

Położn. i Chorób Kobiet. U. J,	porz.	7004

iej prof. Dra M. Madurowicza
owie.

WŁÓKNIAKI MACICY I CIĄŻA.

PRZYPADEK WYLUSZCZENIA WŁÓKNIAKÓW

Z NASTĘPNEM PORONIENIEM I WYLECZENIEM

NAPISAŁ

DR. ALEKSANDER ROSNER

II. asystent kliniki.



KRAKÓW.

W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1892.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza
w Krakowie.

WŁÓKNIAKI MACICY I CIĄŻA.

PRZYPADEK WYŁUSZCZENIA WŁÓKNIAKÓW

Z NASTĘPNEM PORONIENIEM I WYLECZENIEM

NAPISAŁ

DR. ALEKSANDER ROSNER

II. asystent kliniki.



KRAKÓW.

W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1892.

Osobne odbióre z „Przeglądu Lekarskiego” 1892 r. Nr. 39 — 41.

Z - 139180

Akcja 2023 nr 606



Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M.
Madurowicza w Krakowie.

Włókniaki macicy i ciąża.

Przypadek wyluszczenia włókniaków z następem poro-
nieniem i wyleczeniem

Podał

Dr. Aleksander Rosner,
II-gi asystent kliniki.

—◆—

Kobiety dotknięte włókniakami macicy zastępują rzadko. Przyczyną téj niepłodności są niewątpliwie w przeważnej ilości przypadków zmiany błony śluzowej macicy, polegające na niezycie i przeroście (*endometritis fungosa*), które to zmiany wywołują objaw tak często towarzyszący włókniakom — krwotoki. Nie we wszystkich jednak postaciach włókniaków macicy błona śluzowa jest w tym samym stopniu zmieniona; im bliżej błony śluzowej rozwija się włókniak, tem zmiany wyraźniejsze, tem krwotoki częstsze i obfitsze, tem ciąża rzadsza. W przypadkach atoli włókniaków podsurowicznych, zwłaszcza uszypułowanych, błona śluzowa macicy może nie okazywać zmian, krwawienia miesięczne mogą się odbywać pod każdym względem prawidłowo, a więc i zapłodnienie może łatwiej nastąpić. Niepłodność zaś jest nadzwyczaj korzystnym objawem włókniaków macicy i śmiało rzec można, że niepłodności wiele kobiet, dotkniętych włókniakami, zawdzięcza życie. „*Ce n'est donc pas impunément*

qu'une femme atteinte de fibrome devient enceinte" mówi Routier¹⁾), a statystyka dowodzi, że ma słuszość.

Ciąża jest bardzo groźnem powikłaniem włóknaków macicy i w nader wielu przypadkach wywołuje śmierć matki i dziecka. Według Pozziego ginie 53% matek a 66% dzieci, według Meyera²⁾ więcej niż połowa matek i dzieci jest stracona.

Gusserow³⁾ zebrał w literaturze 228 przypadków, z których 52·9% skończyło się śmiercią matek, 57·2% śmiercią dzieci. Statystyka Stratz⁴⁾), wprawdzie skąpa, daje co do matek te same mniej lub więcej liczby. Uwzględniając te cyfry, mamy prawo powiedzieć, że włókniaki są jedną z najcięższych komplikacyj ciąży i porodu, cięższą od drgawek porodowych i łożyska poprzedzającego.

Zachodzi pytanie, co jest przyczyną téj tak wielkiej śmiertelności matek i dzieci? jaki jest los kobiety ciężarnéj dotkniętéj włókniakami?

Zanim odpowiemy na te pytania, musimy naprzód rozważyć, jaki wpływ ma ciąża na wzrost włóknaków i odwrotnie, jaki wpływ wywierają włókniaki macicy na przebieg ciąży. Co do pierwszego wszyscy autorowie zgadzają się na to, że włókniaki podczas ciąży szybciej rosną: naturalnie nie wszystkie i nie zawsze jednakowo szybko. Znane bowiem są przypadki włóknaków podsurowicznych, uszypułowanych i słabo unaczynionych, na których wzrost nie miała ciąża wyraźnego wpływu, te stanowią jednak wyjątki. Ten szybki wzrost, który jest niewątpliwie następstwem wzmocnionego krążenia, jest powodem tego, że objawy uciskowe występują rychléj, niż w przypadkach włóknaków nie powikłanych ciążą. Rzecz jasna, że szybkość, z jaką występują objawy uciskowe zwłaszcza ze strony pęcherza i kiszki

¹⁾ Routier: *Fibrome utérin et grossesse etc. Annales de gynécologie*, Mars, 1890.

²⁾ *Centralbltt f. Gyn.* XII, 1888, Nr. 44, p. 723. — ³⁾ *Die Neubildungen des Uterus*, 1886. — ⁴⁾ *Ueber die Komplikation von Tumoren mit Gravidität. Zeitschr. f. Geb. und Gynaek.* X. S. 276.

stolcowej, te same, które towarzyszą uwięźnięciu tyłozgiętej ciężarniej macicy, zawisła jest od usadowienia włókniaków. Guzy rozwijające się w miednicy małej, poza macicą (*fibromyomata retrocervicalia*) są pod tym względem najgroźniejsze.

Przechodząc do kwestyi jaki wpływ wywierają włókniaki na przebieg ciąży, musimy również zaznaczyć, że zależy to przedewszystkiem od umiejscowienia i jakości włókniaka. Guzy podsurowicze, uszypułowane podnoszą się w miarę wzrostu macicy ku górze i często w niczem nie zakłócają przebiegu ciąży. Nowotwory podsurowicze szeroko osadzone mogą czasem również zachowywać się obojętnie, w innych przypadkach przez swój szybki wzrost stają się powodem poronienia; doszedłszy do pewnych rozmiarów, zajmują w jamie brzusznej tyle miejsca, że macica swobodnie nie może się rozwijać. Włókniaki śródmiaższowe, rozsiane gęsto w mięszu macicy, wywołują często poronienie nawet wtenczas, kiedy nie doszły do zbyt wielkich rozmiarów. W tych przypadkach miąższ macicy, przerosły tkanką nowotworową, stracił własność rozwijania się i przerostu, równomiernego ze wzrostem jaja i dlatego ciąża nie może się utrzymać. W końcu i zmiany na błonie śluzowej, o których była mowa, przyczyniają się ze swjej strony do poronienia przez t. zw. *endometritis decidualis*, krwotoki między błony, a co za tem idzie przez obumarcie płodu.

Według zestawienia N a u s s a ¹⁾ w 241 przypadkach ciąży powikłanej włókniakami, wystąpiło poronienie w 47 przypadkach, co daje okazały procent 19·5. Według L e f o u r a ²⁾ procent ten jest mniejszy i wynosi 12·7.

Poronienie w tych przypadkach miewa często przebieg bardzo niekorzystny. Macica przerosła włókniakami, niezdolna do rozwijania się, straciła również zdolność kurczenia się należytego. Ztąd podczas poronienia krwotoki często groźne, czasem śmiertelne. Rękocyny, mające na celu wy-

¹⁾ Nauss: *Dissert. inaug.* Halle, 1882, cyt. z Pozziego. —

²⁾ Lefour: *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse.* Paris 1880.

dobycie jaja, błon lub łożyska, niezbędne z powodu groźnych krwotoków, stają się źródłem zakażeń, a czasem i śmiertelnej posocznicy. W końcu znane są przypadki, w których z powodu bezwzględnego ścieśnienia, wywołanego rozrostem włókniaka w miednicy małej, nawet mały płód nie mógł się urodzić drogami naturalnymi, przypadki, w których niezbędne było cięcie cesarskie ¹⁾).

Jeżeli ciąża nie została przerwana, wtenczas z chwilą porodu rozpoczynają się nowe niebezpieczeństwa. W przypadkach włókniaków uszypułowanych, podsurowicznych, poród może przebiegać zupełnie prawidłowo i nie różni się niczem od porodu w zwykłych warunkach. Często jednak przebieg porodu jest ciężki i groźny. Przedewszystkiem mogą włókniaki stanowić mechaniczną przeszkodę i wywołać niestosunek porodowy. Czynią to przedewszystkiem guzy, które się rozwinęły w miednicy małej (*f. retrocervicalia*) lub uwięzły w jamie Douglasa. Niestosunek ten, który się często nie daje usunąć przez odprowadzenie guza, bywa czasem absolutnym i daje wskazania do najcięższych zabiegów położniczych. Jeżeli niema niestosunku, wtenczas, jak wykazuje statystyka, przebieg porodu nie zawsze bywa prawidłowy. Te same zmiany w miększu macicy, o których wspominaliśmy mówiąc o poronieniu, zmiany wywołane przez to, że rozsiane włókniaki przerastają ściany macicy, stają się i podczas porodu źródłem rozlicznych niebezpieczeństw, więc tak jak w poronieniu krwotoków i zakażenia, a nadto nieprawidłowego położenia płodu (poprzeczne), słabych bólów itd. Nic więc dziwnego, że i w przypadkach, gdzie nie ma niestosunku porodowego, procent operacji położniczych, często ciężkich, jest znaczny. Niebezpieczeństwo porodu wykazuje najlepiej statystyka Süsserotta ²⁾). W 147 przypadkach, które zebrał, potrzebna była operacja kleszczowa 20 razy, obrót 20 razy, ręczne wydobycie łożyska 21 razy. W 20 przy-

¹⁾ Langner: *Die Myomotomie am schwangeren Uterus. Brl. kl. Wschr.* 1886, Nr. 29.

²⁾ *Diss. inaug.* Rostock, 1870 według Pozziego.

padkach operacyj kleszczowych uratowano tylko 12 matek i 7 dzieci; po 20 obrotach umarło 12 matek i 17 dzieci; w 21 przypadkach wydobywania łożyska tylko 8 matek uszło śmierci. Być może, że dziś wyniki pooperacyjne, dzięki antyseptyce, są lepsze, statystyka Süsserotta jednak bądź co bądź dowodzi, że operacje położnicze w przypadkach włókników są bardzo częste i niezwykle niebezpieczne. Jeszcze gorsze, nawet znacznie gorsze, wyniki daje cięcie cesarskie. P o z z i cytuje statystykę S ä n g e r a (43 przyp.), z której wynika, że śmiertelność po cięciu cesarskiem wynosi 83·7%. W nowszych czasach G ö r d e s ²⁾ ogłosił przypadek zakończony pomyślnie cięciem cesarskiem w klinice Martina, Tuffier ³⁾ zaś opisuje bardzo ciekawy przypadek zakończony śmiercią. Z powyższego zestawienia wynika, że wpływ włókników macicy na poród jest w znacznej ilości przypadków niekorzystny.

Pozostaje p o ł ó g. W położu, podobnie jak w ciąży, możemy mówić o wpływie wzajemnym nowotworów na przebieg położu, i położu na rozwój włókników.

Że półóg w wielu przypadkach nie jest wcale zakłóconym, to nie ulega wątpliwości, że w innych przypadkach przebiega niekorzystnie a przynajmniej nieprawidłowo, to wynika już z tego, co podano, mówiąc o porodzie. Tak zakażenie, jak i niedokrewność ostra, nabyta podczas porodu, nie mogą pozostać bez wpływu na przebieg położu. Ciekawe spostrzeżenia, dotyczące się téj sprawy podaje Meyer ⁴⁾. — Wpływ położu na rozwój włókników jest bardzo wybitny; wpływ ten jest dwojaki: korzystny lub niekorzystny. Wpływ k o r z y s t n y polega na tem, że włókniki, które w czasie ciąży brały udział w ogólnym przeroście części rodnych i korzystały niejako z niezwykle dobrych warunków odżywienia, t. j. ze zwiększonego dopływu krwi, teraz ulegają podobnie jak części rodne inwolucyi i zmniejszają się. Fakt ten potwierdzają spostrzeżenia licznych autorów. F e l s e n-

²⁾ *Zeitschr. f. Geb. und Gynaek.* XX, 1890, p. 100. —

³⁾ *Annales de Gynécologie*, Novembre 1889. — ⁴⁾ l. c. —

reich⁵⁾ opisuje dwa przypadki, w których po porodzie, odbytym na czasie włókniaki uległy bardzo wybitnej inwolucyi, i trzeci, w którym to zmniejszenie się nie było znaczne, ale w każdym razie wybitne, w końcu czwarty przypadek, w którym po przedwczesnym porodzie włókniaki mało co się zmniejszyły. W przypadku G ö r d e s a⁶⁾ włókniak zmniejszył się również znacznie.

Wpływ niekorzystny polega na tem, że włókniaki obumierają, ulegają rozkładowi i wywołują śmiertelne zakażenie. W jednym z przypadków opisanych przez M a y e r a⁷⁾ nastąpiło po porodzie (w 9 m. ciąży) obumarcie włókniaka i śmierć z powodu zakażenia; w drugim przypadku cytowanym przez tegoż autora nekroza guza śródmiąższowego stała się również przyczyną śmierci z posocznicy; w trzecim przypadku wyluszczone obumarły nowotwór, nie uratowano jednak kobiety od śmierci.

Zestawiwszy w ten sposób, chociaż pobieżnie, niebezpieczeństwa grożące kobiecie ciężarnej, dotkniętej włókniakami macicy i wykazawszy w głównych zarysach wpływ włókniaków na przebieg ciąży, porodu i połogu, przechodzimy do sprawy najważniejszej: do leczenia w czasie ciąży. Rozpoznawszy włókniaki macicy ciężarnej wiemy, że mamy do czynienia z cierpieniem ciężkim, którego ofiarą pada więcej niż 50% chorych. W przypadkach nie położniczych, wobec choroby tak groźnej byłoby usprawiedliwione leczenie najradykałniejsze operacyjne, byleby ono tylko wykazywało niezłe wyniki. Inaczej w przypadkach włókniaków macicy ciężarnej. Leczenie radykalne w ciąży, polegające na wycięciu macicy ciężarnej, poświęca dziecko i pozbawia matkę płodności. Pomimo to zabieg nawet tak radykalny byłby usprawiedliwiony, gdybyśmy byli pewni, że tylko za taką cenę życie matki da się uratować. Wszak w przypadku raka macicy ciężarnej, który zostawiony sam sobie musi stać się przyczyną śmierci matki, poświęcenie życia dziecka i pło-

⁵⁾ *Centrbl. f. Gynaek.*, XIII, 1889, Nr. 35, p. 620. —

⁶⁾ l. c. — ⁷⁾ l. c.

дноści matki nie jest ofiarą zbyt wielką, bo się ofiarą tą okupuje życie matki. Wobec przypadku ciąży powikłanej włókniakami nasuwa się mimowoli myśl, czy dany przypadek nie należy do tych szczęśliwych i bynajmniej nie wyjątkowych, w których ciąża, poród i połóg pomimo włókniaków przebiegać będą prawidłowo, w których włókniaki zanikną w połogu i przez długi szereg lat stanowić będą nie winną i niedolegliwą zmianę anatomiczną macicy. Zważywszy więc, że dany przypadek może zakończyć się najpomyślniej dla matki i dziecka, zważywszy nadto, że rękoczyn jakiegokolwiek, przedsięwzięty w ciąży, narazić może i matkę i płód — nabierzemy przekonania, że leczenie powinno być, ile możliwości, wyczekujące.

Zapatorywanie to, powszechnie przyjęte, wygłasza Th. Landau¹⁾ w następujący sposób: *„Ein Myom, welches in oder auf einem schwangeren Uterus sitzt, erfordert an sich noch kein ärztliches Einschreiten. Und sein Vorhandensein rechtfertigt nur ein sorgfältiges Beobachten des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes. Das gilt gleichmässig für alle gutartigen Geschwülste der Gebärmutter, welchen Bau, welche Form und welchen Sitz sie auch immer haben mögen“*.

Zabieg operacyjny jest usprawiedliwiony i wskazany wtenczas, jeżeli istnieją przypadki, które każą się obawiać, że dany przypadek nie należy do tych szczęśliwych, pomyślnie przebiegających, że wobec dłuższego wyczekiwania grozi matce i płodowi niebezpieczeństwo poważne; innemi słowy: samo rozpoznanie nie usprawiedliwia operacji tak, jak np. w przypadkach nowotworów złośliwych lub guzów jajnika; oprócz rozpoznania potrzebne są jeszcze wskazania. Co stanowi w przypadkach włókniaków macicy ciężarniej wskazanie do operacji?

¹⁾ Th. Landau: *Zur Behandlung der durch Myome complicirten Schwangerschaft und Geburt. Samml. klin. Vortr.* 1891 Nr. 26.

W dziełach o operacjach ginekologicznych H e g a r a i K a l t e n b a c h a ¹⁾ oraz H o f m e i e r a ²⁾ nie znajdujemy jasno zestawionych wskazań; jest tam tylko wzmianka o objawach uciskowych, o okręceniu szypuły i następowem zapaleniu otrzewny (H e g a r i K a l t e n b a c h), o znacznych rozmiarach guza (H o f m e i e r). S c h r o e d e r ³⁾ w nauce o położnictwie mówi ogólnikowo, że zabieg operacyjny (*myomotomia*) jest wskazany w tych przypadkach włókniaków, które niepowikłane ciążą dawałyby wskazanie do myomotomii; nadto wspomina osobno o szybkim wzroście i dużych rozmiarach obrzęków. W nauce o chorobach kobiecych ⁴⁾ uważa tenże autor myomotomię w ciąży za wskazaną wtenczas, kiedy guzy doszły do takich rozmiarów, że obok nich nie może się swobodnie rozwijać macica ciężarna, nie wywołując groźnych niebezpieczeństw i nieznośnych dolegliwości, i w tych przypadkach, w których włókniak duży rozrasta się w miednicy małej, macica zaś ciężarna mieści się powyżej tak, że podczas porodu stanowić będzie włókniak absolutną przeszkodę porodową. M a r t i n ⁵⁾ w podręczniku położnictwa omawia tę sprawę bardzo pobieżnie, podobnie P o z z i ⁶⁾, który może najdokładniej zestawia literaturę, dotyczącą tego przedmiotu.

W 3 przypadkach, opisanych przez H o f m e i e r a ⁷⁾, stanowiły wskazanie do zabiegu objawy uciskowe, zresztą autor ten nie zastanawia się bliżej nad wskazaniami.

Dłużej i dokładniej rozwodzi się nad tem Th. L a n d a u ⁸⁾; rękoczyn zdaniem jego jest potrzebny wtenczas, kiedy guz wywołuje groźne objawy uciskowe, mocznicę i puchlinę brzuszną, i w przypadkach, w których guz bardzo szybko rośnie. To samo mniej lub więcej zapatrywanie wy-

¹⁾ *Operative Gynaekologie*. 1886. — ²⁾ *Grundriss der gynaekologischen Operationen*. 1892. — ³⁾ *Lehrbuch der Geburtshilfe* (Olshausen u. Veit), 1888. — ⁴⁾ Schröder: *Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane*, 1886.

⁵⁾ Martin: *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1891. — ⁶⁾ Pozzi *Traité de Gynécologie*, II ed., 1892. — ⁷⁾ Hofmeier: *Die Myomotomie*. Stuttgart 1884. — ⁸⁾ Landau l. c.

głasza Vogel ¹⁾. Gördes ²⁾), mówiąc o wskazaniach do laparatomii w przypadkach włókniaków podsurowicznych twierdzi, że rękoczyn jest na miejscu wtenczas, „*wenn sie (Myome) entweder die Entwicklung des Uterus oder den späteren Ausgang der Schwangerschaft zu stören drohen*“. Zdanie to, teoretycznie słuszne, nie daje się jednak do konkretnego przypadku zastosować, bo któż może w pierwszych miesiącach ciąży przewidzieć, jaki będzie jej dalszy przebieg w przypadkach powikłanych włókniakami?

Obok wyżej wzmiankowanych znajdujemy nowe wskazanie w pracy Langnera ³⁾), mianowicie krwawienia, naturalnie z włókniaków podśluzowych szyi, i obawa poronienia, czyli chęć utrzymania ciąży. To ostatnie może naturalnie usprawiedliwić tylko zabieg konserwatywny z zachowaniem macicy ciężarniej. W końcu, zdaniem Vogla ⁴⁾), w wyjątkowych przypadkach zmusza do rękoczynu obumarcie i rozpad nowotworu, który, jak twierdzi autor i Krukenberg ⁵⁾), może się wydarzyć i w ciąży.

Zebrawszy tedy rozmaite zapatrywania, możemy powiedzieć, że zabieg operacyjny w przypadkach włókniaków macicy powikłanych ciążą jest wskazany: 1) jeżeli nowotwór w pierwszych miesiącach ciąży bardzo szybko rośnie tak, że łatwo przewidzieć można groźne następstwa, jakie wyniknąć muszą z tego wzrostu w dalszych miesiącach;

2) jeżeli guz, chociażby niewielki, wywołuje objawy uwięźnięcia (niemożność oddawania moczu i stolca, grożące poronienie, uremiję), a pomimo usiłowań w narkozie odprzewadzić się nie daje;

3) jeżeli, rozwinąwszy się podśluzowo w szyi, wywołuje groźne krwotoki tak, że wyczekiwanie końca ciąży, chociaż bardzo pożądane, może się stać dla matki niebezpieczne;

¹⁾ *Ueber supravag. Amputation des schwang. Uterus etc. Diss. inaug.* Giessen 1886. — ²⁾ l. c. — ³⁾ Langner l. c.

⁴⁾ Vogel l. c. — ⁵⁾ Krukenberg: *Archiv f. Gynaekol.* XXI, 1883.

4) jeżeli nowotwór obumarł i ulegając rozkładowi grozi posocznicą i śmiercią. Grożące poronienie, które zdaniem Langnera zmusza do operacji, jest chyba wskazaniem przyszłości; zabieg konserwatywny, polegający na usunięciu nowotworu z pozostawieniem macicy ciężarniej, który nawet wtenczas, kiedy niema śladu rozpoczętej czynności porodowej, często staje się wprost przyczyną przerwania ciąży, wywoła poronienie tem rychlej, jeżeli się go wykona w przypadku, w którym dolny odcinek macicy uległ zadrażnieniu, a kurczenie się ciała macicy, plamy krwawe i skracanie się części pochwowej zwiastują przedwczesne przerwanie ciąży. Zasada: *cessante causa, cessat effectus*, nie daje się tu niestety zastosować. Wiemy przecież, że poronienie wzniecone żywymi ruchami, np. tańczeniem, często nie daje się zatrzymać mimo usunięcia przyczyny, podobnie jak poronienie wywołane mocno zesnurowanym gorsetem postępuje często dalej pomimo zdjęcia gorsetu. O ileż więc w przypadkach włókniaków, które grożą przedwczesnem przerwaniem ciąży, usunięcie nowotworu, a więc przyczyny, nie będzie w stanie powstrzymać poronienia, skoro sam zabieg mający to na celu jest tak silnym bodźcem, wywołującym bóle porodowe.

W końcu nie możemy i o tem zapomnieć, że poronienie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym musi mieć przebieg groźniejszy.

Zachodzi pytanie, co robić, jaki zabieg wybrać, jeżeli istnieje jedno z czterech wyliczonych wskazań, jeżeli więc czynne wdanie się jest potrzebne. Odpowiedź na to pytanie nie jest tak naturalną i prostą, jakby się wydawało. Przyczyną wszelkich niebezpieczeństw nie jest ciąża jako taka, ona w zwykłych przypadkach jest przecież stanem fizjologicznym, nie jest również włókniak, bo guz ten nie powikłany ciążą, prawdopodobnie nie wywoływałby groźnych objawów; przyczyną niebezpieczeństwa jest właśnie to powikłanie, ten fakt, że ciąża rozwija się w macicy dotkniętej włókniakami.

Leczenie operacyjne może więc być trojaki: 1) najradkalniejsze polega na wycięciu macicy ciężarniej razem

z włókniakami; 2) wywołanie poronienia. W tym przypadku usuwa się ciążę, a pozostawia włókniaki, które po przerwaniu ciąży nie są niebezpieczne; 3) usunięcie włókniaków. Tutaj pozostawia się znowu macicę ciężarną w nadziei, że ciąża po usunięciu nowotworów przebiegać będzie prawidłowo. Każdy z tych sposobów ma niewątpliwie swoje uprawnienie, swoje wskazania i swoje zalety, nie wszystkie jednak sposoby mają tę samą wartość leczniczą. Najmnień stron dodatnich ma niewątpliwie wywołanie poronienia: postępując tą metodą poświęca się płód dla usunięcia niebezpieczeństwa grożącego matce; dzieje się to zgodnie z zapatrywaniem powszechnie w położnictwie przyjętem, że w podobnych razach życie matki ceni się wyżej, niż życie płodu. Zabieg taki jednak, ażeby był usprawiedliwiony, powinien być dla matki łagodny, i nie powinien jej narażać na znaczniejsze niebezpieczeństwo. Do rzędu podobnych zabiegów, poświęcających życie dziecka dla ratowania matki, należy wymóżdzenie żywego płodu; — operacyi téj nie odmawia nikt uprawnienia, gdyż jest dla matki zabiegiem najłagodniejszym, jaki w danych warunkach daje się zastosować. Nie można tego niestety powiedzieć o wywołaniu poronienia w przypadkach ciąży powikłanej włókniakami; przedewszystkiem samo poronienie dobrowolne jest w tych warunkach niebezpieczne, jak to wyżej wykazano; jest niewątpliwie niebezpieczniejsze, jeżeli zostało wywołane sztucznie: musi się ono przeciągać dłużej, niż dobrowolne, ztąd dłużej trwające krwotoki i większe niebezpieczeństwo ostrój niedokrewności — a nadto wobec manipulacyj w drogach rodnych, potrzebnych do wywołania poronienia, większe prawdopodobieństwo zakażenia, które tak często nawet po dobrowolnem poronieniu staje się przyczyną śmierci. Powtóre, po szczęśliwie odbytem poronieniu istnieje możność zastąpienia w tych samych niekorzystnych warunkach, a z nową ciążą grozi po raz wtóry cały szereg dolegliwości i niebezpieczeństw. Po trzecie, włókniaki, które się zostawia w nadziei, że one po przerwaniu ciąży nie będą zakłócać zdrowia, nie we wszystkich przypadkach odegrają rolę niewinnych, dobrotliwych nowotworów; mogą one bez-

pośrednio po poronieniu obumrzeć i przez rozkład grozić posocznicą, mogą zresztą i po latach stać się przyczyną groźnych objawów, a przez to dać wskazanie do ciężkiego zabiegu operacyjnego, jakim jest myomotomia. Z tych przyczyn większość autorów przemawia przeciwko wywołaniu poronienia, ograniczając wskazanie do tych rzadkich przypadków, w których żaden inny zabieg nie daje się wykonać, a wdanie się czynne jest niezbędne. I tak Hegar i Kaltenbach¹⁾ potępiają ten zabieg bezwzględnie, podobnie Pozzi²⁾, Th. Landau³⁾, Hauser⁴⁾ i inni. Nieco łagodniej wyraża się o nim Schroeder⁵⁾, który go w wielu przypadkach zaleca, oraz Meyer⁶⁾.

To, co powiedziano o sztucznem poronieniu, odnosi się w większej części również do wywołania porodu przedwczesnego. Operacja ta, narażająca matkę na te same niebezpieczeństwa co poronienie, stoi przecież od téj ostatniej o tyle wyżej, że nie poświęca wprost dziecka i daje mu choćby słabe szanse życia. Za rękoczynem tym przemawia Felsenreich⁷⁾.

Racyjonalniejszym niewątpliwie zabiegiem jest wycięcie macicy ciężarnéj razem z włókniakami (*amputatio supravaginalis uteri gravidi*). Jest on lepszym od przerwania ciąży już dla tego, że jest radykalnym. Po szczęśliwie przebytym rękoczynie nie grożą już kobiecie niebezpieczeństwa drugiej ciąży, bo kobieta stała się nieplodną, ani dolegliwości, a może i ciężka operacya, wywołana rozwojem włókniaków, bo razem z macicą pozbyła się chora i nowotworów. Pomimo tych zalet nie jestto zabieg bez zarzutu: poświęca on, wykonany wcześniej, życie dziecka i czyni kobietę nieplodną. Jak statystyka wykazuje, rękoczyn ten wykonywa się najczęściej we wczesnych miesiącach ciąży i tak w 18 przypadkach zestawionych przez Pozziego operowano 16 razy przed 6-tym miesiącem ciąży, a więc bez nadziei utrzymania życia płodu, a raz tylko (v. Ott) udało

¹⁾ l. c. — ²⁾ l. c. — ³⁾ l. c. — ⁴⁾ Hauser: *Archiv f. Gynaek.* XLI, 1891. — ⁵⁾ Ginekol. i położnictwo. — ⁶⁾ l. c. ⁷⁾ l. c.

się uzyskać dziecko żywe, dzięki zabiegowi wykonanemu z końcem ciąży. Natomiast uratowano 13 matkom życie (72·3%). Według dokładnego zestawienia Hausera wykonano dotychczas zabieg ten 24 razy, z tych 9 razy z zejściem śmiertelném, co daje procent 37·5. Cyfra to duża, nie ma jednak rozstrzygającego znaczenia z powodu małej ilości znanych przypadków. Zabieg ten ma być zdaniem autorów, którzy go wykonywali (Kaltenbach, Hofmeier) nie tylko nie trudniejszy od amputacyi w zwykłych warunkach, ale wprost łatwiejszy. Hofmeier pisze „... ist in Folge der ausserordentlichen Auflockerung der Gewebe und der erhöhten Zugänglichkeit des Operationsfeldes die technische Ausführung geradezu erleichtert“.

Niewątpliwie najpiękniejsze zadanie ma do spełnienia trzeci zabieg, o którym wyżej wspominaliśmy, to jest usunięcie włókniaków z zachowaniem macicy ciężarniej. Zalety jego polegają na tém, że mając do czynienia z wklajającymi się dwoma stanami, fizyjologicznym i patologicznym, usuwa patologiczny, t. j. włókniaki, a zostawia fizyjologiczny, t. j. ciążę. W ten sposób, wykonany nawet we wczesnych miesiącach ciąży nie wyklucza donoszenia płodu i prawidłowego porodu na czasie, nie czyni kobiety nieplodną, ale usuwając to, co było w macicy chorobowem, daje jej możność zastąpienia i donoszenia w warunkach prawidłowych. O ile po przerwaniu ciąży w przypadkach włókniaków należy się zastąpienia obawiać, o tyle po usunięciu włókniaków z pozostawieniem macicy należy go się spodziewać. Ma jednak i ten zabieg swoją ujemną stronę: pozostawienie macicy ciężarniej, zadrażnionej bądź co bądź zabiegiem operacyjnym, każe się obawiać poronienia, którego przebieg bezpośrednio po operacyi może być groźny (Martin).

Usunięcie włókniaków z pozostawieniem macicy (mówimy tu o laparotomii, nie o usunięciu polipów podśluzowych) daje się niestety tylko w rzadkich, wybranych przypadkach wykonać. Wskazaniem do tego zabiegu są przede wszystkim guzy podsurowicze, uszypułowane, w obec których operacyja ta jest równie łatwą i zrozumiałą jak

w przypadkach nowotworów jajnikowych uszypułowanych; następnie włókniaki podsurowicze szeroko osadzone, które jednak łatwo dają się wyluszczyć z macicy; niektórzy autorowie (Vogel, Frommel) posuwają się tak daleko, że chcą zabieg ten wykonywać nawet w przypadkach guzów śródmiaższowych. Frommel wygłasza zapatrywanie, że nawet wobec włókniaków śródmiaższowych należy próbować wyluszczenia, zmienić zaś plan dopiero wtenczas, kiedy się otworzy jamę macicy. Zgodnie z Landauem należy się w obec takiego śmiałego postępowania obawiać niekorzystnych wyników, z powodu poronienia, które zabieg tak energiczny musi często wzniecać.

Wyluszczenie zachowawcze nowotworów i doszczętne wycięcie macicy (*amputatio supravaginalis*) nie są zabiegami, któreby miały ze sobą rywalizować o pierwszeństwo. Dla wyluszczenia z zachowaniem macicy istnieje pewien zakres wskazań, po za który operacja ta nie może wykraczać, ale w którego granicach jest zabiegiem jedynie racjonalnym. Ten zakres wskazań stanowią włókniaki podsurowicze uszypułowane i niektóre podsurowicze szeroko osadzone, które bez wielkiego zranienia macicy dają się z niej wyluszczyć.

Przeciwnie zabieg radykalny (*amputatio*) jest wskazany przede wszystkim w obec włókniaków śródmiaższowych, w obec włókniaków podsurowiczych szeroko osadzonych mnogich, których wyluszczenie wymagałoby kilkakrotnego zranienia macicy, i w obec takich podśluzowych, które przez pochwę wyjąć się nie dają. W tych granicach zabieg radykalny, acz poświęcający dziecko, jest w swoim prawie, i w te prawa nie może wkraczać ani zabieg konserwatywny, ani przerwanie ciąży.

Tylko w tych wyjątkowych przypadkach, w których z przyczyn technicznych inny zabieg nie daje się wykonać, a ciężkie objawy zmuszają do czynnego wkroczenia, można, jak to już wyżej wspomniano, myśleć o przerwaniu ciąży.

Wobec tylu teoretycznych zalet, których nie można odmówić zabiegowi zachowawczemu, zachodzi pytanie, jaki

wyrok wydaje o nim statystyka. Z góry zastrzedz się musimy, że tego wyroku nie możemy uważać za prawomocny, gdyż ilość przypadków, którą rozporządza statystyka jest bezwarunkowo za mała. Hegar i Kaltenbach¹⁾ (1886) cytują przypadków 7, Stratz (1886)²⁾ 8, Vogel (1886)³⁾ 9, Th. Landau⁴⁾ (1891) już 17, Pozzi⁵⁾ (1892) 17, Hofmeier⁶⁾ 1892) tylko 12, obecnie zaś w literaturze (o ile mi była dostępna) znanych jest przypadków 22, do których doliczam odrazu nasz przypadek, który poniżej dokładnie opiszę, jako 23-ci. Pierwszy operację tę wykonał Péan, po nim Thornton, reszta rozdziela się jak następuje: 5 przypadków Martin, 2 przypadki Frommel, po jednym Schröder, Hegar, Studgaard, Landau, Odgen, Barnes, Gordon, Routier, Homan, Bergh, K. Braun, Kuestner i Bidder; w końcu jeden operowany był w klinice ginekologicznej krakowskiej. Z tych 23 przypadków 7 zakończyło się śmiercią (30·4%), 16 zaś korzystnie dla matki (69·6%). Z tych 16: w 7 wystąpiło poronienie bez szkody dla matki, w 9 zaś ciąża trwała do końca. Z tego wynika, że zabiegiem tym uratowano 69·6% matek, a 39·1% dzieci. Jakkolwiek statystyka ta opiera się na małej liczbie przypadków, pomimo to musi ona zachęcać do podejmowania zabiegu, który nie poświęcając życia dziecka, tak często wprost ratuje życie matki.

Przypadek obserwowany w klinice krakowskiej, a zaliczony już do powyższego zestawienia, przedstawiał się jak następuje:

R. G., lat 30, zamężna, zgłasza się do kliniki dnia 24 maja 1892 r. Miesiączkowała dawniej prawidłowo, zamężna od lat 12. Rodziła 5 razy, porody i pociąg przebiegały prawidłowo. Ostatni poród w styczniu 1891. Karmiła przez 3 miesiące. W ośm miesięcy po porodzie wystąpiła regularność raz, w cztery miesiące potem drugi raz, od 4 miesięcy chora znowu nie miesiączkuje.

Powiększenie brzucha zauważono już podczas porodu w styczniu 1891, a babka obecna przy porodzie uważała guz

1) 2) 3) 4) 5) 6) l. c.

za drugie dziecko. Guz ten rósł od tego czasu wolno, dopiero od kilku miesięcy powiększa się bardzo szybko. Przez dwa ostatnie tygodnie doznawała chora bólów w krzyżach, a przy zmianie położenia w łóżku zdaje się jęć, jakby się coś w brzuchu przewracało. Obecnie nie doznaje dolegliwości. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Badanie wykonane w dniu przyjęcia wykazuje: Osoba wzrostu słusznego, bez obrzęków koło kostek, odżywienie słabe, ciepłota i tętno prawidłowe. Sutki wiotkie, pomarszczone, żyły podskórne przeświecają. Zabarwienie obwódki ciemne, gruczoly łojowe Montgomeryego sterczące. Brodawki grube, pąkowate. Zrązy gruczolowe miernie wymacalne. Przy ucisku występuje bardzo mała ilość kleju.

Oglądanie. Brzuch nieregularnie wypuklony, więcej nad spojeniem i po stronie lewej, niż prawej. Przez powłoki zarysowuje się kilka wypukleń, jedno między pępkiem a spojeniem, najwybitniejsze na 3 palce pod pępkiem, drugie mniejsze koło pępka, wielkości małego jabłka. Nadto powyżej pępka zarysowują się jeszcze niewyraźne kontury dwóch guzów po stronie prawej i lewej. Linija środkowa nad i pod pępkiem zabarwiona, na skórze blizny poporodowe, pępek płaski. Okolice nadpachwinowe znacznie wypuklone.

Dotykane. Powłoki skórne nad guzem po stronie prawej więcej napięte, niż po stronie lewej, chude, dają się we fałd ująć i nad guzami przesuwać. Badając głębiej czuć obrzęk nad spojeniem łonowym wielkości głowy męskiej, o powierzchni gładkiej, elastyczny, jakby chleboczący; sięga on na 2 palce niżej pępka, na lewo do *spina ant. sup.*, na prawo na 3 palce od linii środkowej. Nad prawą pachwiną czuć obrzęk wsuwający się małym odcinkiem w miednicę małą, sięgający w górę aż w podżebrza, o powierzchni gładkiej, elastyczny, w dole nieco miększy niż w górze, czasem jakby jędrniejący przy dotknięciu. Na krańcu prawym guz ten jest nieco twardszy. Między temi obrzękami tuż pod pępkiem jest guzek wielkości jabłka, złączony z poprzednimi jakby szypułą. Tuż obok takż guzek ruchomy, o ścianach napiętych, elastycznych. Na lewo od pępka i w górze (w podżebrzu) znów guz wielkości dużej pięści, o tych samych cechach, co wyżej opisane. Guzy są przy dotknięciu niebolesne. Odgłos wypukowy nad guzami stłumiony, w podżebrzu lewym bębnowy. Ruchomość mała.

Wymiary. Od spojenia do pępka 20 ctm., do wyrostka nieczykowatego 39. Obwód przez pępek 94 ctm.

Badanie wewnętrzne. Wejście do pochwy szerokie, pochwa gładka, tylna ściana gorzej do sąsiedztwa przyczepiona. Część pochwowa w prawidłowej wysokości, na falangę długa, prawidłowej zbitości. Ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami po bokach; do szyi, która ku górze się ścieśnia, można koniec palca włożyć. Ruchy guza brzusznego nie udzielają się palcowi, leżącemu w szyi. Dal-szy ciąg macicy nie daje się napewne wykazać — zdaje się być w sklepieniu przednim. Przedstonek ciemno-różowy, wejście do pochwy otoczone strzępami, szerokie. Pochwa, oglądana we wzorniku, ciemno-różowa, jej tylna ściana gładka, na przedniej *columnae rugarum*. Część pochwowa sino-różowa, ujście poprzeczne bez erozyi, błona śluzowa na części pochwowej napięta. Mocz, jasny, czysty, zawiera śladzik białka. Sonda maciczna metalowa Valleixa wchodzi w prawidłowym kierunku i wykazuje, że macica jest o 12 mm. dłuższą od prawidłowej.

Rozpoznanie cierpienia wahało się między guzem jajnikowym a włóknakiem macicy. Dnia 30/V operacja. Prof. Madurowicz polecił mnie wykonanie tejże. Zabieg wykonałem przy łaskawej asystencji szefa kliniki a nadto prof. Dra Marsa, doc. Dra Bossowskiego, Dra Cerchy i Dra Światalskiego. Chorą należycie przeczyszczoną zachloroformowano. Pole operacyjne obmyto mydłem i sublimatem. Cięcie poprowadziłem w linii środkowej pod i nad pępkiem, na długość 20—24 cm. Zauważono rozstępn mięśni prostych. Po otwarciu jamy brzusznej rozpatrzono się w topografii. Nad spojeniem guz wielkości macicy w 5 miesiącu ciąży, sinawo-różowy, od którego po obu bokach odchodzą prawidłowe części dodatkowe. Jest to, jak przypuszczano, macica powiększona, gładka, miękko-elastyczna, prawie chelboczająca. Części płodowych wykazać nie można. Od dna po stronie prawej, powyżej prawej trąbki odchodzi od macicy guz; jest on w miejscu odejścia tak gruby, jak ramię mężczyzny. Zaraz za miejscem odejścia przechodzi w guz, zajmujący całą jamę brzuszną. Ma on kształt fantastyczny, jest w kilku miejscach przewężony i zdaje się składać z trzech dużych guzów (jeden nad pachwiną prawą, drugi w podżebrzu prawem, trzeci w podżebrzu lewym), na których, na krótkich szypułkach siedzą dwa mniejsze guzki wielkości małych jabłek w okolicy pępka. Ponad pępkiem po stronie lewej przyczepiona do guza w dwóch miejscach sieć o grubych naczyniach. Jeden z tych zrostów podwiązano podwójnie jedwabiem i przecięto między ligaturami, drugi szerszy pod-

jaju płodowemu. Podano opium wewnętrznie i w czopkach, w dosadnych dawkach. Koło godziny 6 wieczorem bóle, które nie okazywały żadnych cech bólów porodowych lub do poronienia, a pochodziły niewątpliwie od zadrażnienia otrzewny — przechodzą w typowe bóle porodowe z wyraźnymi skurczami macicy i pauzami. W pauzach istnieją bóle przy dotknięciu. Wśród tego część pochwowa zaczyna zanikać, a ujście rozwiera się. Godzina 10 $\frac{1}{2}$. Część pochwowa zupełnie zanikła. Godzina 11 $\frac{1}{2}$. Ujście całkiem rozwarte; jaje płodowe wypukła się do pochwy. Godzina 1 w nocy (dnia 12/VI). Całe jaje płodowe rodzi się. W czystych wodach płodowych widać płód odpowiadający rozwojem 5 $\frac{3}{4}$ m. c., żywy. Tak podczas, jak i po poronieniu żadnego krwawienia.

12/VI. Rano 37·2, 104; wieczór 38·3, 104. Połóg zaburzony lekkim krwawieniem dnia 14/VI, po którym rozpoczęły się upławy nieco cuchnące. 14/VI wyjęto z jamy macicy duży skrzep; macicę przepłukano 2% roztworem karbolu.

15/VI zauważono odleżynę w miejscu połączenia kości krzyżowej z ogonową. Przy odpowiednim leczeniu zdołano sprowadzić szybko zagojenie się odleżyny.

Leczenie zakłócone było w końcu wytworzeniem się małego ropnia w lewej tkance okołomaciczej, który do d. 27/VI wywoływał gorączkę (do 39·3). dnia 27/VI otwarty, zgoił się zupełnie tak, że chora dnia 21/VII zupełnie wyleczona opuszcza klinikę.

Przypadek dopiero co opisany ma kilka ciekawych szczegółów, na które należy zwrócić uwagę. Przedewszystkiem ciąża nie była przed operacją wcale rozpoznana, a nawet podczas operacji rozpoznanie ciąży, acz bardzo prawdopodobne, nie było jednak pewne. Nie wspominałem dotąd nie o rozpoznaniu ciąży powikłanej włókniakami macicy, ażeby na tem miejscu nad pytaniem tem dokładniej się zastanowić. Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że rozpoznanie ciąży w tych warunkach, w pierwszych miesiącach jest bardzo trudne. Lefour¹ pisze: „*Pendant les premiers temps de la grossesse, alors que des signes absolus n'existent pas, nous ne saurions trop dire, combien les erreurs sont faciles*“. Na udowodnienie tego twierdzenia przytacza cały szereg przypadków, w których ciąża powikłanej włókniakami nie rozpoznano. W jednym z tych przy-

padków Depaul sondował kilkakrotnie macicę, nie rozpoznawszy naturalnie ciąży; w kilka godzin po ostatniem sondowaniu chora poroniła. Meadows²⁾ w podobnym przypadku wykluczył na podstawie badania zgłębnikiem macicznym ciążę; w kilka dni po sondowaniu wystąpiło poronienie, a wkrótce potem śmierć. Péan³⁾, którego przypadek rozpoczyna szereg konserwatywnych myomotomij w ciąży, nie rozpoznał ciąży przed operacją. Nie rozpoznawszy ciąży przed zabiegiem operowali Rob. Barnes, Patterson, Granville, Bantock, Karstroem i Meredith⁴⁾, wszyscy radykalnie (*amput. suprav. uteri gravidi*). W jednym z przypadków ciąży powikłanej włókniakami, obserwowanych w klinice Schrödera, a opisanych przez Stratza⁵⁾, wprowadzono do macicy zgłębnik w celach rozpoznawczych i wywołano poronienie; w drugim, opisanym przez tegoż autora, nakłuto macicę trójgrańcem (rozpoznano haematometra) i w tym przypadku przyszło do poronienia.

Podobnych przykładów znalazłoby się przy dokładnem szukaniu niewątpliwie więcej, ale i te wystarczą do stwierdzenia częstości pomyłek dyagnostycznych, a co za tem idzie, trudności rozpoznania. Rozpoznanie pewne niezem nie powikłanej ciąży w pierwszych miesiącach, a więc do czasu, w którym występują objawy pewne, t. j. tętno płodu, wymacywanie części płodu i ruchów, jest niemożliwe. Bywa ono bardzo prawdopodobne wtenczas, jeżeli obok siebie istnieje cały szereg objawów t. zw. domyślnych i prawdopodobnych. Z tych największe znaczenie przypisuje się brakowi regularności, powiększeniu macicy, rozpułchnięciu i zesinieniu części pochwowój i zmianom w sutkach. W naszym przypadku nie można było przypisywać wielkiego znaczenia brakowi regularności. Chora podaje, że pierwszy raz miała regularność w 8 mies. po porodzie, drugi raz po czte-

¹⁾ l. c. — ²⁾ cyt. z Lefoura. — ³⁾ patrz Vogel l. c. —

⁴⁾ cyt. z Hausera l. c. — ⁵⁾ l. c.

rech miesiącach, a od czterech miesięcy niema regularności. Brak regularności tylko wtenczas przyczynia się do rozpoznania i ułatwia je, jeżeli przedtem miesiączka występowała w prawidłowych odstępach czasu. U osób, które miesiączkują w pauzach czteromiesięcznych, nie wzbudza kilkomiesięczny brak regularności żadnych podejrzeń.

Powiększenie macicy nie dało się skonstatować dlatego, że wobec zmienionych stosunków topograficznych uważano macicę za guz nowotworowy. Część pochwowa podczas badania była prawidłowej zbitości, jak to w przypadkach *metritis cervicalis gravidarum* się wydarza, a zesinienie części pochwowej zdawało się też za *metritis* przemawiać. W końcu zmiany w sutkach, które były nieznaczne, wydają się często w przypadkach guzów jajnikowych i macicznych, i dlatego nie zwracano na nie uwagi.

Dziwniejszem może się wydać okoliczność, że jeszcze podczas operacyi nie rozpoznano z całą pewnością ciąży. Że ją rozpoznano z prawdopodobieństwem, wynika już z tego, że macicę zostawiono. Prawie wszyscy autorowie, opisując ciążę, powikłaną włókniakami, podają, że macica była znacznie większa od nowotworów; w tem upatrują najważniejszy czynnik rozpoznawczy (Landau¹⁾). W naszym przypadku nie dało się to zużytkować do rozpoznania. Macica była wprawdzie nieco większa od włókniaków, ale nieznacznie; nowotwór wodnisto-naciekły tak dalece, że na przekroju widać było przestrzenie napełnione cieczą przesączynową, był w dotknięciu również miękki. Niemożność wybadania części płodowych w macicy, omacywaną bezpośrednio, i brak jej skurezów, przyczyniały się, jak to już wyżej zaznaczono, do chwiejności rozpoznania.

Drugim szczegółem, zasługującym w naszym przypadku na uwzględnienie, jest poronienie. Przyczyn, któreby mogły wzniecić poronienie, nie brak — szczególnie dwa zabiegi mogły łatwo stać się w tym względzie bodźcem. Mam tu na myśli badanie zgłębnikiem macicznym i zabieg opera-

¹⁾ l. c. —

cyjny, który był bądź co bądź silnym dla macicy urazem. A przecież ani sondowanie ani zabieg operacyjny, jako taki, nie wznieciły poronienia. Szczegóły historyi choroby, wyżej przytoczone, zdają się twierdzenie to usprawiedliwiać.

Co do sondowania, acz staje się ono często przyczyną wydalania jaja (Meadows, Schröder, Depaul), to przecież nierzadkie są przypadki, w których pomimo wprowadzenia zgłębnika nie przerwano ciąży. Zweifel²⁾ który z powodu błędu w rozpoznaniu sondował macię ciążarną, był na tyle szczęśliwy, że tem nie wywołał poronienia: „*es bewiesen aber einige Wochen später die fötalen Herztöne, was ich sondirt hatte*“ pisze autor. Również w wyżej wspomnianym przypadku Depaula, po pierwszym wprowadzeniu zgłębnika upłynęło 6 dni spokojnych i dopiero drugie sondowanie stało się przyczyną przerwania ciąży. W naszym przypadku upłynęło pomiędzy wprowadzeniem sondy a poronieniem dni 19, a szóstego dnia po sondowaniu wykonane badanie nie wykazywało śladu czynności porodowej. Na tej podstawie możemy śmiało twierdzić, że nie wprowadzenie zgłębnika było bodźcem do przerwania ciąży.

Więc może zabieg operacyjny? I to przypuszczenie wydaje się bardzo nieprawdopodobnem. Podczas wyluszczenia guza i podczas szycia rany macicznej nie widzieliśmy żadnych skurczów, któreby mogły być odpowiedzią na ciężki uraz, zadany macicy i zwiastunem grożącego poronienia. Dziesięć pierwszych dni po operacji nie zapowiadało przerwania ciąży: chora nie doznawała żadnych bólów, z dróg rodnych nie pojawiła się ani kropla krwi, a siódmego dnia po zabiegu, podczas pierwszego opatrunku, nie mogliśmy wy badać żadnych skurczów macicy.

Nasuwa się z konieczności pytanie: jeżeli nie wprowadzenie zgłębnika, jeżeli nie zabieg operacyjny, to co stało się przyczyną poronienia?

Przebieg leczenia pooperacyjnego zdaje się dawać na to pytanie zadowalającą odpowiedź, która brzmi: Przyczyną

²⁾ *Gynäkolog. Klinik*, 1892.

poronienia było zadrażnienie otrzewny przez naciąganie świeżych zlepów w okolicy rany macicznej, to naciąganie zaś było następstwem powiększania się ciężarnej macicy. Czy zlepy w okolicy rany macicznej istniały, na to nie mamy wprowadzić bezwzględnego dowodu, bo tego dostarczyć może tylko nekroscopia: wydarza się to jednak tak często po laparotomijach, że przypuszczenie to śmiało możemy przyjąć. Że macica powiększała się, to nie ulega najmniejszej wątpliwości; każda macica ciężarna, jeżeli płód żyje (w naszym przypadku urodził się płód żywy) musi się powiększać, zresztą stwierdziliśmy to badaniem przedmiotowym. Ten wzrost macicy zaczął naciągać świeże zlepy i dał powód do zadrażnienia otrzewny, które jedenastego dnia po operacji objawiło się bólami w okolicy rany, o charakterze bólów zapalenia omacicznego (*perimetritis*) i podwyższeniem ciepłoty. Szybko rozwinęło się ograniczone zapalenie otrzewny macicznego (*perimetritis*), które przez zadrażnienie mięśnia macicznego wywołało skurcze macicy, zakończone trzynastego dnia po zabiegu operacyjnym wydaleniem jaja płodowego.

Co bywa zwykle przyczyną poronienia po zachowawczej myomotomii i w jakim czasie po zabiegu następuje wydalenie jaja?

W 23 wyżej zestawionych przypadkach operacyjnych wystąpiło poronienie 9 razy. W jednym przypadku (H o m a n n) nie znalazłem daty poronienia — w 8 zaś innych rozdzielają się daty jak następuje: w 1-nym przypadku (M a r t i n) poronienie wystąpiło wieczorem w dniu operacji, w 1 przyp. (P é a n) nazajutrz po zabiegu, w 1 (M a r t i n) 3 dnia, w 1 (M a r t i n) 4 dnia, w 1 (O d g e n) 12 dnia, w 1 (nasz) 13 dnia, w 1 (M a r t i n) 17 dnia, zaś w przypadku K u e s t n e r a w 2½ tygodnie po operacji. W czterech pierwszych przypadkach poronienie wystąpiło między 1 a 4 dniem, w czterech ostatnich między 12 a 18 dniem po zabiegu. Liczby te na pierwszy rzut oka są uderzające i nasuują na myśl przypuszczenie, że w pierwszych czterech przypadkach poronienie było następstwem urazu operacyj-

nego, zaś w ostatnich przyczyna przerwania ciąży mogła być podobna, jak w naszym przypadku. Ale i w tych przypadkach zabieg stał się pośrednio przyczyną poronienia, z czego wynika, że dopiero po upływie kilku tygodni po operacji możemy być spokojni o los płodu rozwijającego się w macicy, względnie o los matki.

Na pytanie, czy w naszym przypadku zabieg był wskazany, możemy śmiało odpowiedzieć twierdząco; wszak mówiąc o wskazaniach na pierwszym miejscu wymieniliśmy szybki wzrost guza (p. w.), o którym nasza chora tak wyraźnie w wywiadach wspomina, a który wobec dużych rozmiarów guza mógł łatwo spowodować ciężkie i groźne następstwa.

Spełniam w końcu miły obowiązek, dziękując czcigodnemu mojemu szefowi prof. Drowi Madurowiczowi tak za łaskawe odstąpienie operacji, jak i za pozwolenie ogłoszenia niniejszego przypadku.



