

Clinica obstetricală și ginecologică a I.M.F. Tg.-Mureș.
Conducător: Prof. Lőrincz Ernő András, doctor în științele medicale.

CALEA VAGINALĂ ÎN OPERAȚIILE GINECOLOGICE

Dr. Lőrincz E. A.

Abordăm problema căii vaginale ca procedeu operator din mai multe motive. Mă simt îndreptățit a lua o poziție în aceasta problemă — în primul rând — pentru că în ultimii zece ani, în clinica condusă de mine am executat peste 700 de extirpări uterine pe cale vaginală. Ridicarea acestei probleme este motivată și prin faptul că în țara noastră acest procedeu este practicat într-un cerc foarte restrâns, cu toate că — și acesta este un al doilea motiv pentru care am scris articolul — în literatura mai nouă de specialitate au apărut mai multe publicații în legătură cu această chestiune. (*Roads și Paul 1947, Burg 1947, Berenkey 1948, Ruzicska 1950, Schilling 1953, Fekete 1955, S. Vuia 1955*). Acestea dovedesc că în zilele noastre o parte a ginecologilor se interesează de problema căii vaginale. În general, se poate constata că a sosit timpul aprecierii critice a diferitelor metode operatorii, evident datorită faptului că în ultimele două decenii riscul intervențiilor chirurgicale mai mari a scăzut în mod simțitor în urma perfecționării tratamentului pre- și postoperator și a folosirii antibioticelor. În condițiile acestea la prima vedere precumpanesc acele procedee care datorită lipsei factorilor amintiți prezentau o dificultate mai mare. În ginecologie, laparatomia din punct de vedere tehnic al comodității și al liniștii operatorului s-a bucurat de o popularitate mai mare, mai ales în rândul ginecologilor începători, decât intervenția pe cale vaginală, care din punct de vedere tehnic e mult mai grea. Când în zilele noastre ginecologii discută tehnica și eficiența căii vaginale, ei caută să stabilească dacă intervențiile pe cale vaginală au avantaje pentru care această modalitate merită nu numai să fie însușită, ci să fie și propagată.

Operațiile pe cale vaginală au constituit mai mult de o jumătate de veac în repetate rânduri subiectul congreselor ginecologilor, devenind încetul cu încetul o problemă în care nici pînă în prezent nu a fost adusă o soluție liniștitoare. Cauza acesteia rezidă în faptul că de cele mai multe ori nu a fost pusă în mod just. Nu este vorba să se opereze pe cale abdominală sau vaginală ci să se aplice amîndouă metodele de la caz la caz. Cu alte cuvinte nu e corectă atitudinea ginecologului care este de părere că puțin rezolva un caz prin laparatomie, e de prisos să-și însușească tehnica intervențiilor pe cale vaginală. Adversarii căii vaginale s-au recrutat dintre acei ginecologi care nu și-au însușit tehnica operațiilor pe cale vaginală. Cîtam

în acest loc pe *Faure* care la un congres al ginecologilor francezi, în anul 1930, a declarat că discuția care s-a purtat un deceniu în jurul histerectomiei vaginale nu a fost dusă de cei care operează pe cale abdominală sau vaginală, ci de aceia care știu și care nu știu să opereze pe cale vaginală. *Faure* a răspuns cu un nu categoric la întrebarea referitoare la abordarea căii vaginale. Negativismul față de calea vaginală nu izvoarește din convingerea că laparotomia e mai avantajoasă pentru bolnavă. Atitudinea rezervată poate fi explicată printr-o impresie nefavorabilă în legătură cu intervenția, prin teama de leziunea vezicii, a ureterelor, de hemoragiile postoperatorii, ca cele mai caracteristice complicații ale operațiilor pe cale vaginală.

Calea vaginală are anumite avantaje indiscutabile de care laparotomia nu se bucură, dintre acestea amintim: lipsa șocului, bolnava știe că scapă de boala sa fără deschiderea abdomenului, lipsesc supurațiile peretelui abdominal, cicatricile și herniile postoperatorii. La femeile obeze, în caz de cord epuizat sau patologic calea vaginală depășește laparotomia. Lipsește atonia intestinului, funcția sa restabilindu-se în mod spontan. Complicațiile pulmonare sînt rare, bolnavele părăsesc devreme spitalul. Pentru aceste avantaje merită să acceptăm greutățile căii vaginale. Trebuie însă să atragem atenția asupra faptului că posibilitatea aplicării operației vaginale este limitată și rezultatele favorabile depind în bună parte de selectarea cazurilor.

Calea vaginală nu vrea să fie un concurent al laparotomiilor, ci o modalitate pentru îmbunătățirea rezultatelor și mărirea siguranței activității noastre operatorii. Trebuie sa renunțăm la expunerea detaliilor tehnice ale operației, rezumîndu-ne la cîteva constatari principiale.

Tehnica operației pe cale vaginală se deosebește fundamental de cea a laparotomiei. Vorbind despre operația pe cale vaginală nu ne gîndim la intervențiile plastice, ci la deschiderea cavității abdominale în punctul sau cel mai decliv. Este foarte important să se lucreze într-un strat corect, fapt ce poate dirija într-o direcție favorabilă sau nefavorabilă mersul operației. Noi infiltrăm cu predilecție cîmpul operator cu o soluție de ser fiziologic cu adaos de adrenalină, procedeu folosit în mod curent de *Stoekel* la histerectomiile vaginale lărgite, producînd o anemizare a țesuturilor și ușurînd găsirea stratului corect. Pentru decolarea vezicii e nevoie de secționarea țesuturilor vezicocervicale. Noi deschidem mai întîi fundul de sac al lui Douglas, fixînd peritoneul de peretele vaginal, evitînd în felul acesta hemoragia peretelui vaginai și menajînd țesuturile perirectale, fapt important în prevenirea exudatelor. E cert că condițiile de accesibilitate nu sînt atît de favorabile ca în cazul laparotomiilor, dar nu putem accepta obiecția, că pe cale vaginală nu s-ar putea realiza o vizibilitate suficientă, căci ea depinde foarte mult de operator, de instrumentarul utilizat și de asistență. Nu e permis să se execute operații vaginale cu asistenți începători care nu au exercițiul potrivit în minuirea ușoară a instrumentelor vaginale. În caz contrar survin numai inconveniente. Rezultatul depinde și de anestezie. Rezultatele noastre cele mai bune le-am obținut cu ajutorul rachianesteziei, după o pregătire corespunzătoare este potrivită și narcoza intravenoasă. Histerectomia simplă poate fi executată și în anestezie locală. Să nu ne abținem de perineotomia după Schachard, dacă situația o

cere. Prin ea câștigăm timp și menajăm țesuturile. Este de prisos să accentuăm importanța instrumentarului bogat și potrivit. Nu este permis a executa operații pe cale vaginală cu instrumente defecte. Ne ajută foarte mult și un al treilea asistent. Operatorul trebuie să cunoască și situația anatomică: starea uterului și a anexelor, mobilitatea uterului, așezarea focarelor tumorale, etc. Ținând seama de acestea nu va trebui să recurgem la o laparotomie în timpul intervenției. Cunoașterea prealabilă a condițiilor preoperatorii ne fereste de greșeli mai mari și ne oferă certitudinea că eventualele dificultăți vor putea fi învinse. Planul operator poate fi modificat după necesitate în cursul intervenției. Această condiție este valabilă și pentru laparotomie, dar în măsură mai redusă ca la operațiile pe cale vaginală executate în condiții de accesibilitate redusă, la care — mai ales în caz de focare miomatoase mai mari și multiple — vom opera după un plan individual și cu o metodă dictată de împrejurări. Respectării acestor principii se datorește faptul că dintre câteva sute de histerectomii pe cale vaginală a trebuit să trecem la laparotomie numai într-un singur caz.

Trebuie atrasă atenția și asupra unui alt avantaj al histerectomiei pe cale vaginală și anume, histerectomia vaginală nu trebuie terminată cu orice preț, căci pe vasele secționate se pot lăsa mai multe pense, care vor fi scoase pe rând după 48 de ore. Dar respectând regulile enumerate nu vom fi nevoiți să recurgem la această modalitate. Menționez, că în seria noastră nu a survenit nici o intervenție neterminată. Importanța hemostazei minuțioasă e primordială. Trebuie accentuată separat și importanța fixării și așezării extraperitoneale a bonturilor. Uneori se recomandă drenajul intraperitoneal sau subperitoneal, eventual subvezical cu o meșă subțire dacă am conservat uterul.

În cele ce urmează vom trece în revistă rezultatele operatorii conform afecțiunilor pentru care am intervenit pe cale vaginală.

Fibromiomul constituie afecțiunea cea mai frecventă, aproape jumătate din cazurile histerectomiilor vaginale. Acest număr mare se datorește faptului că aplicăm principiul de a opera fibromiomul — dacă e posibil — pe cale vaginală. Din acest motiv în seria fibromioamelor a fost și un număr considerabil de cazuri grele. Mărimea tumorii, chiar așezarea focarelor nu ne-a abătut de la alegerea căii vaginale.

Hotărârea noastră în favoarea căii vaginale a fost influențată în măsură deosebită de mai multe împrejurări: vârsta înaintată a bolnavelor, starea generală ca expresie a potrivirii pentru intervenție, opinia internistului care a considerat necesară pregătirea cordului, teama bolnavei de laparotomie, etc. Dacă uterul a fost mobil și vaginul a fost dilatabil am intervenit și la nulipare. În această serie am executat histerectomii vaginale. În anii din urmă am început să executăm și operații vaginale conservatoare pentru fibromioame, enuclearea unor focare cu păstrarea uterului, sau amputația acestuia. Până acum am fost de părere că la femeile tinere fibromioamele, dacă intervenția nu poate fi evitată, să se opereze mai mult pe cale abdominală. Mai nou facem intervenții conservative și pe cale vaginală. În caz de amputație înaltă, suprafața amputată va fi așezată împreună cu bontul anexial înaintea plăgii vaginale. Aș dori să fac o dare de seamă asupra operațiilor vaginale conservatoare pe baza unui material

mai bogat. Așadar intervențiile noastre pe cale vaginală în cazurile de fibromiom au fost radicale, adică au însemnat îndepărtarea uterului în raport cu vârsta bolnavelor. Din cele 700 de cazuri de fibromiom au fost operate pe cale vaginală aproape 300 de bolnave. Nu ne-a speriat mărimea și numărul sau așezarea focarelor, ci mai mult starea anexelor și a spațiilor periuterine. Alegând cu grijă cazurile — deși unele au fost grele — au putut fi totuși rezolvate toate pe cale vaginală. În caz de tumori de mărimea unui pumn sau mai mari am făcut hemisecția uterului pe peretele anterior după decolarea vezicii și deschiderea plicii. Dacă plica vezico-vaginală a fost decolată prea în sus, nu pierdem timpul cu căutarea ei, ea se va deschide în cursul hemisecției, focarele găsite vor fi enucleate imediat sau hemisectionate. După îndepărtarea focarelor mai mari uterul poate fi luxat în vagin. Sînt grele acele cazuri, în care focarul sau focarele sînt așezate lateral sau între foițele ligamentului larg. În aceste cazuri se recomandă deschiderea Douglasului, secționarea largă a ligamentelor sacro-uterine, facilitînd astfel mobilitatea uterului. În aceste cazuri nu vom aplica procedeul tip, ci vom acționa conform situației momentane. Focarul lateral se va aborda de jos și după prepararea pedicolului utero-ovarian, îl vom secționa și vom pătrunde între foițele ligamentului larg. Cu virful foarfecii Couper sau cu degetul vom luxa focarul trăgînd de el cu ajutorul unui Museux. Focarul astfel luxat va antrena și corpul uterin. Se recomandă amputarea colului uterin pentru a cîștiga spațiu și a ușura luxarea uterului. Personal, sînt de parere să operăm după deschiderea plicii vezico-uterine. Pătrunderea prin Douglas e recomandabilă în cazul prezenței unui focar solitar și nu prea mare în Douglas. În cazul unor focare mai mari vom proceda la fragmentarea lor revenind din nou la abordarea anterioară. Fragmentarea sub controlul degetului poate fi continuată și pe peretele posterior. Dacă anexele aderente sau cu o inflamație cronică împiedecă luxarea uterului, pătrundem cu degetul deasupra fundului uterin și mergînd lateral liberăm anexele. Ruperea unui piosalpinx sau a unui abces ovarian nu produce complicații, cavitatea peritoneală fiind izolată.

Am pierdut o bolnavă din această categorie în ziua a 5-a după operație din cauza unei insuficiențe circulatorii. În 12 cazuri am găsit focare submucoase infectate, voluminoase, mai multe bolnave dintre acestea au fost internate într-o stare cașectică, anemică. Toate cazurile au fost rezolvate pe cale vaginală, cu vindecare fără complicații.

Metropatia hemoragică: Afecțiunea aceasta o prezentau bolnave în jurul a 50 ani la care metroragiile recidivante au putut fi influențate numai temporar prin chiuretaje, tratamente medicamentoase și hormonale.

În tratamentul acestora se poate aplica și castrația radiologică. Simptom rezervat față de această conduită și o aplicăm în cazurile cînd internistul consideră histerectomia vaginală ca riscantă. După părerea noastră combaterea hemoragiei prin îndepărtarea ovarelor intacte atît de important pentru asigurarea funcțiilor neuro-vegetative ale organismului și păstrarea organului bolnav e o soluție nerațională. Executînd o histerectomie vaginală vom proceda invers: eliminăm organul bolnav și păstrăm ovarele sau cel puțin unul dintre ele.

Din cele 165 de bolnave din această categorie, 112 au avut între 41-50 ani, 32 peste 50 ani, 21 în jurul a 40 ani. La 145 de bolnave erau prezente

și alte alterațiuni, în 69 de cazuri histerectomia vaginală a fost urmată de *scoloper corafie*. În 130 de cazuri au fost păstrate ambele anexe. Într-un caz uterul a fost prins într-o ligatură, rezolvându-se prin desfacerea suturii.

Cancerul uterin: În tratamentul acestuia dezvoltarea actinoterapiei creează drumuri noi, iar substanțele radioactive artificiale deschid largi perspective în rezolvarea lor. Noi operăm și cazurile de cancer de col în stadiul I. Unii consideră că e suficientă o simplă histerectomie pentru aceste cazuri. La început majoritatea cancerelor incipiente le-am operat pe cale vaginală, făcând histerectomii simple concomitent cu îndepărtarea anexelor. Dar cu ocazia intervențiilor am constatat adeseori că la unele procese etichetate ca stadii I. parametrele erau înfiltrate. Infiltrația aceasta poate fi de natură inflamatorie, totuși fiind vorba de cancer operatorul va fi tentat să extirpeze cât mai multe din parametre.

Pentru cel care și-a însușit operația lui Schanta, operația lui Wertheim își pierde importanța datorită faptului că bolnavele din stadiul I. pot fi operate pe cale vaginală fiind de prisos expunerea lor traumatismului incomparabil mai mare al laparatomiei. Ginecologii tineri trebuie să-și însușească vreuna din metodele radicale de operație ale cancerului de col. acest lucru are o importanță atât didactică cât și educativă. În baza rezultatelor imediate și tardive eu sint adeptul căii vaginale. Am pierdut 2 bolnave: una prin embolie, una prin ileus. Un cancer de col s-a complicat cu sarcina.

Cancerul corpului uterin îl operăm din principiu pe cale vaginală. Fiind vorba de bolnavă în vîrstă, intervenția e simplă: uterul e mic, anelele sînt libere. Dacă anturajul uterului prezintă vreo alterație tot nu renunțăm la calea vaginală. Chiar dacă vaginul e strîmt după decolarea lui putem pătrunde cu ușurință, făcînd la nevoie o perineostomie. Anexele trebuie să fie îndepărtate. Din cele 62 de bolnave cu cancer de corp 14 au avut peste 60 de ani, au fost 5 nulipare, 3 au avut o laparatomie prealabilă. La o bolnavă din această grupă s-a produs o leziune a vezicii, urmată de o fistulă care a fost închisă cu succes la 4 luni după intervenție.

Prolapsul total al uterului a constituit un motiv de histerectomie, dacă a existat vreo indicație sau dacă au fost împrejurări care nu au permis păstrarea uterului, dacă am obținut prin raclaj o cantitate abundentă de endometru la o bolnavă în vîrstă, dacă uterul e fibromatos, dacă în anturajul uterului există afecțiuni tumorale sau rezidii inflamatorii.

Eroziunea porțiunii vaginale, ulcerajiile colului nu constituie un motiv de extirpare a uterului, fiindcă procedeul folosit de noi pentru operația prolapsului înglobează și amputația porțiunii. Cu ocazia extirpării uterului prolabat trebuie să avem grijă de fixarea vezicii. Aceasta se poate realiza în mai multe feluri cu ajutorul bonturilor anexiale, a ligamentelor rotunde sau sacro uterine.

E deajuns sutura pe linia mediană a pediculului utero-ovarian, în timp ce sutura trece și prin marginea plicii vezico-uterine și peretele anterior al vezicii îl vom fixa cu un fir separat de ligamentele satureate. Ne stau la dispoziție mai multe modalități, e bine să le cunoaștem pentru a putea alege pe cea mai potrivită, operatorul va găsi el însuși soluția cea mai bună pentru prevenirea recidivelor, respectiv a prolapsului ulterior al vezicii și al peretelui vaginal. Numărul operațiilor noastre pentru prolaps trece peste 200, din care uterul a fost extirpat numai în 18 cazuri.

Mai de mult afecțiunile anexiale formau rar o indicație operatorie primară, mai nou însă am încercat și extirparea pe cale vaginală a chisturilor ovariene mobile păstrînd uterul. În cazul tumorilor anexiale luăm în considerație calea vaginală extirpîndu-se și uterul.

În materialul nostru endometriaza a survenit în 8 cazuri. Fiînd vorba de endometriază internă nu am luat în considerație cazurile descoperite prin examenul histologic ulterior. Vîrsta bolnavelor a fost peste 40 de ani.

În categoria „diverse” au fost incluse 14 cazuri cu afecțiuni rare precum tuberculoza colului, tuberculoza anexelor, mola distructivă, perforația uterului gravid, etc. Tot aici am înglobat și cazurile de sterilizare pe cale vaginală, un caz de hematosalpinx (avort tubar) și cîteva operații conservatoare de fibromiom.

În cele de mai sus am dorit să analizăm materialul nostru de histerectomie vaginală. Nu am ajuns la un rezultat complet, deoarece nu am putut insista asupra tuturor particularităților. Trebuie să arătăm și inconveniențele histerectomiilor vaginale. Multe din acestea au fost deja amintite arătîndu-se și modul lor de prevenire (exudat la nivelul bonturilor, stază, leziuni). Trebuie să insistăm și asupra tulburărilor vezicale postoperatorii inerente histerectomiilor vaginale. Tulburările de micțiune survin după observațiile noastre în zilele imediat următoare histerectomiilor. Ele apar nu numai după histerectomiile vaginale, ci și după oricare intervenție pe cale vaginală cu dislocarea vezicii.

În literatura tulburările vezicale se explică în modul următor: 1. alterațiunile suprafeței interioare a vezicii în formă de inflamație superficială și edem. 2. diminuarea tonusului vezical prin desfacerea conexiunilor nervoase și vasculare. 3. alte modificări ce duc la diminuarea elasticității, la rigiditate favorizînd afectarea vezicii. Condițiile anatomice în care se execută histerectomiile vaginale favorizează complicațiile vezicale. Aceste complicații se ameliorează pînă la sfîrșitul primei săptămîni. E necesar să atragem atenția asupra acestor complicații, fiindcă ele pot fi prevenite prin perfecționarea tehnicii operatorii, prin tratamentul postoperator rațional: administrarea de lichide, aplicarea de căldură, administrarea de tonifiante și dezinfectante urinare.

În concluzie histerectomiile pe cale vaginală trebuie să fie cunoscute tuturor ginecologilor operatori pentru a folosi în interesul bolnavelor avantajele acestei metode.

Primită la redacție: la 9 ianuarie 1956.