasa vaginală la noii născuți are un singur strat epitelial. În pubertate însă, ea devine stratificată și seamănă cu epiteliul pielii. Este lipsită de glande, având numai foliculi limfatici și papile epiteliale. Ea este bogată în fibre elastice formând niște plițe transversale pe peretele anterior și posterior.

M u s c u l t a t u r a este formată dintr'un strat extern cu fibre longitudinale și unul intern cu fibre înșiere.

V a s c u l a r i z a ț i a. Vaginul și organele genitale externe sunt vascularizate de artera hemeroidală mediană și artera rușinoasă internă. Arterele sunt însoțite de plexuri venoase. În jurul vaginului se află plexul vaginal.

IV. MALFORMATIUNILE CONGENITALE ALE VAGINULUI.

Malformațiunile ~~genitale~~ congenitale ale vaginului sunt în număr de 3.

1. Aplazia vaginului.
2. Atrezia vaginului.
3. Vagina septa.

Aplazia vaginală poate fi a) totală, b) tipică sau completă când nu există nici urmă de vagin .

A t r e z i a se întâlnește atunci când partea interioară a vaginului, care se dezvoltă din sinusul urogenital, nu s'a format. În acest caz există restul superior al vaginului cu restul inferior al organelor genitale, dar nu este deschis la exterior.

V a g i n a s e p t a este dată de tulburări în dezvoltarea embriologică, la nivelul implantării porțiunii superioare a canalelor lui Müller în sinusul uro-genital.

Există un sept care împarte vaginul în două. Acest sept pleacă de la col. la orificiul vulvar.

Fermele (a) orizontală, b) verticală, c) longitudinală, d) totală. Mai există apoi forma parțială care interesează fie partea inferioară, fie partea superioară.

Vom insista mai mult asupra plagiei vaginale care constituie subiectul propriu zis al acestei lucrări.

Există două grade în absența congenitală a vaginului.

a). Câte odată vaginul este absent. În locul lui găsindu-se numai o suprafață cutanată netedă și regulată, fără nici-o depresiune. Aceasta se întinde de la orificiul uretral la perineu.

b). Altă dată constatăm sub uretră un infundibul mai mult sau mai puțin profund cu o dimensiune de mai mulți cm. Acesta reprezintă un rest de sinus urogenital: un canal vestibular alungit, la cari tentativele repetate de coit, îi pot da un calibru apreciabil.

Absența vaginului poate da accidente. Aceste accidente sunt mai pronunțate în cazul când uterul și

și ovarele sunt normale, ceea ce este excepțional. Accidente se mai pot întâlni în momentul când se instaurază funcția menstruală.

În general, în astfel de cazuri, uterul și ovarul sunt absente sau rudimentare cari din punct de vedere funcțional sunt inutile. Pentru a ne da seama precis de existența acestor două organe, nu avem decât a face un tușeu rectal, combinat cu explorația vezicală, prin o aducere a degetului în vezică, după dilatarea posibilă a uretrei .

În aceste cazuri indicație operatorie nu oferă caracter de necesitate. Ea rămâne subordonată la condițiile individuale.

Marea majoritate a femeilor, însă aceasta situația anormală crează o stare psihică, care le face să accepte imediat riscul unei grave intervenții, pentru a câștiga o viață sexuală normală.

V. S I M P T O M A T O L O G I A .

În aplazia totală coexistând cu absența sau dezvoltarea rudimentară a organelor genitale interne, complicațiile pot surveni numai cu ocazia primelor raporturi conjugale. În aplazia incompletă dacă organele interne sunt normale și complet dezvoltate, complicațiile survin la pubertate deodată cu apariția menstruației. Sângele menstrual stagnând în vagin, uter, trompe, se formează hemato-corpor, hemato-metrie, hemato-salpinge hemato-peritoneu.

T R A T A M E N T

Crearea unui vagin artificial este o problemă tehnică interesantă, care în ultimii ani a dat naștere la numeroase procedee operatorii.

I. Oprimă operația care s'a încercat a fost o incizie transversală perineală pre-anală, care grație țesutului vezico-rectal lax s'a putut crea un traect vaginal nou, destul de profund pentru a admite contactul sexual. Însă permanentizarea acestei cavități nu s'a putut obține, căci mugurii de granulație închid progresiv cavitatea.

II. AUTOPLASTILE PRIN LAMBOURI CUTANATE.

Au fost găsite ca o soluție simplă și care constă în a tapeta acest neovaggin printr'un acoperiș cutanat sau simpla epidermic.

La primele intervenții s'a recurs la autoplastii imprumutate de la piele sau de la mucoasele vecine (fața internă a coapsei, vulvă, buze mari, buze mici).

Astfel s'au creat vestibule vaginale, cari puteau da iluzia unui vagin. Dar partea superioară a traectului nu poate fi tapetată, iar pe de altă parte între lambouri rămân suprafețe de granulație care micșorează progresiv hîmenul.

În astfel de cazuri, autorii cari au imaginat acest procedeu Pozzi recomandă a se aplica un mulaj format în sticlă, care rămâne în această cavitate până la completa vindecare.

III. AUTOPLASTII PRIN GREFE DERMO-EPIDERMICE.

Au fost aplicate de preferință de către Forgue și Massaban prin grefe dermo epidermice după Tiersch.

În acest procedeu după aplicarea grefelor, se introduce un mularj care să ține grefele intim aplicate pe peretele noului vagin. Ulterior trebuie să se facă dilatări cu hegare voluminoase fixate adeneure timp de câteva ore.

Acest procedeu este superior autoplastiei și este recomandat de către autori ca inofensiv și fiind suficient din punct de vedere funcțional.

IV. VAGINO-PLASTII PRIN TRANSPLANTATII INTESTINALE.

În acest procedeu reușim de a asigura un vagin artificial de o profunzime și calibru stabil.

Transplatând în tunelul vaginal, creiat prin clivajul vezico-rectal un segment din intestin, deci dublând cu o mucoasă traectul perineal neoformat, sunct principiile procedeuului de mai sus!

În mod curent se fac două metode:

a) Metoda lui Baldwin-Mori, care întrebunțează o ansă intestinală subțire și:

b) Metoda Grigoriu-Schubert care utilizează porțiunea terminală a rectului.

a). Operația lui Baldwin-Mori, are următoarea tehnică:

Un prim timp perineal, care constă într'o incizie transversală, ce se face între uretră și furculiță.

Clăyajul recto-vezical se întinde până la fundul de sac peritoneal. Se pune în plagă o compresă, trecând apoi la al doilea timp abdominal. Bolnava în poziția Trendelenburg, o laparotimizăm, explorăm bazinul, căutăm organele genitale interne, cari de cele mai multe ori sînt hipoplaziate și inconservabile făcând adesea o castrați ~~totală~~ totală, alegem porțiunea din intestin care descinde mai ușor în Douglas și de cele mai multe ori este porțiunea terminală a ilionului la 30650 cm. de cec.

Între două pense excludem și secționăm un segment din intestin pe o lungime de aproximativ 30 cm. Se închide la cele două extremități printr'un dublu surget se face o anastomoză latero-lateral între cele două extremități ale intestinului se verifică mobilizarea ansei izolate încât se poate descinde în Douglas fără tracțiune puternică. În acest moment ajutorul împinge compresa în tunelul de avivare recto-vezical, iar pe relieful ~~pe~~ dinaintea rectului incizăm peritoneul.

Dacă se face operația lui Baldwin se trece un fir prin mezenter și la partea mijlocie a ansei iar firul cu ajutorul unei pense se trece prin tunelul perineal.

În operația lui Mori, ansa nu se fixează prin mijlocul ei ci prin extremitatea sa proximală pe care o descinde în perineu. Inciderea cavității abdominale se face în trei planuri.

Dacă se aplică procedeu Baldwin, ansa ~~există~~ pleiată în două, vine de umple infundibulul vaginal. Vârful cudurii fiind la vulvă, în acest punct se deschide peretele intestinal și se suturează în jurul orificiului vulvar.

În procedeu Mori, se deschide ansa intestinală la extremitatea descendentă și se fixează de jur împrejur clivajului perineal.

PROCEDUL SCHUBERT.

Acest procedeu este important prin faptul că se face extra peritoneal.

Se excizează complet hymenul dar nu se pătrunde mai departe, deci nu se creează tunelul vaginal.

Se incizează circumscris anusul, se dilată sfincterul, se disecă rectul pe o înălțime de 3 cm. și se introduce în rect o pensă cu o meșă. Bolnava stă în decubit lateral drept. La 5 cm. de anus și pe o înălțime de 10 cm. se secționează median. Se excizează coccișul se deschide fșea pelviană longitudinal, se scoate pensa introduă în rect și plagă și se izolează. Se eliberează rectul pe toată întinderea lui. La 12 cm de anus se secționează rectul, capătul anal se suturează în burdă și se fixează cu două fire de ligamentul sacro sciatic. Prin perforație digitală se face o comunicare între plaga hymenală și cea coccigiană. Pe aici se trage în vulvă capătul anal al rectului, iar capătul

distal colic, se scobează prin sfincterul anal. Acesta se
il secționăm și-l fixăm de piele cu câteva fire.
Se închide și se dresează plaga coccigiană, se sutu-
rează avândându-se împrejurul vulvei capătul anal și
rectului.

PROCEDUL GRIGORIU.

Este procedeul care se utilizează în Clinica
Ginecologică și Obstetricală de sub conducerea Dlui
Profesor G. Grigoriu și care au dat rezultatele cele
mai favorabile și cele mai concrete.

Acest procedeu operator constă de asemenea în
doi timpi:

1). În primul timp se crează cavitatea neovagi
prin debridarea sexului recto-vaginal. La 2 cm. de
anus se deschide rectul. Se face o butonieră ovală
care permite intrarea celor două degete. Se suturează
prin fire întrerupte jur împrejur mucoasa rectală
cu cea vaginală și se introduce aici un tub de cauciuc
învelit în meșă;

2). Al doilea timp.

Bolnava stă în decubit lateral stâng. Se face o
incizie convexă care pornește de la mijlocul simfizei
sacro-iliace stângi spre dreapta depășind osul sacru
lungă de 15 cm. Se resecă osul coccis și două verte-
bre sacrate. Se incizează fașa pelviană și se deco-
lează jur împrejur rectul pe o distanță de 5 cm. Se
secționează rectul la 12 cm. de anus.

Se suturează în două straturi capătul distal al porțiunii rezecate. Astfel s'a format neovaginul. După aceasta se ~~imobilizează~~ mobilizează rectul iar porțiunea lui ovală va fi implantată și susurată la nivelul anusului.



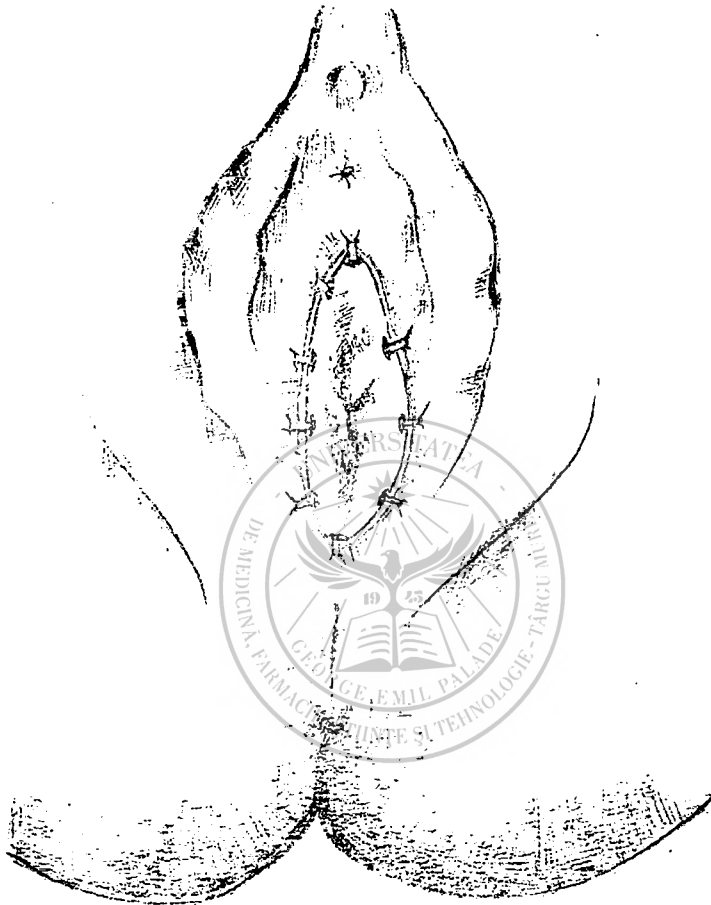


Fig.1.- Fistula vagino-rectală în procedeul lui Grigoriu, pentru a servi de introit vaginal.
(după Popoviciu)

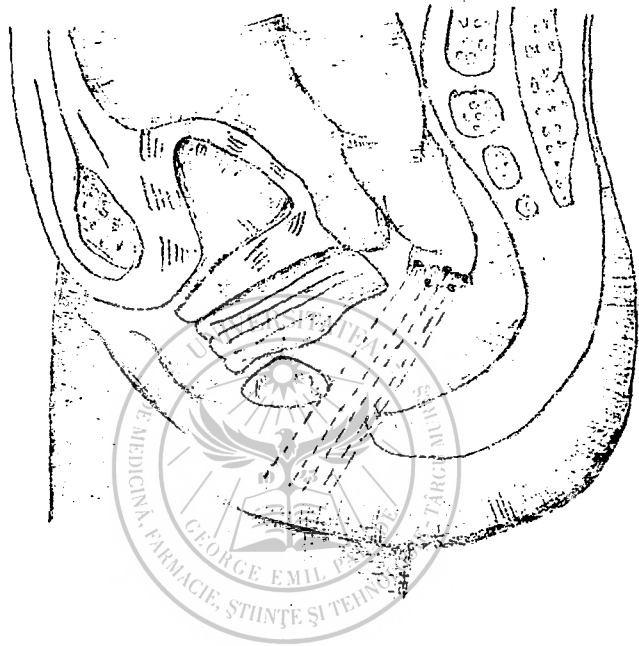


Fig.2.- Vaginaul neo-format din rect după modificarea lui Grigoriu. (după Popoviciu).

Concluziuni:

1. Aplazia vaginală este o afecțiune congenitală rară; este compatibilă cu viața.

2. Embriologic aplazia vaginală se datorește lipsei de dezvoltare a părții terminale a canalului lui Müller și a sinusului uro-genital.

3. Complicațiile apar la vârsta pubertății dând hematometrie prin retenția sângelui menstrual. În acest caz necesită intervenție chirurgicală de urgență, organele genitale interne fiind normal dezvoltate.

4. Când organele genitale interne sunt slab dezvoltate aplazia vaginală, nu necesită intervenție, decât pentru a face posibil actul sexual.

5. Intervențiile chirurgicale sunt : a) formarea unei cavități între rect și vezică, b) auto-plastiile prin lambouri cutanate ; c) auto-plastii prin grefe dermo-epidermice ; d) vagino-plastii prin transplantării intestinale.

6) La vagino-plastii prin transplantării intestinale avem următoarele procedee: a) metoda Balwin-Mori și b) metoda Schubert-Grigoriu.

7. Metoda Scubet-Grigoriu dă rezultatele cele mai bune aplicându-se extra-peritoneal.

8. Complicațiile post-operatorii sunt rare.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății :

Prof. Dr. V. Papilian

Președintele Tezei:
Prof. Dr. C. Grigoriu.

B i b l i o g r a f i e.

1. Baldwin :Vagin artificiel a laide d'une
transplantation intestinal.The Journ.
of the Med.Assoc.1910.T.LLV.
- 2.Mori : Creation d'un vagin artificiel au mo-
yen d'un anse intestinale exclue.Centr.
für gyn.1909 Bd.XXIII p.172.
- 3.Popoviciu Tr.:Elemente de ginecologie.Cluj
1939.
- 4.Fozzi : De la creation d'un cavité vaginal
par la metode autoplastique dans le
cas de absence congenitale.Rev.de Gyn.
1911.p.97.
5. Retterer & Developement de l'uretre du vagin
et du l'himen.Rev.de Gynec.1907 p387