

O FRANCUSKIEJ METODZIE
WYCINANIA MACICY PRZEZ POCHWĘ

Z TRWAŁĄ KLESZCZOWĄ HEMOSTAZĄ NASTĘPOWĄ.

NAPISAŁ

Dr Prof. dra J. Zubrąys

DR. ZIEMIŃSKI
PRYMARYSZ.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie i w Sekeyi lwowskiej Tow. lek. galic. w Lipcu i Grudniu 1895).



W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1896.

O FRANCUSKIEJ METODZIE
WYCINANIA MACICY PRZEZ POCHWĘ

Z TRWAŁĄ KLESZCZOWĄ HEMOSTAZĄ NASTĘPOWĄ.

NAPISAŁ

DR. ZIEMBIŃSKI
PRYMARYUSZ.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie i w Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. w Lipcu i Grudniu 1895).



W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1896.

1365711240

WP 26320 1896

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1896. Nr. 3—6, 12—14.

2-139130

Akc. zI. 2023...nr. 597



Der Prof. dra J. Zubrzyckiego

O francuskiej metodzie wycinania macicy przez pochwę z trwałą kleszczową hemostazą następową.

Podał

Prymaryusz Dr. Ziembicki.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie i w Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. w Lipcu i Grudniu 1895).

I.

Sprawa wycięcia macicy rakowatej weszła na porządek dzienny chirurgii współczesnej dopiero w roku 1878., kiedy A. Freund podał swój sposób operowania za pomocą cięcia brzuszego. Atoli olbrzymia, bo 75% sięgająca śmiertelność, odstraszyła od tego postępowania i już w roku 1879. trzech mistrze: Czerny, Billroth, Schede stworzyli metodę pochwową, która odrazu okazała się jako znacznie mniej niebezpieczna.

Od tej chwili operacya ta zyskała w chirurgii prawo obywatelstwa i tysiące kobiet zawdzięcza jej, jeżeli nie uzdrowienie, to przynajmniej na krótszy lub dłuższy czas trochę nadziei i uchylenia najgorszych przypadłości raka, mianowicie: krwotoków lub wstrętnych upławów.

Skoro zaś nie możemy uchronić kobiety od prawie nieuniknionego nawrotu, to tem bardziej dbać musimy, aby zabieg operacyjny był jak najdokładniejszy technicznie, bezpieczny i szybki. Ztąd pochodzi cały szereg ulepszeń wpro-

wadzonych w ciągu lat przez Olshausena, Schroedera, Mikulicza, Hofmeiera, Chrobaka, Rydygiera, Müllera i innych.

Główne zasady tej metody są powszechnie znane. Polegają one na zakładaniu szeregu podwiązek, mających na celu zapobieganie krwawieniu podczas i po operacji i zarazem stopniowe uwalnianie macicy z jej organicznych połączeń: pęcherza, więzadeł i otrzewnowych fałdów.

Ściąganie zaś macicy ku dołowi i wywracanie jej przez zatokę Douglasa, lub idąc za Czernym i Fritschem przez otwór przodkowego sklepienia, są to rękoczyny pomocnicze, dzięki którym ułatwia się znacznie i skraca przebieg całej operacji.

Najważniejszym czynnikiem tej metody, bez którego kroku prawie zrobić nie można, są więc podwiązki i dlatego celem ułatwienia dalszego wykładu, nazwę ten sposób operowania *metodą podwiązkową*.

Ogromna większość chirurgów hołduje jej po dziś dzień i ja także byłem jej wiernym do końca roku 1893., stósuując ją z konieczności w mniej więcej 30 przypadkach. Zdawało mi się jednak zawsze, że technika pozostawia wiele do życzenia, że jest za mało typową i że wykonanie jej natrafia na różne trudności, nawet (jak to naocznie stwierdziłem), w rękach takich operatorów, jak Schede, Mikulicz i Billroth. Widziałem kilkakrotnie pasowanie się pierwszorzędných chirurgów z oporną macicą godzinami a bywał to często widok formalnie wstrętny. Zwiększone poprzecznych rozmiarów macicy a szczególnie zniszczenie lub niezwykła kruchość części pochwowej, dalej, krótkość lub nacieki więzadeł stanowiły przeszkody, prawie zawsze wprowadzając w pocie czoła pokonywane, ale z wysiłkiem często nadludzkim, wśród rwania się lub zesuwania się podwiązek, krwawienia w różnych okresach operacji i truchlenia o losy pęcherza lub moczowodów. Wreszcie, gdy macica raczyła się wysunąć, nieraz można było stwierdzić, że podwiązki leżą wśród chorych tkanek wiąza-
deł.

Rzecz jasna, że kreśląc ten ponury obraz, miałem na myśli przypadki rzeczywiście trudniejsze, których jednak w praktyce szpitalnej liczba jest dotychczas przeważająca.

W korzystniejszych stósunkach rzadko kiedy operacya trwała poniżej trzech kwadransów; przy piętrzących się zaś trudnościach trwać mogła godzinę, dwie godziny, lub więcej. Nie przesadzam nic; taki Péan po 4 godzinach szamotania się nie może rękoczynu dokończyć metodą „podwiązkową“ i 21. Sierpnia 1885. zostawia z konieczności kleszcze na wiązadłach szerokich. Chora umiera 3-go dnia i Péan rok jeszcze wiąże jedwabiem.

Myśl używania kleszczy była już jednak poruszoną przez Spencer-Wellsa w 1882. a praktycznie zastosowana ze skutkiem dodatnim przez jego ucznia, E. Jemininga w 1885. Ale dopiero Richelot zdołał ująć sprawę w należyte ramy i z całą dokładnością na posiedzeniu Akademii 13. Lipca 1886. opisał metodę polegającą głównie na tem, że kleszcze miały odtąd objąć rolę hemostazy stałej i ostatecznej w zamian za dotychczasową rolę chwilowego zapobiegania krwawieniu. Można więc powiedzieć, że dnia tego kleszcze wyrugowały podwiązki z chirurgii francuskiej, gdyż ogół francuskich chirurgów przejął się następnie myślami, techniką i taktyką Richelota ¹⁾. Metoda jego wypróbowana w tysiącach przypadków, okazała się świetną i dodam zaraz, obfitą w dalej idące zastosowania, bo już nie tylko przy raku, ale także dzięki pracom Péana, dla niedostępnych dotąd przez pochwę różnych chorób części dodatkowych, jakoteż włókniaków macy.

Wprowadzenie kleszczy umożliwiło t. zw. kawałkowanie (*morcellement*).

Zachęcony licznymi sprawozdaniami francuskimi, postanowiłem rzecz zbadać u źródła i z końcem roku 1893. udałem się do kolegów i przyjaciół moich, profesorów Riche-

¹⁾ Richelot: Manuel opératoire de l'hysterectomie vaginale. Archives générales de Médecine. Juin et Juillet 1893.

lota i Segouda w Paryżu, Dra Doyena w Rheims, którzy uzyskali każdą sposobność, by mię z nową metodą w różnych stósunkach zaznajomić.

Przyznaję, że byłem odrazu podbity i przekonany. Z powrotem zaś do kraju, t. j. od początku 1894. inaczej już nie operowałem.

Nim jednak przedstawię statystykę swoją, nieliczną, bo z 25 przypadków się składającą, ale wymowną, bo nie obarczoną ani jednym przypadkiem śmierci, będącym w związku z operacją, chcę skreślić szczegółowo postępowanie Doyena, który wprowadził ogromne uproszczenie i ulepszenie do metody Richelota a którego technika wydaje mi się na razie ostatniem słowem doskonałości.

Postępowanie Doyena.

Kilka słów o potrzebnych narzędziach chirurgicznych:

1) Niezbędne są kleszcze dwojakie, mianowicie: kleszcze uciskające (uciskadła)¹⁾ i kleszcze pociągowe.

Uciskadła przeznaczone są dla wiązań szerokich, celem zupełnego zatrzymania obiegu krwi. Ramiona ich są elastyczne, żłobione wzdłuż ściany wewnętrznej, lekko wypukłe na zewnątrz, prostujące się zaś i szczelnie dotykające w całej długości przy ściąganiu zamknięcia zębatego (*cremaillère*). Potrzebna jest jedna para wielkich kleszczy długości 28 cm. i jedna małych t. zw. rezerwowych, długości 21 cm., wyrobu znacznie delikatniejszego.

2) Kleszcze pociągowe długie, silne, lecz zgrabne, zakończone dwoma ostrymi zębami na każdym ramieniu i zaopatrzone przy rękojeści zamknięciem także karbkowanym (*cremaillère*). Długość narzędzia wynosi 24 cm. Niezbędnem jest mieć ich przynajmniej sześć sztuk.

¹⁾ Fabrykant instrumentów chirurgicznych, Georgeon we Lwowie wyrabia je wedle wzorów paryskich z największą dokładnością.

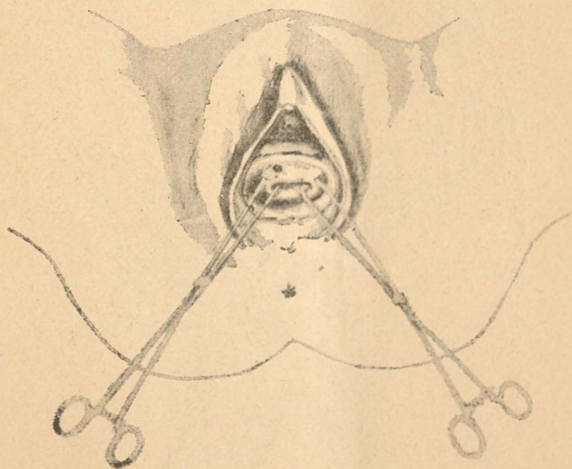
Dla wszystkich innych instrumentów jak łyżek, odchylaczy, nożyc i noży, podał wprawdzie Doyen własne modele, lecz można je łatwo zastąpić podobnemi narzędziami, które są w codziennem użyciu ginekologicznem.

Technika operacyi¹⁾.

Przygotowanie chorej i pola operacyjnego jak zwykle. W razie potrzeby dla rozszerzenia pochwy, balon Gariela o powietrzu ściśnionem przez 48 godzin. Ułożenie grzbietowe, wałek pod kością krzyżową, nogi wysoko podniesione.

Akt I. Operator ściąga macicę chwytając ujście na prawo i lewo kleszczami pociągowemi. Pierwsza ta para kleszczy ma pozostać na miejscu aż do końca rękoczynu.

Fig. 1.



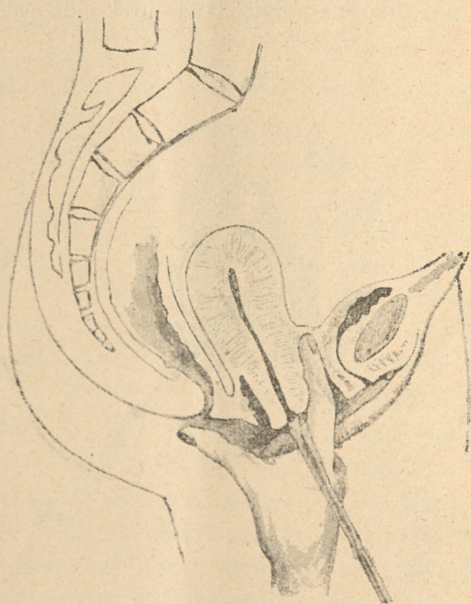
Podczas gdy macica jest w ten sposób do sromu zbliżoną, okrawamy silnemi nożycami błonę śluzową pochwy

¹⁾ Doyen: W Archives provinciales de Chirurgie 1. Decembre 1892.

na około szyjki w fałdzie uwidoczniającym przejście błony na sklepienie i pogłębiamy cięcie koliste tak samo, jak przy każdej metodzie aż do ściany macicy.

A k t II. Palcem wskazującym prawym odlepamy pęcherz i usuwamy go wraz z moczowodami ku górze. Zakładamy łyżkę Simona w tylne sklepienie i podczas kiedy kleszczami pociągowymi asystent unosi szyjkę ku spojeniu łonowemu, otwieramy zatokę Douglasa i otworzywszy ją, rozszerzamy otwór lewym i prawym wskazującym palcem aż do podstawy szerokich wiązadeł. W otwór ten wkładam zwykle kompresik z gazy wyjąłowanej.

Fig. 2.



Doyen przebija najczęściej palcem zatokę zaraz po okrojeniu pochwy i odlepia w danym razie zrosty tylnej ściany macicy jeszcze w akcie I. bez pomocy łyżki tak, że się nie widzi i nie wie, że tylny załom otrzewny jest już otwarty.

A k t III. Zakładamy krótki wziernik pod spojenie łonowe, ściągamy ujście i kolankowemi nożyczkami przecinamy

Fig. 3.

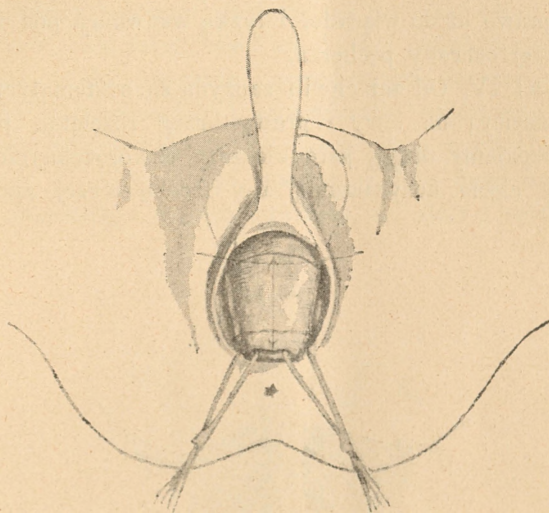
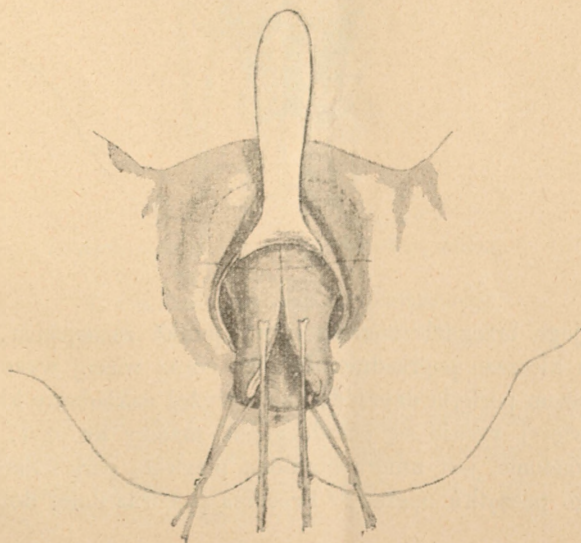


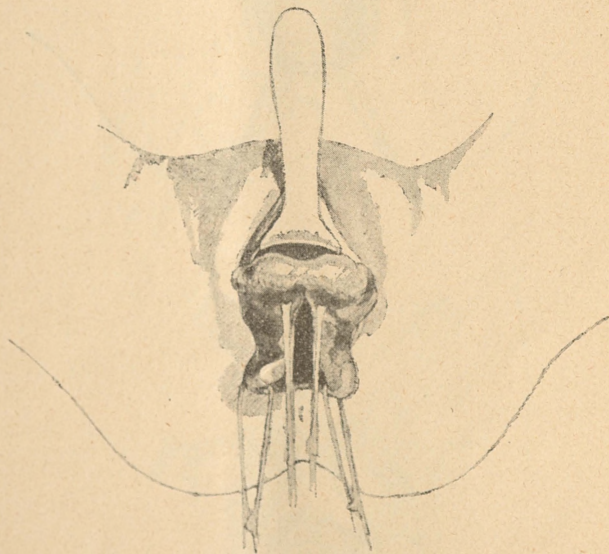
Fig. 4.



z dołu do góry przednią ścianę nasamprzód szyjki a potem części nadpochwowej macicy. Za pierwszym lub drugim cięciem nożyczek spostrzegamy, że nie szukając go prawie, utworzyliśmy przedni załom otrzewny; rozszerzamy otwór na lewo i prawo aż do wiązań i łyżkę wsuwamy pod otrzewną dla lepszej ochrony pęcherza.

Akt IV. Od tej chwili zaczyna się systematyczne ściąganie macicy; na lewy i prawy brzeg rozciętej, przedniej ściany wpajamy drugą parę kleszczy czworozębnych i przedłużamy cięcie nożyczkami, aby trochę wyżej znowu tuż

Fig. 5.

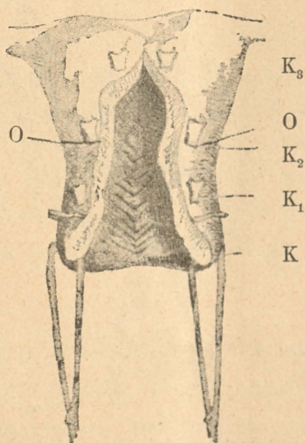


przy jego brzegach znaleźć nowy punkt zaczepienia, zdejmując kleszcze poprzednie. Macica coraz więcej wysuwa się a zarazem pochyla naprzód; czem wyżej zakładamy kleszcze, tem więcej rysuje się przodozgięcie macicy ku szyi, która, jak wiadomo, jest unieruchomioną pierwszą parą kleszczy od samego początku operacji. Przecinając coraz dalej dostajemy

się kleszczami, jak po szczeblach drabiny aż do dna macicy i już widzimy, jak z największą łatwością przy średniej wielkości a za pomocą ruchów wahadłowych przy większych rozmiarach wytacza się cały organ, zgięty prawie we dwoje na zewnątrz szpary sromnej. Dotychczas nie straciliśmy jednej łyżeczki krwi, nie założyliśmy ani jednej podwiązki ani jednego péana. Fakt ściągania i przodozgięcia macicy wystarczył, ażeby przeprowadzić i zabezpieczyć najgruntowniejsze zatrzymanie obiegu krwi wśród całego pola operacyjnego.

A k t V. Aby wyciąć macicę, należy teraz zamienić stósunki chwilowego zastoju krążenia na stałe i ostateczne.

Fig. 6.



Schema macicy z przeciętą przednią ścianą.

O. Fald otrzewny.

K. Pierwsza para kleszczy pociągowych.

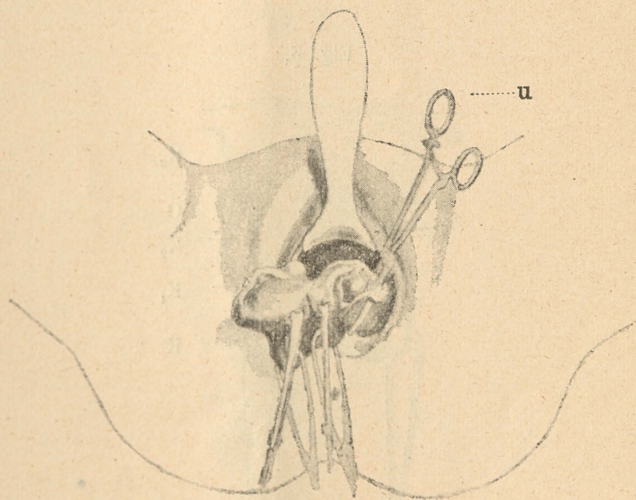
K₁ K₂ K₃ Serya dalej postępujących kleszczy.

Podczas gdy lewy palec wskazujący przesuwają się poza szerokie więzadło lewe i po drodze bada, czy nie wysunęła się jaka pętla kiszek, ujmujemy prawą ręką z góry na dół

wielkiem uciskadłem więzadło szerokie lewe, na zewnątrz od trąbki i jajnika i ściągamy zamek jak najdokładniej aż na ostatni ząbek.

Tak samo postępujemy z prawej strony macicy i w należytem oddaleniu wzdłuż kleszczy uciskowych, stojących teraz pionowo a równolegle ze sromem, odcinamy macicę wraz z trąbką i jajnikiem. Dla większego bezpieczeństwa zakładamy tuż obok wielkich uciskadeł na wewnątrz czyli na parę milimetrów przed nimi kleszcze rezerwowe mniejsze.

Fig. 7.



Macica wytoczona w przodozgięciu; *u* założenie pionowe uciskadła na szerokie więzadło.

Z chwilą odcięcia macicy pochylamy wszystkie cztery uciskadła i wprowadzamy je do pochwy.

Operacja jest skończona.

O p a t r u n e k.

Założenie łyżki tylnej i przedniej, oczyszczenie całego pola operacyjnego wyjąłwionymi wacikami, lekka tampo-

nada pochwy, dobre wyścielenie szpary sromnej, aby ją uchronić od ciężaru kleszczy i możliwej odleżyny. W łóżku zabezpieczenie wysterczających uciskadeł podkładami waty, bandaż na brzuch; wypuszczanie moczu jak zwykle.

Wyjęcie kleszczy.

Mniejsze uciskadła wyjmujemy po 24 godzinach, większe po 48. W kilkunastu przypadkach uczyniłem to już po 36 godzinach, ale dowiedziawszy się od prof. Richelota, że raz nastąpił krwotok z powodu wcześniejszego puszczenia kleszczy, trzymam się cyfr wyżej podanych. Zwykle chore dobrze znoszą ten silny ucisk, niektórym jednak należy wstrzyknąć raz lub 2 razy morfinę i wkrótce bóle ustają.

Zmiana opatrunku.

Gazę wyjmować należy 4. dnia a od 7. dopiero lekko przepłukiwać pochwę; w drugim tygodniu zaczynają się oddzielać części nekrotyczne więzadeł a temperatura wieczorna zwykle się podnosi do 38°. Codzienna zmiana opatrunku i przepłukanie, gaza maczana w glicerynie jodoformowej.

Chore wstają w trzecim tygodniu a na początku piątego opuszczają szpital.

Trudności napotykane podczas operacyi.

W każdym akcie możemy natrafić na pewne przeszkody.

Jeżeli część pochwowa jest bardzo zniszczoną lub kruchą, kleszcze pociągowe zrywają i nie możemy wykonać dość pewnego zaczepiania i ściągnięcia macicy.

W każdej metodzie ta trudność zająć może. Często jednak tylna warga jest dostatecznie odporna; w razie przeciwnym musimy się uciec do wyłyżeczkowania a w części nadpochwowej zazwyczaj natrafiamy na tkanki twardsze. Po przecięciu przedniej ściany jesteśmy już zwykle panami sytuacji i brzegi przecięcia stanowią dobry i silny punkt oparcia dla kleszczy czworozębnych.

U starszych kobiet rak trzonu macicy zajmuje jednak często przednią ścianę, w skutek czego kleszcze źle chwytają. W takim przypadku przenoszę całą czynność na tylną ścianę i wydobywam całą macicę, zginając ją w tył, przez zatokę Douglasa.

Odsuwanie pęcherza i moczowodów ku górze może być prawie niewykonalnem w razie daleko posuniętych nacieków; lepiej takich przypadków nie operować lub odstąpić od rękoczynu przed przecięciem otrzewny a zadowolnić się wyskrobaniem i wypaleniem.

W akcie II. musimy kłaść nacisk, aby otworzyć jak najdokładniej i jak najszerzej zatokę Douglasa; rękoczyn ten ułatwia i skraca cały zabieg.

W akcie V. trudnem jest założenie uciskadeł, jeżeli więzadła szerokie są krótkie lub z powodu nacieków niepodatne. Ułatwiamy sobie znacznie sprawę, przepoławiając macicę sposobem Müllera a zarazem zakładając uciskadła, nie z góry na dół, lecz pod kontrolą palca z dołu do góry. Jeżeli nie udało się nam wydobyć i wyciąć za jednym zachodem części dodatkowych, to należy uskutecznić to następnie po wyjęciu macicy i założyć po jednej i drugiej stronie mniejsze uciskadła; niektórzy jednak operatorowie zostawiają części dodatkowe *in situ*, skoro są zdrowe.

Przedstawiwszy w szczególności postępowanie Doyena, zobaczymy teraz jaki rezultat dała u głównych jej zwolenników, metoda kleszczowa w ogóle.

Wyniki metody kleszczowej.

Śmiertelność pooperacyjna przedstawia się jak następuje:

Richelot¹⁾:

Rak macicy	58	operacyj	6	umarło
Sprawy ropne części dodatkowych	127	„	8	„
Schorzenia nieropne	217	„	7	„
Włókniaki	76	„	3	„
	478	„	24	„

czyli % śmiertelności 4.41.

¹⁾ Congrès français de Chirurgie 1895.

D o y e n ¹⁾:

Rak macicy	53 operacyj	6 umarło
Schorzenia części dodatkowych . .	140 „	8 „
Włókniaki	89 „	6 „

L a n d a u ²⁾:

Rak macicy	112 operacyj	8 umarło
Schorzenia części dodatkowych . .	109 „	1 „
Włókniaki	56 „	4 „

S e g o n d ³⁾:

Schorzenia ropne części dodat. . .	114 operacyj	13 umarło
Schorzenia nieropne	82 „	— „
Włókniaki	66 „	7 „

P é a n podał tego roku statystykę swoją wyjęcia macicy przez pochwę z lat 1890—1894. Na 248 operowanych, umarło 4.

Niemniej świetne wyniki zapisują Routier, Bouilly, Quénu, Jacobs z Brukseli, Pozzi a jednak metoda kleszczy mało zjednała sobie zwolenników w Niemczech i w Austrii. Z polskich zaś chirurgów, zdaje mi się, że byłem pierwszym, który na zjazdach naszych w 1894. i 1895. za tę metodę kruszyłem kopię. Pozwalam więc sobie zdać sprawę ze swojej działalności.

(Patrz: tablicę na końcu).

U w a g i. Z szesnastu kobiet operowanych przeze mnie w skutek raka, nie umarła żadna bezpośrednio po rękoczynie.

Chora Nr. 1. żyła blisko trzy miesiące a protokół sekcyjny wykazuje przerzut w wątrobie.

Bardzo trudny przypadek pod względem technicznym przedstawiały chore Nr. 11. i 14.

Wątpię, by metoda podwiązkowa była w stanie lepiej trudności podobne pokonać, a chociaż osobiście jestem przeciwnikiem operacyj spóźnionych, to przyznać należy, że mimo sumiennego badania prawdziwy stan rzeczy dopiero wtedy wychodzi na jaw, kiedy już nie pora się cofać.

¹⁾ Listownie.

²⁾ VI. Congress für Gynaekologie 1895.

³⁾ Listownie.

Chora Nr. 15. należy do rzędu najciekawszych. Po niezbyt ciężkim rękoczynie, w dziesięć dni później wystąpiła przetoka moczowodu prawego. Miałem zamiar wykonać przeszczepienie moczowodu do pęcherza przez laparotomię, kiedy nagle wystąpiła gorączka, dreszcze i znaczne powiększenie się prawej nerki. *Nephrectomia* w 48 godzinach. Nerka ogromna. Mnóstwo ropni na powierzchni. Wyzdrowienie.

Zalety metody Doyena.

Przedewszystkiem należy podnieść, że cała operacja jest ściśle określona i zasługuje na miano operacyi typowej; każdy krok wywołuje pewien zamierzony skutek i w tem już wielka zachodzi różnica z metodą podwiązek, których liczba użyteczna nie dała się nigdy obliczyć.

Zasada tamowania obiegu krwi przez ściąganie i zginięcie macicy, jakoteż zakładania uciskadła na samym końcu rękoczynu, oprócz swojej oryginalności ma tę ogromną zaletę, że wyklucza potrzebę jakiejkolwiek podwiązki, pozwala operować od początku do końca bez utraty krwi, na zewnątrz jamy otrzewnowej i skraca bajecznie czas trwania całej operacyi. Chore mniej są narażone na wstrząs i zakażenie.

Widziałem Doyena wykonywającego rękoczyn w ośmiu minutach; w swoich przypadkach operowałem najkrócej 15 minut, wobec ciężkich stosunków (Kader-Gabryszewski) pół godziny do trzech kwadransów. W podobnych okolicznościach posługując się metodą podwiązek, niejeden z chirurgów byłby rękoczynu nie dokończył albo siebie i chorą godzinami męczył.

Wielką zaletę stanowi wreszcie ogromne uproszczenie w następownem pielęgnowaniu chorej. Z dniem odjęcia uciskadła nie potrzebujemy się wcale troszczyć o jakiekolwiek ciała obce, jak to bywa po operacyach z podwiązkami. Nitki tygodniami wydzielają się z szerokich więzadeł a każdy chirurg przyzna, że nieraz są powodem zapalnych nacieków tak samo, jak na kikutach po wycięciu włókniaków. Ropienie przeciąga się tygodniami.

Zarzuty skierowane przeciw metodzie kleszczowej.

Przedewszystkiem podnoszono wątpliwości co do bezpieczeństwa, jakie dają kleszcze pod względem następowego krwotoku. Jeżeli się trzyma reguł powyżej podanych i nie zdejmuje uciskadeł przed upływem 48 godzin, wszelkie następne krwawienie jest wykluczone a statystyka całkiem tego dowodzi. Pierwszym warunkiem jest, aby kleszcze były dobrze zbudowane, drugim, aby chirurg dokładnie je założył i szczelnie zamknął. Kleszcze rezerwowe dodajemy dla zupełnego zabezpieczenia się.

Doyen stracił jedną chorą na krwotok i od tego czasu datują się jego ulepszone uciskadła. Podobnie Segond donosi o jednym przypadku z zejściem śmiertelnem. Są to cyfry stóskowo minimalne.

Także śmiało powiedzieć można, że kto umiejętnie kleszczami kieruje a nie nakłada ich tam, gdzie są niepotrzebne, ten z pewnością nie ścieśnia sobie, ale rozszerza i oświetla pole operacyjne nawet w najwęższych pochwach.

Zarzucono kleszczom, że wywołują u chorych znaczne bóle. Morfina szybko je uspakaja; po zdjęciu zaś uciskadeł następuje zupełna euforia.

Równie nieuzasadnioną jest obawa, aby na pętli kiszek mogły one dać powód do niebezpiecznej odleżyny. Koniec, czyli dziób kleszczy nie powinien wystawać poza brzeg szerokiego więzadła a w takim razie odcisk na kiszkaach jest niemożliwym.

Niedrożność obserwował Segond 15-go dnia w jednym przypadku. Ale powodem była blizna pochwowa, którą znajdujemy po zagojeniu się każdej rany operacyjnej. Taki sam los spotkał jedną pacjentkę Schramma, który operował metodą podwiązkową.

Czy silniej uzasadnione są zarzuty, jakoby kleszcze narażały na zakażenie więcej niżli podwiązki? Dosyć przypomnieć, jak długiego czasu potrzebują nitki, aby się wy-



dzielić i przeciwstawić krótki czas działania uciskadeł. Wyjałowienie narzędzi, jest równie pewnem jak jedwabiu.

Zranienie lub schwycenie moczowodów, wydarza się tak samo przy używaniu podwiązek, jak i kleszczy. W tym względzie niebezpieczeństwo jest większe wobec wiązań naciekłych, jeżeli odsuwanie pęcherza ku górze nie daje się prawidłowo wykonać. Dokładne uwolnienie części pochwowej stanowi wtedy najlepszą ochronę moczowodów, jak to słusznie podnosi Segond ¹⁾.

Zaznaczyć jednak trzeba, że obrażenie moczowodów należy do przypadków rzadkich, skoro na blisko tysiąc swoich operacyj Segond i Richelot tylko cztery razy fakt ten zapisują. Przetoka moczowodu następuje prawdopodobnie częściej, nie w skutek wadliwego założenia kleszczy, ale wobec naciekłych więzadeł przez rozszerzenie się sprawy patologicznej i nekrozę tkanek aż do ścian moczowodu. Podnoszą to wszyscy autorowie i mniemam, że i w moim przypadku tak rzecz się miała, jak i u kobiety znanej mi z praktyki Schramma.

Kolega Neugebauer, który obecnym był przy mojej operacyi podczas Zjazdu lekarzy we Lwowie, a za nim i inni podnieśli wątpliwość, czyli używając metody kleszczy, da się tak dokładnie wszystko złe usunąć, jak używając podwiązek, szczególnie w razie chorych już więzadeł.

Z doświadczenia wiem i stwierdza to także Doyen, że daleko gruntowniej przy kleszczach można zrobić wszelkie potrzebne poprawki. Po mozolnem założeniu podwiązek, trudno i nieradnie jest zakładać nowy ich szereg, skoro macicę ma się już wyjętą. Nie łatwiejszego z kleszczami. U czwartej mojej operowanej wobec Dra Kadera i Gabryszewskiego więzadła były bardzo zajęte a jednak udało mi się bez trudu przesunąć dalej uciskadła chwytając wiąz w kleszcze czworozębne, poczem mogłem już bezkrwawo i bezpiecznie powycinać i wyskrobać chore tkanki z pomiędzy blaszek więzadła.

¹⁾ Soc. de Chirurgie 3. Avril 1895.

Nakoniec muszę jeszcze zrobić kilka uwag w sprawie dziś na porządku dziennym będącej a którą w niezwykle pięknych i dokładnych artykułach przedstawił nam w *Przeglądzie lekarskim* doc. Dr. Rosner.

Ogromny procent nawrotów raka po t. zw. radykalnych operacjach na macicy tłómaczy, jak wiadomo, Winter przeszczepieniem podczas zabiegu operacyjnego. Nowotwór ten bowiem nie zajmujący wcześniej gruczołów i nie robiący dalekich przerzutów, powinien ostatecznie przez radykalne wycięcie dać się częściej usunąć całkowicie.

Aby więc możliwe przeszczepienie utrudnić, podał profesor Jordan a wraz z nim i Mackenrodt metodę wycięcia macicy za pomocą termokauteru.

Nie myślę wchodzić w samo *meritum* rzeczy. Wystawiam sobie jednak, że zabieg taki nie jest łatwym i dokładnym, chyba przy bardzo ruchomych macicach; nie wierzę także, aby stworzoną być mogła metoda operacyjna zapobiegająca nawrotom raka a mniemam, że termokauterem zawsze mniej wytniemy, niż nożem.

Ale jeżeli przeszczepialność gra tak wielką rolę, to mojem zdaniem, największą ochronę znajdziemy jeszcze właśnie w metodzie Doyena, jeżeli chodzi o zabiegi krwawe.

To przesadne na pozór twierdzenie usprawiedliwić muszę następującymi względami:

1^o Szyjka macicy jest ciągle kleszczami unieruchomioną i nie może, wywracając się, zarazić rakiem otrzewny.

2^o Przodozgięcie macicy przez kleszcze pociągowe jest tak silne, że nie przesącza się ani kropla krwi, ani kropla limfy. W takich stósunkach chłonięcie jest niemożliwe.

3^o Uciskadła wywołują nekrozę tkanek dokładną wzdłuż całej długości swych ramion, pewnie radykalniej, niż by to uczynił termokauter.

Przyznaję wreszcie, że okrojenie pochwy termokaute-rem i przypalenie szyjki może być bardzo wskazaniem. Dla

tego przy ruchomych macicach zamierzam w przyszłości stosować metodę prof. Jordana ¹⁾, która ma wszelkie prawo, aby ją zbadać doświadczalnie.

Jeżeli metoda kleszczowa ułatwia znacznie wycięcie macicy rakowatej, to staje się ona niezbędną, ilekroć chcemy usunąć przez pochwę organ ten, czy to z powodu schorzenia zapalnego części dodatkowych, czy to z powodu choćby po pepek sięgających włókniaków.

Kto się dobrze obeznał z techniką kleszczową w raku, potrafi pokonać trudności o wiele większe, jakie tu napotkać musi. Ale trud jego będzie sowiec wynagrodzonym zupełnem wydobrzeniem kobiety, najmniejszym stósunkowo narażeniem jej życia i nie pojawieniem się w dali tego złowrogiego widma, który — po operacjach raka — nazywa się nawrotem.

Dlatego starałem się skreślić szczegółowo metodę kleszczową, mało u nas znaną, jeszcze mniej używaną a w drugiej części tego wykładu zdam sprawę ze swoich operacyj kawałkowania włókniaków.

II.

W dyskusyi nad świetnym wykładem prof. Jordana powiedział prof. Obaliński, że $\frac{2}{3}$ kobiet, dotkniętych włókniakami, obejść się może bez interwencji chirurga. Jest w tem dużo prawdy, ale, jak w wielu rzeczach, tak i tutaj bywają dwie wagi i dwie miary. Inaczej się dzieje z choremi żyją-

¹⁾ Przed kilkoma dniami operowałem w obecności prof. Jordana raka macicy, stosując metodę kleszczy i termokauteryzacją.

Okoliczności były niezwykle ciężkie i Paquelin nie dał się zastosować do przecięcia sklepienia tylnego. Sprawdziło się więc przypuszczenie moje, że tylko w razie podatnych więzadeł i w okresach korzystnych, można wszystkie cięcia wykonać termokauterem.

Chora ta ma się dobrze i jest siedemnastą w mojej statystyce.

cemi w dobrobycie, inaczej z kobietami, które nie mają czasu i środków, aby wypoczywać, leczyć się, lub jeździć do wód latami. Różnicę tę dawno już podnosili: Hegar, Martin i inni a mam świeże dowody, że szkoła wiedeńska z Chrobakiem na czele, także tej zasadzie hołduje. Już to dowodzi, jak trudno o bezwzględną decyzję wobec nowotworu, często łagodnie przebiegającego, powoli wzrastającego lub nie wzrastającego wcale, gdy się widzi zdrową na pozór kobietę a którą należałoby może nakłaniać do poddania się operacji poważnej i ryzykownej. Z drugiej strony wiemy, że przebieg włókniaków jest klinicznie nieobliczalny, przypadek przypadkowi nierówny a więc nasuwać się musi wątpliwość, azali odraczając zabieg chirurgiczny nie pomijamy najlepszej chwili, kiedy ze względu na średnie rozmiary nowotworu, na siły nietknięte pacjentki, widoki udania się operacji będą najkorzystniejsze.

Zwykle chore żądają naszej pomocy, gdy już stargały najlepszą część odporności organicznej a wtedy zapominamy o tych, którym kunktatorstwo wyszło na dobre, przejęci grozą obrazu tej, którą zapóźno widzimy przed sobą.

Dobrotliwość włókniaków jest więc i będzie zawsze rzeczą bardzo względną, zależącą od skutków dobrych lub złych, jakie pociągnęło za sobą leczenie konserwatywne.

Wypadałoby na tem miejscu zastanowić się obszerniej nad wartością różnych metod, używanych w tym celu, ale z powodu braku czasu i ciasnych ram tego wykładu, zaledwie krótką mogę zrobić o nich wzmiankę.

Jak wiadomo, główne metody są następujące:

- 1) wstrzykiwania ergotyny,
- 2) elektroliza,
- 3) trzebienie (*castratio abdominalis*), (Hegar).

Wartość porównawczą elektrolizy, trzebienia i histerek-tomii świetnie ocenił Richelot ¹⁾, lecz dla szczegółów zmu-

¹⁾ L'Electricité, la Castration Ovarienne et l'hysterectomie. Richelot, w Bulletins de la Société de Chirurgie 1890. s. 527.

szony jestem odesłać Panów do jego pracy, równie jak do dzieła Hegara.

Tutaj przytoczę tylko ważniejsze zdania autorów, streszczające ostatnie zapatrywania w tym przedmiocie:

a) Elektroliza, pisze mi prof. Richelot, jest dzielnym środkiem paliatywnym i zostanie w praktyce, pod warunkiem, że nie będziemy jej stosować systematycznie, ale na mocy dokładnych wskazań. Zmniejsza ona lub tamuje krwawienie włókniaków podskórnych lub ściennych, łagodzi bóle, ale nie powstrzymuje wzrostu nowotworu, chyba u kobiet znajdujących się w przededniu zwrotu płciowego. Natomiast jest nonsensem spodziewać się dodatnich wyników u kobiet młodych, niekrwawiących, wobec guzów przeważnie podotrzewnowych, które nie żyją życiem organicznym macicy i okazują dążenie do rozrostu.

Autant vaut électriser une pierre.

Second ¹⁾ wyraża się, jak następuje: elektroliza działa tylko na niektóre objawy włókniaków, jak n. p. krwotoki, wzdęcia i bolesności, o ile ta ostatnia nie jest wywołana schorzeniem adneksów. Elektroliza nadaje się zatem w dwóch przypadkach:

1) u kobiet zamało chorych, aby je nakłaniać do operacyi, jeżeli włókniak ciągle nie rośnie;

2) u kobiet zaciężko chorych, aby godziło się je operować.

Zgodnie także podnoszą Richelot, Terrier, Bouilly, Landau zgubne skutki elektrolizy, gdy do włókniaków przyłączają się zmiany patologiczne części dodatkowych.

Ze swojej strony zaznaczam, że to powikłanie spotkałem prawie we wszystkich własnych przypadkach i najczęściej przed operacją rozpoznałem.

b) Trzebieenie do niedawna bardzo zalecane, wywołuje, jak wiadomo, sztucznie przedwczesne klimakteryum

¹⁾ Listownie.

i w pewnych okolicznościach następowy zanik nowotworu. Osobiście zawdzięczam tej metodzie trzy świetne wyniki; czwartą chorą straciłem, bo przekroczyłem kardynalne wskazanie Hegara, aby trzebieenie wykonywać tylko wtedy, kiedy jest technicznie łatwe, to znaczy, bez wytaczania macicy na zewnątrz, przy średnich rozmiarach włókniaka. Segond, Pozzi byli wielkimi zwolennikami tego postępowania, jednak pierwszy już w roku 1892. na I. zjeździe międzynarodowym ginekologów w Brukseli ¹⁾ oświadczył się przeciw trzebieeniu a na korzyść Péanowskiego kawałkowania przez pochwę. Pozzi ²⁾ zaś, najzaciętszy przeciwnik Segonda, również zmienił zapatrywanie w ostatnim wydaniu swojego dzieła.

„Dziś, pisze on, kiedy poznałem wszystkie korzyści i całą łagodność kawałkowania pochwowego, uważam trzebieenie (Hegara) jako operację przeszłości, zarzucam jej, że w danym razie jest równie niebezpieczną jak histerolaparotomia a mniej skuteczna, skoro nie zawsze uchyla objawy wywołane uciskiem żył, splotów nerwowych, odbytnicy i moczowodów.

Podzielać też zaczynam zdanie Segonda, że włókniaki nie sięgające wyżej, niż po pępek, należy poddawać kawałkowaniu przez pochwę, łącznie z wycięciem macicy.“

W ten sposób trzebieenie maciczne Péana (*castration utérine vaginale*) wysuwa się na plan pierwszy, trzebieenie zaś jajnikowe Hegara (*castration ovarienne abdominale*) zdaje się schodzić na drugi.

Dla dokładności dodam, że Doyen a za nim Landau i Richelot poszli jeszcze dalej, zalecając bezwzględnie t. zw. *castration totale par le vagin*, to jest wyjęcie przez pochwę nie tylko macicy, ale i części dodatkowych, nawet gdy te ostatnie są na pozór zdrowe.

¹⁾ Congrès International de gynéc. Bruxelles I. Session 1892.

²⁾ Pozzi: Traité de gynécologie clinique et opératoire. 1895. Nouvelle Edition.

Nie od rzeczy też będzie przypomnieć zdanie Święcieckiego: „źródło etyologiczne włókniaków nie leży w macicy ale w jajnikach“ ¹⁾.

Do zabiegów chirurgicznych względnie konserwatywnych zaliczyć jeszcze wypada Martina t. zw. *abdominale myomotomie* i Péana kawałkowanie włókniaków przez pochwę, z zachowaniem macicy.

Obydwie metody mają właściwe sobie wskazania, (umiejscowienie podotrzewnowe lub ścienne, umiejscowienie ściennopodśluzowe, pojedyncze lub wielorakie guzy, pochwa szeroka i t. d.), nad którymi rozwodzić się nie mogę, i wspólny ważny cel, zachowanie płodności.

Statystyka Martina jest pod tym względem dość smutną ²⁾. Na 144 kobiet operowanych przez laparotomię i wyłuszczenie ściennych włókniaków z trzonu macicy, umarło 26 czyli 18⁰/₀. Z pozostałych przy życiu 115, tylko dwie zaszły później w ciążę. Mizerny doprawdy rezultat i nie idący w parze z ryzykiem operacyjnem!

Péan ³⁾ dowiódł, że rozcinając lub odcinając zupełnie szyjkę macicy, można usuwać guzy przewyższające rozmiarem głowę dziecięcia a ostatecznie macicę zachować.

Terrillon ⁴⁾, Bouilly, Terrier, Mikulicz ⁵⁾ operowali szczęśliwie tym sposobem. Ja także dwukrotnie z powodzeniem.

Zachodzi jednak zawsze obawa w podobnych zabiegach zbyt daleko posuniętych, ażeby ściany macicy bezwiednie nie przedziurawić i nie narazić otrzewny na następne zakażenie. Sama macica przemieniona w rodzaj torby o wewnętrznej powierzchni nieregularnie poszarpanej cięciami i pooranej zę-

¹⁾ VI. Congress für Gynaekologie. 1895.

²⁾ Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 30. 1893.

³⁾ Gazette des hôpitaux. 1883. s. 636. i 1886. s. 250. — Secheyron: *Hysterotomie vaginale*. Thèse. Paris 1888.

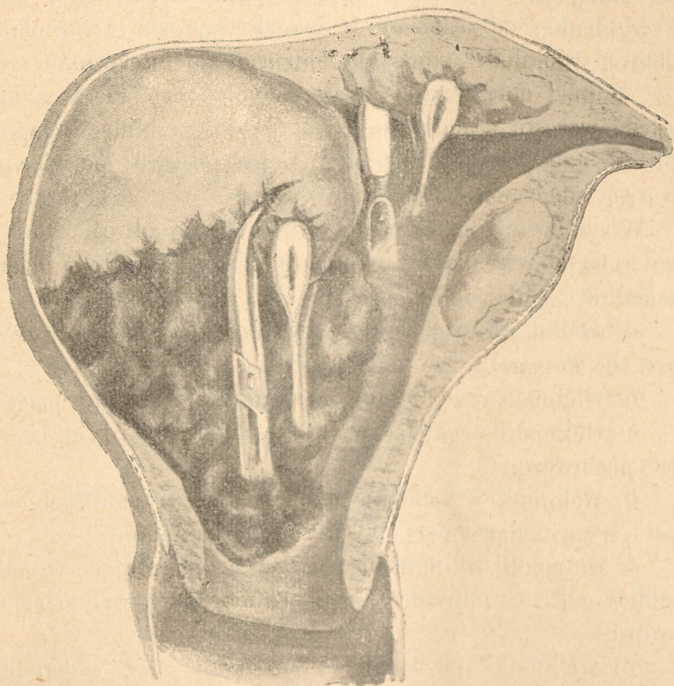
⁴⁾ Terrillon: Bulletin de la Société de Chirurgie. 1889. s. 405.

⁵⁾ Mikulicz: Wiener med. Wochenschrift Nr. 10. 1883.

bami kleszczy, stanowić może niebezpieczne źródło dla posocznicy mimo najstaranniejszej tamponady.

Z drugiej strony widoki na zachowanie płodności muszą być jeszcze gorsze, niż po operacyi Martina, o typie daleko regularniejszym i pod kontrolą oka wykonywanej. *A priori* przypuścić możemy, że przesadne dążenie do zachowania ma-

Fig. 8.



Kawałkowanie włókniaków z zachowaniem macicy
(podług Péana).

cicy a właściwie jej nieforemnych ścian, po forsownem, że tak powiem, drelowaniu z włókniaków, jeszcze mniej przedstawia szans prawdopodobieństwa, aby płodność kobiety nie ucierpiała.

Czy zalecana dzisiaj *kolpoceliotomia anterior* Dührssena¹⁾ stworzy lepsze wyniki, to przyszłość wykaże; większym lub wielorakim guzom ona nie podoła²⁾.

III.

Wynika z poprzedzającego rzutu oka na różne metody używane po dziś dzień przeciw włókniakom macicy i ze zbierania statystyk, podanych przeze mnie w pierwszej części tego wykładu, że jesteśmy w prawie wyrazić przekonanie, iż ilekroć włókniaki zmuszają chirurga do interwencji, czy to w skutek dolegliwości następowych, czy to w skutek ciągłego wzrostu a możliwem jest jeszcze ominięcie laparotomii, to należy zabieg wykonać przez pochwę, poświęcając nowotwór, macicę i części dodatkowe.

W s k a z a n i a. Wypada zatem bliżej określić, do jakiego rodzaju włókniaków winniśmy stosować metodę Péana. Szczegółowo nadają się:

a) włókniaki wielorakie, wypełniające macicę (*utérus bourré de fibromes*);

b) włókniaki rozwijające się w niższym odcinku macicy;

c) włókniaki sięgające w zatokę Douglasa i tylną wargę części pochwowej;

d) włókniaki wrastające między blaszki szerokich więzadeł i wypychające macicę ku ścianom miednicy;

e) włókniaki wkliniowane, uwięzłe, wywołujące w małej miednicy ucisk na odbytnicę, pęcherz moczowy, żyły i sploty nerwowe;

f) włókniaki powikłane schorzeniem części dodatkowych, słusznie bowiem zaznacza Terrier, że bolesność włókniaków jest prawie zawsze w związku ze stanem patologicznym adneksów i że zapalenia ich są zawsze pochodzenia zakaźnego; ztąd też i wieczorne gorączki.

¹⁾ M. Madlener: *Über Kolpotomia anterior*. Münchener med. Wochenschrift Nr. 4. 1895.

²⁾ Dührssen, Martin: VI. Congress für Gynaekologie 1895.

W powyżej wymienionych kategoriach włókniaków myomektomia jest niemożliwą, elektroliza bezskuteczną, trzebieenie często zawodzi a laparotomia staje się trudną i niebezpieczną.

Technika metody kawałkowania ¹⁾.

Ogólnikowo mówiąc, metoda Péana ma za zadanie wydobycie przez pochwę każdego tworu włókniakowego, który rozwijając się na wewnątrz lub na zewnątrz macicy, wywołuje krwawienie, objawy uciskowe lub ciągle wzrasta a którego granica nie przewyższa poziomu linii pępkowej.

Przez kawałkowanie zmniejszamy rozmiary macicy i włókniaka, aby umożliwić przejście przez ujście małej miednicy i pochwę, podobnie jak przez zgniecenie główki umożliwiamy wydobycie płodu.

Stósownie do umiejscowienia nowotworu wycięcie macicy może być przedwstępnym, następowym lub równoczesnym aktem kawałkowania włókniaka ²⁾:

Przedwstępnym, jeżeli włókniak usadowiony jest nad macicą (*hysterectomie préliminaire*);

Następowym, jeżeli włókniak wypukła się ku pochwie, odsuwając macicę ku ścianom miednicy (*hysterectomie complémentaire*);

Równoczesnym, jeżeli włókniak rozwija się w samej macicy, w którym to razie kawałkowanie nowotworu i macicy idzie w jednej parze (*hysterectomie simultanée*).

Przypadek ten przedstawia się najczęściej i zastósujemy go do opisu operacji.

¹⁾ Péan: in Bulletins Acad. de méd. 1882.

— Sängér: Archiv f. Gynaek. 1883. s. 99.

— Secheyron: Hysterectomie vaginale 1889.

²⁾ Segond: I. Congrès International de Gynéc. Bruxelles 1892.

— Richelot: l. c.

A) Postępowanie Péana.

Hemostaza kleszczowa przedwstępna.

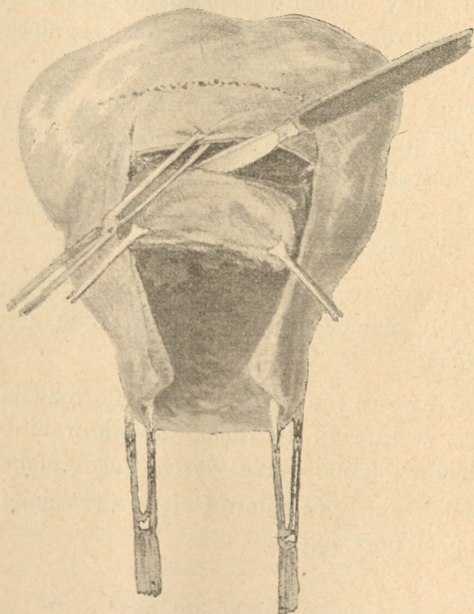
Jako pierwowzór może służyć sposób Péana, który składa się z następujących okresów:

1) ściągnięcie szyjki, okrojenie pochwy, założenie obustronne uciskadeł na niższą część więzadeł szerokich (hemostaza przedwstępna), odcięcie ich wzdłuż kleszczy, rozcięcie boczne szyjki, otwarcie zatoki Douglasa;

2) odsunięcie pęcherza, amputacja wysoka przedniej i tylnej połowy szyjki;

Fig. 9.

Kawałkowanie *modo* Péan.



3) przedłużenie cięć bocznych na ciało macicy i kawałkowanie jej za pomocą wydrażenia stożkowatego (*évidement central conoïde*).

W tym celu nożem kolistym wykonywamy cięcie poprzeczne, w głąb macicy drażące a zarazem kleszczami zębatymi pociągowemi chwytny brzeg przedniej ściany tuż nad cięciem poprzecznym, aby macica nie cofnęła się do góry, lecz przeciwnie, aby po wydobyciu zarysowanego stożka zbliżyła się nową powierzchnią do pola operacyjnego.

Tak postępując krok za krokiem, wycinając kliny tkanki macicy i wyluszczając lub kawałkując po drodze napotymane włókniaki, zmniejszamy systematycznie wymiary całego nowotworu, wydrążamy go i wreszcie wydobywamy na zewnątrz macicę, podobną do wypróżnionej torebki.

4) Ściągnięcie dna macicy i założenie uciskadeł na górne brzegi szerokich więzadeł;

5) przecięcie górnej części więzadeł i wycięcie macicy.

B) Postępowanie Doyena.

Hemostaza kleszczowa następowa.

Jest to tylko odmiana sposobu Péana; różnica polega jednak na tem, że Doyen nie amputuje szyjki, nadaje inny kierunek cięciom macicznym i zasadniczo używa wyłącznie następowej hemostazy kleszczowej.

Zasadę tę poznaliśmy, kreśląc reguły wycinania macicy rakowatej. Możemy więc w krótkości przypatrzeć się jej zastosowaniu przy kawałkowaniu włókniaków.

Akt I., II., III. należy dosłownie wykonać tak, jak to poprzednio opisałem przy operacji *carcinoma uteri modo* Doyen.

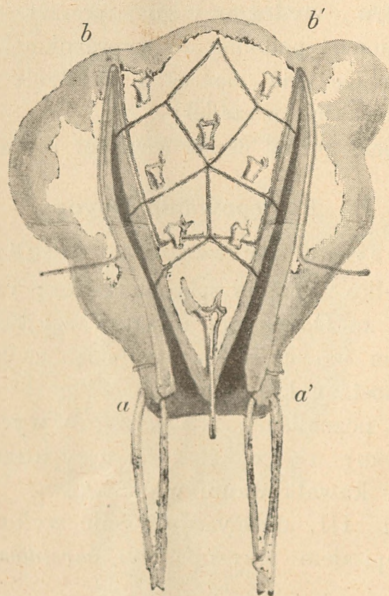
Akt IV. wymaga innej taktyki, jeżeli guz nie jest podśluzowy, lub gdy rozmiary jego są znaczniejsze.

Po rozcięciu środkowem przedniej ściany szyi następuje podwójne cięcie przedniej ściany samego ciała macicy w formie V i kawałkowanie tak zarysowanego klina; drażąc zarazem, o ile się daje, w głąb organu, przecinamy po drodze torebki mniejszych włókniaków, wyluszczamy je a większe twory chwytny silnemi kleszczami zębatymi i powoli niszczymy nożycami lub nożem.

Wyłom w macicy staje się coraz większy a kleszcze pociągowe pilnują przed odcięciem każdego kawałka, aby ściągać ku dołowi wyżej położone części, w pierwszym zaś rzędzie, aby otrzewnowa powierzchnia macicy nie cofnęła się ruchem sprężynowym do góry, ściąganie i przodozgięcie grają bowiem rolę hemostatyczną.

Fig. 10.

Kawałkowanie *modo* Doyen.



aa pierwsza para stała kleszczy pociągowych.

Czem więcej wychyla się macica, tem dalej przedłużamy ramiona V poddając nowe warstwy kawałkowaniu.

Pomocą wielką jest łyżka (odchylacz) Segonda, którą wsuwamy w przedni załom otrzewny dla ochrony pęcherza a która, dzięki śrubce, daje się nastawiać pod dowolnym kątem. Chroni ona pęcherz a zarazem wywiera nacisk na macicę.

Przychodzi wreszcie chwila, kiedy pozostała masa nowotworu i macicy, pod wpływem pociągu i stósownych kierowań, nieraz gwałtownie wyskakuje na zewnątrz i główna trudność jest zwalczoną.

Pozostaje do wykonania Akt V.: założenie uciskadeł na więzadła i wycięcie części dodatkowych.

Krwawienia nie było. Dzięki hemostazie kleszczowej następowej krwawienia nie będzie.

Przekonawszy się już przy rakach o zaletach i wyższości sposobu Doyena, zastosowałem go równie szczęśliwie u kobiet dotkniętych włókniakami i przedkładam wykaz operacyj przezemnie wykonanych:

(Patrz: tablicę II. na końcu).

Trudności napotymane w czasie kawałkowania.

Metoda Péana czasami niezwykle łatwa, należy najczęściej do zabiegów trudnych i wymagających całej zimnej krwi, oryentowania się i cierpliwości ze strony chirurga.

Naturalnie, że ułatwiony dostęp wobec szerokiej pochwy będzie zawsze pożądanym czynnikiem.

U chorej Nr. 8. wąskość pochwy zgotowała mi większe utrudnienie, niżli międzyblaszkowy rozwój przeważnej części nowotworu.

Czem większe rozmiary, tem więcej sprawią chirurgowi zachodu. Przypadek mój Nr. 5. kwalifikował się rzeczywiście już do laparotomii i w przyszłości przy takiej wielkości guza jużbym chorą na kawałkowanie godzinami nie narażał.

Najważniejszą jednak gra rolę jędrność lub kruchość włókniaka i ścian macicy. U chorych 5. i 8., kruchość była wyjątkowa. Najmniejszy pociąg zrywał kleszcze.

Tworzy to sytuację poważną — i możliwie wskazanem jest czasem natychmiastowe wykonanie laparotomii. Tumor wielki a jędrny da się prędzej wydobyć, niż kruchy o połowę mniejszy.

W moich przypadkach dałem sobie zawsze radę i główne trudności pokonane zostały, skoro tylko wyłom w macicy dosięgnął do centrum nowotworu.

Przepełowienie *modo* Quénu - Müller również ułatwia sprawę i nie może być dość zalecanem w pewnym stadium operacyi.

Nieraz potrzebnem jest atakować nowotwór nie przez przedni, ale przez tylny załom otrzewny.

Wreszcie co do traktowania ewentualnie schorzałych części dodatkowych, tak często włókniakom towarzyszących, najlepiej trzymać się zasady Doyena i doszczętnie je usunąć (chore Nra 2, 5, 7, 8). Zdarzyć się jednak może, że odlepienie ich jest przez silne zrosty zbyt trudnym i chorą narażającym zabiegiem.

Należy wtedy ciecz krwawą lub ropną wypuścić, częściowo ściany, o ile się da resekować a resztę wytamponować; tak postępowałem u chorych Nr. 4. i 6.

W ten sposób najlepiej zabezpieczamy się przeciw możliwemu uszkodzeniu jelit, gdyby z adneksami były zrosłe.

W końcu dodać muszę, że usuwanie kleszczy, opatrunk i następowe obchodzenie się są takie same, jak po operacjach raka.

IV.

K o n k l u z y e.

1) Hemostaza kleszczowa następowa ułatwia znacznie pod względem szybkości, dokładności i bezpieczeństwa zabieg operacyjny wyjęcia macicy rakowatej.

2) Zastósowana łącznie z metodą kawałkowania umożliwia wydobyć włókniaków sięgających do poziomu linii pępkowej.

3) Niemalą zaletą operacyj pochwowych jest uniknięcie blizny brzusznej i następowych przepuklin.

4) Statystyka Péana ¹⁾, wykazująca 1 do 3% śmiertelności, wymownie przemawia za jak najwcześniejszem kałkowaniem włókniaków.

P. S. W późniejszej pracy zdam sprawę z zastosowania metody kleszczowej *modo* Richelot do wielkich włókniaków, wymagających cięcia brzuszego. Operowałem szczęśliwie w ten sposób nowotwory macicy ważące od 3 do 13 kilogramów.

¹⁾ Péan: Les fibromes utérins. Annales de Gynécologie. Novembre 1895.

