



Przypadek wady rozwojowej macicy

(Laparotomia, amputacja rogu)

podał

Dr. Aleksander Rosner

Docent Uniw.

DAR
Prof. Dra J. Zubrzycki

Pacjentka, której historię mam zamiar opowiedzieć, już od 16 lat jest wierną klientką kliniki, i niewątpliwie Panom, którzy byli w klinice asystentami, musi być znana.

Pierwszy raz zgłosiła się do kliniki 15 listopada 1880 r. Anamneza jej była wówczas następująca: Z. D. l. 19 wolna. Nigdy nie rodziła, ani nie ronila. Przed miesiącem pierwszy raz w życiu miesiączkowała, poczem miesiączka powróciła po raz wtóry przed tygodniem.

Podczas tej miesiączki chora tańczyła całą noc i piła napoje wyskokowe, poczem wystąpiły silne bóle w dole brzucha i w krzyżach, parcie na mocz przy utrudnionem i bolesnem oddawaniu tegoż. Nadto krwawienie trwa i nie ustaje.

Stan obecny: Indywiduum dobrze odżywione; tętno spokojne, ciepłota nie podwyższona. Brzuch lekko wzdęty, powłoki miernie tłuste, napięte. Nad spojeniem kości łonowych czuć guz chelboczący, jajowaty, w środku brzucha ułożony, sięgający na 2 palce poniżej pępka. Odprowadzono około litr moczu jasnego, przyczem opisany guz ustąpił.

WP R 822p 1897/s

Z-139873

140 00 33 4

Akc. z l. 2024 nr 163

Odgłos wypukowy nad spojeniem kości łonowych bębnowy. Wejście do pochwy wąskie, pochwa miernie szeroka, pomarszczona. Na około ujścia pochwowego błona dziewicza. Część pochwowa zanikła; drobna, zbaczająca na prawo, tak, że prawie przylega do prawej ściany pochwowej. Ujście zewnętrzne przedstawia dołek drobny, wielkości grochu o brzegach gładkich. Sklepienie lewe wypukłone przez guz chęlboczący, elastyczny, niewyraźnie odgraniczony. Palec wyjęty słuzem pokryty. Wprowadzając palec do rectum, czuć wyraźnie guz chęlboczący, zajmujący ku górze prawą i lewą stronę miednicy. Guz ten jest elastyczny, palcem obejść się nie daje, ani wysunąć ku górze. Powierzchnia guza nierówna, nierówności wielkości śliwki giną przy ugniataniu Rectum przechodzi po za guzem ku górze.

We wzierniku widać drobną część pochwową. Z ujścia wydobywa się śluz krwawy.

Rozpoznano: *Haematocele retrouterina sin.*

Zalecono bezwarunkowy spokój, okład wysechający, morfin.

W pierwszych dniach chora użala się na znaczne bóleści w brzuchu, nie może spać, tak że musiano jej podawać na noc i w nocy morfin.

25. XI. Chora ma się lepiej, bóle ustąpiły.

20. XI. Zalecono smarowanie okolic nadpachwinowych *cum Tinctura jodi.*

15. XII. Przy badaniu okazało się, że guz skutkiem *Haematocele retrouterina* powstały ustąpił; macica jest ruchoma, w tylnem sklepieniu na tylnej ścianie macicy znajduje się guz wielkości dużego orzecha laskowego, który jako pozostałość powyższego cierpienia uważać należy. Zalecono *globuli cum kalio jodato in vaginam.*

29. XII. Pomieniony guzek w tylnem sklepieniu już nie istnieje; sklepienia wszystkie wolne; macica dziewicza wolno poruszalna. We wzierniku pochwa zaczerwieniona, słuzem pokryta, z drobnego ujścia części pochwowej wydobywa się śluz ropiasty. Zalecono wstrzykiwania dwa razy dziennie *cum Plumbo acet. bas.*

3. 1. 1881. Rozszerzono szyjkę macicy rozszerzadłem Ellingera i błonę śluzową wylapisowano. Nadto polecono dalej wstrzykiwania *cum Plumb. acet. bas.*

11. I. Przy badaniu okazuje się tylko śluzowa przezroczysta wydzielina z ujścia zewnętrznego macicy. Pochwa lekko zaczerwieniona i skąpą wydzieliną pokryta. Zalecono jej w domu używanie wstrzykiwań *cum Plumb. acet. bas.* i tegoż dnia opuściła klinikę.

Rozpoznano wówczas *Haematocoele retrouterina sinistra.*

Drugi raz przyjęta została do kliniki dnia 7/IV. 1881 i leżała aż do 17/VII, poczem przeniesiona została do Szpitala. Miała ona wówczas bardzo silne bóle. Stanu obecnego wówczas nie spisano, natomiast pod datą 25/IV znajdujemy następującą notatkę: „okazało się, że guz krwawy znachodzący się w przednim sklepieniu ustąpił zupełnie, (tu śp. prof. Madurowicz dopisał własnoręcznie „nie było!“, co odnosi się niewątpliwie do guza krwawego w przednim sklepieniu“) część pochwowa znacznie skłęśła guzy w prawem i tylnem sklepieniu stały się płaskimi. Sklepienie wyżej ustawione“.

Pod datą dnia 11/V znajdujemy następujący zapissek: „nadszedł okres miesięczkowy, na który chora nie zważając zupełnie, wyszła do ogrodu i poczęła wychodzić na mur, chcąc się muzyce przysłuchać. Teżte nocy zaraz wystąpiły gwałtowne bólesci u chorej w dole brzucha w połączeniu z uczuciem parcia ku dołowi. Badanie wykazało wzrastający guz w tylnem sklepieniu. Okłady zimne na brzuch. Aż do 22/V. bólesci trwają bezustannie, zwalczane tylko silnemi dawkami morfinu, wstrzykiwano bowiem dwa razy dziennie a nawet i trzy razy po 3 do 4 centigramów alkaloidu.“

W czasie tym guz krwawy w tylnem sklepieniu wzrastał bezustannie, tak iż wypełniał całą niemal miednicę małą wznosząc się w głębi na szerokość ręki ponad spojenie kości łonowych. Pochwa przylegająca do spojenia łonowego. Macica przesunięta ku górze i ku przodowi tak, że drobna część pochwowa znachodziła się w wysokości górnego brzegu spojenia kości łonowych. Parcie na mocz. Ilość moczu nasyczonego bardzo skąpa. Oddawanie stolców bolesne.

W ostatnich dniach przed 22/V bóle acz są znaczne, nie wzmagają się.

22/V. Nagle wystąpiły odchody czerwone zawierające starą krew. Chora doznała znacznej ulgi w brzuchu, boleści ustąpiły. Odchody w pierwszym dniu najobfitsze utrzymywały się przez trzy dni obficie, poczem coraz skąpsze przeszły w odchody śluzowo-ropiaste. W miarę odpływających odchodów, guz w tylnym sklepieniu zmniejszał się wciąż a temczasem i organa przesunięte poczęły wracać w swe dawne położenie.

2/VI. Przy badaniu okazało się, że część pochwowa gruba od strony lewej mocno obrzmiała, tak, że ujście jest zwróconem ku stronie prawej, stoi znacznie niżej, niemal w osi miednicy. W tylnym sklepieniu czuć guz rozlany niewyraźnie, odgraniczony, niezbyt bolesny.

I za tym drugim pobytem w klinice rozpoznanie *haematokele retrouterina* pozostało niezmienione.

Po raz trzeci znajdujemy jej nazwisko w księgach klinicznych w r. 1883. Przez blisko pięć miesięcy, bo od 19/II. do 16/VII. leżała wówczas w klinice.

Do tego zgłoszenia się do kliniki skłoniła ją ta okoliczność, że podczas ostatniej regularności myjąc podłogę dostała silnych bólów w jamie brzusznej i w krzyżach. Badanie wykazało wówczas w miednicy małej po stronie lewej „tumor elastyczny, nieruchomy, chęlboczący“, który przesunął widocznie część pochwową na prawo, tak że palcem dosięgnąć jej nie było można. W kwietniu zaczęła się wydobywać z pochwy cuchnąca ropa, a badanie wzornikiem pouczy, że ropa ta sączy się z ujścia zewnętrznego macicy, obecnie już dostępnego. Odpływ ropy przyspieszało się przez ucisk na opór lewą połowę miednicy zajmujący. Ten odpływ cuchnącej ropy trwał aż do końca obserwacji. Ówczesne rozpoznanie brzmiało: *abscessus periuterinus sinister*, z przebicciem do macicy.

Przed 9-ma laty chora wyszła za mąż, potem raz rodziła i raz rodziła prawidłowo.

W zeszłym roku zgłosiła się po raz czwarty do kliniki, gdzie rozpoznano zmiany w częściach dodatkowych i w tkance omaciczej lewej.

W końcu po raz piątą przyjętą została dnia 27 listopada 1895. Silne bóle w krzyżach odnoszono wówczas do nacięku jaki znaleziono po lewej stronie obok macicy. Dolegliwości były tak silne, że musiano się niekiedy uciekać do iniekcji podskórnych morfinu. Dopiero dnia 17 lutego 1896 przystąpiono po badaniu w nśpieniu chorej i wtedy wybadać było można bez trudności, że macica składa się z dwóch, aż po szyję od siebie oddzielonych rogów i że części dodatkowe po stronie lewej są chorobowo zmienione.

Dnia 21/II przystąpiono do laparotomii, którą mój szef Profesor Jordan był łaskaw mnie odstąpić. Po otwarciu jamy brzusznej spostrzeżono, że macica składa się z dwóch rogów, z których prawy przedstawia się prawidłowo, lewy jest mniejszy ale grubszy i twardszy. Od niego odchodzi trąbka rozszerzona, zamknięta i czystym płynem surowiczym wypełniona, z otoczeniem zrośnięta. Jajnik tej strony leży w zrostach. Po stronie prawej części dodatkowe zdrowe. Przystąpiono do amputacji rogu lewego wraz z częściami dodatkowymi. W tym celu po oddzieleniu tych zrostów podwiązałem przedewszystkiem tętnice (*spermatica* i *uterina*). Tętnicę maciczną po przecięciu błaszki przedniej szerokiego więzu wyosobniłem i *in continuitate* podwiązałem. Potem ligaturami katgutowymi podwiązałem całe lewe więzadło szerokie i przystąpiłem do właściwej amputacji. Była ona o tyle dwuczasową, że utworzyłem nasamprzód dwa manszety otrzewnowe a potem klinowo wyciąłem chory róg macicy. Jeden szew katgutowy zapuszczono w głąb, drugim złączono brzegi manszetów otrzewnowych. Krwawienie dzięki podwiązaniu uprzedniemu dużych tętnic było minimalne.

Dodać należy, że i podczas operacji stwierdzono twardy naciek w lewym *parametrium*, który może odpowiadać wypocinie zapalnej lub nowotworowi.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Dnia 3 marca zmiana opatrunku. Dnia 11 marca chora zaczyna

wstawać, dnia 17 marca opuszcza klinikę. Bóle nie ustąpiły jeszcze całkowicie, są jednak znacznie słabsze, tak, że chora obchodzi się bez narkotyków.

Ten wynik badania w uśpieniu potwierdzony podczas zabiegu operacyjnego zmuszał nas do zadania sobie pytania, czy rozpoznania kliniczne z przed lat kilkunastu nie były mylne i czy jej ówczesne cierpienie nie dałoby się wytłómaczyć istnieniem wady rozwojowej i jej następstwami. Otóż, choć takie retrospektywne rozpoznawanie natrafia na pewne trudności, jednak są mojem zdaniem w przytoczonych historiach chorób podstawy, które nam każą poprzednie rozpoznania w świetle nowego tego odkrycia podać w wątpliwość. Że chora miała wadę rozwojową, której nie rozpoznano, jest rzeczą pewną.

Wszystko przemawia za tem, że od okresu pokwitania tylko prawy róg macicy funkcjonował należycie, lewy był od samego początku źródłem wszystkich jej długoletnich dolegliwości. Z prawego rogu odchodziła się miesięczka prawidłowo — w prawym była ciąża, podczas gdy lewy był siedzibą haematometrii a potem pyometrii. Przypomnijmy sobie raz jeszcze niektóre ważniejsze momenta jej chorób. Jako młoda 18-letnia dziewczyna już podczas drugiego okresu zaczęła doznawać silnych bólów w dole brzucha i krzyżach. Wówczas stwierdzono „wrażnie odgraniczony” guz na lewo od macicy. „Część pochwowa zanikła, drobna, zbaczająca na prawo tak, że prawie przylega do prawej ściany pochwowej”. Guz był wtedy tak duży (sięgał na 2 palce poniżej pępka), że gdyby w rzeczywistości odpowiadał czystemu krwistekowi zamacicznemu, musiałaby być pacjentka popaść w niedokrewność, o czem historia choroby ani wtedy, ani w ogóle nigdy nie wspomina. Przeciwnie ułożenie tumoru na lewo od macicy, silne bóle w brzuchu i w krzyżach, brak gorączki, brak w ogóle, prócz bólów, objawów zapalenia otrzewny, powstanie cierpienia wśród regularności, wszystko to przemawia za tem, że już wtedy w niedokształconym lewym rogu była *haematometra*. Rozpoznanie to mogłoby spotkać ten zarzut, że guz był za duży

i że po jednej do macicy wylanej miesiączce, nie mogłaby się była macica tak dalece powiększyć. Na to odpowiedzieć można, że przedewszystkiem nie da się wykluczyć, że już miesiąc przedtem przy pierwszej menstruacji zaczęła się gromadzić krew w macicy, co się dziać mogło bez znaczniejszych bólów, a powtórne dno guza sięgać mogło już po jednej obfitej miesiączce stosunkowo wysoko w obec tego, że ani pochwa ani szyja nie była krwią wypełniona, tylko sama jama trzonu.

Dalej, stosunkowo bardzo szybkie ustąpienia guza i wszelkich objawów chorobowych przemawia za tem, że krew niepostrzeżenie wylała się z macicy, gdyż już w miesiąc po przyjęciu chorej, z całego dużego, napiętego guza pozostał guzek wielkości dużego orzecha laskowego, na tylnej ścianie macicy leżący, który mógł odpowiadać właśnie lewemu rogowi macicy już wypróżnionemu.

Kiedy chora była za drugim zawodem w klinice, przebieg cierpienia jeszcze wyraźniej przemawiał za rozpoznaniem haematometra. Znowu wśród miesiączki zaczął rósć guz krwawy. Przez jedenaście dni trwał jego wzrost wśród widocznie niezwykle silnych bólów, skoro trzeba było podawać bardzo duże dawki morfinu podskórnie.

Po tych jedenastu dniach nagle zaczęły odpływać odchody „zawierające starą krew“ i „w miarę odpływających odchodów guz w tylnym sklepieniu zmniejszał się wciąż“ i bóle ustąpiły w zupełności. Za trzecim pobytem stosunki zmieniły się o tyle, że guz, który między drugim a trzecim pobytem w klinice znowu się wytworzył, zawierał nie krew tylko cuchnącą ropę. Ropa ta zaczęła potem odpływać przez ujście zewnętrzne macicy, a odpływ przyspieszano przez ucisk na guz.

Zdaje mi się, że te wszystkie objawy w świetle nowej naszej dyjagnozy można ocenić w ten sposób. Róg lewy macicy nie zupełnie doksztalcony był w miejscu, gdzie przechodził w kanał wspólnej szyi tak wązki, że krew miesiączkowa tylko z pomocą bardzo silnych skurczów macicy mogła przezeń wypłynąć. Być może, że przy pewnem zagięciu

tego rogu, kanał idący do szyi stawał się zupełnie niedrożnym. Tem tłómaczyć by można fakt, że chora czasami dostawała haematometry, która przy silnych i bardzo bolesnych skurczach wylewała się na zewnątrz, jak to miało miejsce 22 Maja 1881 r. Ponieważ była komunikacja między jamą tego rogu zawierającą krew, a światem zewnętrznym, przeto przyszło do zakażenia i rozkładu tej krwi i wytworzyła się *pyometra*, można dodać *profluens*, która trapiła chorą w 1883 r. Prawdopodobnie w czasie kiedy krew gromadziła się w macicy powstała i *haematosalpinx*, która po kilkunastu latach przeszła w *Sactosalpinx serosa*. Dokoła tej trąbki potworzyły się zrosty.

Oto tłómaczenie objawów pierwiej spostrzeganych, które były tak dalece niejasne, że nie były w stanie umożliwić rozpoznania. Za ostatniem pobytem chorej w klinice rozpoznano przed zabiegiem dzięki zastosowaniu uśpienia chlороformowego zatrzymanie krwi miesięczkowej w macicy dwurożnej, i mam to przekonanie, że tylko dzięki tej narkozie i temu szczegółowi, że róg ten nie był zamieniony na wielki guz, który w czasie poprzednich pobytów chorej w klinice zacierał w wysokim stopniu stosunki topograficzne, można było stan ten należycie rozpoznać. Tych słów kilka wystarczy, ażeby się ochronić przed zarzutem, jakoby miał trąfność poprzednich rozpoznań w sposób ujemny krytykować.

