

۲۹۱.

دانشگاه تهران

دانشکده پزشکی

مقاله علمی

برای دریافت درجه تخصصی مامائی و جراحی زنان

موضوع :

چند مورد بیمار مبتلا به سندرم روم کیماری - فرومل

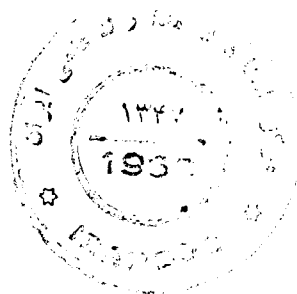
پراهنمائی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر فلامدسین مصدق

نگارش

دکتر حمید ارساب

سال تحصیلی ۱۳۴۴



۲۹۱۰

سندرم کیاری - فرومل Chiari Frommel

تعارف .

ادامه ترشح شیر پس از زایمان و گرفتن طفل از شیر همراه آمنوره و آتروفی دستگاه

تناسلی بنام سندرم کیاری - فرومل نامیده میشود .

البته این حالت ممکن است بلافاصله پس از گرفتن طفل از شیرها بطور ثانوی ایجاد

گردد (پس از قطع شیر دادن بفاصله های در حدود چندین هفته تا چندین ماه) .

اجتماع آمنوره و گالاکتوره و اداممان بعدت مدید پس از زایمان تنها دیده نمیشود بلکه

این حالت نزد زنانی که هنوز نزائیده اند و یا از تاریخ آخرین زایمان آنها مدت مدیدی

گذشته باشد و حتی نزد دختران باکره ممکن است بوجود آید بیماری اخیر بنام سندروم

Argonz-et-Del Castillo یا سندروم Forbes - Albright

نامیده میشود . در این مقاله از نظر بعضی تشابه که بین سندروم کیاری - فرومل و بیماری

آرگونز - دل کاستلو چه از نظر اتیولوژی و چه از نظر علائم بالینی وجود دارد هر دو -

سندروم مورد مطالعه قرار میگیرد و در خاتمه آخرین طریقه معالجه بیماری کیاری - فرومل

و نتایجی که از آن گرفته شده است و بالاخره ایسرواسمون دو بیمار مبتلا به سندروم کیاری -

فرومل از بخش جراحی زنان بیمارستان پهلوی شرح داده میشود :

بیماری کهای - فرومل

اولین بار در سال ۱۸۴۷ توسط کهای **Chiswi** این بیماری شرح داده شد چند سال بعد فرومل **Fremmel** چندین مورد آتروفی رحم پس از زایمان را گزارش داد که یکی از آنها با ترشح دائمی شیر همراه بوده است .

با پیشرفت‌هایی که در سالهای اخیر در رشته آندوکرونولوژی بوجود آمده است موجب

آن گردید که این بیماری رسماً تحت عنوان سندروم کهای - فرومل در کتابهای طبی بطور کلاسیک شرح داده شود .

با وجود چند اختلاف جزئی که در نوشته های مولفین مختلف راجع به سندروم کهای -

فرومل دیده میشود ولی تمام آنها سه علامت زیر را از علائم مهم این سندروم میدانند .

آمنوره ، گالاکتوره ، و آتروفی شدید دستگاه تناسلی . نتیجه فرتی و اژینال این بیماران

سلولهای طبقه عمقی مخاط را نشان میدهد (علامت هیپوفولیکولینی) در توشهواژینال ،

واژن خشک ، رحم کوچک ، تخمدانها سفت و کوچک میباشند ، **Valve** آتروفیک

با منظره سنیل **Senile** در بیهوسی از مخاط رحم منظره مخاط آتروفیک و تغییرات

سهلی در آن دیده نمیشود . اندازه گیری هورمونهای نشان میدهد که مقدار **F.S.H.**

در حدود کمتر از شش واحد منوش در ۲۴ ساعت است و مقدار فنل استروئید ها و پرگناند بول

بطور قابل ملاحظه کم شده است - در معدودی از مواز مقدار ۱۷ ستواستروئید کمی بالا

و متابولیسم بازال نرمال میباشد .

بعضی علائم دیگر نزد این بیماران ممکن است وجود داشته باشد که مهارت است از بدی وضع تغذیه ، چند زائی ، اختلالات روانی کم بیش واضح ولی این علائم اخیر همیشه ثابت نیستند . در سابقه این بیماران تاهخیر قاعدگی و بدنمال آن قاعدگیهای نامرتب بصورت هیپومنوره و *Spaniomenorrehee* وجود دارد ولی قدرت باروری آنها تقریبا طبیعی است .

در هر حال مدت این بیماری طولانی بوده در بعضی موارد تا دوره پائستگی ادامه پیدا میکند و در جریان بیماری ممکن است دوره های بهبودی دیده شود و حتی امکان آبهستی های مجدد نیز وجود دارد ولی در صورت پیدایش آبهستی خود بیماری دیده نمیشود مگر در موارد بسیار استثنائی .

بنظر میرسد که این سندروم مربوط به یک بیماری هیپوفیزی پس از زایمان باشد که در آن سلولهای اتوزینوفیل هیپوفیز ، هیپرپلازی و هیپرفونکسیون پیدا کرده (مبداه غیرتومورال) که میتوانند بهرور زمان بخودی خود سیر قهقرائی پیدا نمایند ولی در بعضی موارد در جریان این بیماری تومورها نشویلاسم و هیپوفیز وجود دارد .

XXXXXXXX

این بیماری در خارج هر آمستنی با نزد بیمارانی که مدتی بعدی از آخرین زایمان آنها گذشته باشند دیده میشود و چنانچه قبلاً اشاره کردیم حتی در نزد دختران باکره ممکن است پیش آید . تقریباً در یک زمان یعنی در سال ۱۹۵۳ آرگونز - دل کاستلو و در سال ۱۹۵۴ توسط فرانسس - آلبرایت این بیماری مشخص و بطور کلاسیک شرح داده شد . هرچند این بیماری از نظر بالینی با سندروم کیاری - فرومل چند وجه مشترک دارد - ولی در عین حال اختلافات مهمی بین این دو موجود است علائم مشترک بیماری آرگونز - دل کاستلو با کیاری - فرومل عبارتند از : سه علامت اساسی زیر

آمنوره - گالاکتوره و آتروفی دستگاه تناسلی ولی باید دانست که علامت آخری همیشه در اینجا وجود ندارد و عبار $F.S.H.$ تقریباً کمتر از شش واحد موش است معیناً همیشه اینطور نیست ممکن است مقدار آن تا حدودی طبیعی هم برسد . علائم فرعی در این دو بیماری فرق دارند و یعنی در بیماری آرگونز دل کاستلو تنهاسوه تغذیه وجود ندارد و بلکه تقریباً در کلیه موارد چاقی که گاهی بسیار زیاد است دیده میشود در سابقه بیماران بلوغ طبیعی بوده و اختلالات قاعدگی مشاهده نمیشود (برعکس بیماری کیاری - فرومل) .

بالاخره مقدار ۱۲ ستواستروئید بالاتر از حد طبیعی است (اغلب موارد پیش از سندروم کیاری - فرومل) که حتی موجب بروز ویریلسم ، آکنه و گاهی ورژتورنزد بیماران میشود .

سنین ابتلا به بیماری آرگونز - دل کاستوبین ۲۶ الی ۵۷ سال و دوران ترشح شهر
همراه آمنوره بین ۱ تا ۲۱ سال طول میکشد .

بحث در اتیولوژی و پاتوژنسی بیماری کیاری سفومل و آرگونز دل کاستو

اول - اتیولوژی بیماری آرگونز دل کاستو .

اگر اکرومگالی را که در آن سندروم آمنوره و گلاکتوره يك پدیده اضافی است بحساب نیاوریم
جهت
در بیماری آرگونز دل کاستو اغلب آدنوم سلولهای اتوزینوفیل هیپوفیز وجود دارد بهمین
است که برخی از مولفین عقیده دارند که در ایجاد این بیماری وجود تومور حقیقی است .
ولی همیشه اینطور نیست در بعضی از این بیماران تومور دیده نمیشود در این صورت ممکن
است که اختلال در عمل هیپوتالاموس باعث ایجاد بیماری باشد . در هر حال اگر اختلال -
عمل هیپوتالامیک را نیز علت بیماری بدانیم باید دانست که علل این اختلال فونکسیونل -
متفاوت میباشد و این علل به سه دسته تقسیم میشود : مکانیک - دارویی - روانی .

علل مکانیک - فشار بوسیله يك تومور - در بعضی مواقع دیده شده است که تومورهای

کروموفوب هیپوفیز باعث بروز آمنوره - گلاکتوره گردیده است ولی اغلب مقدار F.S.H.

باندازه طبیعی است . چنین بنظر میرسد که این سندروم در ایجاد اثر فشار بر مراکز

هیپوتالامیک ایجاد شده باشد .

علل دارویی - در پسیکیاتری در موقع معالجه بیمارانی روانی با مقدار زیاد نورولپتیک

از تپ کلرومازین و یا هیپوتانسورها از نوع رزین نزد تعدادی از بیماران علائم آنوره
و گالاکتوره بروز کرده است. مشخصات سندرومهایی که در تحت تاه شیر در او ایجاد میشوند
بقرار زیرند:

الف - فقط پس از تجویز دوزهای بسیار زیاد این بیماری بوجود آمده است (در بیماران
روانی مقدار دوز معالجاتی زیاد است).

ب - در باره زمان بروز علائم اختلاف وجود دارد، بطوریکه ابتدا فقط گالاکتوره پیدا
میشود و پس از چند ساعت آنوره نیز ظاهر میگردد.

س - تاه شیر در اروری دستگاه تناسلی نا چیز است آنرونی کامل بطوریکه در سندرومهای

کلاسیک شرح داده میشود وجود ندارد، آندومتر ممکن است خیلی کم آنرونیك باشد و حتی
گاهی هیپرپلازیك است ولی آنارلوتتینیک در آن دیده نمیشود. فروتی واژینال نظیر
فروتی دوره شیر دادن میباشد و يك هیپواستروژنی بسیار شدید را نشان میدهد که در
آن سلولهای تپ بازال شایع ترند.

از نقطه نظر بیوشیمیك، فنل استروئید و پرگناند بول بطور متوسط پائین آمده است عبار
F.S.H. نرمال است.

نرمال بودن مقدار F.S.H. نشانه عدم لزوم در هیپوفیز بوده و تشخیص را بطرف يك اختلال
عقلی هیپوتالاموس متوجه میسازد.

علل روانی - بعضی مواقع نزد زنان ظاهرا سالم و بدون هیچگونه سابقه زایمانی

در اثر شوکهای روانی سندروم آمنوره گالا کتوره بروز میکند نزد این بیماران علاوه بر آمنوره

گالا کتوره چاقی قابل توجه و آتروفنی دستگاه تناسلی وجود دارد. مقدار $P.O.S.H$ نرمال است

مقدار فنل استروئیدها و پرگناند پول مختصری تقلیل پیدا میکنند در جمجمه علامت رابولوزیک

و افتالمولوزیک وجود ندارد بایستی در اینجا هم فکر کرد که در اثر شوکهای پسبکون اختلال

در عمل هیپوتالاموس ایجاد گردیده و این اختلال بصورت سندروم آمنوره گالا کتوره بروز کرده

است دیده شده است که این بیماران با انفلتراسیون گانگلیون سرویکال فوقانی و یا حسی

با تلقین معالجه شده اند. بالاخره ممکن است بعضی اعمال جراحی یا تحریکات دائم

موضعی روی رحم باعث ایجاد سندروم آمنوره گالا کتوره شوند مثلا دیده شده است که پس از

سرکلاژ کل رحم با نخ نایلون بسرعت آمنوره پیدا شده و تشریح شمر شروع میشود آتروفنی

دستگاه تناسلی برقرار میگردد و نیز مقدار $P.O.S.H$ نرمال باقی میماند چاقی سریع و ناراحتیهای

روانی ممکن است بروز نماید. متابولیسم بازال پائین و ویرلیسم ظاهر میشود.

در اینجا هم میتوان فکر کرد که یک مکانیسم دینامیک در کار است متعین در واقع بصورت معکوس

بدین طریق که علت موضعی (مثلا وجود نخ نایلونی) عامل محرکه (**declanchant**)

بوده است و اختلالات روانی در این بیماران نتیجه اختلال عمل هیپوتالاموس است.

نزد مولشپارهایی که قبلا شیر نمیدانند و تحت عمل توراکوپلاستی و یا پنومکتومی

قرار میگیرند و با بالاخره دیده شده است زنانی که نازا بوده و مبتلی به فیبروم رحم بوده و عمل رحم برداری روی آنان انجام شده پستانها شروع به ترشح فراوان شیر مینمایند . در سوختگیها و درزنای نوک پستان نیز این حالت دیده میشود .

ممکن است تظاهرات سیستم عصبی بصورت *Hysteriforme, Irritabilite* ,

depression نزد بعضی از بیماران با سندروم آمنوره - گالاکتوره

همراه گردد (این حالت بعد از زایمان هم ممکن است دیده شود * سندروم کهاری - فرومل *) در تایید این مطلب چنین بیان میشود که بعضی از زنان جوان بحالت ترس از آبستنی ممکن است بآمنوره - گالاکتوره مبتلی شوند نزد این بیماران اغلب يك د پرسپون شدید روانسی نیز ممکن است بروز کند این بیماران ممکن است با تلقین و اطمینان از اینکه حامله نیستند بهبودی حاصل نمایند .

بنابراین چنین بنظر میرسد که علاوه بر تومورهای ترشخی همیوفیزاز نوع آدنوم اتوزینوفیل و یا يك لنهون اولیه همیوفیز گاهی علت آمنوره - گالاکتوره اختلال عمل دیانسفال میباشد و این اختلال در اثر عوامل مکانیک - دارویی - روانی بروز مینمایند .

XXXXXXXXXX

اتیولوژی و پساتوزمی سندروم کپاری - فروصل

بطوریکه قبلا شرح داده شد این بیماری پس از يك زایمان و در تعقیب از شیر گرفتن طفل بطور طبیعی و نزد بعضی از زنان بروز مینماید . علت این بیماری را بااستی در هیپوفیز جستجو کرد زیرا چنانچه میدانیم مقدار هورمون P. S. H. در این بیماران خیلی پائین آمده (پائین تر از ۶ واحد موس) و چنین بیان میکنند که این حالت در نتیجه همپیلاری - و هیپرفونکسیون سلولهای افوزینوفیل هیپوفیز میباشد گاهی نزد این بیماران تومور سلولهای افوزینوفیل دیده میشود و ولی باید دانست نه تنها ضایعات و اختلالات هیپوفیز ممکن است در ایجاد این بیماری موثر باشد بلکه برخی اوقات ملرکز اختلال درد یا انفال است زیرا نزد آده ای از بیماران هیچگونه علائمی که دال بر اختلال هیپوفیز باشد دیده نمیشود . در صورتیکه وجود بعضی علائم کلینیکی و آزمایشگاهی تشخیص را بسوی هیپوتالاموس متوجه میکند . در تایید این مطلب در اینجا شرح حال بیماری را ذکر مینمائیم که دوره آبستسی وی بسیار سخت بوده است و زایمان بسیار مشکلی که منجر به خروج يك بچه مرده با پرزانتا سیوز نشیمن میشود پس از زایمان جریان شیر بسرعت برقرار میگردد و این جریان تا ۱۸ ماه بعد کاملا مشخص و واضح بوده و همراهم آن آمنوره توتال نیز وجود داشته است . در عرض چند ماه وزن بیمار باند ازای بیست کیلو زیاد میشود و حالت جوع برای تمام غذاها پیدا میکند و خواب زیاد شده سردرد و سرگیجه بتدریج نزد بیمار ظهور مینماید که همگی

این علائم از اختلال عمل دیانسفال حکایت میکنند . آتروفی تناسلی واضح بهیوسی آندومتر آتروفی شدید را نشان میدهد موضوع قابل توجه مقدار F.S.H. نرمال بوده است (شاید بعلمت عدم ضایعه در هیپوفیز) . هیچیک از علائم راد پولویک یا افتالمولویک که مویید وجود تومور در هیپوفیز باشد بوجود نداشته است همچنین بیمارانی دیده شده اند که در جریان شیر دادن طبیعی سوختگیهای شدید قفسه سینه پیدا کرده اند و در تعقیب آن بتدریج آمنوره همراه با گالاکتوره و آتروفی قابل توجه دستگاه تناسلی بوجود میاید ^{ولی} مقدار عیار F.S.H. باندازه طبیعی باقی مانده ضمناً نزد آنها اختلالات روانی بروز میکند این پیش آمد را اینطور تفسیر میکنیم که سوختگی بوسیله مکانیسم رفلکس روی هیپوتالاموس اثر میکند و نتیجه آن ادامه آمنوره و گالاکتوره میباشد - البته اختلالات روانی در اینجانتجه اختلال عمل هیپوتالاموس است .

اصولاً نزد بعضی از بیماران تمام علائمی که بطور کلاسیک در سندروم کیاری فرومل شرح داده شده است دیده نمیشود بلکه امتحانات کلینیکی و پاراکلینیکی آنها نشان میدهد که اغلب در سابقه آنان اختلالات قاعدگی وجود ندارد ، اکثر وضع غذائی آنها خوب بوده و وزن آنان در حدود طبیعی و حتی گاهی اوقات زیاد میشود همچنین ممکن است سردرد خواب آلودگی خستگی وجود داشته باشد در امتحانات هورمونی که بعمل میاید نزد بعضی از بیماران عیار ^{F.S.H.} طبیعی و مقدار فنل استروئید ها و پرگناند بول اغلب مختصری

پائین مقدار ۱۷ ستوا استروئید بین ۱/۶۶ میلی گرم تا ۱۹/۵ میلی گرم تغییر میکند
همپراکمی پرووکه طبیعی و زین ترکی از نظر راد بولوژی کیفیت خاصی را نشان نمیدهد —
و بالاخره درد دستگاه تناسلی همیشه آتروفی در کار نیست حتی ممکن است همپریلازی آندومتر
دیده شود در سابقه بعضی از بیماران ناراحتی روانی و شوکهای عصبی قبل از زایمان
حین زایمان و یا بعد از زایمان اغلب دیده میشود (مثلا زایمانهای سخت طولانی و یا
توس از داشتن چندین دختر) بطوریکه ملاحظه میشود علائم فوق دلیل بر ضایعه در همپوفیز
نیست بلکه برخی اوقات باپستی در پیدایش این بیماری اختلالات فوقکسیونل همپوتالا موس را
مؤثر دانست. بنابراین منطقی است که قبول کنیم علاوه بر سندروم آمنوره گالاکتوره پس از
زایمان که در اثر اختلال همپوفیز بوجود میاید (همپریلازی یا تومور) و در آن عبار F.S.H.
پائین تر از ۶ واحد موش میباشد و موجب تقلیل ترشحات قابل توجه تخمدان و آتروفی توتال
دستگاه تناسلی و آندومتر رحم میگردد، یک سندروم مشابه دیگری هم وجود دارد که منشاء
آن در اختلال فعل همپوتالا موس است که ممکن است در اثر عمل مختلف منجمله شوک روحی
ایجاد شده باشد — در اینجا عبار F.S.H. طبیعی، تقلیل فنول استروئیدها و برگزاندن پول
اندک است و آندومتر رحم نه تنها اغلب موارد آتروفیک نمیشد بلکه نوع همپریلازیک هم دیده
میشود. و عهدا باید دانست که بین این دو دسته حد فاصل کاملاً مشخص وجود ندارد —
فرمول
به همین دلیل است که بعضی از مولفین پائین بودن عبار F.S.H. را لازمه بیماری کیاری —

نمیدانند . بطور کلی عقیده بر این است که برای سندرومهای پس از زایمان و چه برای -

آنهاست که هیچگونه ارتباطی با حاملگی ندارند و منشاء بایستی قائل شد .

اول - نوع هیپوفیز که در اثر هیپرپلازی یا تومور این غده ایجاد میشود و نماینده فرم

اورگانیک میباشد در اینجا عیار $P.S.H.$ کمتر از ۶ واحد موش میباشد .

دوم - نوع دیانسفالیک که نتیجه اختلال فونکسیونل بوده و عیار $P.S.H.$ در آن نرمال

میباشد (۶ الی ۲۵ واحد موش) .

در پاره پاتوژنی سندروم درک آن در نوع پس از زایمان آسان است ولی در صورتیکه این سندروم

در خان^{ان} هر حاملگی ایجاد شود فهم آن قاصرتر میباشد زیرا در نوع پس از زایمان سندروم

آمنوره گالاکتوره اد امترشح شیر و آمنوره بدنبال از شیر گرفتن کودک میباشد در حالی که هم

آمنوره و هم گالاکتوره در جریان شیر دادن یک امر کاملاً فیزیولوژیک بشمار میرود .

- بطوریکه میدانیم ترشح شیر نتیجه رفلکسی است که در اثر مکیدن پستان توسط شیر خوار انجام

میگردد و این رفلکس از هیپوتالاموس گذشته و ترشح پرولاکتین را تحریک میکند و در عین حال

همین رفلکس ترشح $I.M.H.$ را بلوکه کرده و مانع از ایجاد او و سیون مجدد میگردد و دوام ترشح

شیر بصورت گالاکتوره بدنبال از شیر گرفتن کودک و نیز دوام آمنوره یک حالت پاتولوژیک را در

این زنان پیش میآورد (کیاری - فرومل) این حالت در نتیجه اختلال قوس رفلکس است که

در حالت عادی بایستی قطع شود ولی در این بیماری تحریک و ترشح پرولاکتین مرتباً

ادامه میابد و بواسطه بلوکه شدن LiH_2 او را سبب صیرت نمیکرد .

در مورد آمپوره گالا کتوره های خارج از هر آبستی هم نیز باید مگانه مشابهی وجود داشته باشد و این مطلب با دو تجربه بسیار جالب زیر مفهوم میگردد .

با تزریق مقداری رزین به موئنها تغییراتی در سلولهای بازوفیل هیپوفیز قد اصسی پیدا شده است و ضمناً ترشحات LiH_2 و پرواستیمولین دچار وقفه میشوند همین تغییرات با تزریق کلیرومازین نیز حاصل میگردد ، بنابراین با احتمال زیاد اینطور بنظر میرسد که نسه تغییرات رزین و کلیرومازین بلکه فشار هیپوفیز توسط تومورها شوکهای روانی نیز از طریق ایجاد وقفه در ترشح LiH_2 و تحریک ترشح پرولاکتین اثر میکنند .

بنظر میآید این اصولاً شروع ترشح شیراز پستان پس از زایمان مربوط به هورمون $Li.T.H.$ است که از سلولهای ائوزینوفیل هیپوفیز ترشح میشود (کلمه ترشحات گوناگون و تروپ هیپوفیز از سلولهای ائوزینوفیل این غده است) برای درک چگونگی ترشح این هورمون و اثر آن روی پستان پس از زایمان بشرح تغییراتی که در ترشح بعضی از غدد داخلی نزد زن حامله روی میدهد عمیقاً ازیم .

در جریان حاملگی قطع موقت سیکل های اوولا توار احتمالاً مربوط اثر لو تواترو پیک

گوناگون و تروپ کورپوتیک میباشد (بواسطه وقفه در ترشح $Li.H.$ و $Li.T.H.$ و $F.S.H.$)

بنظر میآید در خارج از آبستی هم و دوام ترشح جسم زرد در سیکل های قاعدگی

مربوط به هورمون $I_m T.O.H.$ قسمت قدامی هیپوفیز است و در دوره آبستکی ادامه ترشح

پروژسترون از جسم زرد آبستکی و بقیه آن مربوط به $A.P.O.I_m$ (هورمون گنادوتروپیک

جفت) میباشد. در طی دوران حاملگی ترشح گنادوتروپیکهای هیپوفیز حالت بالا بودن -

مبار فولیکولین و پروژسترون و هورمون گنادوتروپیک کورپونیک^{خست} در چهار هفته مگرند.

(در دوران حاملگی جفت مقدار زیاد هورمونهای فولیکولین، پروژسترون و هورمون گنادوتروپیک

ترشح میکند). وقفه عمل هیپوفیز و تخمدان بتوسط هورمونهای جفت با خروج جفت در

موقع زایمان خاتمه میدهد.

پس از زایمان ظاهراً اولین هورمونی که از هیپوفیز ترشح میشود $I_m T.O.H.$ است این هورمون

در دوره پس از زایمان برای ترشح شیر ضروری است و جریان شیر معمولاً مدتی ادامه میدهد

و این مدت رابطه مستقیم با خالی شدن شیراز پستان و بارفتگیس میکند دارد - Sucking

Reflex، در صورت فقدان عوامل محرکه فوق ترشح شیر تقریباً چهارده الی بیست و یک

روز پس از زایمان قطع میشود. ادامه ترشح شیر در اثر شیر دادن به کودک غالباً منجر به

وقفه مد اوم فونکسیون گنادوتروپیک و تخمدان^{ترشح} (که منابع فونکسیون هیپوفیز قدامی است)

میکردد (بواسطه ترشح زیاد و مد اوم $I_m T.O.H.$) بنابراین مشاهده آنتوره در نزد مادران شیر

ده نادر نیست مخاط واژن ممکن است تغییرات آتروفیک پیدا کند و نیز رحم صغلی به یک -

همپراآتولوسین شدید گردد و تخمدانها در حال استراحت باقی بمانند و مطالعات آزمایشگاهی

نزد آنها اغلب مقدار $F.S.H.$ ناچیز نشان میدهند.